



Archivio CCM © Eyrara Niyoinungere, Burundi 2014

SORRISI DI MAMMI AFRICANE

**FORMIAMO OPERATORI SANITARI
PROTEGGIAMO MAMME E BAMBINI**

La salute materno-infantile:

i risultati raggiunti, la nuova strategia, gli obiettivi futuri.

The background is a solid dark green color. It features several large, overlapping, organic shapes in a lighter shade of green. These shapes include a large, curved, comma-like shape on the right side, and two smaller, roughly circular shapes on the left side. The overall composition is minimalist and modern.

A cura di

Micol Fascendini,
Health Advisor CCM,

e **Valeria Pecchioni,**
Responsabile Progetti Internazionali CCM.

Torino, 11 novembre 2015.

Sommario

Prefazione	5
Sorrisi di madri africane: un bilancio per ripartire	6
Salute materna	7
Salute dei bambini	8
Sistema sanitario	10
Gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio: quali progressi?	12
Gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile e il nuovo impegno internazionale	16
Sorrisi di madri africane: dal 2015 al 2020	19
La strategia: un approccio integrato	19
Gli obiettivi da raggiungere entro il 2020	22

Prefazione

Nel 2011 abbiamo lanciato *Sorrisi di madri africane*, la nostra prima campagna focalizzata sulla salute materno-infantile. L'abbiamo fatto mosso dalla convinzione che fosse nostro dovere cercare di cambiare le cose. Le mamme e i bambini delle aree rurali dell'Africa sub-sahariana sono infatti i soggetti più vulnerabili fra i vulnerabili, protagonisti di iniquità inaccettabili. Come Comitato Collaborazione Medica - CCM individuiamo quindi degli obiettivi da raggiungere per il 2015, allineati agli impegni e alle strategie internazionali.

Sicuri dell'importanza di quanto ci eravamo prefissati abbiamo intrapreso un viaggio lungo quattro anni. Un periodo che ci ha visto al fianco di mamme, bambini, famiglie e comunità, operatori sanitari locali e medici in missione, ma anche di istituzioni, fondazioni, aziende, volontari e persone. Quattro anni ricchi di partecipazione e di compagni di viaggio, tutti convinti come noi che *Sorrisi di madri africane* potesse fare la differenza.

Ora, giunti al primo traguardo temporale che avevamo indicato, novembre 2015, ritengo importante sottolineare che non ci sbagliavamo: la Campagna ha fatto tanto, abbiamo con impegno, determinazione, gioia e fatica raggiunto gran parte degli obiettivi. Abbiamo vaccinato e curato più bambini di quanti immaginavamo saremmo riusciti a raggiungere e formato in tematiche relative pediatria e ostetricia più operatori sanitari di quanti speravamo. Purtroppo non siamo riusciti a seguire durante la gravidanza e il parto il numero di mamme che ci eravamo prefissati. Il rammarico di un obiettivo mancato c'è, ma allo stesso tempo siamo certi di aver comunque contribuito significativamente all'abbassamento della mortalità materna.

Alla sua nascita il CCM scelse di lavorare in Africa sub-sahariana, prevalentemente in zone rurali, dove i servizi sanitari erano e permangono scarsi e spesso inefficienti. Dopo oltre 45 anni continuiamo a farlo, senza tirarci indietro, nemmeno di fronte a situazioni di grande insicurezza sociale e politica che rendono la nostra sfida ancora più difficile, come ad esempio sta accadendo da mesi in Somalia, Sud Sudan e in Burundi.

Crediamo che lavorare in queste zone sia un nostro dovere, perché abbiamo scelto di difendere e diffondere il diritto alla salute, inteso come miglior servizio sanitario possibile, proprio nelle zone più povere del continente africano.

Gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile OSS, entrati nella nuova agenda internazionale dopo la chiusura degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, ci vedranno in prima fila, impegnati nella formazione del personale sanitario, con lo sguardo volto in particolare verso le fasce più fragili della popolazione cioè le mamme e i bambini, alla ricerca di una sempre più ampia partecipazione delle comunità locali. Con *Sorrisi di madri africane* proseguiremo quindi concretamente le nostre attività puntando a raggiungere nuovi obiettivi entro il 2020.

Sono certa, saranno cinque anni intensi. **Formeremo personale sanitario. Proteggeremo mamme e bambini.**

Punteremo sulla continuità di cure, dalla prevenzione alla eventuale ospedalizzazione. Formeremo il personale, promuovendo il training on the job e il task-shifting, mirando a un miglioramento concreto e duraturo delle capacità di assistenza e cura dei sistemi sanitari locali. Coinvolgeremo sempre di più le comunità e collaboreremo con le altre realtà presenti per contribuire a migliorare gli altri determinanti della salute.

Sono certa che raggiungeremo con successo il 2020: abbiamo uno staff con grandi professionalità, numerosi volontari competenti e appassionati, interagiamo proficuamente con strutture sanitarie, in Italia e nei Paesi, e con agenzie internazionali e ONG... e soprattutto agiamo con passione e competenza, sicuri di cosa serve per cambiare le cose.


Marilena Bertini
Presidente del CCM

Sorrisi di madri africane: un bilancio per ripartire

A novembre 2015, dopo quattro anni dal suo lancio, la campagna Sorrisi di madri africane ha garantito assistenza durante gravidanza e parto a **127.181 donne** (64% del target stabilito), vaccinato e offerto cure durante i primi anni di vita a **610.758 bambini** (122% del target stabilito), attraverso la formazione di **1.902 operatori sanitari** (112% del target stabilito). Il Comitato Collaborazione Medica - CCM vuole utilizzare questi dati per documentare con trasparenza i progetti, le attività e i risultati raggiunti, condividendoli con le organizzazioni con cui ha collaborato, i vari partner e gli enti finanziatori, per riflettere sulle difficoltà incontrate, proporre nuove strategie e rilanciare una nuova sfida per promuovere un accesso equo e universale ai servizi sanitari essenziali e garantire la **salute per tutti**. Guardare a cosa si è raggiunto è importante, ma è anche fondamentale riflettere sugli obiettivi mancati. Le discrepanze tra target fissati e risultati ci impegnano a pensare più intensamente a cosa possiamo fare di diverso e migliore.

Da novembre 2011, ogni anno una media di **24 progetti internazionali** hanno contribuito alla Campagna: progetti realizzati in cinque dei paesi dell'Africa orientale dove il CCM lavora da diversi anni, Burundi, Etiopia, Kenya, Somalia e Sud Sudan. Per una migliore analisi degli obiettivi della Campagna, un monitoraggio continuo e una documentazione trasparente, sono stati identificati sei principali indicatori. Il loro utilizzo permette una raccolta uniforme dei dati relativi ai servizi sanitari e alle attività di progetto realizzati. Due indicatori si riferiscono alla **salute materna** (assistenza durante gravidanza e parto), due alla **salute dei bambini** (vaccinazioni e cure nei primi 5 anni vita) e due al **rafforzamento del sistema sanitario** (formazione degli operatori e ristrutturazione ed equipaggiamento delle strutture sanitarie).



Magnum Photos © Bieke Depoorter, Etiopia 2013



Salute materna

Il numero di donne che accede ad almeno **una visita prenatale** è stato scelto come indicatore per contare le **donne seguite durante la gravidanza**. Secondo le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS¹, ogni donna dovrebbe usufruire di quattro visite durante la gravidanza, necessarie per identificare condizioni di rischio e malattie infettive, riconoscere e trattare patologie croniche già in atto, offrire servizi preventivi (quali vaccinazione antitetanica, profilassi antimalarica e integratori alimentari), promuovere l'applicazione di buone norme igienico-sanitarie, educare all'importanza del parto istituzionale e supportare la preparazione e pianificazione della futura nascita. La prima visita prenatale dovrebbe avvenire entro il primo trimestre di gravidanza per facilitare una identificazione tempestiva e una gestione precoce di eventuali condizioni di rischio e patologie.

Per evitare un doppio conteggio di beneficiari, solo la prima visita prenatale è stata considerata per l'indicatore relativo all'**assistenza delle donne in gravidanza** con la stima di **104.139 donne raggiunte** nel corso dei quattro anni di campagna, sulla base dei dati raccolti dalle strutture sanitarie supportate dai progetti del CCM. Il dato rappresenta il 60% del target stabilito a novembre 2011 (175.000 donne seguite durante la gravidanza). Come riportato anche a livello internazionale^{2,3}, negli ultimi dieci anni non si è registrato un particolare miglioramento dell'accesso ai servizi prenatali: in Africa sub-sahariana il tasso di donne che accede alle visite prenatali è cresciuto solo di due punti percentuali dal 1990, ovvero da 47% a 49%². L'assistenza prenatale rimane, inoltre, caratterizzata da una profonda iniquità tra i diversi segmenti della popolazione con evidenti differenze tra gruppi più e meno abbienti, e le zone rurali e urbane. In Etiopia, l'accesso al servizio varia dal 17% nella fascia più povera della popolazione al 75% in quella più ricca, e dal 23% in zona rurale al 63% in zona urbana⁴.

Il **numero dei parti istituzionali** è stato utilizzato come indicatore per contare le **donne assistite** da personale qualificato al **momento del parto**. Il momento del parto e i giorni immediatamente successivi sono particolarmente critici per la donna e il suo bambino: la maggior parte delle morti materne avviene, infatti, durante parto e puerperio per cause facilmente prevenibili quali emorragia, eclampsia e infezioni⁵. Il parto in strutture sicure, adeguatamente equipaggiate e con personale qualificato (medici, infermieri e ostetriche), è pertanto elemento essenziale per prevenire ed eventualmente trattare le complicanze ostetriche e neonatali. In particolare, secondo le stime dell'OMS⁶, il 15% di tutte le donne gravide va incontro a complicazioni con potenziale pericolo di vita e necessita di assistenza qualificata e interventi ostetrici specifici per sopravvivere. Per questo motivo, è stato identificato un pacchetto di nove interventi per trattare emergenze ostetriche e neonatali nei diversi livelli di cura, il cosiddetto Emergency Obstetric and Neonatal Care⁷. Questo prevede l'applicazione di sette interventi di base (somministrazione di antibiotici per via parenterale, utilizzo di farmaci uterotonici e anticonvulsivanti, rimozione manuale della placenta, aspirazione dei prodotti ritenuti, parto strumentale con forcipe o ventosa ostetrica, rianimazione neonatale) nei centri di salute di primo livello, a cui si aggiungono intervento chirurgico e trasfusione sanguigna, che dovrebbero essere garantiti a livello ospedaliero.

1 The Partnership for Maternal Newborn and Child Health (2006). *Opportunities for Africa's Newborns*

2 UN (2015). *The Millennium Development Goals Report*

3 USAID (2015). *Ending Preventable Maternal Mortality: USAID Maternal Health Vision for Action. Evidence for Strategic Approaches*

4 CSA Ethiopia and ICF International (2012). *Ethiopia Demographic and Health Survey 2011 i p2011*

5 Kassebaum et al. (2014). *Global, Regional, and National Levels and Causes of Maternal Mortality during 1990–2013: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet; 384: 980–1004*

6 WHO, UNFPA, UNICEF and WB (2003). *Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors*

7 Campbell OM and Graham WJ (2006). *Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. Lancet 368 (9543): 1284–1299; e Paxton A et al (2005). The evidence for emergency obstetric care. Int J Gynaecol Obstet, 88: 181–193.*

Nel corso dei quattro anni di Campagna, **23.024 donne sono state assistite durante il parto** da personale qualificato: il 92% del target stabilito a novembre 2011 (25.000 donne assistite durante il parto). A livello mondiale, il tasso del parto assistito da personale qualificato è cresciuto dal 59% al 71% dal 1990, ma restano ancora enormi disparità tra le diverse regioni: in Africa sub-sahariana solo il 52% dei parti è assistito adeguatamente. Come succede anche per l'assistenza prenatale, inoltre, nello stesso Paese si registrano forti iniquità di servizio: in Kenya ad esempio, l'assistenza qualificata durante il parto varia dal 20% nella fascia più povera della popolazione all'81% in quella più ricca, e dal 37% in zona rurale al 75% in zona urbana⁸.

Salute dei bambini

Le **visite ambulatoriali** e i **ricoveri pediatrici** sono stati utilizzati come indicatore dei **servizi di cura offerti ai bambini** nei primi cinque anni di vita. Secondo le ultime stime dell'OMS, nel 2015 sono morti 5,9 milioni di bambini, circa la metà dei decessi è stata causata da malattie infettive, quali polmonite, diarrea, malaria, meningite, tetano, HIV e morbillo, e la maggior parte di queste malattie sono attribuibili a condizioni di malnutrizione⁹. La maggior parte di queste morti quindi è dovuta a cause facilmente prevenibili e curabili, se prontamente identificate, diagnosticate e correttamente trattate. Con l'obiettivo di migliorare le competenze degli operatori delle strutture sanitarie e le cure offerte a livello domiciliare, OMS e UNICEF hanno sviluppato da alcuni anni un pacchetto per la gestione integrata delle malattie del bambino. Il pacchetto facilita l'identificazione della malattia, assicura il trattamento combinato delle cause principali, promuove l'assistenza appropriata a livello domiciliare e accelera il trasferimento dei casi complicati a livello ospedaliero¹⁰.



Archivio CCM © Eyrara Niyoinungere, Burundi 2014

8 KNBS and ICF Macro (2010). Kenya Demographic and Health Survey 2009

9 UNICEF (2015). Levels and Trends in Child Mortality. Estimates Developed by the UN Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation

10 WHO. Integrated Management of Childhood Illness, http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/en/

Nei quattro anni di Campagna, **463.850 bambini sono stati visitati e curati** nelle strutture sanitarie supportate dal CCM. Il target stabilito a novembre 2011 (400.000 bambini sotto i 5 anni visitati e curati) è stato raggiunto e superato grazie al rafforzamento dei servizi di cura nelle strutture di primo e secondo livello, attraverso la formazione e supervisione degli operatori sanitari, l'approvvigionamento di farmaci essenziali e attrezzature di base, il supporto e coordinamento con le autorità locali, il continuo coinvolgimento delle madri e delle famiglie a livello domiciliare.

Il **programma di immunizzazione** è stato scelto per monitorare i **servizi di prevenzione offerti ai bambini**. Il programma, lanciato dall'OMS nel 1974¹¹, è considerato uno degli interventi più efficaci di salute pubblica, per la capacità di prevenire milioni di morti ogni anno e la possibilità di estenderlo a un numero sempre crescente di vaccini. Oggi, infatti, il programma non si limita ai sei vaccini classici (difterite, tetano, pertosse, morbillo, poliomielite e tubercolosi), ma numerosi Paesi hanno adottato la vaccinazione di routine per Epatite B, *Haemophilus influenzae* e *Streptococcus pneumoniae*. Gli elementi chiave del programma includono la formazione di operatori e autorità sanitarie, i mezzi di trasporto e la catena del freddo, oltre alla qualità dei vaccini e la sorveglianza epidemiologica. Per evitare un doppio conteggio dei beneficiari dei servizi di prevenzione, gestiti dal personale sanitario pubblico affiancato dal CCM, sono state considerate nel calcolo dell'indicatore solo la vaccinazione anti-tubercolare (somministrata alla nascita), la terza dose della trivalente (tra i tre e quattro mesi di vita) e la vaccinazione contro il morbillo (a nove mesi).

Nei quattro anni di Campagna, **146.908 bambini sono stati vaccinati** contro queste infezioni raggiungendo e superando il target stabilito nel novembre 2011 (100.000 bambini vaccinati). Nel 2014, il programma di immunizzazione ha raggiunto nel mondo l'83% dei bambini con la vaccinazione trivalente difterite-tetano-pertosse¹², sono però consistenti le differenze tra i Paesi: 96% in Burundi, 83% in Kenya, 61% in Etiopia, 59% in Sud Sudan e 42% in Somalia¹³.

Negli ultimi anni la strategia del CCM si basa su un approccio integrato per le cure pediatriche, promuovendo la combinazione di servizi preventivi e servizi curativi. In particolare, per ogni bambino che accede al centro di cura, l'operatore sanitario assicura il monitoraggio della crescita, la vaccinazione secondo il calendario nazionale, lo screening nutrizionale, l'identificazione e il trattamento tempestivo delle malattie. Allo stesso tempo, la formazione degli operatori sanitari di comunità favorisce una continua informazione ed educazione di mamme e famiglie, promuove il loro coinvolgimento diretto nella cura e assistenza domiciliare dei bambini.

11 *The immunization programme that saved millions of lives. Bull World Health Organ* 2014;92: 314–315

12 *WHO. Immunization coverage – Updated September 2015, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs378/en/>*

13 *Countdown to 2015 (2014). Fulfilling the Health Agenda for Women and Children*



Sistema sanitario

Per monitorare nel tempo l'impatto degli interventi del CCM sui sistemi sanitari sono stati utilizzati due dei sei elementi di base indicati dall'OMS che ne garantiscono il rafforzamento: la **formazione delle risorse umane** per la salute e l'**equipaggiamento/riabilitazione delle strutture**.

Il rafforzamento del sistema sanitario è elemento critico ed essenziale per ottenere risultati ottimali e sostenibili in salute. Gli interventi e le azioni efficaci per migliorare la salute di donne e bambini, e delle comunità in generale, sono definiti, riconosciuti e apprezzati a livello internazionale, ma non possono raggiungere universalmente chi ne ha bisogno, se non attraverso sistemi sanitari solidi ed efficaci. Per guidare e standardizzare il rafforzamento del Sistema Sanitario, l'OMS propone un quadro d'azione basato su sei elementi di base: i servizi sanitari, le risorse umane, il sistema di informazione, i farmaci, vaccini e le attrezzature, il finanziamento, *leadership* e *governance*. Il miglioramento dei sei elementi del sistema e la gestione della loro interazione permettono di ottenere servizi e risultati sanitari equi e sostenibili nel tempo¹⁴.

Le **risorse umane** per la salute sono fondamentali per lo sviluppo di un sistema sanitario efficace, ma purtroppo il loro numero, la distribuzione sul territorio, la preparazione e le competenze sono spesso insufficienti a rispondere universalmente e adeguatamente ai bisogni della popolazione. Nel *World Health Report* del 2006, l'OMS ha identificato un numero minimo di medici, infermieri e ostetriche per assicurare assistenza qualificata alla nascita. La stima porta a 2,28 operatori ogni 1.000 persone, ma ben 57 paesi non raggiungono il target e la situazione è particolarmente grave in Africa sub-sahariana, dove è presente solo il 3% degli operatori sanitari disponibili sul pianeta sebbene sia responsabile del 24% delle patologie globali¹⁵. In questo contesto, la **formazione delle risorse umane** per la salute diventa strategia essenziale per assicurare che i pochi operatori presenti sul territorio siano competenti e in grado di rispondere al maggior numero possibile di bisogni sanitari. In particolare, la redistribuzione razionale di task e responsabilità tra i diversi operatori della salute è riconosciuta a livello internazionale come strategia efficace per migliorare l'accesso ai servizi e la performance del sistema. Questa strategia, detta *task-shifting*, prevede brevi periodi di formazione specifica degli operatori con successiva assegnazione di compiti e attività di cui non erano responsabili in precedenza¹⁶.

Il **numero di operatori sanitari formati in tematiche relative pediatria e ostetricia** è stato preso come indicatore per la **formazione delle risorse umane** per la salute.

Nel corso dei quattro anni di Campagna, **1.902 persone sono state formate**, raggiungendo e superando il target stabilito a novembre 2011 (1.700 operatori formati). La formazione organizzata dal CCM ha seguito i protocolli ministeriali, coinvolgendo formatori del Paese e utilizzando materiale didattico nazionale. Per facilitare il processo di acquisizione e mantenimento delle nozioni apprese, la formazione combina lezioni teoriche ed esercitazioni pratiche in cui gli operatori sanitari possono praticare e familiarizzare con le procedure standard sotto attenta supervisione del formatore prima di applicare la procedura direttamente sul paziente. L'attività di formazione del personale è stata rafforzata attraverso il coinvolgimento di **102 operatori sanitari italiani**, tra cui medici, infermieri e ostetriche, che hanno garantito supporto e assistenza tecnica sul lavoro durante missioni di volontariato della durata media di un mese. La formazione ha coinvolto il personale sanitario, responsabile dell'erogazione di servizi curativi e preventivi presso le strutture sanitarie, e gli operatori comunitari, responsabili di sensibilizzazione ed educazione sanitaria e del follow-up dei casi a livello domiciliare. Per quanto riguarda la salute materna, i corsi di for-

14 WHO (2007). *Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action.*

15 WHO (2006). *Working together for Health – The World Health Report 2006*

16 WHO (2012). *WHO recommendations: optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting.*

mazione si sono concentrati sull'assistenza durante gravidanza e parto, la gestione delle emergenze ostetriche, la pianificazione familiare e il trattamento degli aborti spontanei e volontari. Per la salute dei bambini, la formazione si è concentrata sulla gestione integrata delle malattie in età pediatrica, l'accoglienza del neonato alla nascita, la rianimazione neonatale e il servizio vaccinale.



Archivio CCM © Alessandro Rota, Sud Sudan 2015

La formazione e l'assistenza tecnica per l'avvio o il potenziamento di servizi e sistemi sanitari è una delle principali linee di intervento strategico del CCM, in quanto essenziale ad assicurare cure adeguate, in maniera sostenibile e integrata con i piani dei Governi dei Paesi dove il CCM opera. La sfida di Sorrisi di madri africane dal 2015 al 2020 è quella di **mettere gli operatori al centro del sistema**, promuovendone competenze e capacità per rispondere prontamente e adeguatamente a bisogni ed emergenze sanitarie della popolazione.

Il secondo indicatore relativo al sistema sanitario si riferisce alla **riabilitazione e equipaggiamento delle strutture**. Il quadro d'azione suggerito dall'OMS per rafforzare il sistema sanitario¹⁷ considera il **mantenimento delle infrastrutture** tra le priorità per migliorare l'erogazione dei servizi. Le strutture sanitarie (ospedali, centri di salute e dispensari) sono, infatti, il punto d'ingresso per la cura e il punto di partenza per la preparazione e la risposta alle emergenze e alle condizioni croniche di salute nella popolazione. Con il termine infrastrutture si intendono le costruzioni e le attrezzature. Il mantenimento delle costruzioni prevede particolare attenzione ai sistemi idraulici ed elettrici, alla gestione dei rifiuti, ai sistemi di trasporto e comunicazione per il pronto trasferimento dei casi complicati al successivo livello di cura. La **disponibilità di attrezzature essenziali** è uno dei sei elementi di base del sistema sanitario. Si stima che il 50% delle attrezzature mediche distribuite nei paesi a basso reddito non sia in uso, per mancanza di pezzi di

17 WHO (2007). *Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action.*

ricambio e mantenimento o perché gli operatori sanitari non sanno utilizzarle¹⁹. Interventi specifici sono pertanto necessari per supportare l'identificazione della tecnologia appropriata al contesto, seguirne i percorsi di acquisto e distribuzione sul terreno, assicurare la formazione del personale addetto, mantenere le attrezzature operative e funzionanti e monitorarne l'utilizzo nel tempo.

Nei quattro anni di Campagna, **58 strutture sanitarie sono state riabilite e/o equipaggiate** dal CCM. La riabilitazione ha comportato principalmente il rafforzamento dei servizi idraulici e di gestione dei rifiuti (inceneritori e deposito rifiuti organici), e la ristrutturazione di ambienti adibiti all'erogazione dei servizi per mamme e bambini (maternità, ambulatorio pediatrico, stanze per i servizi nutrizionali e vaccinali). Le attrezzature acquistate comprendono la strumentazione di base per le visite ambulatoriali e prenatali (tra cui fonendoscopio, sfigmomanometro, termometro, bilancia pesa persone), distribuiti nei centri sanitari periferici; e i macchinari più sofisticati per la gestione delle emergenze ostetriche e chirurgiche (tra cui ventosa ostetrica, aspiratore uterino, palloni ambu, set chirurgici, strumentazione per il laboratorio e macchine per l'anestesia), distribuiti presso i centri di riferimento e gli ospedali.



Magnum Photos © Bieke Depoorter, Etiopia 2013

Gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio: quali progressi?

I traguardi fissati con Sorrisi di madri africane sono stati pensati, e raggiunti, in coerenza con gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio - OSM che hanno guidato l'azione della Cooperazione Internazionale dal 2000 in poi.

Gli OSM sono stati stabiliti dalle Nazioni Unite per liberare, entro il 2015, il maggior numero di persone dalla povertà, dalla fame, dalle malattie e dall'ingiustizia di genere. Sono otto obiettivi globali, ciascuno declinato in target numerici e indicatori. Tutti gli Stati membri delle Nazioni Unite e numerose organizzazioni internazionali si sono impegnati a raggiungerli entro il 2015.

L'inaccettabile esistenza della **mortalità materna**, un problema altamente prevenibile e il più iniquamente distribuito nel mondo, ha spinto la comunità internazionale a dedicare alla questione uno degli OSM (Obiettivo 5), proponendo di ridurre di 3/4 la mortalità materna e di consentire l'accesso universale alla salute riproduttiva.

L'Obiettivo 4 è stato dedicato alla **mortalità dei bambini** sotto i 5 anni, con l'obiettivo di ridurla di 2/3, tra il 1990 e il 2015.

"The world is currently reducing under-5 and maternal deaths faster than at any time in history. If we keep up the momentum, we have a historical opportunity to eliminate preventable maternal, newborn, child and adolescent deaths."

Ban Ki-moon, UN Secretary General

A livello mondiale, sono stati fatti notevoli passi in avanti per il raggiungimento di questi obiettivi, aumentando i redditi medi, riducendo il numero di persone in povertà, allungando la speranza di vita alla nascita. Mai, prima d'ora, i progressi nella riduzione della mortalità materna e infantile sono stati così rapidi.

Nei 49 paesi più poveri del mondo¹⁸ sono stati raggiunti risultati straordinari: 870.000 nuovi operatori sanitari, un aumento del 25% nell'assistenza al parto e del 49% nell'uso dei sali reidratanti (ORS) per il trattamento delle diarree.

Purtroppo questi **miglioramenti non sono distribuiti uniformemente**. Restano differenze sostanziali tra paesi ad alto e a basso reddito e al loro interno.



Nel 2013, sono morti nel mondo 6.3 milioni di bambini sotto i 5 anni, principalmente per cause prevenibili o curabili. Oltre la metà di queste morti si concentrano nell'Africa sub-sahariana e sempre più alta è la proporzione delle morti neonatali (entro le prime 4 settimane di vita), che si attesta oggi attorno al 44% del totale e per la quale i miglioramenti sono stati molto lenti, in alcuni paesi africani addirittura inesistenti. Dei 6 milioni di bambini morti nel 2015, 2,8 milioni sono morti entro i primi 28 giorni, di cui circa 1 milione il primo giorno di vita ed un altro milione entro la prima settimana.

La **mortalità infantile** dei bambini sotto i 5 anni riguarda a livello africano ancora **1 bambino ogni 10**, ed è dovuta principalmente a malattie infettive, alla malnutrizione e alla mancata assistenza al momento della nascita. La nutrizione è un fattore particolarmente cruciale per la salute del bambino e oggi ancora troppi bambini soffrono la fame: oltre metà delle morti sotto i 5 anni sono attribuibili a condizioni di malnutrizione. Le infezioni

(polmonite, diarrea, malaria, meningite, tetano, HIV e morbillo) e le complicanze neonatali sono responsabili della maggior parte delle morti nei bambini¹⁹.

La situazione è peggiore nelle aree rurali dove l'accesso ai servizi sanitari è ancora troppo basso e dove, ad esempio, la copertura vaccinale è ancora insufficiente.

Molti Paesi non raggiungeranno l'Obiettivo 4 entro il 2015²⁰. L'esempio significativo di molti Paesi che sono riusciti a ridurre di 2/3 la mortalità infantile (es. Cambogia, Lao PDR, Vietnam, Etiopia e Ruanda) dimostra però che la volontà politica, unita ad adeguati investimenti nella salute e nell'istruzione femminile, può far raggiungere risultati superiori alle aspettative.



Sebbene il trend relativo alla **mortalità materna** sia stato in generale positivo, la salute delle donne non ha visto gli stessi miglioramenti che hanno caratterizzato la salute pediatrica negli ultimi anni. Anche la distribuzione della mortalità materna è estremamente iniqua, concentrandosi tra le fasce più povere della popolazione e confermando che questo è un problema di chi non ha soldi, potere, voce.

In Africa solo Capo Verde, Guinea Equatoriale, Eritrea e Ruanda, raggiungeranno l'obiettivo di ridurre del 75% il tasso di mortalità materna²¹, che a livello mondiale è stato ridotto in media del 45%.

L'Africa sub-sahariana, resta la regione con la situazione più difficile: qui una donna ha **1 probabilità su 38 di morire** durante la gravidanza o il parto nel corso della vita. In Europa, lo stesso rischio è di 1 su 3700²². In Somalia questo rischio è il più alto al mondo: 1 su 18.

Le cause di morte sono principalmente cause dirette (emorragie, ipertensione, sepsi, parto ostruito). Sono quindi legate direttamente alla gravidanza o al parto stesso, raramente quindi possono essere previste o evitate, ma possono essere gestite attraverso una buona assistenza al parto. L'aborto avvenuto in condizioni non sicure, è responsabile per l'8% delle morti.

In Africa, altre cause indirette, come HIV e infezioni alle vie respiratorie, giocano comunque un ruolo importante.

Nel continente africano il tasso di assistenza al parto da personale qualificato è molto basso, come quello riferito all'uso di metodi contraccettivi. Sono alti i tassi di parti tra le adolescenti, mentre è limitato l'accesso alle visite prenatali. Tutti questi fattori contribuiscono significativamente all'alto tasso di mortalità materna. Altre sfide includono la misurazione delle morti materne: sono scarse le inchieste, la registrazione delle cause e del numero di morti.

L'accesso universale ai servizi per la **salute riproduttiva**, resta il target su cui meno progressi sono stati fatti nel corso degli ultimi 15 anni. Attualmente nei paesi a basso reddito 225 milioni di donne vorrebbero utilizzare metodi contraccettivi moderni, ma non ne hanno accesso. Se queste donne venissero raggiunte, il numero di gravidanze non volute scenderebbe del 70% e la percentuale di aborti non sicuri del 74%, con un fortissimo impatto sulla mortalità materna e neonatale e sulla trasmissione dell'HIV da mamma a bambino.

A livello mondiale, sono numerosi i Paesi che stanno affrontando una transizione ostetrica: via via che i loro sistemi sanitari migliorano e la fertilità e la mortalità materna si riducono, le cause di morte materna evolvono, passando da essere principalmente cause dirette a cause indirette e malattie croniche.

19 UNICEF (2015). *Levels and Trends in Child Mortality. Estimates Developed by the UN Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation*

20 WHO IERG 2015 *Every Woman, Every Child, Every Adolescent: Achievements and Prospects. The Final Report of the independent Expert Review Group on Information and Accountability for Women's and Children's Health*

21 United Nations Economic Commission for Africa, African Union, African Development Bank and United Nations Development Programme, 2015, "MDG Report 2015: Assessing Progress in Africa toward the Millennium Development Goals"

22 WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division, 2014 "Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013 Estimates" WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division

I risultati registrati negli ultimi 15 anni sono positivi anche per quanto riguarda **HIV/AIDS, malaria e TB**, grazie alla diffusione delle terapie e dei programmi ad alto impatto, come il Directly Observed Treatment Shortcourse (DOTS) per la tubercolosi; le zanzariere impregnate e i farmaci a base di artemisina combinata per la malaria, la diffusione dei profilattici e la terapia antiretrovirale per l'HIV/AIDS.

Diversi studi hanno fatto emergere come i miglioramenti nella salute materno infantile siano però fortemente compromessi da un alto livello di **iniquità** di carattere socioeconomico, di genere, tra aree urbane e rurali. In particolare, l'assistenza al parto resta il servizio più iniquamente distribuito, l'assistenza postnatale è troppo bassa in tutti i gruppi socioeconomici e le disegualianze sono più forti nel continente africano. Una fascia della popolazione che ha basso accesso ai servizi sanitari, in particolare per la salute riproduttiva è quella degli adolescenti²³.

In conclusione, gli OSM hanno avuto il merito di far convergere risorse ed attenzione a livello internazionale per la salute di mamme e bambini, permettendo miglioramenti senza precedenti, dimostrando quindi che avere degli obiettivi globali, numericamente definiti, uniti a programmi chiari è una strategia efficace per promuovere cambiamenti reali. L'esperienza di questi anni insegna anche che i paesi che sono riusciti a migliorare la loro salute materna, lo hanno fatto adottando delle strategie basate sui loro bisogni e sul contesto locale, con un approccio multisettoriale e con chiare linee guida che traducevano in pratica le indicazioni della ricerca scientifica²⁴. È apparso evidente che indipendentemente dal livello di reddito medio, paesi poveri o emergenti potranno raggiungere tassi di mortalità materna molto simili a quelli dei paesi più ricchi²⁵.

Allo stesso tempo, sono state maturate diverse critiche e riflessioni: l'approccio degli OSM ha infatti favorito una frammentazione della pianificazione sanitaria e non ha incoraggiato una collaborazione intersettoriale che migliorasse coordinamento, innovazione ed efficienza. Gli OSM hanno poi prestato poca attenzione a principi quali i diritti umani, l'equità e la parità di genere²⁶.

Altre considerazioni riguardano il fatto che le condizioni di partenza sono importanti nel determinare il risultato ed è quindi necessario differenziare gli approcci e monitorare l'evoluzione: per paesi che sono vicini al target, forse è più importante la qualità del progresso che non un ulteriore aumento quantitativo.

Gli investimenti economici devono essere oculati in considerazione di utilità e sostenibilità degli stessi: è importante infatti investire in infrastrutture, ma anche assicurare la copertura di costi correnti (come salari del personale sanitario, attrezzature e farmaci). Gli OSM infine non hanno guardato a come sono stati raggiunti alcuni risultati, quindi alla loro sostenibilità o ai cambiamenti strutturali necessari a liberare i paesi poveri dalla dipendenza dai paesi donatori.

23 WHO iERG 2015 "Every Woman, Every Child, Every Adolescent: Achievements and Prospects. The Final Report of the independent Expert Review Group on Information and Accountability for Women's and Children's Health"

24 Success factors for women's and children's health: Policy and programme highlights from 10 fast-track countries. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/success_factors_highlights.pdf).

25 Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, Arrow KJ, Berkley S, Binagwaho A, et al. Global health 2035: a world converging within a generation. *Lancet* 2013;382:1898–955. ([http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62105-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62105-4)).

26 Health in the post-2015 agenda: Report of the global thematic consultation on health. *The World We Want*; 2013 (www.worldwewant2015.org/file/337378/download/366802).

Gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile e il nuovo impegno internazionale

Gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile - OSS sono un nuovo gruppo di obiettivi, target e indicatori che, partendo dai risultati raggiunti dagli OSM, definiscono le linee d'azione per la comunità internazionale in tema di sviluppo per il periodo 2016-2030. Sono più ampi per quanto riguarda l'ambito d'azione e i progressi nel raggiungimento degli obiettivi verranno valutati sia in termini di risultati che di processo.

“Women are not dying of diseases we cannot treat... they are dying because societies have yet to make the decision that their lives are worth saving...”

Mahmoud Fathalla, past president of the International Federation of Obstetricians and Gynecologists

Gli OSS verranno realizzati in un contesto di crescente complessità, caratterizzato da una transizione economica, ambientale, sociale, demografica ed epidemiologica. Nel settembre 2015 sono stati approvati 17 OSS e di questi uno (OSS 3) è dedicato alla salute e ambisce a **“Realizzare condizioni di vita sana per tutti e a tutte le età”**. La salute materno-infantile è al centro dell'Obiettivo.

In particolare, due target specifici riguardano la salute materna e quella infantile: entro il 2030, si vuole ridurre a livello mondiale il tasso di mortalità materna sotto 70 su 100.000 nati vivi (e che nessun paese abbia un tasso superiore al 140/100.000) ed eliminare le morti prevenibili di neonati e bambini sotto i 5 anni di età, riducendo i tassi di **mortalità neonatale sotto 12 su 1.000 nati vivi** e quella dei bambini **sotto i 5 anni sotto 25 su 1.000**.

Altri target riguardano le malattie infettive (AIDS, TB, malaria e malattie tropicali neglette), la salute sessuale e riproduttiva, le malattie croniche e la loro prevenzione, intervenendo sugli stili di vita, la salute mentale, la prevenzione delle morti per incidenti, l'accesso universale ai servizi sanitari, la salute ambientale, la ricerca, il rafforzamento dei sistemi sanitari. Anche questi target, hanno un impatto significativo sulla salute materna ed infantile. L'esperienza di Ebola, ha dimostrato la precarietà dei **sistemi sanitari** ed i rischi e le potenziali ripercussioni negative della mancanza di investimenti a favore del loro rafforzamento affinché siano in grado di rispondere tempestivamente ed efficacemente ai bisogni di salute della popolazione.

Il rafforzamento dei sistemi sanitari è strettamente correlato alla riduzione della povertà e al diritto alla salute nell'idea guida della copertura sanitaria universale.

Gli OSS cercano di affrontare le nuove sfide globali che hanno ripercussioni rilevanti in termini di salute, in particolare verso le donne e che sono influenzate da un mondo sempre più complesso, variabile e incerto. Alcuni cambiamenti importanti a livello mondiale stanno determinando **transizioni** in diversi settori: economico, ambientale, sociale, demografico ed epidemiologico. Dal punto di vista economico, la globalizzazione ha portato un aumento delle disuguaglianze tra e all'interno dei paesi e il diffondersi di nuovi stili di vita che spesso hanno un impatto negativo sulla salute, in particolare per le malattie non trasmissibili. La transizione ambientale con la deforestazione e l'inquinamento del suolo e dell'acqua, ha delle ripercussioni negative in termini di lavoro delle donne per l'approvvigionamento di acqua potabile e combustibile per cucinare. La mancanza di accesso all'acqua e ai servizi igienici è causa di malattie per circa la metà della popolazione residente nei paesi a basso reddito. Dal punto di vista sociale, i processi di urbanizzazione e migrazione sono in aumento con ripercussioni sulla struttura familiare, le norme sociali, l'istruzione, l'occupazione, i beni di consumo, i comportamenti legati alla salute e l'accesso ai servizi. Tutti questi aspetti avranno delle implicazioni per la salute.

Stiamo anche assistendo alla transizione demografica in molti paesi a basso reddito. Questo processo è caratterizzato da una riduzione della fertilità e un aumento della speranza di vita, con un fortissimo incremento della popolazione (dono demografico): nei prossimi anni avremo la più ampia proporzione di popolazione sotto i trent'anni mai avuta nella storia umana.

La transizione epidemiologica, strettamente connessa alla transizione demografica, è caratterizzata dalla riduzione delle malattie infettive (e della malnutrizione e della mortalità materna e infantile), con tassi crescenti di malattie non trasmissibili. Nei paesi dove la transizione epidemiologica si protrae a lungo, si verifica il fenomeno del doppio carico di malattia, con il permanere delle prime e l'arrivo delle seconde, creando una sfida ingestibile per i deboli sistemi sanitari di questi paesi. Le ripercussioni sulla **salute delle donne** sono preoccupanti, in quanto sono le più colpite nella salute riproduttiva: da un lato infatti sono coinvolte nella femminizzata epidemia di AIDS e successivamente sono colpite anche dalle malattie non trasmissibili²⁷. Di conseguenza, come visto nel precedente paragrafo, anche le cause di morte materna cambiano, passando, nei paesi in transizione, da essere principalmente dirette ad indirette. Le prime restano ancora preponderanti, specialmente in Africa, ma un attento studio e la raccolta di dati sono necessari per cambiare e adattare le strategie d'intervento, via via che lo scenario epidemiologico evolve. Mentre in un primo momento la priorità sarà data dall'assicurare adeguata assistenza ostetrica, successivamente gli sforzi si dovranno convogliare sia sulle malattie non trasmissibili che sui determinanti di salute, l'umanizzazione delle cure e il sovrautilizzo dei servizi, nonché nella maggiore equità e verso i bisogni specifici dei gruppi più vulnerabili.

In considerazione di questi cambiamenti, la strategia mondiale per la salute materna ed infantile si allarga per includere anche la salute degli adolescenti e il fenomeno drammaticamente non raccontato dei bambini nati morti (circa 2.6 milioni all'anno). Si parla oggi di **salute sessuale, riproduttiva, materna, neonatale, infantile e degli adolescenti** (*Sexual Reproductive Maternal Neonatal Child and Adolescent Health* - SRMNCAH), in modo da affrontare le questioni in un'ottica di continuum di cure nel corso della vita. Gli adolescenti costituiscono oggi infatti circa un sesto della popolazione mondiale e in Africa continueranno ad aumentare anche oltre il 2050 a causa della transizione demografica. Rivestono quindi una priorità in termini numerici, ma anche in considerazione di altri cambiamenti, quali la riduzione più bassa dei tassi di mortalità tra adolescenti rispetto ad altri gruppi di età e la transizione epidemiologica. La mortalità materna è la seconda causa di morte per le ragazze tra i 15 ed i 19 anni, dopo l'HIV/AIDS e altre problematiche cruciali, riguardano la violenza sulle donne, la salute mentale, le morti violente legate a guerre ed incidenti stradali²⁸.



Archivio CCM @ Fabio Bucciarelli, Sud Sudan 2012

27 WHO iERG 2015 "Every Woman, Every Child, Every Adolescent: Achievements and Prospects. The Final Report of the independent Expert Review Group on Information and Accountability for Women's and Children's Health"

28 Souza JP, Tunçalp Ö, Vogel JP, Bohren M, Widmer M, Oladapo OT, et al. Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2014;121(Suppl. 1):1-4.

Inoltre, nel quadro degli OSS i target per i diversi paesi verranno declinati a seconda delle condizioni di partenza con l'obiettivo di eliminare la mortalità materna in una generazione. Ad esempio, paesi con un tasso di mortalità materna - MMR superiore a 420 nel 2010 dovranno ridurlo di 2/3 entro il 2030. Gli altri non dovranno avere un tasso superiore a 140 e i paesi con un MMR inferiore a 10 dovranno puntare a raggiungere livelli di equità nell'indicatore per popolazioni vulnerabili e da un punto di vista di distribuzione nel paese²⁹. La salute della mamma e del bambino sono strettamente correlate tra loro. Complicazioni ostetriche, soprattutto durante il parto, oltre a mettere a repentaglio la vita della donna, sono la causa principale di nascite di bambini morti e di morte neonatale. La morte della madre o l'insorgere di malattie croniche conseguenti a complicazioni avvenute durante il parto, inevitabilmente influiscono sulla salute fisica e psicologica del bambino. Donne e bambini sono esposti a sfide e problemi sanitari simili ed interrelati, supportati da fattori esterni quali la povertà, l'inequità e la marginalizzazione. La **Strategia Globale** per la salute di donne, bambini e adolescenti, lanciata nel 2015 dall'OMS, prevede un intervento integrato e continuo per fermare le morti prevenibili di madri e neonati, assicurare la crescita in salute e benessere dei bambini, e promuovere ambienti favorevoli per lo sviluppo degli adolescenti in adulti³⁰. Un'azione che deve iniziare prima della nascita e continuare fino all'età dell'adolescenza, per raggiungere tre segmenti chiave della popolazione che ancora hanno limitato accesso ai servizi di base, acqua e aria pulita, servizi igienici e nutrizione. Donne, bambini e adolescenti sono spesso vittime di violenza e discriminazione, e restano esclusi dai percorsi di sviluppo della società incontrando diverse barriere alla realizzazione dei propri diritti.

La Strategia Globale adotta un **approccio multisetoriale** che mira anche al miglioramento dei sistemi di acqua, servizi igienici e promozione dell'igiene, ai trasporti e alle infrastrutture di comunicazione, all'istruzione, ai sistemi legale e finanziario.

Su questa base la comunità internazionale si concentrerà quindi nei prossimi 15 anni sulle seguenti azioni³¹:

- **empowerment** di donne, ragazze e comunità perché siano principali fautori della propria salute;
- proteggere e sostenere il **legame mamma - bambino**;
- assicurare l'appropriazione, la leadership e il supporto ai **quadri legislativi, regolamentari e finanziari** da parte di ciascun paese;
- applicazione di un approccio basato sui diritti umani per assicurare **cure sanitarie** di qualità disponibili, accessibili e accettabili per tutti;
- migliorare i meccanismi di misurazione e **analisi dei dati**, in particolare legati alla mortalità;
- allocare adeguate risorse e assicurare un efficace **finanziamento dei sistemi sanitari**;
- fare fronte al problema dell'accesso iniquo ai servizi sanitari e assicurare la copertura universale di cure per la **salute SRMNCAH** e a tutte le cause di morte, morbilità e disabilità;
- **rafforzare i sistemi sanitari**;
- assicurare la **responsabilizzazione** dei governi e degli operatori nel rendere conto di quanto fatto.

29 WHO, 2015 "Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM)"

30 Every Woman, Every child. Sustainable Development Goals (2015). The Global Strategy for Women's, Children's Adolescents' Health (2016-2030). Survive Thrive Transform

31 WHO, 2015 "Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM)"

Sorridi di madri africane: dal 2015 al 2020

La campagna Sorridi di madri africane prosegue in continuità con quanto realizzato fino ad oggi e nella lunga storia del Comitato Collaborazione Medica. Tuttavia, questa nuova fase della campagna è arricchita dalle riflessioni sulla strategia dell'organizzazione, sull'aggiornamento delle tematiche della salute a livello mondiale e dall'avanzare della ricerca scientifica. La consapevolezza di vivere in un mondo sempre più complesso, fragile e incerto, spinge infatti il CCM a cambiare, senza modificare la sua visione, missione ed il suo approccio allo sviluppo, ma percorrendo alcune strade con più forza, innovando là dove mancano le soluzioni e cercando di migliorare la qualità della propria azione.

La strategia: un approccio integrato

La strategia per i prossimi cinque anni di attività sposa **l'approccio integrato sulla Salute sessuale, riproduttiva, materna, neonatale, infantile e degli adolescenti (SRMNCAH)**³², con l'obiettivo di sostenere e potenziare i risultati già raggiunti. Burundi, Etiopia, Kenya, Somalia e Sud Sudan restano realtà dove è prioritario agire, dove i tassi di mortalità, morbilità materna e infantile sono ancora altissimi e dove le disegualianze interne permangono forti. Al centro del lavoro del Comitato Collaborazione Medica, ci sarà la formazione, intesa come potenziamento delle competenze, delle abilità, degli strumenti e delle capacità degli attori chiave per la salute SRMNCAH: gli operatori sanitari in prima battuta, inclusi quelli non qualificati e di comunità, per assicurare servizi di qualità, ma anche le autorità sanitarie, le comunità e gli individui, primi fautori della propria salute e di quella dei propri familiari.

I sistemi sanitari dei Paesi dove lavora il CCM sono caratterizzati da forte instabilità, sono spesso ancora in una fase di sviluppo e in un contesto economico incerto. Il CCM individua quindi come uno degli assi imprescindibili della propria azione il **rafforzamento dei sistemi sanitari** basato sui sei elementi identificati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità: fornitura di servizi di qualità, personale sanitario, gestione e analisi dei dati, farmaci e materiali, finanziamento del sistema, *leadership* e *governance*. L'esperienza maturata dall'Organizzazione ha permesso di rafforzare le proprie competenze nel lavoro di supporto alle strutture sanitarie e alle autorità locali soprattutto nel campo del **personale sanitario** e della fornitura di servizi di qualità. Nei prossimi cinque anni, continueremo in questa direzione. Molte risorse saranno dedicate alle seguenti attività: il reclutamento ottimale, la formazione, la distribuzione e il mantenimento del personale sanitario, la conduzione da parte delle autorità sanitarie di supervisioni orientate al supporto dei servizi e la promozione del *task-shifting*. Nei prossimi anni, il CCM vuole però anche potenziare il proprio ruolo relativamente a tutti gli altri elementi del sistema sanitario, dedicando maggiori risorse a queste attività e allargando i propri partenariati. In linea con quanto raccomandato dall'OMS, nell'ambito del rafforzamento del sistema e in particolare del mantenimento delle infrastrutture, il CCM intende rafforzare il proprio intervento a favore dei **sistemi di trasferimento dei pazienti critici** e della **gestione dei rifiuti ospedalieri**. Queste due azioni sono, infatti, essenziali per **garantire la continuità e la qualità della cura**. Da una parte, la presenza di un'ambulanza presso il centro di salute e/o l'ospedale di riferimento di un sistema sanitario può garantire il pronto trasferimento delle emergenze presso la struttura preposta al loro trattamento. La mancanza di mezzi di trasporto è, infatti, causa di enormi ritardi nell'accesso al servizio soprattutto in ambito di salute materna, contribuendo in maniera significativa all'interruzione della cura e alla mortalità delle donne³³. Dall'altra parte, i rifiuti prodotti nel corso delle attività cliniche

32 WHO, 2015 "Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM)"

33 Nawal M. Nour (2008). *An Introduction to Maternal Mortality*. *Rev Obstet Gynecol*; 1(2): 77-81

portano con sé rischi di infezione particolarmente elevati, e metodi affidabili e sicuri per la loro gestione sono pertanto necessari per evitare la diffusione di gravi infezioni nei pazienti ospedalizzati e un impatto negativo sull'ambiente³⁴.

La **mobilizzazione comunitaria** è un altro asse di intervento che da sempre ha caratterizzato l'azione del CCM nelle strutture sanitarie. In linea con la strategia globale, i progetti di cooperazione dell'organizzazione si incentreranno sull'empowerment delle donne, soprattutto nella prevenzione e gestione della **violenza di genere**, sulla promozione di comportamenti salutari ad alto impatto per la SRMNCAH, come la promozione della **pianificazione familiare** e del **lavaggio** corretto delle **mani** e sul supporto alla nascita e all'animazione di **gruppi** per l'attivazione di risposte comunitarie, il monitoraggio dei servizi sanitari e il coinvolgimento degli uomini. Come già scritto, una particolare attenzione verrà data alla tematica del **riferimento di pazienti** (mamme, neonati, bambini), dalla comunità, alle strutture di primo livello, a quelle ospedaliere, affinché l'assistenza sanitaria possa essere assicurata tempestivamente al momento del bisogno e con continuità nella fase di monitoraggio clinico e di cura. In questo senso il coinvolgimento delle comunità per identificare soluzioni sostenibili e sensibilizzarle sull'importanza delle cure, sarà complementare al servizio di ambulanza. Nei prossimi cinque anni, intendiamo inoltre condurre o facilitare la realizzazione di **ricerche** volte ad approfondire barriere o incentivi all'**utilizzo dei servizi** sanitari e altri aspetti determinanti per la salute, in modo da indirizzare sempre meglio le strategie di risposta sia nella fornitura delle cure, che nelle attività di promozione sanitaria.



Archivio CCM © Eyrara Niyoinungere, Burundi 2014

Le sfide per i prossimi anni sono numerose. Innanzitutto aumentare l'accesso all'**assistenza qualificata durante gravidanza e parto**, e raggiungere un numero maggiore di donne, attraverso il miglioramento dei servizi, la formazione del personale sanitario e la creazione della domanda di cura. Tuttavia, raggiungere un numero elevato di donne non basta, una sfida ancora più grande per i prossimi anni riguarda la **qualità dell'assistenza offerta**. In particolare, il CCM vuole contribuire ad aumentare la percentuale di donne gravide coperte da vaccinazione antitetanica e pro-

filassi antimalarica, quando questa è parte del protocollo ministeriale, e la percentuale di donne che accedono alle quattro visite prenatali raccomandate dall'OMS³⁵. Per quanto riguarda il momento del parto, il CCM intende contribuire ad aumentare il numero di strutture sanitarie in grado di offrire il pacchetto minimo per la gestione delle emergenze ostetriche.

L'azione è concentrata nelle aree più povere e remote dei Paesi, dove l'accessibilità ai servizi prenatali e di assistenza al parto è spesso ostacolata dal numero inadeguato delle strutture e del personale sanitario, dalla carenza di rete stradale e trasporti, e da una serie di barriere finanziarie. Anche quando il servizio sanitario per donne e bambini è offerto gratuitamente, infatti, le donne devono sopportare costi indiretti legati al trasporto, alle medicine e a servizi collaterali. Educazione e continua informazione di donne, uomini e comunità in generale, restano un fattore chiave dell'accesso ai servizi: il cambiamento

34 WHO (2013). *Safe management of wastes from health-care activities*

35 Hodgins S and D'Agostino A (2014). *The quality-coverage gap in antenatal care: toward better measurement of effective coverage. Glob Health Sci Pract, vol. 2 no. 2 p. 173-181*

delle abitudini e delle norme culturali passa attraverso un percorso di apprendimento e consapevolezza che deve coinvolgere tutta la comunità per promuovere un accesso tempestivo al centro di cura. La decisione di partorire in una struttura sanitaria spesso, infatti, non è nelle mani della sola donna, ma degli uomini e dei membri più anziani della famiglia: ogni attimo perso a prendere una decisione o ritardo nel riconoscere un segno di pericolo può ridurre la probabilità di ricevere prontamente cure appropriate e aumentare il rischio di morte³⁶. Già molte delle mamme e delle pazienti ad oggi incontrate dal CCM sono **adolescenti**, ma sempre maggiore attenzione sarà data a rendere *youth friendly* i servizi sanitari e a pensare ad interventi ad hoc per questa fascia della popolazione, in progressivo aumento nel continente africano e in una fase critica della vita, ricca di grandi trasformazioni (biologiche, emotive e sociali).

La salute infantile resta centrale: assicurare **interventi di prevenzione** e cura di base (vaccinazioni, distribuzione di zanzariere o sali di reidratazione orale, lo screening nutrizionale) e **la gestione integrata** delle Malattie Neonatali e dell'Infanzia. La sfida per i prossimi anni è mantenere l'elevato numero di bambini raggiunti da servizi tanto curativi quanto preventivi, e garantire un **approccio integrato per il benessere complessivo del bambino**. Particolare attenzione sarà rivolta nelle aree più remote e ai segmenti più vulnerabili della popolazione, dove l'accesso alla cura



Archivio CCM © Eyrara Niyoinungere, Burundi 2014

e alla vaccinazione è spesso ostacolato dalla mancanza dei servizi di base. Come già sperimentato negli anni passati, servizi vaccinali, screening nutrizionale ed educazione sanitaria saranno erogati anche attraverso le cliniche mobili che permetteranno di raggiungere le zone più disagiate e i gruppi più isolati della popolazione, come i *cattle keepers* in Sud Sudan e i pastori nomadi in Etiopia. L'azione del CCM si focalizzerà maggiormente sulla **salute neonatale**, ambito che ha visto esperienze significative e ampliabili su larga scala, promuovendo sia la gestione del neonato a livello di struttura sanitaria che azioni comunitarie, nella prospettiva del continuum di cure.

Nell'ottica di promuovere maggiore equità, il CCM rafforzerà inoltre la propria azione sulle **fasce vulnerabili**, troppo spesso non beneficiarie dei miglioramenti raggiunti sulla salute a livello mondiale o di paese: persone in estrema povertà o marginalizzate, minoranze etniche, popolazioni nomadi, persone disabili e migranti. Inoltre, in linea con i cambiamenti epidemiologici in corso e in considerazione delle priorità dei Paesi, dove il CCM interviene direttamente, si integrerà l'azione ad oggi incentrata prevalentemente sulle malattie infettive e la malnutrizione, con azioni atte a preparare i sistemi sanitari a far fronte anche alle **malattie non trasmissibili**.

Infine il CCM, in linea con il suo **approccio integrato alla salute** e con la visione degli OSS, vuole collaborare in maniera stretta e stabile con altre realtà competenti nei diversi ambiti: accesso all'acqua, sicurezza alimentare, salute veterinaria, protezione sociale e lotta alla povertà, tutela dell'ambiente e delle risorse naturali, diritti delle donne e dei lavoratori, istruzione e sviluppo infantile. Oltre alle istituzioni pubbliche, alle università e agli enti di ricerca, al mondo del no-profit, alle istituzioni religiose, i **partenariati** tenderanno a includere sempre di più il mondo delle aziende. In linea anche con la nuova legge italiana

36 Calvello EJ et al. (2015). Applying the lessons of maternal mortality reduction to global emergency health. Bull World Health Organ 2015; 93: 417–423

della cooperazione, il CCM lavorerà per affiancare alle azioni di responsabilità sociale d'impresa, interventi co-progettati in un'ottica di valore condiviso da parte di tutte le organizzazioni. Tale scelta è dettata dalla convinzione che la promozione della salute debba e possa essere promossa da tutti: da chi produce tecnologie appropriate, da chi incontra le adolescenti tutti i giorni in aula, da chi progetta la costruzione di una strada, o difende una donna in tribunale. La creazione di relazioni tra comunità italiane nei suoi diversi soggetti (privati, associazioni, istituzioni) e quelle dei paesi in cui operiamo è anche centrale per valorizzare le competenze presenti sul nostro territorio che possono essere messe a disposizione dei progetti assicurando allo stesso tempo ricadute positive in termini di esperienze e conoscenze di realtà e culture diverse, contribuendo a creare una cultura di pace e una società tollerante

Inoltre, Sorrisi di madri africane, sebbene focalizzata su Burundi, Etiopia, Kenya, Somalia e Sud Sudan, e coerentemente con una presenza del CCM di lungo termine a fianco delle comunità, potrà ampliarsi ad **altri paesi** che registrano ancora tassi di mortalità materna, neonatale ed infantile troppo elevati. Gli interventi saranno frutto di una progettazione da sviluppare insieme a organizzazioni partner che riterranno importante inserire la componente sanitaria all'interno dei propri interventi e di una valutazione del contesto che sia in grado di far convergere organizzazioni, risorse umane, finanziarie in modo da rendere proficuo l'intervento.

Gli obiettivi da raggiungere entro il 2020

Sorrisi di Madri africane ha fissato i propri obiettivi da raggiungere entro il 2020, nel quadro più ampio e nella prospettiva di lungo termine degli OSS. Il CCM si impegna a rendicontare annualmente l'avanzamento delle attività e l'utilizzo delle risorse impiegate a tutti i soggetti interessati, quali le comunità locali nei Paesi e in Italia, le istituzioni, le organizzazioni partner e gli enti finanziatori. È un impegno verso la **trasparenza** e la **responsabilità** che l'organizzazione ha sentito sempre come obbligo morale e che si tradurrà in modo più forte e strutturato in azioni finalizzate anche al miglioramento dell'efficacia, dell'efficienza del suo operato e delle modalità di misurare i risultati conseguiti e l'impatto realizzato.

Entro il 2020 **Sorrisi di madri africane** vuole:

formare 2.700 operatori sanitari

(medici, ostetriche, infermieri, operatori sanitari di comunità)

assistere 170.000 donne durante la gravidanza e il parto

vaccinare e curare 780.000 bambini

La determinazione degli obiettivi per il nuovo periodo è stato un esercizio complesso che ha cercato di contemperare l'ambizione con un realismo legato alle tante incertezze che interessano i Paesi dove lavoriamo, quali il Sud Sudan, interessato da fine 2013 da una guerra civile che stenta a pacificarsi, il Burundi, entrato da diversi mesi in un periodo di instabilità politica ed in una spirale di violenza, la Somalia, Paese da tempo in bilico tra ripresa e instabilità.

Nel dettaglio, da **novembre 2015** a **ottobre 2020** vuole:

formare 2.700 operatori sanitari in ostetricia e pediatria

800 su assistenza al parto

800 su salute riproduttiva

200 su vaccinazioni

1.200 su cure pediatriche

50 su raccolta e gestione dati

50 su gestione servizi sanitari

assistere durante la gravidanza e il parto 170.000 donne

135000 donne seguite durante la gravidanza

garantendo vaccinazioni a **40.400** donne

offrendo strumenti di prevenzione per la malaria a **62.500** donne

effettuando le 4 visite prenatali a **61.000** donne

35.000 di parti ed emergenze ostetriche assistite

curare e vaccinare 780.000 bambini

180.000 bambini vaccinati

600.000 bambini sotto i 5 anni curati

e inoltre:

N° strutture supportate (copertura servizi)

125

strutture che offrono assistenza al parto

62

strutture che offrono servizi per la salute riproduttiva

108

strutture che offrono vaccinazioni

69

strutture che offrono cure pediatriche

86

strutture che offrono EmONC

28

strutture dotate di sistemi per smaltimento rifiuti

125

N° distretti (copertura geografica)

13

distretti in cui è supportato anche l'ospedale

6

distretti con servizio di ambulanza attivo

13

N° donne e ragazze coinvolte in attività

di empowerment femminile

2.500

N° persone sensibilizzate su SRMNCAH

400.000

N° ricerche condotte su diritto alla salute

5

La sfida è lanciata.

Insieme cambieremo le cose:

formeremo sempre più operatori sanitari,
proteggeremo mamme e bambini.



Comitato Collaborazione Medica CCM

www.ccm-italia.org

Via Ciriè 32/e • 10152 Torino

tel 011/6602793 • ccm@ccm-italia.org

C.F. 97504230018 • **c/c postale** n° 13404108

IBAN IT85 1050 1801 0000 0000 0199 848