

IL FARMACISTA OSPEDALIERO

nel mondo della cooperazione

A cura di
Marianna Napoletano, Emanuela Abbate



Società Italiana di Farmacia Ospedaliera
e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie



IL FARMACISTA OSPEDALIERO

nel mondo della cooperazione



Ai giovani colleghi

***"La pandemia ha unito il destino dei popoli,
il futuro o è per tutti o non è per nessuno"***

Sergio Mattarella

Presidente della Repubblica italiana



1. Prefazione	05
Il Regolamento Sanitario Internazionale nel sistema virtuoso della cooperazione	09
Adattamento e professionalità in una Cooperazione	14
Aspetti legali, etici e morali del farmacista cooperatore	17
Aspetto motivazionale del farmacista cooperatore	21
Importanza della conoscenza linguistica	29
Le patologie di maggiore impatto in cooperazione - epidemiologia e clinica	
Le patologie acute di maggiore rilevanza - Le patologie croniche più comuni	34
Il progetto di medicina di eccellenza in Sudan: Gestione della malattia reumatica al salam centre presso il centro cardiocirurgico di Emergency di Khartoum.	36
Le patologie attese in base al tipo di cooperazione: chirurgia generale e d'urgenza nei progetti Emergency	42
Accesso alle cure e medicina di base- Esperienza su Programma Italia e all'estero. Primary Health Care	43
Emergenze materno-infantili	46
Emergenze Pediatriche	51
2. Rischi epidemiologici e sanitari in cooperazione	
Patologie infettive legate ai differenti paesi ->e tropicali	56
Aspetti igienico sanitari da conoscere	67
3. Gestione manageriale in cooperazione	
Preparazione e pianificazione sanitaria per una buona cooperazione	83
Imparare a lavorare in team multidisciplinare in cooperazione	91
La gestione dell'evento guerra/confitto	95
Situazioni estreme in cooperazione: Scenari e gestione	98
Farmaci e Dispositivi medici essenziali per fronteggiare eventi complessi con un forte impatto sanitario	106

4. La sicurezza dell'operatore e dei soccorsi	
La gestione della sicurezza nella cooperazione internazionale	112
La sicurezza degli operatori umanitari	113
La sicurezza degli interventi	114
Cooperazione internazionale e Telemedicina:un binomio possibile	116
5. Esempi di cooperazione Internazionale	
L'esperienza accordo SIFO/Emergency e il valore aggiunto del farmacista ospedaliero	124
Testimonianze/Short bio	126
Racconti di un Farmacista ospedaliero volontario	129

1

PREFAZIONE

di *Pietro Boccia**

La necessità di redigere il presente manuale *"Il farmacista ospedaliero nel mondo della cooperazione"* nasce dall'accordo tra la SIFO (Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei servizi farmaceutici delle aziende sanitarie) e l'EMERGENCY, proposto dall'ASC Global Health, con l'intento di creare nuove opportunità di formazione e lavoro per i Farmacisti Ospedalieri, appartenenti alla SIFO. L'ASC Global Health ha, così, suggerito un percorso formativo specifico sulle Grandi Emergenze per Farmacisti Ospedalieri e Territoriali, con l'obiettivo di sviluppare una nuova figura professionale: il Farmacista della SIFO, specializzato in Maxi Emergenze. Il manuale in questione fornisce una guida formativa, volta a promuovere e valorizzare la figura del Farmacista della SIFO all'interno dei gruppi multidisciplinari coinvolti nelle Grandi Emergenze. Si ritiene che, grazie alle competenze acquisite, il Farmacista della SIFO possa contribuire alla redazione e implementazione dei Piani di Emergenza Interna per Maxi Emergenze (PEIMAF), alla selezione dei farmaci e dispositivi medici più adeguati a diverse tipologie di emergenze sia a livello nazionale che internazionale, nonché a partecipare attivamente ai tavoli tecnici ministeriali. Per tale motivo, il Presidente Arturo Cavaliere, insieme al Consiglio Direttivo e al Comitato Scientifico della SIFO, ha sostenuto fortemente questo progetto, ritenendo opportuna la pubblicazione del manuale.

Nel 1948, l'ONU all'articolo 22 della Dichiarazione universale dei diritti umani si stabilisce che ogni "individuo, in quanto membro della società, ha diritto alla sicurezza sociale, nonché alla realizzazione attraverso lo sforzo nazionale e la cooperazione internazionale ed in rapporto con l'organizzazione e le risorse di ogni Stato, dei diritti economici, sociali e culturali indispensabili alla sua dignità ed al libero sviluppo della sua personalità". Nello stesso anno, l'Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS, istituita con sede a Ginevra, sostiene che essa ha,

come obiettivo, "il raggiungimento, da parte di tutte le popolazioni, del più alto livello possibile di salute", definita come "uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale" e non semplicemente come "assenza di malattie o infermità". Dopo molti anni, si hanno, poi, due importanti documenti. Nel 2015, viene pubblicata la Lettera Enciclica *Laudato Si* del papa Francesco sulla cura della casa comune (24 maggio), nella quale si afferma che "non tutto è perduto, perché gli esseri umani, capaci di degradarsi fino all'estremo, possono anche superarsi, ritornare a scegliere il bene e rigenerarsi, al di là di qualsiasi condizionamento psicologico e sociale che venga loro imposto". Nello stesso anno, l'Onu impegna i 193 Paesi, che lo compongono, ad assumersi la responsabilità di restituire un posto vivibile al Pianeta. Tale impegno è un programma di azione per le persone, per il Pianeta e per la prosperità, che viene sottoscritto il 25 settembre 2015 dai governi. Così, il 1° gennaio 2016 entra in vigore, a livello internazionale, l'Agenda globale per lo sviluppo sostenibile (Agenda 2030), nella quale si fissano 17 Obiettivi di sviluppo sostenibile da raggiungere entro il 2030.

Quello che concerne la salute è l'obiettivo 3, il quale sostiene che bisogna garantirne a tutti il diritto e raggiungere assolutamente la riduzione del tasso di mortalità materna e di mortalità infantile. Due piaghe che colpiscono soprattutto i Paesi più poveri. I target da perseguire entro il 2030 sono: ridurre il tasso di mortalità materna globale a meno di 70 per 100.000 nati vivi; mettere fine alle morti evitabili di neonati e bambini sotto i 5 anni di età, con l'obiettivo per tutti i Paesi di ridurre la mortalità neonatale a non più di 12 su 1.000 nati vivi e, per i bambini al di sotto dei 5 anni, ridurre la mortalità a non più di 25 su 1.000 nati vivi; porre fine alle epidemie di AIDS, tubercolosi, malaria e malattie tropicali trascurate e combattere l'epatite, le malattie legate all'uso dell'acqua e altre malattie trasmissibili; ridurre di un terzo la mortalità prematura da malattie non trasmissibili, attraverso la prevenzione e la cura, promuovendo la salute mentale e il benessere; rafforzare la prevenzione e il trattamento di abuso di sostanze, tra cui quello di stupefacenti e l'uso nocivo di alcool; dimezzare il numero di decessi, a livello mondiale, e le lesioni da incidenti stradali; garantire l'accesso universale ai servizi di assistenza sanitaria (sessuale e riproduttiva), compresi quelli per la pianificazione familiare, l'informazione, l'educazione e l'integrazione della salute riproduttiva nelle strategie e nei programmi nazionali; conseguire

una copertura sanitaria universale, compresa la protezione dai rischi finanziari, l'accesso a servizi essenziali di assistenza sanitaria di qualità e l'accesso a farmaci essenziali sicuri, efficaci, di qualità e a prezzi accessibili, compresi i vaccini per tutti; ridurre sostanzialmente il numero di decessi e malattie da sostanze chimiche pericolose e da inquinamento e contaminazione di aria, acqua e suolo; rafforzare l'attuazione della "Convenzione quadro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità" sul controllo del tabacco in tutti i Paesi, a seconda dei casi; sostenere la ricerca e lo sviluppo di vaccini e farmaci per le malattie trasmissibili e non trasmissibili che colpiscono soprattutto i Paesi in via di sviluppo; fornire l'accesso ai farmaci essenziali e ai vaccini a prezzi accessibili, in conformità alla Dichiarazione di Doha sull'Accordo TRIPS e salute pubblica, che afferma il diritto dei Paesi in via di sviluppo a utilizzare appieno le disposizioni sugli aspetti commerciali dei diritti di proprietà intellettuale in materia di flessibilità per proteggere la salute pubblica e, in particolare, di fornire l'accesso ai farmaci per tutti; aumentare sostanzialmente il finanziamento della sanità e il reclutamento, lo sviluppo, la formazione e il mantenimento del personale sanitario nei Paesi in via di sviluppo, soprattutto in quelli meno sviluppati e nei piccoli Stati insulari in via di sviluppo; rafforzare la capacità di tutti i Paesi, in particolare quelli in via di sviluppo, per la prevenzione, la riduzione e la gestione dei rischi per la salute nazionale e globale.

In tale panorama complesso e in continua evoluzione della cooperazione internazionale, il ruolo del farmacista ospedaliero emerge come un elemento cruciale, che trascende i confini della pratica tradizionale per abbracciare un impegno globale. Il manuale, curato da Emanuela Abbate e Marianna Napoletano, *"Il farmacista ospedaliero nel mondo della cooperazione"*, si configura come una risorsa preziosa, capace di illuminare le molteplici dimensioni di questo profilo professionale nell'ambito delle operazioni umanitarie e di cooperazione internazionale. La prima curatrice è una farmacista dirigente, che svolge attività di consulenza volontaria come esperta in emergenze sanitarie e nella prevenzione delle patologie associate alle Maxi Emergenze. Da sempre è attiva nella SIFO, ricoprendo inizialmente il ruolo di collaboratrice nell'ASC Malattie Infettive, per poi diventare coordinatrice dell'ASC Global Health. Attualmente ricopre la carica di collaborare con l'ASC Global Health.

La seconda, dott.ssa Marianna Napoletano, è una farmacista dirigente, al momento operativa presso un ospedale pediatrico di Napoli, che ha maturato una significativa esperienza nel 2016 durante il terremoto nelle Marche, specializzandosi successivamente nelle Maxi Emergenze. Si sente profondamente coinvolta nei temi legati alla Medicina delle Catastrofi e, perciò, ha proposto numerosi progetti formativi per la SIFO in qualità di Coordinatrice dell'ASC Global Health.

Il manuale *"Il farmacista ospedaliero nel mondo della cooperazione"*, si distingue non solo per l'approfondimento tecnico e pratico, ma anche per la sua capacità di integrare riflessioni teoriche e applicazioni concrete. Le due curatrici, Abbate e Napoletano, attraverso una narrazione dettagliata e ben strutturata, esplorano il diritto alla cooperazione internazionale, i requisiti professionali specifici e le sfide legali, etiche e motivazionali che caratterizzano il farmacista ospedaliero, impegnato in contesti di emergenza e sviluppo. Dedicano, poi, un'attenzione particolare all'importanza della conoscenza linguistica e alla capacità di adattamento, elementi essenziali per operare efficacemente in ambienti interculturali e spesso instabili. Il manuale approfondisce, inoltre, le patologie prevalenti in contesti di cooperazione, fornendo una panoramica epidemiologica e clinica utile per la gestione delle emergenze e delle malattie prevalenti nelle diverse aree geografiche. La trattazione delle tematiche legate alla sicurezza dell'operatore, alla gestione manageriale e alla farmacologia in situazioni estreme arricchisce ulteriormente l'opera, offrendo un quadro completo delle responsabilità e delle competenze richieste.

Le dottoresse Abbate e Napoletano, con un apprezzabile impegno e con un elevato rigore scientifico, mettono anche in luce, attraverso una serie di esempi pratici e testimonianze, il valore aggiunto del farmacista ospedaliero, mostrando come la sua esperienza possa contribuire significativamente al successo dei progetti di cooperazione internazionale. Si può allora affermare, in conclusione, che questo volume si configura come una guida indispensabile per i professionisti e gli studiosi del settore, fornendo una base solida per comprendere e migliorare il contributo del farmacista ospedaliero nelle sfide della cooperazione globale.

***Professor Pietro Boccia, già docente a contratto di Pedagogia generale e sociale presso l'Università "Luigi Vanvitelli" CE e di Psicologia presso l'Università online eCampus.**

Il Regolamento Sanitario Internazionale nel sistema virtuoso della cooperazione

A cura di
Avv. del foro di Catania Alberto Giaconia

Introduzione

Nell'odierno panorama del diritto internazionale, la cooperazione tra Stati si pone non solo come imperativo morale, ma come pilastro imprescindibile per il mantenimento dell'ordine mondiale e la promozione del benessere collettivo. L'esigenza di unire le forze per affrontare le sfide globali trova la sua massima espressione nel campo della sanità pubblica, in cui le minacce non conoscono confini e richiedono risposte che trascendono le capacità dei singoli Stati.

La cooperazione internazionale, sancita da trattati e convenzioni quali la Carta delle Nazioni Unite, impone agli Stati obblighi legali di solidarietà, trasparenza e mutua assistenza. Tale collaborazione è essenziale per affrontare questioni complesse come pandemie, emergenze sanitarie e crisi ambientali, che nessuna nazione può gestire in modo isolato. I meccanismi di cooperazione internazionale sono molteplici e comprendono la partecipazione a trattati multilaterali, la condivisione di informazioni e risorse e l'adozione di strategie coordinate per la gestione delle emergenze mondiali.

Un esempio emblematico di questo spirito di cooperazione giuridica è rappresentato dal Regolamento Sanitario Internazionale (RSI).

Contesto Storico

Il Regolamento Sanitario Internazionale (RSI) è un accordo giuridicamente vincolante tra i Paesi membri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), pensato per prevenire, proteggere, controllare e rispondere alla diffusione internazionale delle malattie.

Quest'accordo rappresenta il primo grande intervento normativo per la gestione delle emergenze sanitarie globali, che rispecchia l'evoluzione del contesto

internazionale ed è volto ad intervenire preventivamente sulle minacce alla salute pubblica. Il RSI è stato adottato per la prima volta nel 1969, e si concentrava sulle sei malattie infettive che allora rappresentavano principale causa di mortalità tra la popolazione mondiale, vale a dire: il colera, la peste, la febbre gialla, il vaiolo, la febbre ricorrente ed il tifo. Tuttavia, con il tempo e l'emergere di nuove malattie infettive, si è resa evidente la necessità di una revisione del regolamento.

Ed infatti, con lo svilupparsi tra il 2002 ed il 2003 dell'epidemia di SARS, sono naturalmente emerse le carenze del regolamento del 1969, e si è resa evidente l'urgenza di adottare un quadro normativo ancor più completo e solido. Tanto è vero che nel 2005 il Regolamento Sanitario Internazionale subì un'importante revisione, con la quale è stato esteso il suo campo di applicazione oltre che alle malattie specifiche, a qualsiasi evento che potrebbe costituire una minaccia per la salute pubblica internazionale.

La versione rivista del RSI del 2005 richiede ai Paesi membri di sviluppare capacità fondamentali per rilevare, valutare, notificare e rispondere agli eventi di salute pubblica di rilevanza internazionale (Public Health Emergency of International Concern, PHEIC).

Struttura e Meccanismi di Implementazione del RSI del 2005

Il RSI del 2005 è strutturato in vari articoli che delineano chiaramente gli obblighi e i diritti degli Stati membri:

- L'Articolo 5, ad esempio, richiede agli Stati di sviluppare, rafforzare e mantenere le capacità per rilevare, valutare e notificare eventi di salute pubblica.
- L'Articolo 6 impone agli Stati di notificare all'OMS qualsiasi evento che possa costituire una PHEIC entro 24 ore dalla valutazione preliminare.
- L'Articolo 13 richiede agli Stati di avere la capacità di rispondere alle emergenze sanitarie, incluso l'istituzione di Punti di Contatto Nazionali (National IHR Focal Points), che fungono da intermediari tra l'OMS e il Paese membro.

Uno degli elementi fondamentali che emerge dall'analisi del RSI è il meccanismo di notifica. Gli Stati membri sono tenuti a notificare all'OMS qualsiasi evento che potrebbe costituire una PHEIC (Public Health Emergency of International Concern). Questo processo include una valutazione preliminare rapida dell'evento sanitario, seguita da una notifica tempestiva all'OMS entro 24 ore dalla valutazione preliminare. Gli Stati devono inoltre fornire informazioni aggiornate sull'evento su richiesta dell'OMS. Inoltre, gli Stati membri sono obbligati a sviluppare e mantenere capacità nazionali per rispondere efficacemente alle emergenze sanitarie. Questo include l'implementazione di misure sanitarie nei punti di ingresso, come aeroporti e porti marittimi, lo sviluppo di capacità di laboratorio per il rilevamento e la diagnosi rapida delle malattie, e la formazione continua dei professionisti della sanità pubblica.

Le misure adottate in base al RSI devono rispettare i diritti umani fondamentali. Questo significa che le misure devono essere proporzionate al rischio per la salute pubblica, non devono discriminare su basi ingiuste e devono essere comunicate chiaramente alla popolazione. Questo equilibrio tra protezione della salute pubblica e rispetto dei diritti umani rappresenta un aspetto cruciale del RSI, che richiede una costante attenzione da parte dei professionisti del settore.

Implicazioni Giuridiche e Sovranità Nazionale

Uno degli aspetti più complessi del RSI è il bilanciamento tra la sovranità nazionale e gli obblighi internazionali. Gli Stati devono garantire che le loro azioni nazionali siano conformi al RSI, anche quando ciò comporta limitazioni alla sovranità nazionale. Questo solleva questioni giuridiche su quanto gli Stati possano esercitare la propria autonomia nell'adozione di misure sanitarie e nell'adattarsi agli obblighi di conformarsi alle raccomandazioni dell'OMS. L'adozione del RSI impone quindi un bilanciamento tra vari interessi che possono entrare in conflitto. Tra questi, ricordiamo che il Regolamento in parola deve essere applicato in modo da rispettare i diritti umani fondamentali, garantendo che le misure sanitarie proteggano la salute pubblica senza violare altri diritti. Questo include la protezione della privacy degli individui durante la raccolta e la condivisione delle informazioni sanitarie e il bilanciamento delle misure di quarantena e isolamento con il diritto alla libertà di movimento.

Sfide nell'Implementazione del RSI

L'implementazione del RSI presenta diverse sfide significative. Innanzitutto, va considerato che non tutti gli Stati membri dispongono delle risorse necessarie per soddisfare pienamente i requisiti del RSI. Le sfide includono l'esigenza di dotare tutti gli Stati di risorse finanziarie per sviluppare e mantenere le capacità necessarie ad affrontare le emergenze sanitarie, creare infrastrutture sanitarie adeguate, soprattutto nei molti paesi ove vi è carenza di personale sanitario qualificato per gestire le emergenze. Il monitoraggio della conformità degli Stati membri al RSI è complesso e può incontrare diverse difficoltà. La valutazione della conformità degli Stati membri può essere difficoltosa anche per la mancanza di trasparenza e condivisione delle informazioni da parte di alcuni Stati membri, circostanza questa che può ostacolare il processo. Inoltre, la mancanza di meccanismi efficaci per incentivare la conformità e sanzionare la non conformità, rappresenta una sfida significativa.

Il panorama delle minacce sanitarie è in continua evoluzione, richiedendo aggiornamenti costanti e adattamenti del RSI. Le sfide includono l'emergenza di nuove malattie infettive che richiedono risposte rapide e adattabili, la crescita della resistenza antimicrobica che complica il controllo delle infezioni e gli impatti dei cambiamenti climatici sulla distribuzione e la trasmissione delle malattie. Il RSI deve essere continuamente aggiornato per rispondere alle nuove minacce sanitarie. Questo richiede un approccio dinamico e flessibile nella gestione delle emergenze sanitarie, inclusa la capacità di adattarsi rapidamente alle nuove informazioni ed agli sviluppi delle emergenze. Gli Stati membri devono essere pronti a collaborare a livello internazionale per condividere dati e risorse, sviluppare nuove tecnologie e strategie per affrontare le emergenze sanitarie e implementare pratiche di prevenzione innovative.

Prospettive Future e Raccomandazioni

Per migliorare l'implementazione del RSI, è essenziale rafforzare le capacità nazionali. Ciò può essere ottenuto aumentando il sostegno finanziario internazionale per i Paesi a basso e medio reddito, promuovendo la cooperazione regionale per condividere risorse e conoscenze e investendo nella formazione

continua dei professionisti della sanità pubblica. È necessario migliorare i meccanismi di monitoraggio e conformità del RSI. Tale percorso può includere l'istituzione di sistemi di valutazione più trasparenti e affidabili, l'adozione di incentivi positivi per incoraggiare la conformità al RSI e lo sviluppo di meccanismi sanzionatori non conformi al RSI. L'OMS potrebbe anche considerare la creazione di una rete di revisori indipendenti che valutino regolarmente le capacità di risposta degli Stati membri.

La cooperazione internazionale è fondamentale per il successo del RSI. Gli Stati membri devono impegnarsi a lavorare insieme per affrontare le sfide globali, condividere informazioni e risorse in modo tempestivo e trasparente e supportarsi reciprocamente nello sviluppo delle capacità necessarie per rispondere efficacemente alle emergenze sanitarie. La creazione di partenariati globali e regionali può facilitare la collaborazione e migliorare la risposta collettiva alle minacce sanitarie.

In conclusione, il Regolamento Sanitario Internazionale rappresenta uno strumento essenziale per la protezione della salute pubblica globale. Per i professionisti del settore, comprendere i profili giuridici del RSI è fondamentale per garantire un'applicazione efficace e conforme alle normative internazionali. La collaborazione e l'impegno continuo sono cruciali per affrontare le sfide emergenti e migliorare la sicurezza sanitaria mondiale.

Gli Stati membri devono lavorare insieme per rafforzare le capacità nazionali, migliorare i meccanismi di monitoraggio e conformità, adattarsi alle nuove minacce sanitarie e promuovere la cooperazione internazionale.

Solo attraverso un impegno collettivo e coordinato sarà possibile garantire una risposta efficace alle emergenze sanitarie globali e proteggere la salute pubblica internazionale.

Adattamento e professionalità in una Cooperazione

A cura di

dott.ssa Emanuela Abbate dirigente Farmacista, membro dell' ASC SIFO Global Health

Cooperare a livello internazionale significa sostenere le persone in difficoltà e promuovere lo sviluppo sociale e culturale dei paesi in cui si coopera.

La cooperazione internazionale comprende i campi dell'aiuto umanitario, della cooperazione allo sviluppo e della promozione della pace.

Ai sensi della Legge n°49 del 1987 la cooperazione si svolge attraverso due canali: attraverso accordi bilaterali tra l'Italia e i singoli paesi o con accordi multilaterali.

Gli accordi multilaterali si riferiscono alla politica di cooperazione dell'Italia con quella svolta a livello internazionale dall'Unione Europea e da Organizzazioni Internazionali, per lo più Agenzie Specializzate dell'ONU.

I progetti di cooperazione vanno dall'assistenza sociosanitaria alla tutela dei diritti umani, dalla sicurezza alimentare e sviluppo rurale all'educazione di base e alla formazione professionale, dal sostegno a programmi di informazione e democratizzazione alla valorizzazione delle risorse umane.

Per spendere al meglio la propria professionalità il farmacista deve conoscere la Legge 125/2014 che definisce i ruoli professionali nei progetti di cooperazione del MAECI (Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale):

- Il **volontario internazionale** è colui che, con un contratto non inferiore ai due anni, riceve dallo Stato un trattamento previdenziale, assicurativo ed economico stabilito in base al costo della vita del Paese di destinazione.
- Il **cooperante** è un professionista in possesso delle conoscenze tecniche, dell'esperienza professionale e delle qualità personali necessarie per l'espletamento di compiti di rilevante responsabilità tecnica, gestionale e organizzativa con esperienza nei Paesi in Via di Sviluppo (PVS). I contratti rivolti ai cooperanti possono essere per missioni brevi (meno di quattro mesi) o lunghe (da quattro a ventiquattro mesi). Le retribuzioni variano a seconda dell'esperienza e delle competenze.

- **L'esperto** in progetti di cooperazione svolge attività di ricerca in campo sociologico, antropologico ed economico, finalizzate alla realizzazione di programmi di sviluppo da lui progettati e coordinati; opera generalmente con contratti a progetto e una retribuzione che varia in funzione degli specifici compiti e della durata dell'incarico.

Vi possono essere poi ruoli da ricoprire nelle ONG (Organizzazioni Non Governative), questi sono diversi e attinenti alle aree di intervento: tecnico-sanitaria ove si colloca la figura del Farmacista.

Per i progetti finanziati da organizzazioni internazionali e dal privato sociale, di norma, i rapporti di lavoro non sono regolati dalla Legge 49/87.

Alcuni requisiti fondamentali per aspirare a ricoprire un posto vacante in un'organizzazione internazionale, governativa e/o non governativa, sono:

- avere una formazione adeguata al tipo di intervento da attuare,
- conoscere almeno due lingue, l'inglese e un'altra lingua possibilmente legata all'area geografica di interesse,
- avere padronanza degli elementi di project management / ciclo di progetto,
- aver maturato un'esperienza come stagista, magari su un project work collegato alla formazione universitaria o post-universitaria, o come volontario in uno dei settori della cooperazione,
- essere disponibile a viaggiare frequentemente nei PVS e in altre aree disagiate o di conflitto,
- avere una grande capacità di adattamento in contesti difficili,
- avere capacità di problem solving,
- essere flessibili,
- essere multi-tasking.

Il cooperando, in qualità di Farmacista Specializzato, deve capire come rendere compatibile, la propria necessità di monitorare e programmare un intervento sul campo, consentendo la condivisione con i colleghi di altre nazionalità e il controllo dei risultati raggiunti da parte dell'organizzazione di cui fa parte

e, nello stesso tempo deve adattarsi ai cambiamenti del contesto, e delle condizioni e dei luoghi ove va ad operare.

Infatti, i contesti sociali, le situazioni politiche e i luoghi influenzano le priorità e il raggiungimento degli stessi risultati e necessitano di un buon grado di flessibilità e adattabilità al contesto.

Riteniamo che per lavorare in contesti così impegnativi sia indispensabile, per il farmacista, la specializzazione post-laurea, per poter acquisire quelle competenze tecniche e pratiche essenziali per inserirsi nell'equipe ove coopera all'estero.

Proprio la mancanza di esperienza è tra le maggiori difficoltà da affrontare per i laureati neo-specializzati che desiderano accedere ad una carriera nel settore della cooperazione internazionale.

Fondamentale è informarsi sulle differenti opportunità che ci possono essere per inserirsi in un progetto di cooperazione, pertanto forniamo, qui di seguito, una serie di indirizzi, link per meglio orientarsi in questo settore.

A livello europeo esistono diverse possibilità per entrare a far parte del dipartimento per la protezione civile europea e le operazioni di aiuto umanitario della Commissione europea, a seconda del profilo, del tipo di impiego e della posizione. Consultare la sezione dedicata del **Portale europeo EuropeanCivilProtection and HumanitarianAid Operations.**

Nel 2021 il Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale ha lanciato **JoinIT**, il portale dedicato alle opportunità nelle Organizzazioni Internazionali: <https://joinit.esteri.it/>.

Devex International Development Business (www.devex.com) è un sito al servizio di professionisti della cooperazione, agenzie e ONG di oltre cento paesi del mondo.

Lavorare nel Mondo (www.lavorarenelmondo.it/) è un portale gratuito di ricerca del lavoro sia per le ONG e le organizzazioni della società civile che desiderano pubblicare le loro vacancies, sia per i candidati che desiderano lavorare a progetti di cooperazione internazionale. I candidati possono creare un profilo ed utilizzarlo per candidarsi alle vacancies o per essere ricercati dalle organizzazioni.

Aspetti legali, etici e morali del farmacista cooperatore

A cura di

dott.ssa Emanuela Abbate dirigente, Farmacista membro dell' ASC SIFO Global Health

La legge dell'11 agosto 2014, n°125 ha cambiato l'assetto istituzionale della cooperazione allo sviluppo ed ha adeguato la normativa italiana ai nuovi principi ed orientamenti emersi nella Comunità internazionale sulle grandi problematiche dell'aiuto allo sviluppo degli ultimi venti anni.

La cooperazione per lo sviluppo sostenibile, i diritti umani e la pace è parte integrante della politica estera italiana, tanto che è stata modificata la denominazione stessa del Ministero degli Affari esteri che ha preso la nuova denominazione MAECI: Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale.

Il ruolo dell'Europa nel contesto globale ha particolare rilievo a partire dall'attuale mandato della Commissione europea, iniziato nel 2014 che è coinciso con un periodo di grandi cambiamenti a livello globale.

La cooperazione italiana si ispira ai principi della Carta delle Nazioni Unite ed alla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea.

La sua azione, conforme al principio dell'articolo 11 della Costituzione, contribuisce alla promozione della pace e della giustizia e mira a promuovere relazioni solidali e paritarie tra i popoli fondate sui principi di interdipendenza e partenariato.

L'Area Scientifica Nazionale Global Health nel settore della cooperazione allo sviluppo riconosce la centralità della persona umana, nella sua dimensione individuale e comunitaria e persegue gli obiettivi fondamentali volti a:

- sradicare la povertà e ridurre le disuguaglianze, migliorare le condizioni di vita delle popolazioni e promuovere uno sviluppo sostenibile;
- tutelare e affermare i diritti umani, la dignità dell'individuo, l'uguaglianza di genere, le pari opportunità e i principi di democrazia e dello Stato di diritto;

- prevenire i conflitti, sostenere i processi di pacificazione, di riconciliazione, di stabilizzazione post-conflitto, di consolidamento e rafforzamento delle istituzioni democratiche.

L'aiuto umanitario segue i principi del diritto internazionale in materia, in particolare quelli di **imparzialità, neutralità e non discriminazione**, e mira a fornire assistenza, soccorso e protezione alle popolazioni di Paesi in via di sviluppo, vittime di catastrofi, guerre, carestie.

L'Italia promuove l'educazione, la sensibilizzazione e la partecipazione di tutti i cittadini alla solidarietà internazionale, alla cooperazione internazionale e allo sviluppo sostenibile.

La globalizzazione offre nuove opportunità per la crescita economica ed il miglioramento delle condizioni di vita delle persone, tuttavia, se non controllata, può anche comportare dei forti squilibri, capaci di accrescere le differenze, sia fra i diversi Paesi, in particolare fra quelli industrializzati e quelli in via di sviluppo, sia all'interno degli Stati, fra le diverse fasce della popolazione.

I fondi che ciascun paese destina alla cooperazione internazionale (con stanziamenti su una specifica voce del proprio bilancio) costituiscono solo una parte del più ampio aggregato denominato **APS (Aiuto pubblico allo sviluppo)**, stimato dall'OCSE e che rappresenta il più significativo e il più noto indicatore in materia. Questo aggregato supera ad esempio notevolmente gli stanziamenti di bilancio italiani per la **cooperazione allo sviluppo** gestiti dal MAECI, in quanto include anche tutta una serie di operazioni finanziarie, come ad esempio la **riduzione o cancellazione del debito** – tanto a livello di iniziative multilaterali, quanto nei rapporti bilaterali dell'Italia con i PVS.

Già da 15 anni è stato fissato a livello internazionale l'obiettivo, per i Paesi sviluppati, di stanziamenti per l'APS pari al rapporto di 0,7% sul PIL e per quanto riguarda l'Unione europea, il Consiglio europeo di Barcellona del marzo 2002 ha stabilito un'impegnativa tabella di marcia in tale direzione.

L'obiettivo è stato peraltro già raggiunto e superato dalla Svezia (0,92% nel 2005), dal Lussemburgo (0,87%), dai Paesi Bassi (0,82%) e dalla Danimarca (0,81%) - che prevedeva entro il 2006 una media di 0,39% degli Stati membri, con un risultato minimo di 0,33% per ciascuno di essi.

Se il 2023 ha ufficialmente marcato l'uscita dalla crisi sanitaria della pandemia di Covid-19, le altre crisi: climatica, alimentare, finanziaria non sono diminuite e si riaccendono di nuovi e vecchi conflitti, ha reso il contesto in cui operano gli attori della cooperazione internazionale allo sviluppo ancora più complesso. Confrontando le risorse stanziare nelle leggi di bilancio 2022 e 2023 con quelle previste dal disegno di legge di bilancio 2024 emerge che anche nel prossimo anno le risorse per la cooperazione dovrebbero aumentare. Un dato positivo che tuttavia va letto con una certa cautela perché già per il 2025 le risorse sono previste in calo ben al di sotto dei livelli del 2023.

Cosa significa comportarsi in modo etico per un cooperatore SIFO?

Significa orientare le proprie azioni in base a principi morali su cui si fonda il vivere con gli altri e chiedersi cosa è giusto e cosa è sbagliato.

I principi e i valori nella cooperazione sono sicuramente: **l'onestà, la trasparenza, la responsabilità sociale e l'attenzione verso gli altri.**

Tuttavia, i valori riconosciuti sui quali si basa la cooperazione sono:

- Democrazia
- Eguaglianza
- Equità
- Solidarietà
- Auto-responsabilità

Quindi evitare qualunque discriminazione sessuale, sociale, razziale, politica o religiosa. Ogni persona è degna di uguale considerazione e rispetto.

Il Farmacista cooperante deve:

- rispettare ugualmente ogni persona, considerandolo fonte di diritti e di valori a sé, e non mero mezzo per i propri scopi;
- Promuovere l'autonomia e la libertà di tutte le persone che aiuta è per un'efficace azione di collaborazione;
- adottare trasparenza nel far emergere i problemi indotti da contrasti, comportamenti ingannevoli bisogni non espressi, in modo che tutti siano messi in condizione di prendere posizione e fare delle scelte personali;

- operare in modo da perseguire l'interesse delle persone con lealtà e diligenza nello svolgimento degli incarichi, prevenendo e sventando i conflitti di interesse;
- mantenere la sua indipendenza di giudizio nel trasferimento di conoscenza ed informazione, e formulare le sue affermazioni su materie di fatto nel rispetto della massima oggettività e ricerca della verità;
- mantenere la riservatezza delle informazioni e il rispetto della privacy dei pazienti, dei membri dell'organizzazione e di tutte le persone con cui viene a contatto;
- promuovere la capacità e la crescita personale dedicando attenzione e tempo per un costante aggiornamento e crescita delle competenze proprie e dei propri collaboratori;
- cooperare con i colleghi per sviluppare e far circolare le conoscenze e le innovazioni scientifiche, tecnologiche e culturali che consentono il miglioramento complessivo della qualità e dell'utilità sociale del proprio lavoro;
- avere un'etica professionale adottando tutti quei comportamenti e norme morali per garantire un ambiente lavorativo positivo: il rispetto, il dialogo, l'onestà e la trasparenza tra le varie figure sanitarie;
- migliorare la comunicazione e la coordinazione tra i team organizzando al meglio le attività e creando un sistema di valori condivisi, valorizzando le risorse a disposizione e minimizzando i conflitti;
- stimolare la crescita personale e professionale propria e dei colleghi lavorando per una formazione continua e un rispetto reciproco;
- saper collaborare con i colleghi, saper ascoltare le idee altrui ed esporre le proprie senza prevaricare sugli altri;
- saper delegare ove necessario, per un buon lavoro di squadra, ma comprendere quando invece deve lavorare autonomamente, portando avanti i propri incarichi nell'interesse del team;
- conoscere la gestione del tempo, ovvero avere la capacità di gestire le priorità e rispettare le scadenze. Infatti, questo è indice di rispetto per il proprio e altrui lavoro.

Mentre **l'etica professionale** definisce criteri morali da seguire, **la deontologia** stabilisce una serie di comportamenti che un professionista è tenuto a adottare.

In caso contrario, potrebbe infatti incorrere in sanzioni disciplinari. Inoltre, mentre i principi dell'etica professionale sono applicabili a diverse figure, la deontologia professionale disciplina i comportamenti di determinate categorie, quale, ad esempio, quella dei Farmacisti.

Aspetto motivazionale del farmacista cooperatore

A cura di

Giuseppina Buffa Pharmacy Coordinator, EMERGENCY ONG Onlus,

Nora Quesada, Economist JSI(Home - JSI) regional director for Latin America and the Caribbean,

Anabella Sánchez, is a senior technical advisor and consultant for JSI (Home - JSI) and an expert in supply chain management and availability of health products in Latin America and the Caribbean

My name is Giuseppina Buffa, I'm a Hospital Pharmacist with over 10 years of experience in developing countries and emergency settings. I have been working as a Hospital Pharmacist in different countries: Sudan, Sierra Leone, Uganda, Afghanistan, and Iraq. I work as the Pharmacy Coordinator for EMERGENCY NGO, an independent non-governmental organization.

It provides free, high-quality medical and surgical treatment to victims of war landmines and poverty, alongside building hospitals and training the local staff. Its core principles are equality, quality, and social responsibility.

I would like to share a Technical Discussion made by questions and answers about Human Resources in Humanitarian Settings, Nurturing Key Habits of Effective Hospital Pharmacy Management Staff.

Nora Quesada, as JSI regional director for Latin America and the Caribbean, and an economist with an MBA, Nora has worked in international development for more than 30 years in the fields of reproductive health, HIV/AIDS, system strengthening, and private sector initiatives. She has assisted governments and nongovernmental organizations (NGOs) in strengthening supply chains and improving their sustainability in countries in Eastern Europe, Africa, Asia, Latin America, and the Caribbean. Most recently, she has supported projects that advance investments in women's health, and assessments of laboratory networks.

Anabella Sánchez is a senior technical advisor and consultant for JSI, and an expert in supply chain management and availability of health products in Latin America and the Caribbean. She has supported achievements in public health outcomes in areas of public health supply chains, family planning, health advocacy, and health systems strengthening. In recent years, she has served as a senior consultant for various organizations internationally.

Along with a JSI team, both professionals have led the Education Series, organized by the Humanitarian Commodities Logistics (HCL) Community of Practice. JSI Research & Training Institute implemented by the **JSI Capacity Building Program** for SCM of pharmaceuticals in humanitarian and emergency settings, and funded by USAID's Bureau for Humanitarian Assistance (BHA), we looked at tools and practices that improve workforce performance for managing humanitarian health supply chains. During this session we partnered with People that Deliver, Emergency NGO, and Catholic Relief Services (CRS) to share practices that nurture high performing teams in crisis settings, and connect expert knowledge in managing human resources from global and local levels. This topic is at the center of everything humanitarian responders do—without trained professionals to manage health supply chains in emergencies, we cannot deliver health supplies where and when they are needed. **CRS** highlights was that organizations already have a lot of experts in place, and sometimes we don't consider the existing capacity that we have, because we are so much focused on implementing the objective that we have in our mind.

People that Deliver invited the audience to be inspired by the work that others are doing, not just other country programs, but other collaborators and leverage knowledge and practices as much as possible to become learning organizations. [Add EMERGENCY highlight]

QUESTION 1:

Human Resources is at the center of the Pharmacy Department because PEOPLE MOVE each of the components. In humanitarian assistance, Pharmacy management requires both skilled and committed HR. In your view, what are the key (hard and soft) skills someone should have to manage pharmaceutical supplies in this context?

- **HARD SKILLS:**

Language and computer skills

Store management

Data analysis (consumption vs order)

Appropriateness of prescription

- **SOFT SKILLS:**

Capability to identify work priorities & activity organization

Problems solving

Critical & Analytical thinking

Emotional intelligence

Emotional Intelligence (EI) is the ability to manage both your own emotions and understand the emotions of people around you.

QUESTION 2:

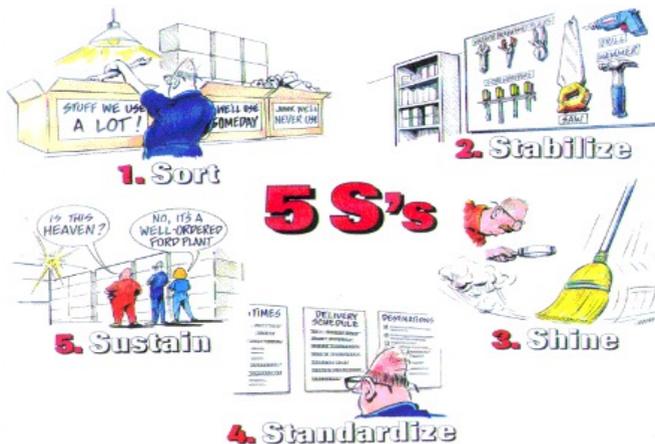
What kind of training programs does EMERGENCY NGO support and promote among its staff and what resources should they tap into to gain the knowledge and skills required for this demanding job?

The pharmacy department management is based on the training of the local staff to make them able to run the hospital from an operational and clinical point of view.

TRAINING OF LOCAL STAFF

The training of the national staff has a broader scope to provide them with a complete overall understanding on **work methods** done by

- continuous implementation of a pharmacy management system throughout the **entire logistics chain**: from ordering, compounding, storage, and provision
- **checking medication** quality and safety and ensuring that decision making for drug prescriptions are evidence-based and cost-sensitive by **providing pharmacology advice** to the physician and providing comprehensive information to contribute to patient compliance with medical treatment.



5S is a five-step methodology, a common approach that the Pharmacy Department follows to create a more organized and productive workspace in all the projects (Hospital, Dispensary, or Primary Health Care).

1. SORT: reviewing the agenda and paperwork pending, done or left to define the priorities
2. STABILIZE: The staff has to check the AGENDA with the daily activity before the morning meeting
3. SHINE CLEAN: keep your desk clean and organized
4. STANDARDIZE: The staff has to follow the organization of the day, called TOD tip of the day
5. SUSTAIN: keep the **standard in pharmacy department activities RESOURCES**
 - TRAINING on the job is made by a TIP of TRAINING where it is explained to the new staff what they are going to learn and who is going to teach them. The schedule is divided by week and topic with additional materials providing such guidelines, lessons and SOP.
 - LESSONS
 - EMERGENCY GUIDELINES
 - SOP
 - WHO GUIDELINES
 - The European Statements of Hospital Pharmacy of the European Association of Hospital Pharmacists (EAHP).
The statements express commonly agreed **objectives that every European**

health system should aim for in the delivery of hospital pharmacy services.

These statements are applied in all Emergency Projects

QUESTION 3:

A. As a Pharmacy Coordinator and supervisor, what are the main challenges?

TURNOVER of THE STAFF every six months: international (expat mission is 6 months) and national (local) staff

LACK of NATIONAL TRAINED STAFF :

Refers to the new entries due to the turnover

Refers to the lack of trained staff in the country because qualified staff move abroad for different reasons (for example better training program or better job offer or personal reasons).

TRAINING the staff means LEAVE RESOURCES for the country itself, it is not a waste of resources

B. How do you overcome these challenges?

1. ROOT-CAUSE ANALYSIS in collaboration with the HR department to identify the possible reasons.

The **ROOT CAUSES** analysis is based on the Benchmarking conducted by HR in coordination with the pharmacy department to understand if the job offers in all the aspects (job description, work hours, salary....benefit...) is not appealing and why.

Example:

Sudan, before the war, most of the staff was moving to other countries due to mostly personal and professional reasons, so it was decided to increase the number of staff to make up for it

2. IMPLEMENTATION SOP

Continuous training needs material to be given to the staff.

2. INCREASE THE NUMBER of the actual STAFF to make up for the turnover (after discussion with the admin department for the budget availability)

C. What tools and practices do you use to build skills, motivate, and retain Pharmacy staff?

1. **TRAINING PLAN** I provide to the new entry a **TRAINING PLAN** : It's a plan of training organized by month, each month contains topics to be explained by the senior staff week by week .

The training is different according to the role:

- pharmacist in the out patients department: example more focus on checking prescriptions, the counseling and drugs interaction
- pharmacist in the inpatient department: store management, order management, procurement, shipment, department consumption analysis

2. LEARNING OPPORTUNITIES

For example: lessons and courses related to the training programs during working hours

3. **CONTINUOUS FEED BACK** on hard and soft skills regarding their jobs

4. **PERFORMANCE EVALUATION** perspective of growing up inside the organization

QUESTION 4:

What do you recommend to staff and supervisors to improve Pharmacy performance and nurture high-performing teams?

CREATING A FERTILE GROUND OF MEANINGFUL WORK & INDIVIDUAL PATHWAYS TOWARDS MEANINGFUL WORK



M7 Page 2017

SPIRE Finding pathways to more meaningful work		CARMA Fostering meaningful work for your employees and followers	
S Strengths	Know your unique strengths and talents, and use them in pursuing your work, even if that means going above and beyond your basic job duties	C Clarity	Organizations need a vision and mission to be clearly shared across all levels. If a company lacks purpose, its employees might follow suit.
P Personalization	Bring more of yourself to work, align work with your values, take responsibility and accept an ownership mentality for your work and your organization	A Authenticity	Organizations must foster their own culture. Leaders must behave authentically and honestly, openly discuss their motivations, and meaning.
I Integration	Integrate the motivation of and excitement of your job with other elements of your life, such as sleep that bring meaning to the rest of your life	R Respect	Building positive, effective relationships in an organization begins with modeling, modeling respect and creating systems for beneficial interactions
R Resonance	Learn your organization's core values and mission, find areas in which it resonates with your personal mission and helping through your everyday work	M Matter	Leadership is all about the way we work and how their contribution is vital to the business and health of the organization and its mission
E Expansion	Look ways in which your work can be given to benefit some greater good, expand your horizons to embrace broader interests beyond your self	A Autonomy	When followers increase self-expression by providing opportunities for self-direction, that and trust, innovation, and idea exchanges

Creating a fertile ground of meaningful work and individual pathways towards meaningful work means:

- keep people involved in what the organization/hospital is doing by explaining the purpose
- point out the talent's staff that contribute effectively to the patient care
- continuous feedback to the staff to make them aware of their contribution

I am doing it every day in the morning meeting where I share the daily activities with all the staff.

It is not a meeting to give instructions but to explain to them how their duties contribute to the best patient care.

Team → Teaming



TEAMING means getting up to speed quickly so you can work together effectively. Teaming by its very nature is a learning process. No sequence of events will ever unfold exactly the same way twice.

Amy C. Edmondson is the Novartis Professor of Leadership and Management at the Harvard Business School. Her work explores teaming – the dynamic forms of collaboration needed in environments characterized by uncertainty and ambiguity.

The pharmacy department is a TEAM at the level of the MAIN OFFICE, it coordinates and supervises the staff working in the hospitals abroad.

The TEAM is made by the same group of people with defined roles and the same goals, people whom know each other.

The team in the hospital abroad is made of staff that changes every six months.

TEAMING is a "temporary group" made by different people (in terms of background objectives and expectations) according to the circumstances. When you work in a hospital abroad you have to work "in teaming" due to the turnover of the staff.

I promote TEAMING, starting from the selection process, where the pharmacist most suitable for the position is chosen, according to the hospital's weak points.

Pharmacist fits the hospital's needs with their strong skills. Examples follows

- pharmacist with strong skills in the appropriateness of prescription
- pharmacist with strong skills in forecasting
- pharmacist with strong skills in the store management

TAKE HOME MESSAGE

SPIRE

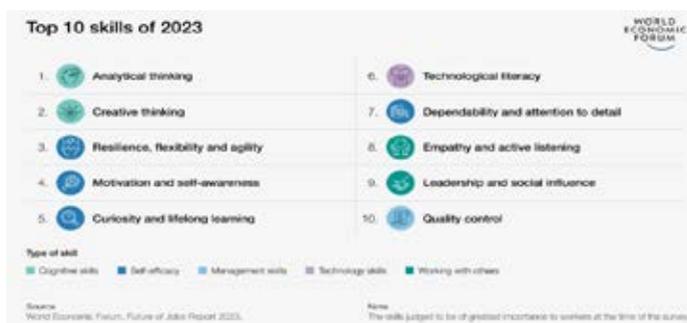
Finding pathways to a more meaningful work

CARMA

Fostering a meaningful work for your employees

TEAMING

Dynamic form of collaboration



LEAN MANAGEMENT & LEAN THINKING

"Design Thinking", Lewrich/Link/Leifer 2018

" Learning to Lead, Leading to Learn: Lessons from Toyota Leader Isao Yoshino on a Lifetime of Continuous Learning"K.Anderson-I.Yoshino, 2020

<https://www.eahp.eu/hp-practice/hospital-pharmacy/european-statements-hospital-pharmacy>

<https://www.who.int/teams/health-product-and-policy-standards/standards-and-specifications/norms-and-standards-for-pharmaceuticals/guidelines>

Importanza della conoscenza linguistica

A cura di

dott.ssa Emanuela Abbate Dirigente Farmacista, membro dell'ASC Global Health

Per il cooperatore internazionale lo stesso MAECI (Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale) raccomanda una conoscenza approfondita di una delle lingue dell'Unione Europea ed una conoscenza soddisfacente di un'altra lingua UE, nella misura necessaria agli incarichi in corso di missione.

Il cooperante è chiamato a svolgere le proprie funzioni insieme a colleghi di altri Paesi membri e in un ambiente internazionale, il che presuppone elevate abilità di comprensione, di lettura, di espressione orale e di redazione nella/e lingua/e indicata/e in ogni bando.

In particolare, per tutte le missioni di Emergency, e non solo per questa associazione, viene richiesta la conoscenza della lingua inglese.

Il livello delle conoscenze linguistiche deve basarsi sui parametri definiti dal *Quadro Comune Europeo di Riferimento*, messo a punto dal Consiglio d'Europa. Il CEFR individua sei livelli di competenza linguistica (A1/A2, B1/B2, C1/C2), ripartiti in tre più ampi livelli: elementare (A), intermedio (B) ed avanzato (C).

Le capacità di comunicare, comprendere e usare in modo corretto una lingua straniera sono legate alla conoscenza della grammatica e del vocabolario e si basano su capacità di lettura, scrittura, ascolto, espressione orale e dialogo.

A seconda delle aree geografiche in cui si va a cooperare sarebbe interessante approfondire le principali caratteristiche linguistiche delle popolazioni, i contesti socio-antropologici, storici, economici, geografici e giuridici.

Importante è la padronanza dei processi sociolinguistici e comunicativi, tale da mettere il cooperatore in grado di risolvere problemi di natura pratica, etica e sociale insiti nella comunicazione interculturale nei vari aspetti della cooperazione internazionale.

In un contesto di cooperazione arabofono, ad esempio, si deve tener conto delle sostanziali differenze linguistiche.

Il fatto stesso che l'arabo si scriva da destra a sinistra a differenza dell'italiano e delle lingue europee che si scrivono da sinistra a destra, porta ad un modo differente di pensare, guardare, leggere e produrre un testo; l'alfabeto italiano e delle lingue europee ha segni e suoni diversi rispetto alla lingua araba, i tempi dei verbi in arabo sono solo passato, non passato e futuro.

Inoltre, la lingua araba è molto ricca di consonanti e povera di vocali che spesso sono pronunciate in modo attenuato, vi sono 28 lettere di cui 17 hanno un suono molto diverso.

La scrittura è solo corsiva e non esistono le maiuscole. Vi sono poi, dieci lettere che non esistono nella maggior parte delle lingue (hamza, tha, dha, kha, sad, dad, ta, za, ayn, ghayn).

Si ricorda che l'arabo è parlato ufficialmente in: Algeria, Arabia Saudita, Bahrein, Comore, Egitto, Emirati Arabi Uniti, Gibuti, Giordania, Iraq, Kuwait, Libano, Libia, Marocco, Mauritania, Oman, Palestina, Qatar, Siria, Somalia, Sudan, Tunisia, Yemen.

Non tutti gli arabofoni parlano però la stessa lingua e una versione semplificata dell'arabo classico chiamata "arabo standard" viene utilizzato nelle situazioni formali e nelle aule universitarie.

Nella vita di tutti i giorni si usa il dialetto e l'arabo moderno che in alcuni paesi sta entrando fortemente. All'arabo coranico e all'arabo moderno si contrappongono vari dialetti d'uso, tramandati da generazione a generazione.

L'arabo coranico classico è la lingua dei testi sacri, una lingua formale di registro alto, diffuso in tutti i 22 paesi della Lega Araba, sebbene con l'arabo moderno, adattamento dell'arabo coranico alle necessità comunicative di tutti i giorni, sia stato fatto un tentativo di omologazione, soprattutto grazie al suo utilizzo da parte dei mass media.

In Africa oltre all'Arabo si parlano molte altre lingue: Francese, Swahili, Hausa, Igbo, Yoruba, Berbero, Oromo.

Lo Swahili, conosciuto come "Kiswahili" nella lingua stessa, è una lingua bantu ampiamente parlata nella regione dei Grandi Laghi africani, che comprende una vasta area dell'Africa centrale, meridionale e orientale.

Lo swahili è la lingua ufficiale in Tanzania e Kenya, ma è anche molto parlato in Uganda, Ruanda, Burundi, Mozambico e Repubblica Democratica del Congo. "Kiswahili", letteralmente, significa "lingua costiera", infatti è stata creata con scopi commerciali per facilitare la comunicazione tra varie etnie dell'ampia regione del sud e dell'est dell'Africa.

Non è una lingua particolarmente difficile da imparare per chi ha già buone basi di inglese perché, a differenza di molte altre lingue africane, lo Swahili non prevede particolari accentuazioni, usa l'alfabeto latino e nel suo vocabolario ci sono anche molte parole che derivano dall'arabo.

Se ci spostiamo in un'altra area geografica possiamo dire che il Cinese Mandarino è uno delle lingue più difficili nel mondo e le lingue più difficili da imparare per un italiano sono oltre il Cinese Mandarino: il Coreano, il Giapponese e l'Arabo. Il Cinese Mandarino è una lingua tonale ed isolante, caratterizzata da un gran numero di parole omofone (parole con significato ed etimo diversi che sono uguali come suono, indipendentemente dalla grafia) e di parole composte. Un'inflessione della voce conferisce alla sillaba un significato lessicale, cioè una diversa inflessione per una stessa sillaba darà luogo a significati diversi.

Il continente asiatico è molto ampio e popolato e i 4,5 miliardi di persone che ci vivono rappresentano poco più della metà di tutta la popolazione mondiale; pertanto, il panorama linguistico asiatico è molto vario.

Le lingue che si parlano in Asia sono per lo più di stampo indoeuropeo.

Le lingue più parlate in Asia, oltre il Cinese Mandarino sono: l'Indi, l'Indonesiano, il Russo, l'Arabo, il Bengali, il Farsi.

Le lingue più parlate in Sud America sono: lo Spagnolo-latino-americano, il Brasiliano-Portoghese. Il portoghese è parlato da circa la metà della popolazione dell'America Latina, ma questo è solo perché il Brasile è lo stato più grande e popoloso.

Nel complesso, lo Spagnolo in America Latina, anche se con la presenza di sfumature d'uso tra le diverse nazioni, ha conservato una relativa unitarietà nonostante sia stato introdotto in un territorio molto vasto e sia entrato in contatto con realtà autoctone non omogenee; si è pertanto verificata una coesione linguistica forte all'interno del continente, una coesione linguistica modellata sul castigliano andaluso.

Per concludere, conoscere le lingue ci permette di comunicare nel modo migliore, ci consente di comprendere nuove culture, nuove tradizioni e costumi, insomma è un valore aggiunto per la cooperazione internazionale.

Oltre a migliorare la capacità di capirsi, la conoscenza di più lingue permette quindi di connettersi più facilmente con altre culture. Il plurilinguismo aiuta a rispettare le diversità ed essere in grado di comunicare in modi diversi rendendoci più adattabili e flessibili con le persone che ci circondano e permettendo l'adattamento a nuovi ambienti e situazioni, il che è particolarmente utile in un contesto di cooperazione internazionale.

Le patologie di maggiore impatto in cooperazione - epidemiologia e clinica

Le patologie acute di maggiore rilevanza

Le patologie croniche più comuni

A cura di

dott.ssa *Domenica Morabito* Dirigente medico S.C. Direzione Medica del Presidio Mauriziano Umberto I di Torino - Specializzata in Igiene e Medicina Preventiva

Fino a pochi decenni fa era netta la distinzione fra le malattie acute, soprattutto di tipo infettivo, che colpivano i Paesi a basso reddito e le patologie croniche che interessavano i Paesi a reddito più elevato. Questa distinzione, anche se tuttora presente soprattutto a livello della popolazione infantile, si sta riducendo. Infatti, l'epidemiologia delle malattie presenti nei Paesi sedi di Cooperazione internazionale si sta modificando velocemente in conseguenza sia della ridotta mortalità per quelli che vengono considerate le patologie killer principali, cioè Aids, malaria e tubercolosi, sia dei cambiamenti di stili di vita e della dieta, ma anche dei cambiamenti climatici.

Secondo report dell'OMS l'85% dei decessi prematuri (tra 30 e 69 anni) per patologie non trasmissibili (malattie cardiovascolari, respiratorie, diabete, cancro) si manifestano nei Paesi a basso reddito. Negli stessi Paesi stanno aumentando le malattie croniche. La differenza rispetto a Paesi più ricchi consiste proprio nella sopravvivenza e nella mortalità in età più giovanile.

In Africa subsahariana la riduzione della mortalità per malattie infettive come l'Aids sta portando alla luce malattie croniche in passato tipiche solo dei Paesi più ricchi, come malattie cardiovascolari, diabete, BCPO e tumori. Questi cambiamenti non trovano sistemi sanitari in grado di gestire patologie di questo tipo né in grado di offrire programmi di prevenzione come screening dei tumori o campagne per la riduzione del consumo di alcolici e tabacco.

Si tratta di un fenomeno particolarmente evidente nelle fasce della popolazione con reddito maggiore, mentre coloro che hanno meno accesso alle risorse alimentari continuano a presentare soprattutto malattie infettive come tubercolosi e Aids.

Una situazione abbastanza simile si presenta in Sud America, dove due terzi dei decessi sono conseguenza di malattie cardiovascolari, respiratorie e tumori e legati a cause evitabili come consumo di tabacco e alcol e scarso controllo di ipertensione, diabete, obesità addominale e ipercolesterolemia. Anche in queste aree geografiche i sistemi sanitari non riescono a stare al passo con i cambiamenti epidemiologici e garantire campagne di educazione sanitaria o di screening.

In America Centrale e Meridionale, Africa, Asia meridionale e Sud-Est Asiatico, a causa delle stagioni delle piogge sempre più lunghe e più calde, sono sempre più frequenti le epidemie delle cosiddette malattie tropicali neglette eradicite nei Paesi a maggior reddito (come dengue, chikungunya, Leishmaniosi, malattia di Chagas, lebbra). L'OMS ricorda ogni anno queste malattie chiedendo uno sforzo nella lotta alla loro eradicazione anche nei Paesi più poveri. In questo momento soprattutto la dengue è considerata un sorvegliato speciale a causa delle epidemie sempre più devastanti che stanno colpendo soprattutto l'America Latina. Gli sforzi nella lotta di queste malattie sembrano, comunque, portare ad un cambiamento nelle patologie che devono essere affrontate. La maggiore sopravvivenza alle malattie tropicali neglette porta, infatti, ad un aumento delle disabilità gravi, conseguenza di queste malattie (cecità, deformità degli arti, disturbi dello sviluppo mentale, cicatrici cutanee deformanti).

Il progetto di medicina di eccellenza in Sudan: Gestione della malattia reumatica al salam centre presso il centro cardiocirurgico di emergency di Khartoum.

A cura di

dott.ssa Elena Giovanella - Anestesista responsabile della terapia intensiva dell'ospedale di cardiocirurgia Salam Centre, Khartoum_Sudan EMERGENCY ONG Onlus

Il centro di cardiocirurgia di Emergency che si trova a Khartoum in Sudan è stato aperto nel 2007 e fino ad oggi ha operato 10.034 pazienti affetti prevalentemente da malattia reumatica valvolare.

	Up to 2023
Gruppo	
Patients triaged	89,028
Cardiological examinations	95,390
Number of hospital admissions	15,124
Number of patients admitted	11,753
Number of surgical operations	10,571
Number of patients operated	10,034
Cath Lab procedures	1,482
Number of surgical complications	407

Foto 1: statistiche Salam Centre, aggiornate ad aprile 2024

La malattia reumatica è una conseguenza tardiva della infezione da Streptococco e causa inizialmente infezione delle vie respiratorie, principalmente tonsillite. Si verifica poi una reazione immunomediata che colpisce le valvole cardiache, le articolazioni e la cute. La conseguenza più grave di questo processo infiammatorio è la degenerazione delle valvole cardiache che causa insufficienza cardiaca.

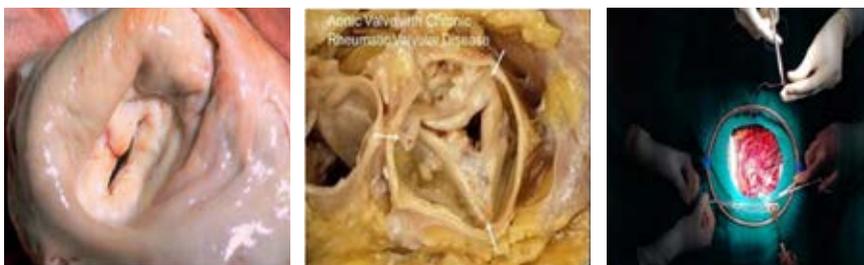


Foto 2-3-4: alterazioni reumatiche delle valvole cardiache, sostituzione valvolare

La malattia reumatica rappresenta la più importante causa di malattia cardiaca acquisita e colpisce 39 milioni di individui nel mondo con una incidenza di 3,4 nuovi casi ogni 100.000 abitanti, all'anno. Si tratta dunque di un problema di estrema importanza nella sanità pubblica dei paesi in via di sviluppo.

La degenerazione valvolare nella malattia reumatica è permanente e l'insufficienza cardiaca che ne consegue causa la morte di più di 300.000 pazienti ogni anno.

In Sudan la malattia reumatica ha una incidenza di 444 nuovi casi/ogni 100.000 abitanti, nelle aree endemiche.

Emergency ha deciso di occuparsi della parte chirurgica della malattia reumatica, considerando che nella quasi totalità dei paesi in via di sviluppo, l'accesso a questo tipo di chirurgia è a pagamento e quindi potenzialmente inaccessibile per chi non può pagare.

Il SALAM CENTRE è stato pensato per offrire una chirurgia cardiaca di alto livello ai pazienti sudanesi e regionali che provengono da più di 25 paesi che hanno acconsentito di entrare nel network dell'ANME (African Network of Medical Excellence). Il progetto SALAM, è stato reso possibile grazie all'enorme sforzo del paese SUDAN, che ha condiviso con Emergency i principi alla base dell'ANME.



Foto 5-6: SALAM CENTRE, SOBA HILLA KHARTOUM

La particolarità del nostro progetto in SUDAN, che lo rende unico al mondo, è l'offerta medica che garantiamo ai nostri pazienti seguendoli dall'ingresso in ospedale, all'intervento chirurgico e alla degenza, nel post-operatorio e nella riabilitazione e nei follow up successivi.

L'intervento chirurgico infatti è solo uno step della cura, il malato valvolare dovrà prendere medicine per tutta la vita come la terapia anticoagulante e i farmaci cardiologici per trattare la sottostante insufficienza cardiaca.

Prima della guerra i pazienti che operavamo provenivano in parte da liste interne da cui venivano chiamati oppure erano pazienti urgenti arrivati in condizioni critiche e un terzo dei pazienti operati al Salam proveniva dal programma regionale.

Oggi dopo un anno guerra e mesi ormai senza rete telefonica, i pazienti arrivano come possono, dopo giorni di viaggio, attraversando per chi arriva dal Darfur, zone molte pericolose.

Il paziente cardiopatico che arriva scompensato in pronto soccorso è un paziente quasi sempre molto grave perché l'insufficienza cardiaca se non trattata in maniera intensiva e con farmaci cardiovascolari somministrati in modo preciso in vena e da personale esperto, conduce a una disfunzione multi organo e presto alla morte del paziente. Le patologie del ritmo cardiaco che spesso si associano alla malattia cardiaca, vanno risolte con farmaci adeguati e da personale esperto, in un tempo molto breve e possono condurre a un arresto cardiaco fatale se non adeguatamente trattate.

Anche le conseguenze post intervento che spesso portano i pazienti già operati, a tornare in Pronto Soccorso sono situazioni che devono essere trattate con urgenza per l'alto rischio di mortalità. Gli esempi più comuni delle urgenze che vediamo nel pronto soccorso del SALAM sono i versamenti pericardici e il tamponamento cardiaco, le valvole bloccate, le emorragie conseguenti alla terapia anticoagulante, le conseguenze infettive pre o post intervento di una endocardite sulle valvole.

Per questi motivi il SALAM deve garantire la presenza H24 di personale esperto in grado di gestire in qualsiasi momento le urgenze cardiologiche dei nostri pazienti operati o ancora in lista chirurgica



Foto 6: Pronto Soccorso del Salam



Foto 7: sala visita in ER



Foto 8: OPD staff

Per quanto riguarda la fase INTRAOSPEDALIERA e POSTCHIRURGICA: il nostro centro è in grado di assistere e portare a intervento pazienti in condizioni pre-operatorie critiche che spesso hanno girato già diversi ospedali cardiologici e che arrivano da noi come ultima speranza. Questo percorso è possibile grazie a un approccio multidisciplinare al paziente che viene seguito non solo dal punto di vista cardiologico ma anche intensivistico con attenzione all'aspetto infettivo, nutrizionale, neurologico, metabolico, fisioterapico e respiratorio.



Foto 9: sala operatoria



Foto 10: terapia intensiva



Foto 11: reparto di cardiologia

Nella fase INTRAOSPEDALIERA è dunque fondamentale per la farmacia seguire il flusso dei farmaci essenziali. Distribuirli nei vari reparti, seguirne le giacenze e le scadenze e verificare l'adeguatezza di prescrizione, specialmente nell'ambito degli antibiotici e dei farmaci sotto prescrizione dello staff medico senior. È molto importante l'interconnessione tra la farmacia e i responsabili infermieristici dei diversi reparti: sala operatoria, terapia intensiva, ward, opd, per il delivery della corretta quantità di farmaci, il controllo in caso

di consumi eccessivi, l'appropriatezza dell'uso di farmaci o altri devices medici. Sotto responsabilità della farmacia è anche lo stock delle valvole chirurgiche e di tutto il materiale usato in sala operatoria, emodinamica e in terapia intensiva. E' fondamentale un approccio multidisciplinare e manageriale nella gestione della farmacia ospedaliera del SALAM, per garantire un controllo dei costi del materiale e un adeguato approvvigionamento dello stesso, considerando la difficoltà delle spedizioni e il tempo impiegato dalle stesse.



Foto 12: Camion di spedizione in transito da Port Sudan a KRT. attraverso il deserto



Foto 13: Farmacia SALAM, ufficio e store

Dopo la dimissione il paziente viene seguito con dei follow up calendarizzati in cui è prevista la visita ecografica con il cardiologo. In seguito i pazienti vengono seguiti presso l'OUTPATIENT DEPARTMENT, OPD, dove è fondamentale la presenza del farmacista per la somministrazione della terapia cardiologica e dello staff della clinica OAT (ORAL ANTICOAGULATION THERAPY).

Da diversi anni è stato importato al SALAM il sistema chiamato PARMA GTS: inserendo i dati dell'INR, permette di somministrare la dose corretta di anticoagulante e ci permette di seguire in maniera precisa i pazienti, registrandone la storia clinica e gli eventi avversi che possono portare a modificazioni importanti dell'anticoagulazione. Attualmente nella data base Salam OAT sono presenti un totale di 5500 pazienti e stiamo seguendo circa 3800 controlli di INR al mese.



Foto 14: patients waiting to do INR check



Foto 15: OAT CLINIC SALAM CENTRE

La guerra che da un anno ha colpito il Sudan ha cambiato radicalmente il progetto Salam: gli interventi sono diminuiti, i posti letto sono stati dimezzati, il numero di OPD visit e il numero di pazienti che affluiscono quotidianamente al nostro ospedale è notevolmente ridotto: la clinica OAT e la farmacia esterna vedono ogni giorno circa settanta pazienti quando prima della guerra erano circa 200 i pazienti per il controllo di INR e un centinaio per la distribuzione gratuita dei farmaci.

Per dare una risposta alle centinaia di pazienti già operati e che non si trovano più a Kharotum ma sono scappati in tutto il paese, abbiamo organizzato un sistema di cliniche satellite nelle città ancora sicure dove un team composto da un medico, un laboratorista e un farmacista, lavorano per offrire il servizio della anticoagulazione e riferirci se ci sono problematiche post chirurgiche che possiamo risolvere. Allo stesso modo abbiamo potenziato il servizio farmacia e OAT per i pazienti già operati a PORT SUDAN, città in cui si sono riversate migliaia di persone in fuga dalla guerra. Inoltre, per i numerosi pazienti cardiopatici in DARFUR, stiamo cercando di rimettere in funzione l'ospedale di NYALA, con un enorme sforzo logistico e di risorse umane.

Da tutto ciò si evince come il progetto della cardiocirurgia in SUDAN, e prima della guerra il progetto REGIONALE, sia un sistema estremamente complesso in cui professionisti medici e non medici devono agire insieme per creare un network comunicativo e collaborativo in grado di interagire e di portare avanti questo progetto sanitario unico al mondo per la sua unicità e gratuità di servizio nei confronti dei pazienti affetti da patologia cardiaca.



Foto 16: 30 ANNI DI EMERGENCY AL SALAM CENTRE

Le patologie attese in base al tipo di cooperazione: chirurgia generale e d'urgenza nei progetti Emergency

A cura di

Dr Geert Morren Chirurgo - Medical Division EMERGENCY ONG Onlus

Hospital based trauma care has been the core activity of emergency NGO since its birth 30 years ago. It is not by chance that the two largest hospitals we presently run are trauma centres located in Afghanistan. The largest one is Kabul Emergency Hospital with 100 beds and an Intensive Care Unit (ICU), the second one is Lashkargah Emergency Hospital in the southern Helmond Province having 90 beds and a Sub-ICU Unit. Both hospitals treat exclusively trauma patients. Our third Afghan hospital is located in Pansjir Valley, two and a half hours drive from Kabul. It is a mixed hospital with surgical, paediatric and obstetrics and gynaecology in- and out-patient's departments that deliver also higher level care (sub-ICU for surgery, High dependency Unit for Obstetrics and a Neonatal Intensive Care Unit). In 2023, over 15.000 operations for trauma were performed in those 3 hospitals, with Pansjir Hospital adding another 1300 non-trauma related surgeries, of which over 1000 were elective procedures. Since the end of the open conflict, in 2021, war weapon related injuries have become relatively rare, and the major cause of trauma has shifted to blunt trauma, mostly from road traffic accidents and domestic or work related accidents. This shift has been challenging as the approach to civil trauma is very different from war surgery. This is an ongoing process. The change is also visible outside the hospital. Many of the 48 First Aid Posts run by Emergency in the country site, that were previously essential for stabilization and transfer of the war victims, are now in the process of being transformed to a Primary Health Care Centres that strengthen the national health care system in Afghanistan, in the same time remaining involved in prehospital trauma care.

The surgical activities in our Emergency hospital in Goderich, Freetown, Sierra Leone, have some resemblance to the Panjshir Hospital. The hospital is located at the edge of the capital and receives victims from traffic and other accidents, but also deals with general surgical emergencies.

One particular group of patients are the group of mainly children who sustained caustic injuries of the oesophagus after accidental ingestion of Soda. They are in need of very particular surgical and nutritional care, focusing on regaining the capacity to feed and grow. With over 3700 interventions per year, Goderich hospital is a very busy place, within a challenging context of extreme poverty, a weak state, and a low level of education among the population.

All our hospitals carry a strong educational program, both for nurses and doctor-residents who specialise in Surgery, Anaesthesia, Obstetrics and Gynaecology and Intensive Care. Most of them are national staff, but we have also international residents, mainly from Italy, receiving part of their training with us. This is also true for Pharmacists in training. Every country and every hospital has its specific profile of the educational programs we offer, depending on our own capacity, and demands from the different Ministries of Health and Education.

Further ongoing projects in our surgical departments are the construction and implementation of a dedicated database, the improvement of quality of care monitoring and evaluation systems, the integration in a global network that aims at improving surgical care for each world citizen (the global surgery movement) and further strengthening clinical research relevant for the context we are working in.

Accesso alle cure e medicina di base Esperienza su Programma Italia e all'estero. Primary Health Care

A cura di

Dott. Alessandro Lamberti-Castronuovo Primary Health Care Focal Point - Medical Division
EMERGENCY ONG Onlus

Il termine "*primary care*" (trad. cure primarie), compare per la prima volta nel 1920 introdotto dalla British Army's Medical Services nel Regno Unito (*The Dawson Report, 1920*). In questo contesto si faceva riferimento al ruolo centrale che i servizi di medicina "di base" dovessero avere nell'erogazione dei servizi sanitari all'individuo. Il concetto è rimasto, in parte, immutato fino ad oggi.

Per cure primarie, infatti, si intende il complesso di servizi territoriali che rappresenta il primo contatto di un individuo o una famiglia con i servizi sanitari di una comunità, ovvero il primo livello di assistenza che un servizio sanitario offre all'individuo. È qui che afferiscono la maggior parte dei problemi di salute di una comunità, ed è qui che si gestiscono gran parte delle attività di prevenzione e cura, in modo continuo, completo e integrato tra diversi servizi. Il concetto di "cure primarie" è ben spiegato dall'Istituto di Medicina americano, che nel 1978, le definiva come *"la fornitura di servizi sanitari integrati e accessibili da parte di medici che sono responsabili di affrontare la grande maggioranza dei bisogni di assistenza sanitaria personale, sviluppando una relazione continua e solida con i propri pazienti e esercitando nel contesto della famiglia e della comunità"* (Institute of Medicine, 1978), o più recentemente come la *"presa in carico e la valutazione globale dei bisogni di salute e la definizione di un progetto di assistenza personalizzato all'indirizzo unitario tra livelli assistenziali diversi e dalla garanzia della continuità assistenziale per la tutela della salute"* (Damiani et al, 2011). Le caratteristiche del sistema di cure primarie sono quindi: a) la centralità dei bisogni dell'individuo e della comunità di appartenenza; b) l'integrazione dei diversi livelli di assistenza (es., assistenza primaria, secondaria, terziaria); c) il coinvolgimento dell'assistito e della comunità nel proprio progetto assistenziale; d) l'accessibilità e l'equità dei servizi offerti a questo livello (Lonati F, 2021). Nel corso del tempo, però, il concetto di primary care è andato arricchendosi. Il focus non è più solo sul concetto di salute come condizione fisica e mentale ma, in accordo alla definizione di Salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità di *"stato di completo benessere fisico, mentale e sociale"* (WHO, 2019), si estende ai determinanti sociali della Salute e quindi alla Salute come il risultato di una complessa e dinamica interazione tra uomo, natura e ogni elemento costituente di una società. Questa visione verrà incorporata nel concetto di *"primary health care"* (PHC) e un approccio dell'intera società alla salute (*"whole-of-society approach to health"*; WHO, 2019), che pone attenzione sulla necessità di creare le condizioni politiche, economiche, sociali e ambientali che promuovono la Salute umana. Una prospettiva quindi "sistemica" che non riguarda solo la medicina e i servizi sanitari ma è legata anche ad aspetti biologici, cognitivi, sociali, legali, spirituali altrettanto determinanti della Salute di un individuo e di una comunità. Ecco, quindi, che la PHC assume un ruolo strategico nell'affrontare le attuali sfide di salute globale, per una Sanità e una

Salute più efficaci per l'individuo e la comunità nel senso più ampio (Lauriola, 2021).

È ormai largamente dimostrato che qualsiasi programma basato sull'approccio Primary Health Care porti ad un miglioramento dello stato di salute della popolazione ed un rafforzamento dei sistemi sanitari soprattutto nei Paesi a medio e basso reddito. Paesi come ad esempio Cuba, Iran, Brasile, Sud Africa hanno ristrutturato i propri sistemi sanitari basandosi sui principi della PHC con ottimi risultati in termini di accesso alle cure e qualità dei servizi (Tagliaferri, 2010).

I principi cardine di un sistema sanitario basato sull'approccio PHC sono basati su un approccio integrato, ovvero organizzare e consolidare a livello di cure primarie servizi che sono capaci di dare risposte ai principali bisogni sanitari: salute materno infantile, pianificazione familiare, vaccinazioni contro le più importanti malattie infettive, il regolare rifornimento di una lista approvata di farmaci essenziali, la diagnosi e il trattamento delle malattie e delle condizioni più comuni, i servizi d'urgenza per la chirurgia/traumatologia/ostetricia e, eventualmente, il riferimento a centri di livello di cura superiori per un adeguato trattamento. L'obiettivo è quello di fornire ad ogni individuo accesso libero e gratuito ai servizi di base e una risposta da parte del sistema sanitario al livello di cura più adeguato. Accanto a questi aspetti prettamente sanitari in senso stretto si associano altri aspetti come un'attenzione all'educazione sanitaria e alla promozione della salute, il rifornimento d'acqua pulita ed in quantità adeguata, la corretta eliminazione dei rifiuti, e, più recentemente, elementi di sostenibilità ambientale. L'erogazione di tutti questi servizi in modalità "integrata" e perfettamente coordinata con livelli più alti di cura dà la possibilità di fornire risposte adeguate anche ai livelli di cura più bassi e anche in aree rurali e periferiche di Paesi meno sviluppati, aumentando l'accesso ai servizi sanitari e migliorando importanti indicatori di salute, contribuendo, quindi a rafforzare i sistemi sanitari nel loro complesso e a costi contenuti. Solo così, utilizzando questo approccio di Primary Health Care si può far in modo che un sistema sanitario possa raggiungere la Universal Health Coverage, UHC), ovvero la copertura sanitaria universale, quella condizione nella quale tutti gli individui di una comunità ricevono l'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno senza incorrere in difficoltà finanziarie.

Emergenze materno-infantili

A cura di

Dott.ssa Raffaella Baiocchi Ginecologa – Medical Division EMERGENCY ONG Onlus

Dott.ssa Eleonora Bruni Ostetrica – Medical Division EMERGENCY ONG Onlus

Nel 1994, la rivista *Social Science & Medicine* pubblicò un articolo intitolato "*Too far to walk: Maternal mortality in context*"¹: una lucida analisi dell'intreccio di fattori culturali, socio-economici, infrastrutturali e clinici che sarebbero alla base di un'ampia fetta delle morti materne evitabili. Quel lavoro è diventato, a ragione, una pietra miliare della *Reproductive Public Health*. Gli Autori rappresentarono la catena degli eventi che si interpongono tra l'insorgenza di una complicanza e la risoluzione della stessa individuando tre *ritardi* ("*three delays model*"): ritardo nel decidere di rivolgersi a una struttura (resistenze culturali all'ospedalizzazione, mancato riconoscimento della necessità di assistenza), ritardo nel raggiungere la struttura (mancanza di infrastrutture o di mezzi di trasporto; insicurezza delle strade; mancanza di risorse economiche per pagare gli spostamenti), e infine ritardo nell'ottenere un trattamento appropriato una volta raggiunta la struttura (mancanza di personale qualificato, di farmaci o presidi medici; mancanza di denaro per pagare le cure; bassa qualità delle cure fornite). Ognuno di questi colli di bottiglia è connesso agli altri in un circolo vizioso multidirezionale: se alla fine della storia l'outcome sarà negativo, questo scoraggerà ulteriormente le famiglie a intraprendere un nuovo viaggio della speranza nelle gravidanze future. Se queste dinamiche sono presenti in una certa misura in contesti considerati ad alte risorse, la loro potenza è drammaticamente più grande in realtà più fragili.

La tempestività delle cure rispetto all'insorgenza del problema clinico condiziona profondamente l'efficacia degli interventi. La maggior parte dei casi di mortalità e grave morbidità materna nel mondo sono prevenibili: nei paesi a limitate risorse, al problema dell'appropriatezza dell'intervento medico che è trasversale a tutte le latitudini, si aggiunge un altro determinante altrettanto pesante quale il *fattore tempo*. L'emorragia postpartum, la causa principale di morte materna nel mondo, ne è l'esempio perfetto: un'ampia fetta di emorragie sarebbero evitabili se il parto avvenisse in una struttura adeguata con semplici ed economiche procedure di prevenzione, e un'altra fetta di sanguinamenti sarebbe prontamente

trattata prima di evolvere in emorragia e shock. Tuttavia, nei casi più gravi, la maggior parte delle strutture presenti in zone rurali non hanno le risorse per un trattamento efficace, a cominciare da banche del sangue sicure e minimamente fornite. In questi casi, emerge spesso come lavorare in rete in questi contesti sia molto complicato: i trasferimenti sono costosi e lunghi, e in genere mai gratuiti. La cultura della collaborazione è debole e sovente la documentazione dei trattamenti effettuati che dovrebbe accompagnare le pazienti è incompleta se non totalmente assente. Fuori dai contesti sanitari (ospedali, cliniche), l'accesso ai farmaci è regolamentato spesso dalla sola disponibilità economica, per cui chiunque, se in possesso della cifra giusta, può acquistare qualsiasi farmaco (dall'ossitocina per partorire a casa alle gonadotropine per stimolare l'ovulazione e una gravidanza che non arriva).

La disponibilità di cure specialistiche in contesti a limitate risorse è molto disomogenea in termini di distribuzione territoriale e livello delle cure fornite. Nelle zone urbane le strutture sanitarie sono inevitabilmente sovraffollate: qui la barriera principale è costituita dai costi e dalla qualità delle cure percepite; nelle zone rurali il sovraffollamento, pur spesso presente, non riflette l'accessibilità: la dispersione dei centri abitati nel territorio le rende difficilmente fruibili a gran parte della popolazione. Anche se sulla carta l'assistenza alla gravidanza e al parto è gratuita nelle strutture pubbliche, di fatto le pazienti, nella maggioranza dei casi, devono provvedere almeno all'acquisto dei presidi (es: cateteri; accessi venosi) e dei farmaci, compresi i fluidi, di cui necessiteranno nel corso del ricovero.

Se il contesto pone delle problematiche peculiari, le criticità a livello individuale sono molteplici: spesso le donne non sanno la loro età né la loro storia mestruale. Non sono consapevoli del loro stato di salute, o riferiscono di essersi sottoposte a cure per problemi non meglio definiti di cui non sanno niente. Se assumono farmaci, spesso questi sono conservati in bustine senza nome per cui è estremamente difficile risalire a principio attivo e dosaggio. I problemi nutrizionali sono comuni, e in tutte le varie declinazioni: dalla malnutrizione comunemente intesa come apporto alimentare insufficiente a gravi forme di obesità.

Questo le espone a vari rischi in ambito di salute riproduttiva come l'amenorrea o le iperplasie endometriali, l'infertilità o condizioni sistemiche (diabete, ipertensione) complicanti la gravidanza; sono inoltre esposte a un maggior rischio parto difficile: lo shock emorragico, anche per volumi contenuti di perdita ematica- nelle denutrite; un parto distocico e frequenti emorragie- seppur meglio tollerate- nelle obese.

Le cause più frequenti di mortalità e morbidità materna nel mondo sono sostanzialmente le stesse a tutte le latitudini: emorragie ostetriche (soprattutto post-partum), complicanze ipertensive legate alla gravidanza (pre-eclampsia/ eclampsia), sepsi, parto ostruito, *unsafe abortion*. In alcuni contesti, alcune condizioni endemiche si aggiungono alle precedenti come causa o co-fattore di outcomes negativi: basti pensare a HIV/AIDS, malaria, anemia a cellule falciformi (tutte condizioni più frequenti nell'Africa subsahariana). I problemi materni si ripercuotono sul nascituro: più frequenti sono i bambini nati prematuri e con basso peso alla nascita; più frequenti sono le malformazioni congenite e le sindromi (consanguineità tra genitori; mancanza di misure preconcezionali come l'assunzione di folati; assunzione di farmaci controindicati durante l'organogenesi fetale- vedi il *diffuso uso di ACE-inibitori come anti-ipertensivo nei paesi a basso reddito*; patologie pre-gestazionali non trattate - vedi *diabete*; infezioni intra-uterine). La salute materna impatta anche sui figli già nati: le mamme, specie in paesi a limitate risorse, sono le principali *caregivers* dell'infanzia: sono loro che si preoccupano delle cure, dell'alimentazione e dello stato di salute dei propri figli. La morte materna in questi contesti è stata associata a un aumento drammatico della mortalità dei loro neonati (fino a 46 volte maggiore) e dei loro figli di età inferiore ai 5 anni (fino a 4 volte maggiore), se paragonati a neonati/ bambini delle stesse fasce di età.

Tutto il percorso nascita (dalle cure prenatali alle postnatali) contribuisce a ridurre mortalità e morbidità materna e perinatale: tuttavia, il parto sicuro in struttura adeguata e con personale formato rimane ad oggi il singolo intervento che più impatta sulla sopravvivenza di mamma e bambino².

Da quando la comunità internazionale ha preso coscienza dell'enorme problema di salute pubblica rappresentato dalla mortalità materna, e cioè quasi 40 anni fa, le strutture dedicate all'assistenza al parto *nei paesi in via di sviluppo*,

denominate EmNOC ("*Emergency Neonatal and Obstetric Care*"), sono state classificate in due categorie principali: una "Basic" e una "Comprehensive"³. Le prestazioni fornite a livello di Basic EmNOC costituiscono i requisiti minimi per considerare un servizio di assistenza al parto come degno di questo nome.

Basic EmNOC	Comprehensive EmNOC
1. Antibiotici per via parenterale	Tutte le componenti "basicEmNOC", più:
2. Farmaci uterotonici	8. Chirurgia ostetrica (taglio cesareo)
3. Anticonvulsivanti per via parenterale per pre-eclampsia/ eclampsia	9. Trasfusioni di sangue
4. Rimozione manuale della placenta	
5. Rimozione di residui prodotti del concepimento (tramite isterosuzione; raschiamento uterino, ecc)	
6. Parto vaginale operativo	
7. Rianimazione neonatale di base	

La lista dei *Signal Functions* non comprende un elemento fondamentale, necessario per rendere efficaci queste strutture: la disponibilità di personale qualificato, sia medico che ostetrico. Le ostetriche sono spesso le principali figure responsabili della gestione di mamme e neonati nelle strutture di base; rimangono fondamentali anche nelle *Comprehensive facilities*, dove la presenza di medici è sulla carta scontato, data la fornitura di servizi chirurgici. Tuttavia nei Paesi a limitate risorse il *Task Shifting*⁴ (definito dall'OMS come il trasferimento pianificato di compiti e mansioni da professionisti sanitari con qualifiche e competenze più elevate ad altri professionisti/ operatori, sia sanitari che non, con qualifiche e competenze inferiori) è una prassi consolidata per la drammatica mancanza di personale medico specializzato, soprattutto nelle zone rurali.

Spesso il taglio cesareo è effettuato da chirurghi generali o medici non specialisti; in alcune aree del mondo, specie nell'Africa sub-sahariana, alcuni sistemi sanitari ricorrono alla figura dell'infermiere o dell'ostetrica, dopo un training specifico, per garantire i servizi chirurgici nelle zone più remote.

E' evidente quindi come un problema complesso di salute pubblica, come la mortalità e morbilità materna e neonatale, non possa essere risolto soltanto lavorando sulle strutture sanitarie; è innegabile tuttavia che garantire cure di qualità, in maniera sostenibile e accessibile a tutti, sia un intervento fondamentale per disinnescare la spirale del *three delays model*, aumentando la fiducia delle comunità nei servizi disponibili così stimolandole a trovare soluzioni che abbattano le barriere- e i tempi di accesso- alle cure per mamme e bambini.

BIBLIOGRAFIA

1. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: Maternal Mortality in context Soc. Sci. Med. Vol.38, N°8, pp. 1191-1110, 1994
2. Bhutta ZA, Das JK et al "Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost?" Lancet 2014; 384(9940): 347-70
3. Paxton A, Maine D et al "The evidence for emergency obstetric care" IJGO 2005; 88:181-193
4. Zakhari A, Konci R et al Task shifting cesarean sections in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis IJGO 2023 Mar; 160(3): 771-782

Emergenze pediatriche

A cura di

Dott.ssa Manuela Valenti Pediatra- Medical Division EMERGENCY ONG Onlus

Nella gestione delle emergenze pediatriche vanno tenute in considerazione le caratteristiche del bambino legate alle diverse età dello sviluppo neuro-psicomotorio, le caratteristiche anatomiche specifiche e nei Paesi a basse risorse il contesto circostante.

Non va mai dimenticato che le condizioni del paziente pediatrico possono rapidamente deteriorare, sarà quindi necessario uno stretto monitoraggio continuo.

Le principali emergenze pediatriche che potenzialmente possono evolvere verso l'arresto cardiaco sono:

- Ostruzioni delle vie aeree
- Convulsioni febbrili
- Avvelenamenti
- Traumi
- Shock
- Cardiopatie

Triage

Il Triage è un sistema di valutazione rapida del paziente finalizzato alla pronta identificazione dei pazienti critici, in pericolo imminente o potenziale di vita, e alla distribuzione dei pazienti non critici in diversi gruppi di gravità ai quali corrispondono diverse priorità di intervento.

codice	significato	tempo di attesa
rosso	bambino con alterazioni delle funzioni vitali	entrata immediata
giallo	bambino a rischio di alterazioni delle funzioni vitali e/o con alto grado di sofferenza	attesa limitata, rapida presa in carico
verde	bambino non a rischio ma con problema acuto	attesa in genere con tempi contenuti
bianco	bambino non a rischio con problema non acuto	attesa variabile e determinata dagli accessi

Il contesto

In contesti a basse risorse o in Paesi in guerra sono molti i fattori che complicano le condizioni generali del paziente o che ritardano l'accesso alle strutture sanitarie.

Gli scontri in atto, la pericolosità delle strade i numerosi check point, la carenza di trasporti pubblici e l'elevato costo dei trasporti privati limitano fisicamente l'accesso alle strutture sanitarie.

Il mancato accesso all'acqua potabile favorisce il diffondersi di malattie gastrointestinali, peggiorando lo stato di disidratazione di pazienti particolarmente vulnerabili per la loro età in particolare se già affetti da malnutrizione.

Esistono poi tutta una serie di fattori culturali, etnici e religiosi che influenzano i comportamenti dei genitori nella presa in carico dei figli.

Il genere continua a costituire un potente fattore di discriminazione, di cui fanno le spese, in varia misura, le bambine di tutto il mondo, anche nell'accesso all'assistenza sanitaria.

Lo status di rifugiato o sfollato e la lunga permanenza in campi profughi sono un ulteriore fattore di deterioramento dello stato di salute dei bambini.

Fattori sanitari

Nella valutazione del paziente pediatrico critico in contesti a basse risorse è necessario tenere in considerazione i dati epidemiologici locali e le possibili patologie croniche o congenite tipiche di quei luoghi.

Per una corretta diagnosi differenziale vanno tenute in considerazione la presentazione clinica e le possibili complicanze di patologie quali malaria, febbre tifoide e parassitosi intestinali.

La malnutrizione è una condizione che in alcune aree colpisce anche oltre il 20 % della popolazione pediatrica sotto i cinque anni di vita e di cui è necessario

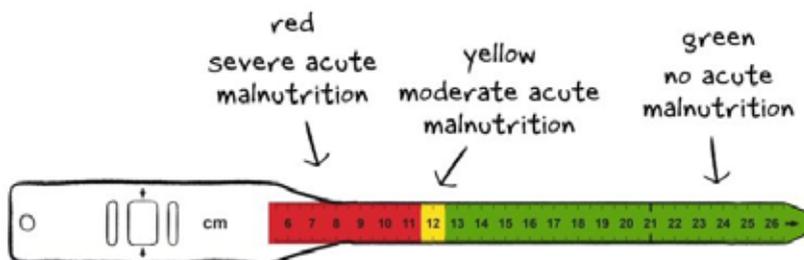
conoscere le caratteristiche e le complicanze, non solo per poter garantire un adeguato trattamento, ma anche per evitare complicanze iatrogene nella gestione di pazienti particolarmente fragili con un equilibrio altamente instabile.

Ci sono poi alcune patologie congenite come l'anemia falciforme o patologie acquisite come la tubercolosi, l'HIV o la malattia reumatica che incidono grandemente sulle condizioni generali di base dei pazienti e che possono dare complicanze che sono vere e proprie emergenze.

Un'attenzione speciale va riservata al periodo neonatale: oggi sopravvivono più bambini che mai, con un tasso di mortalità globale sotto i 5 anni diminuito del 51% dal 2000. Ma ancora ogni anno nel mondo muoiono 4,5 milioni di donne e neonati per cause che potrebbero essere prevenute e condizioni che potrebbero essere curate con un'assistenza sanitaria adeguata. Metà dei decessi pediatrici sotto i cinque anni avvengono nei primi 28 giorni di vita.

Inquadramento clinico

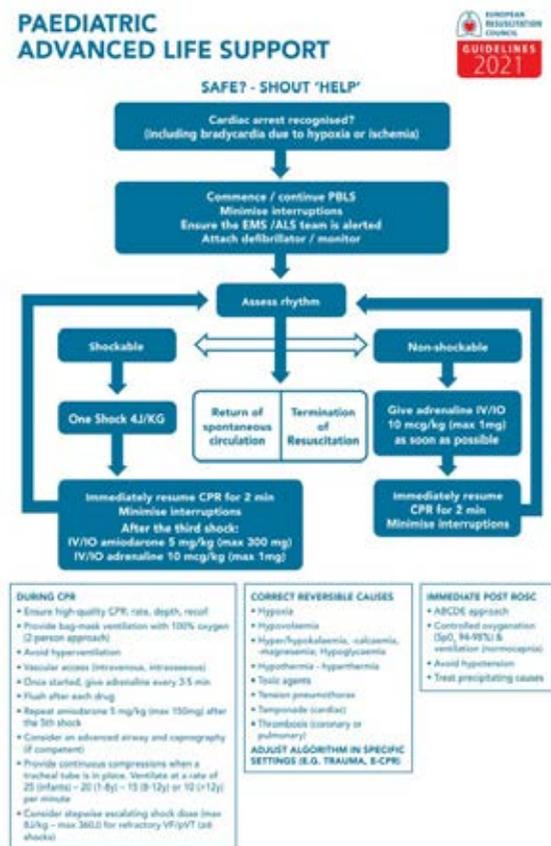
raccogliere i classici parametri vitali (temperatura, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, saturazione, pressione arteriosa), valutare lo stato nutrizionale, attraverso apposite tabelle del rapporto peso/altezza o tramite la misurazione della circonferenza del braccio con il braccialetto "MUAC" (Mid Upper Arm Circumference). Un sistema rapido e semplice che può essere utilizzato anche da personale non sanitario adeguatamente addestrato.



La conoscenza dello stato nutrizionale in corso di emergenze quali la disidratazione e lo shock è fondamentale per poter applicare i protocolli terapeutici adeguati per non sovraccaricare il delicato equilibrio emodinamico dei pazienti malnutriti.

La raccolta anamnestica potrebbe risultare non semplice sarà quindi sempre opportuno collaborare con colleghi che siamo in grado di comunicare nei diversi dialetti locali o ancor meglio avvalendosi della collaborazione di health promoters locali che siano in grado di fare un vero e proprio lavoro di mediazione culturale.

Rianimazione cardio polmonare



BIBLIOGRAFIA

1. Nelson Textbook of Pediatrics, 22nd Edition - March 29, 2024. Editors: Robert M. Kliegman, Joseph W. St. Geme III.
2. Paediatric emergency triage, assessment and treatment: care of critically-ill children. 2016 WHO.int/publications/i/items/9789241510219
3. Emergency Triage Assessment and Treatment (ETAT) course. WHO 2005
4. <https://www.mondopoli.it/2023/05/06/le-credenze-magico-religiose-e-il-benessere-dei-bambini/>
5. Salute materna e neonatale: il primo rapporto congiunto ENAP-EPMM a cura dell'OMS. 2023
6. La mortalità infantile globale ha raggiunto il minimo storico nel 2022 - Rapporto ONU
7. Paediatric advanced life support ERC 2021

2

Rischi epidemiologici e sanitari in cooperazione

Patologie infettive legate ai differenti paesi tropicali

A cura di

dott.ssa Chiara Parati dirigente Farmacista presso Ospedale Niguarda di Milano - membro ASC SIFO *Infettivologia*

Le malattie tropicali neglette

Sono oltre un miliardo di persone nel mondo affette da Malattie Tropicali Neglette (NTDs) e più della metà vive nel continente Africano. Sono un gruppo di malattie infettive e parassitarie, "neglette" perché non ricevono l'attenzione e i fondi necessari per la loro prevenzione e cura. Queste malattie possono causare danni irreversibili alla salute e alla produttività delle persone e contribuire alla povertà endemica nei Paesi colpiti, principalmente Paesi in via di sviluppo. Le NTDs attualmente riconosciute dall'Oms sono venti, tra queste dengue, leishmaniosi, rabbia e oncocercosi, detta "cecità dei fiumi", associata allo sviluppo della **Nodding Syndrome**.

SUDAN

Il Sud Sudan, protagonista di una delle peggiori crisi umanitarie di tutti i tempi, è uno dei Paesi più colpiti dalle NTDs. La maggior parte della popolazione vive in condizioni di povertà estrema con un accesso limitato ai servizi sanitari di base. Le condizioni di insicurezza e instabilità politica che hanno accompagnato la guerra civile hanno ulteriormente compromesso la capacità del paese di affrontarle.

Trattandosi di malattie croniche o di lungo corso, è necessaria la continuità nella prevenzione, nella cura e nell'assistenza, che non può essere solo clinica ma integrata ad un percorso di riabilitazione sociale ed economica. Ci sono diversi livelli di complessità, dal bisogno di risorse costanti al coinvolgimento e alla collaborazione di tanti attori, in particolare le famiglie e le comunità che devono essere sensibilizzate e alle quali deve essere garantito un supporto dedicato. Si sta inoltre completando la mappatura nazionale del tracoma, una delle principali cause di cecità, per meglio informare interventi di contrasto più efficaci e mirati.

VIRUS EPATITE E

Il Ministero della Salute Sudan del Sud ha dichiarato un focolaio del virus dell'epatite E (HEV) nella città di Wau nel 2023, tra le più grandi città del Sudan del Sud. Tra il 23 marzo 2023 e il 13 aprile 2023, sono stati segnalati 91 casi sospetti di HEV, di cui 35 confermati; sono stati segnalati cinque decessi (tasso di letalità [CFR] 5,5%). Con il sostegno dell'OMS, il MoH ha inviato sul campo un team nazionale multidisciplinare di risposta rapida, per condurre le indagini epidemiologiche, determinare l'entità dell'epidemia, identificare le esposizioni o i fattori di rischio, per prevenire un'ulteriore diffusione e attuare adeguate misure preventive.

L'HEV si trasmette per via *fecale-orale*, principalmente attraverso l'acqua contaminata. L'epatite E si trova in tutto il mondo ed è comune nei paesi in via di sviluppo con approvvigionamento idrico inadeguato, accesso limitato ad acqua potabile pulita, scarsa igiene ambientale e personale o aree di emergenze umanitarie. Casi di virus dell'epatite E sono stati segnalati nel campo per sfollati interni.

Il rischio a livello nazionale è valutato elevato a causa di:

- Cattive pratiche igienico-sanitarie, specialmente nel campo per sfollati;
- Disponibilità limitata di acqua potabile sicura;
- Scarso accesso ai servizi medici essenziali;
- La presenza di una numerosa popolazione di sfollati interni;
- Vincoli finanziari che incidono sulle capacità di contenere efficacemente l'epidemia e limitata capacità locale di svolgere efficacemente le attività di risposta;
- La limitata fornitura di vaccini;
- Movimenti di popolazione;
- Alto rischio di morte nelle donne in gravidanza in assenza di introduzione del vaccino HEV;

EBOLAVIRUS

La malattia da virus Ebola (EVD) è stata descritta per la prima volta nel 1976 nei pressi del fiume Ebola nell'attuale Repubblica Democratica del Congo (RdC). Da allora, cluster epidemici sono stati descritti periodicamente in diversi Paesi africani.

Ebolavirus fa parte della famiglia dei Filoviridae e a sua volta comprende sei specie virali: Zaire, Bundibugyo, Sudan, TaiForest, Reston e Bombali. Tutte le più recenti epidemie di EVD sono state causate da ebolavirus Zaire. Queste comprendono la più grande epidemia di EVD descritta ad oggi con oltre 28.600 casi nel 2014-2016 in Africa occidentale con casi anche descritti in altri Paesi (Italia, Spagna, Regno Unito, Stati Uniti). Ebolavirus Zaire è inoltre causa dell'epidemia in corso da maggio 2018 nella Repubblica democratica del Congo.

Il Sudan ebolavirus, con un tasso di mortalità del 50%, è stato la causa di numerosi focolai in Uganda e altri vicino al confine tra Sudan meridionale e Repubblica democratica del Congo. Il Bundibugyoebolavirus, scoperto nel 2007, è stato associato a due focolai, uno nella Repubblica Democratica del Congo e l'altro al confine tra RdC e Uganda. Il Ta Forestebolavirus, l'unico altro virus Ebola trovato finora nell'Africa occidentale, è stato la causa di un caso identificato in Costa d'Avorio.

Trasmissione L'introduzione del virus Ebola in comunità umane avviene *attraverso il contatto con sangue, secrezioni, organi o altri fluidi corporei di animali infetti*. In Africa è stata documentata l'infezione a seguito di contatto con scimpanzé, gorilla, pipistrelli della frutta (Pteropodidae), scimmie, antilopi e porcospini trovati malati o morti nella foresta pluviale. La trasmissione avviene *per contatto interumano diretto con organi, sangue e altri fluidi biologici* (es saliva, urina, vomito) di soggetti infetti (vivi o morti) e indiretto con ambienti contaminati da tali fluidi. Il contagio è più frequente tra familiari e conviventi, per l'elevata probabilità di contatti. In Africa, dove si sono verificate le epidemie più gravi, le cerimonie di sepoltura e il diretto contatto con il cadavere dei defunti hanno probabilmente avuto un ruolo non trascurabile nella diffusione della malattia.

È documentata la trasmissione nosocomiale per contatto diretto tra personale sanitario e pazienti affetti da EVD.

La trasmissione per via sessuale è stata riportata in quattro casi e sospettata in molti altri, per cui l'Oms raccomanda ai soggetti di sesso maschile, convalescenti da EVD, di mantenere più elevati livelli di igiene e avere rapporti sessuali più protetti nei 12 mesi successivi all'inizio dei sintomi della malattia o finché il

liquido seminale non risulti per due volte negativo ai test per virus ebola. L'infezione *ha un decorso acuto* e non è descritto lo stato di portatore. I soggetti affetti da EVD sono contagiosi fino a quando il virus è presente nel sangue e nelle secrezioni biologiche. È documentata la persistenza a lungo termine di ebolavirus nel liquido seminale dopo l'esordio clinico di EVD.

L'incubazione può andare da 2 a 21 giorni, a cui fa seguito generalmente un esordio acuto caratterizzato da febbre, astenia, mialgie, artralgie e cefalea. Con il progredire della patologia possono comparire astenia profonda, anoressia, diarrea (acquosa talvolta con presenza di muco e sangue), nausea e vomito. Questa prima fase prodromica può durare fino a 10 giorni.

La malattia evolve con la comparsa di segni e sintomi ascrivibili a danni in diversi organi e apparati. Oltre a segni di prostrazione, possono essere presenti segni e sintomi di alterazioni nella funzione epatica e renale, respiratoria, gastrointestinale, del sistema nervoso centrale (cefalea, confusione), vascolare (iniezione congiuntivale/faringea), cutaneo (esantema maculo papuloso).

I fenomeni emorragici, sia cutanei che viscerali, compaiono in oltre la metà dei pazienti affetti da EVD, in genere dopo una settimana dall'esordio. Si può trattare di sanguinamenti a carico del tratto gastrointestinale (ematemesi e melena), petecchie, epistassi, ematuria, emorragie sottocongiuntivali e gengivali, meno-metrorragie. Alcuni pazienti presentano emorragie estese e coagulazione intravasale disseminata (Cid). Nella fase terminale della EVD il quadro clinico è caratterizzato da tachipnea, anuria, shock ipovolemico, sindrome da insufficienza multi-organo.

Gli esami di laboratorio per la conferma diagnostica di un'infezione da virus Ebola sono finalizzati alla identificazione del genoma virale, di antigeni virali o di anticorpi contro il virus. Esistono pochi test commerciali disponibili per la diagnosi.

Non esiste ancora un trattamento provato per EVD. Tuttavia, è attualmente in fase di valutazione una gamma di potenziali trattamenti tra cui emoderivati, terapie immunitarie e terapie farmacologiche. Inoltre una terapia di supporto -

reidratazione con fluidi orali o endovenosi - e il trattamento di sintomi specifici migliora la sopravvivenza.

Un vaccino sperimentale contro l'Ebola si è dimostrato altamente protettivo contro l'EVD in un importante studio in Guinea nel 2015. Il vaccino, chiamato rVSV-ZEBOV, è stato studiato in un'indagine che ha coinvolto 11.841 persone. Tra le 5837 persone che hanno ricevuto il vaccino, nessun caso di Ebola è stato registrato 10 giorni o più dopo la vaccinazione. In confronto, ci sono stati 23 casi 10 giorni o più dopo la vaccinazione tra coloro che non hanno ricevuto il vaccino.

Non è possibile intervenire sul serbatoio naturale della malattia che non è stato identificato con certezza. La prevenzione si affida, quindi, al rispetto delle misure igienico sanitarie, alla capacità di una diagnosi clinica e di laboratorio precoci e all'isolamento dei pazienti.

SIERRA LEONE

FEBBRE DI LASSA

La febbre di Lassa fa parte del gruppo delle febbri emorragiche virali (Fev), patologie di origine virale a carattere sistemico, caratterizzate da esordio improvviso, acuto e spesso accompagnate da manifestazioni emorragiche. In generale, gli agenti responsabili delle Fev sono virus a Rna (arenavirus, bunyavirus, filovirus, flavivirus), la cui sopravvivenza è garantita da serbatoi naturali come animali o insetti. I virus sono confinati geograficamente nelle aree dove vivono le specie ospiti. La febbre di Lassa prende il nome dalla città nigeriana in cui, nel 1969, due infermiere missionarie morirono a causa di questa malattia, fino a quel momento sconosciuta. L'agente eziologico è un virus a Rna appartenente alla famiglia degli Arenaviridae, diffuso prevalentemente in Africa, il cui serbatoio principale sono i roditori *Mastomys*.

Modalità di trasmissione

Come per tutte le febbri emorragiche, *gli uomini non sono serbatoi naturali per il virus*, ma possono essere *infettati attraverso il contatto con animali infetti*

o *artropodi vettori*. La febbre di Lassa è trasmessa dal contatto diretto con escreti di roditori o tramite aerosol di escreti e saliva dei roditori. In alcuni casi, dopo la trasmissione accidentale, può avvenire la trasmissione da uomo a uomo, per contatto diretto con sangue, tessuti, secrezioni o escreti di persone infette, soprattutto in ambito familiare e nosocomiale.

Nell'80% dei casi, la febbre di Lassa è una patologia lieve o addirittura asintomatica, ma può presentarsi come malattia sistemica grave nel restante 20%. A differenza delle altre Fev, l'esordio della febbre di Lassa è graduale e il periodo di incubazione può arrivare anche a 3 settimane (contro una media di 1-9 giorni per le altre). I sintomi iniziali sono piuttosto generici: febbre, cefalea, mialgie, faringodinia con essudato tonsillare, difficoltà ad alimentarsi (disfagia), tosse secca, dolore toracico (a volte forte dolore retrosternale), crampi addominali, nausea, vomito e diarrea. Il peggioramento delle condizioni cliniche si manifesta con edema del volto e del collo, insufficienza respiratoria, versamento pleurico e pericardico, proteinuria, encefalopatia, sanguinamento delle mucose. Ipotensione e shock si possono verificare indipendentemente dal sanguinamento. Durante la convalescenza si può manifestare ipoacusia. Il tasso di letalità complessivo è inferiore al 1%, mentre sale al 15-20% nei casi non trattati. Nelle zone dove la malattia è endemica (principalmente in Africa occidentale), la prevenzione dell'infezione consiste essenzialmente nell'adozione di norme igieniche che riducano l'accesso dei roditori nelle case. In particolare, occorre conservare i cereali e altre provviste in contenitori sigillati, tenere i contenitori dei rifiuti lontano dalle abitazioni e mantenere le case il più pulite possibile. Anche i gatti domestici possono contribuire ad allontanare i roditori *Mastomys*, che comunque non sono completamente eliminabili nelle aree endemiche, perché troppo numerosi.

Per tutte le Fev, la diagnosi è piuttosto difficile fino a quando non appaiono caratteristiche cliniche più specifiche o quando vengono registrati più casi. La diagnosi differenziale delle febbri emorragiche virali va posta con tutte le condizioni caratterizzate da febbre, rash, interessamento epatico e/o renale, emorragie.

Per tutte le febbri emorragiche è necessaria una terapia di supporto che preveda il mantenimento della volemia e dell'equilibrio idroelettrolitico.

Per controllare il sanguinamento si possono somministrare plasma, piastrine, sangue. Può essere utile una copertura antibiotica per la prevenzione di infezioni secondarie. Per il controllo dello shock è consigliabile la somministrazione di dopamina. Nel caso della febbre di Lassa è disponibile un trattamento antivirale specifico a base di ribavirina, in grado di ridurre la letalità se iniziato precocemente, anche se la sua efficacia non è stata dimostrata in maniera definitiva.

FEBBRE DENGUE

Di origine virale, la dengue è causata da quattro virus molto simili (Den-1, Den-2, Den-3 e Den-4) ed è trasmessa agli esseri umani dalle punture di zanzare che hanno, a loro volta, punto una persona infetta. Non si ha quindi contagio diretto tra esseri umani, anche se l'uomo è il principale ospite del virus. Il virus circola nel sangue della persona infetta per 2-7 giorni, e in questo periodo la zanzara può prelevare e trasmetterlo ad altri.

Nell'emisfero occidentale il vettore principale è la zanzara *Aedes aegypti*, anche se si sono registrati casi trasmessi da *Aedes albopictus*. La dengue è conosciuta da oltre due secoli, ed è particolarmente presente durante e dopo la stagione delle piogge nelle zone tropicali e subtropicali di Africa, Sudest asiatico e Cina, India, Medioriente, America latina e centrale, Australia e diverse zone del Pacifico. Negli ultimi decenni, la diffusione della dengue è aumentata in molte regioni tropicali. Nei paesi dell'emisfero nord, in particolare in Europa, costituisce un pericolo in un'ottica di salute globale, dato che si manifesta soprattutto come malattia di importazione, il cui incremento è dovuto all'aumentata frequenza di spostamenti di merci e di persone.

Sintomi e diagnosi: la malattia dà luogo a febbre nell'arco di 5-6 giorni dalla puntura di zanzara, con temperature anche molto elevate. La febbre è accompagnata da mal di testa acuti, dolori attorno e dietro agli occhi, forti dolori muscolari e alle articolazioni, nausea e vomito, irritazioni della pelle che possono apparire sulla maggior parte del corpo dopo 3-4 giorni dall'insorgenza della febbre. I sintomi tipici sono spesso assenti nei bambini.

La diagnosi è normalmente effettuata in base ai sintomi, ma può essere più accurata con la ricerca del virus o di anticorpi specifici in campioni di sangue.

Prevenzione e trattamento

La misura preventiva più efficace contro la dengue *consiste nell'evitare di entrare in contatto con le zanzare vettore del virus*. Diventano quindi prioritarie pratiche come l'uso di repellenti, vestiti adeguati e protettivi, zanzariere e tende. Dato che le zanzare sono più attive nelle prime ore del mattino, è particolarmente importante utilizzare le protezioni in questa parte della giornata. Per ridurre il rischio di epidemie di dengue, il mezzo più efficace è la lotta sistematica e continuativa alla zanzara che funge da vettore della malattia. Ciò significa eliminare tutti i ristagni d'acqua in prossimità delle zone abitate, ed effettuare vere e proprie campagne di disinfestazione che riducano la popolazione di *Aedes*. A febbraio 2023, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha autorizzato l'utilizzo e la commercializzazione di un vaccino tetravalente vivo attenuato per la prevenzione della malattia da Dengue causata da uno qualsiasi dei quattro sierotipi del virus. Il vaccino ha ricevuto anche l'approvazione da parte dell'EMA a dicembre 2022. Un secondo vaccino, non commercializzato in Italia, è indicato solo per persone residenti in aree endemiche e che abbiano avuto una precedente infezione da Dengue, confermata attraverso dei test di laboratorio.

Non esiste un trattamento specifico per la dengue, e nella maggior parte dei casi le persone guariscono completamente in due settimane. Le cure di supporto alla guarigione consistono in riposo assoluto, uso di farmaci antipiretici, idratazione di liquidi al malato per combattere la disidratazione. In qualche caso, astenia marcata e depressione possono permanere anche per alcune settimane. La malattia può svilupparsi sotto forma di febbre emorragica con emorragie gravi da diverse parti del corpo che possono causare veri e propri collassi e, in casi rari, risultare fatali.

AFGHANISTAN

Nel Paese si contano casi di morbillo e poliomielite. Malari, tubercolosi, leishmaniosi cutanea sono le più importanti malattie infettive.

MORBILLO

Il morbillo è endemico in Afghanistan, e in tutte le province che segnalano casi sospetti ogni anno.

Nel dicembre 2021, una campagna di immunizzazione in risposta all'epidemia di morbillo ha raggiunto *1.510.440 bambini* di età compresa tra 9 e 59 mesi nelle province di Balk, Ghazni, Ghor, Helmand, Kandahar e Paktika. La campagna è stata attuata in luoghi come moschee, scuole e altri luoghi adatti facilmente accessibili ai genitori. Ghazni (90%).

Il morbillo è una malattia altamente contagiosa, prevenibile con il vaccino, causata da un virus che viene trasmesso per via aerea e attraverso il contatto diretto con i casi infetti. I bambini piccoli non vaccinati sono a più alto rischio di morbillo e di relative complicanze (ad es. polmonite ed encefalite), inclusa la morte. I focolai di morbillo possono provocare epidemie con un alto tasso di mortalità, soprattutto tra i bambini piccoli e malnutriti.

L'Afghanistan è considerato un ambiente fragile, colpito da conflitti e vulnerabile. Il paese ha affrontato anni di crisi aggravate, scarsi investimenti, instabilità e siccità e presenta il più alto numero di persone in condizioni di insicurezza alimentare al mondo. Secondo l'UNICEF, 14 milioni di persone in Afghanistan si trovano ad affrontare una grave insicurezza alimentare e si stima che 3,2 milioni di bambini sotto i cinque anni soffrano di malnutrizione acuta.

Il rischio complessivo a livello nazionale è valutato come molto elevato a causa di:

1. Bassa copertura vaccinale contro il morbillo per periodi prolungati, che ha portato all'accumulo di una vasta popolazione suscettibile.
2. Elevato numero di sfollati interni.
3. Elevati tassi di malnutrizione e carenza di vitamina A, che potrebbe aumentare soprattutto nelle aree remote durante l'inverno e ciò potrebbe comportare un aumento della mortalità.
4. Gestione inadeguata dei casi a causa della carenza di attrezzature, forniture e personale qualificato nelle strutture sanitarie, accesso difficoltoso alle strutture sanitarie durante il periodo invernale.
5. Ostacoli all'accesso all'assistenza sanitaria nella popolazione rurale

Raccomandazioni dell'OMS per garantire l'immunità contro il morbillo:
Si raccomanda una copertura vaccinale a due dosi di almeno il 95% in ogni provincia.

Rafforzare l'immunizzazione di routine e condurre campagne di immunizzazione di risposta alle epidemie sono strumenti essenziali per un controllo efficace dell'epidemia e per ridurre la mortalità.

La somministrazione di vitamina A, in particolare nel contesto della malnutrizione, è fondamentale per ridurre la morbilità e la mortalità.

POLIOMELITE

Eradicazione del poliovirus selvaggio di tipo 3: la certificazione OMS

Il 24 ottobre 2019 l'OMS ha dichiarato che anche il poliovirus di tipo 3 è stato eradicato (la certificazione si unisce a quella rilasciata 4 anni fa per il poliovirus di tipo 2). Al momento la poliomielite da poliovirus di tipo 1 *rimane endemica in Afghanistan e Pakistan*, dove rappresenta un'emergenza sanitaria. L'Italia, insieme a tutta la Regione OMS Europa, è stata definita una Regione polio-free nel 2001. È importante sottolineare l'attività di sorveglianza epidemiologica e della vaccinazione per il mantenimento dello stato polio-free.

In Afghanistan, il tasso di incidenza maggiore è stato registrato nella regione meridionale.

Le zone maggiormente colpite da questa epidemia coincidono con le aree, in cui i problemi logistici sono tali da rendere difficoltose le campagne di immunizzazione supplementari (Sia), ovvero la vaccinazione mediante il vaccino orale dei bambini di età inferiore a 5 anni, da parte degli operatori sanitari. Per raggiungere i bambini che vivono in aree inaccessibili, sin dal 2008, sono state adottate alcune strategie tra cui la negoziazione con i leader locali, l'aiuto della Croce Rossa internazionale e delle Ong che operano nel territorio.

Queste strategie hanno ridotto dal 20% al 5% la quota di bimbi target della campagna di immunizzazione supplementare condotta tra luglio e settembre 2009 non raggiungibili nella regione meridionale dell'Afghanistan.

Le valutazioni successive alle campagne di immunizzazione supplementari hanno

rivelato che nelle aree in cui non è presente la poliomelite è stato raggiunto un livello di immunizzazione superiore al 90%, e che l'importazione del poliovirus selvaggio in queste zone non ha portato a una diffusione secondaria.

Questo fatto è particolarmente evidente nelle regioni orientale e meridionale dove, nonostante gli spostamenti di popolazione lungo il confine con le aree endemiche, non si è verificata la diffusione del virus nella popolazione locale. Le campagne di immunizzazione supplementari possono avere come effetto collaterale l'insorgenza della paralisi flaccida acuta, patologia che può colpire anche individui che non hanno la poliomielite.

L'integrazione di vitamina A è stata fornita a tutti i bambini di età compresa tra 6 e 59 mesi nel novembre 2021 durante la campagna nazionale contro la poliomielite.

BIBLIOGRAFIA

Ebola Virus Disease Distribution Map: Cases of Ebola Virus Disease in Africa Since 1976"

Ministero della Salute DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA UFFICIO 5 PREVENZIONE DELLE MALATTIE TRASMISSIBILI E PROFILASSI INTERNAZIONALE C_17_eventiEpidemici_2530_comunicato_itemComunicato0_file

Istituto Superiore di Sanità EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica- Febbre di Lassa

C_17_eventiEpidemici_2425_comunicato_itemComunicato0_file

<https://www.epicentro.iss.it/ebola/>

<https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/measles-afghanistan><https://reliefweb.int/report/afghanistan/wfp-afghanistan-situation-report-19-january-2022>

<https://www.epicentro.iss.it/polio>

Aspetti igienico sanitari da conoscere

A cura di

dott.ssa Emanuela Abbate dirigente Farmacista, membro dell'ASC SIFO Global Health

Dal 1975 l'OMS ha abbandonato il concetto di Salute come assenza di malattia, adottando quello di Salute come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale.

Ciò che è cambiato è il passaggio dalla salute dell'organismo alla salute della persona.

Come Farmacisti cooperanti dobbiamo tener presente il concetto di educazione sanitaria perché ci si può trovare a rivestire il ruolo di tutor per formare colleghi che lavorano al nostro fianco, contribuire a formare il personale sanitario locale in tema di educazione igienico sanitaria e gestire corsi di educazione sanitaria alla popolazione locale.

Con il termine **educazione** si indica il processo che conduce l'individuo ad **acquisire nuove conoscenze e competenze, fornendogli una nuova consapevolezza.**

L'educazione sanitaria consiste nell'acquisizione di quelle conoscenze, atteggiamenti, abitudini, valori, che contribuiscono a **proteggere da un danno alla salute.**

Possiamo porci tre obiettivi durante l'educazione sanitaria:

- **obiettivi cognitivi** e cioè migliorare il patrimonio di conoscenze e di informazioni posseduto dall'individuo.
- **obiettivi affettivi** quando vogliamo variare gli atteggiamenti o i valori di un individuo, dal punto di vista emotivo e relazionale.
- **obiettivi di comportamento:** quando intendiamo produrre nell'individuo un cambiamento delle sue abilità, del suo comportamento, delle sue abitudini.

Nel fare questo possiamo adottare **un'educazione formale** oppure **informale.**

- Nel primo caso c'è l'intenzione da parte di un soggetto di trasferire informazioni e conoscenze; ad esempio, programmi di educazione sanitaria svolti nelle comunità, nelle scuole, nei gruppi familiari;

- Nel secondo caso il passaggio di informazioni – nel bene e nel male – è involontario e non preparato in anticipo, e spesso assorbito passivamente. Quest'ultima modalità condiziona moltissimo il comportamento di tutti noi, ed è frutto delle interazioni sociali e affettive

Una **corretta educazione sanitaria, formale e/o informale**, è uno strumento essenziale per raggiungere il successo della **promozione della salute**.

Le modalità sono molteplici e subordinate alle finalità, ai bisogni educativi, ai destinatari, al tipo di informazione da veicolare.

Investire nei programmi inerenti all'acqua potabile, alla sanificazione ed igiene ci porta a promuovere la salute.

L'acqua contaminata può provocare gravi malattie come colera e diarrea, soprattutto nei bambini, che vengono privati dei nutrienti fondamentali e diventano più facilmente vittime della malnutrizione, con esiti mortali.

Il 27% dei decessi di bambini di età inferiore ai cinque anni è direttamente collegato a malattie prevenibili trasmesse dall'acqua contaminata

Per prevenire malattie e malnutrizione può essere utile distribuire kit per l'igiene e costruire latrine e stazioni per il lavaggio delle mani nelle comunità, nelle scuole e nei centri sanitari.

Poiché la collaborazione con le comunità locali è essenziale per un cambiamento sostenibile, è opportuno organizzare gruppi sanitari locali composti da membri eletti della comunità per gestire equamente le infrastrutture dopo la loro costruzione.

Alcune informazioni pratiche per affrontare aspetti igienico sanitari di base:

- 1) Le basi della detersione/disinfezione;
- 2) Le caratteristiche di un buon disinfettante;
- 3) Le variabili che influenzano l'efficacia dei disinfettanti;
- 4) Le indicazioni di uso corretto;
- 5) L'igiene delle mani;
- 6) L'uso dei guanti;

- 7) I principali fattori di rischio e i fattori di rischio modificabili;
- 8) Le misure di prevenzione e controllo;
- 9) Gli MDRO
- 10) Buon utilizzo degli antibiotici;
- 11) La definizione e trattamento degli articoli critici, semi critici, non critici;
- 12) Isolamenti in caso di infezioni.

1) Le Basi della detersione/disinfezione

Definiamo DETERSIONE: pulizia allo scopo di allontanare meccanicamente i microorganismi, le tossine presenti sulle superfici, attuando una riduzione della carica batterica.

Definiamo DISINFEZIONE: abbattere la carica batterica distruggendo i microorganismi o inibendo la moltiplicazione tramite **gli antisettici**.

È una misura atta a ridurre tramite uccisione, inattivazione od allontanamento/diluizione, la maggior quantità di microorganismi quali, batteri, virus, funghi, protozoi, spore, al fine di controllare il rischio di infezione per persone o di contaminazione di oggetti od ambienti.

ANTISETTICI: Sostanze in grado: *di uccidere gli agenti infettivi (per citotossicità diretta sugli stessi), *di ridurre la capacità proliferativa, *di inibire l'azione delle loro tossine, tutti quei prodotti chimici in grado di *inibire la crescita di microorganismi, *di interferire con la loro attività metabolica, *di distruggere i microorganismi.

2) Le Caratteristiche di un buon disinfettante

- * Ampio spettro
- * Azione rapida e persistente
- * Elevato potere di penetrazione
- * Attività anche in presenza di sostanze organiche
- * Buona stabilità chimica
- * Facile maneggevolezza
- * Basso costo

3) Le variabili che influenzano l'efficacia dei disinfettanti

Le variabili sono legate alle caratteristiche del prodotto: spettro dell'attività microbica, tipo di attività (batteriostatica/battericida).

Le variabili sono dipendenti dalla popolazione microbica: carica microbica, specie microbica e fase del ciclo, variazione della resistenza microbica.

Le variabili sono relative alle condizioni dell'impiego: concentrazione d'uso, modalità di diluizione, tempi di azione, temperatura, luce, PH, caratteristiche del solvente, caratteristiche del contenitore, possibilità di contaminazione.

4) Le indicazioni di uso corretto

La disinfezione deve essere preceduta da un'accurata detersione per eliminare il materiale organico e ridurre la carica microbica;

- Si deve usare il disinfettante più idoneo per ogni specifico impiego, considerando che l'uso improprio rispetto alle indicazioni, alla concentrazione e alle modalità di impiego può determinare effetti indesiderati (es: danni ai materiali, tossicità acuta o cronica sull'utilizzatore);
- Non si devono lasciare i contenitori dei disinfettanti aperti;
- Si deve privilegiare l'impiego di contenitori monouso di ridotta capacità;
- Non bisogna rabboccare mai le soluzioni disinfettanti;
- Per le diluizioni utilizzare gli appositi dispositivi forniti dalle ditte;
- Occorre diluire giornalmente le soluzioni o, meglio, scegliere le confezioni monouso;
- Non si deve travasare IN NESSUN CASO il disinfettante in contenitori diversi da quelli forniti dalla Ditta;
- Non lasciare in immersione batuffoli o garze nel disinfettante;
- Evitare che il foro di apertura del contenitore venga direttamente a contatto con le mani dell'operatore o con altro materiale (garza, cotone, ecc.);
- Per la corretta conservazione del prodotto attenersi alle indicazioni fornite sulle etichette dall'azienda produttrice;
- Conservare le soluzioni disinfettanti al riparo dalla luce, lontane da fonti di calore e in un apposito armadietto;
- Controllare le date di scadenza dei prodotti;
- È fondamentale che all'apertura della confezione venga segnata la data di

primo utilizzo in quanto il prodotto mantiene la sua efficacia per un tempo limitato (spesso indicato dal produttore)

Attenzione aumentare la concentrazione del disinfettante non ne aumenta l'efficacia

La disinfezione può avvenire **con metodi fisici**: radiazioni solari (in particolare modo la frazione ultravioletta della luce solare la quale, però, essendo poco penetrante, per svolgere la funzione disinfettante necessita di colpire direttamente la flora microbica); per essiccamento (il calore della luce solare provoca essiccamento del protoplasma dei germi); temperatura (> 37 °C riduce la vitalità e > 45 °C comincia ad uccidere i germi).

Possiamo usare **metodi biologici**: Concorrenza vitale (attuata da microrganismi con azione diretta, come nel caso dei virus batteriofagi, oppure con azione indiretta tramite la modificazione del substrato che viene reso inidoneo allo sviluppo).

Diluizione (se i germi patogeni sono diluiti nei veicoli, come l'acqua o l'aria, difficilmente raggiungono la quota batterica necessaria perché l'infezione si trasformi in malattia).

Si possono utilizzare **mezzi artificiali** quali i **chimico-fisici**: Radiazione UV artificiale, Pastorizzazione e trattamento U.H.T., Calore secco (stufe ad aria calda da laboratorio e muffole), Calore umido e vapore (autoclave), Fiamma, incandescenza e combustione, Ebollizione, Lavaggio chemio-termico (lavastoviglie, macchine da lavare, ...), Radiazioni ionizzanti (raggi gamma), Filtrazione asettica (cappa a flusso laminare).

La disinfezione può essere fatta con agenti chimici quali: Alcoli come propanolo, alcol isopropilico, etanolo, Aldeidi come formaldeide, glutaraldeide, glicossale, Fenoli e derivati come timolo, creosolo, Ossidanti come ozono, perossido di idrogeno, permanganato di potassio, Alogeni come cloro, iodio, bromo, e derivati (ipoclorito di sodio, ipoclorito di litio, iodofori), Guanidina, Detergenti cationici e anionici (sali di ammonio quaternario di quarta generazione).

Alcuni esempi: CLOREXIDINA che è un composto biguanidico cationico dotato di gruppi lipofili, ha un'elevata affinità per le proteine dell'epidermide che determina il suo rapido e persistente assorbimento a livello dello strato corneo della cute.

Ph ottimale per sua attività va da 5 a 7 pertanto corrisponde al range del Ph epidermico.

Spettro d'azione: Gram + +++ Gram – ++ Micobatteri + Miceti + Virus +;

Gli IODOFORI: Complessi solubili di Iodio con una molecola organica ad alto peso molecolare, che funziona da trasportatore in grado di rilasciare gradualmente lo iodio.

I trasportatori sono dei polimeri neutri di polivinilpirrolidone che aumentano la solubilità dello iodio. Hanno proprietà tensioattive con conseguente penetrazione migliore nei substrati organici.

Gli effetti indesiderati, dovuti alle alte concentrazioni sono: irritazione, colorazione dei tessuti, corrosione di superfici metalliche.

Spettro d'azione: Gram + +++ Gram – +++ Micobatteri ++ Miceti ++ Virus ++ Spore +;

L' ACIDO PERACETICO: Ha notevole capacità biocida, usato per la sterilizzazione a freddo, chimicamente instabile, facilmente inattivabile, usato in sistemi chiusi, ha azione: ossidante su alcuni componenti cellulari in particolare enzimi e proteine.

Gram + +++, Gram- +++ Virus ++, Micobatteri ++ Spore ++

E non dimentichiamo il CLORO ottimo disinfettante, attivo anche sulle spore a seconda della diluizione, macchia e corrode i metalli e ha odore sgradevole. Molto usato nei reparti materni infantili ove la clorexidina non è sempre indicata a causa della sua ototossicità e ove i derivati dello iodio non si possono più utilizzare.

I disinfettanti possono essere classificati come farmaci, DM o biocidi gruppo 1 (nuova classificazione secondo la Direttiva 98/8/CE recepita con il Decreto Legislativo del 25 febbraio 2000, n. 174,

e successive Regolamenti (EU) 528/2012 ed (EU) 334/2014). Si prevede che nella classificazione biocidi vadano a collocarsi la maggior parte dei PMC (Presidi Medico Chirurgici).

Alcuni prodotti con attività igienizzante possono essere classificati come cosmetici.

5) L'igiene delle mani

L'igiene delle Mani è, fra le misure di prevenzione, la più semplice, una delle più efficaci e meno costose.

Lavarsi le mani con acqua e sapone è considerata una misura d'igiene personale ormai da centinaia di anni, ma è solo due secoli fa, con le scoperte di Pasteur e di Lister che l'igiene delle mani diventa una misura preventiva di primaria

importanza per ridurre il rischio di infezioni all'interno degli ospedali (OMS 11 Giugno 2009).

Dall'11 giugno 2009 l'OMS ha lanciato l'iniziativa "Save lives: cleanyour hands" con lo scopo di mettere a punto un piano d'azione che promuova l'igiene delle mani nei luoghi di cura.

Durante il Covid si è ripresa fortemente tale indicazione in tutti gli ambiti sanitari e non come azione preventiva nella trasmissione delle malattie infettive.

In tutto il mondo migliaia di persone muoiono ogni giorno per infezioni acquisite durante l'assistenza.

*Le mani sono la principale via di trasmissione di germi durante tutte le azioni della vita

*L'igiene delle mani è la misura più importante per evitare la trasmissione di germi patogeni e per prevenire le infezioni correlate a pratiche assistenziali.

La mano prende: dalla cute, dalle ferite infette del paziente, dal pus, dalle secrezioni, dal viso, dal corpo, dai vestiti, dalle mani del personale sanitario

La mano trasferisce: dalle lenzuola, dalla biancheria sporca, da asciugamani umidi, da bacinelle, da lavandini, dai bagni.

La mano contamina: pazienti operati, bambini, malati gravi, malati cronici, anziani, personale sanitario.

La mano infetta: le attrezzature sanitarie, la biancheria pulita, i bagni, piatti e posate ecc.

Da ricordare i 5 punti della disinfezione delle mani: 1- Prima del contatto con il paziente, 2- Prima di una manovra asettica, 3- Dopo il rischio /esposizione ad un liquido biologico, 4- Dopo il contatto con il paziente, 5- Dopo il contatto con ciò che sta attorno al paziente.

L'igiene delle mani riguarda qualsiasi operatore sanitario, caregiver o persona coinvolta nella cura di una persona

*Effettuare l'igiene delle mani, non francamente sporche, mediante la frizione con una soluzione a base alcolica, se disponibile è il metodo è più veloce, più efficace e meglio tollerato dalle mani.

***LAVARE LE MANI CON ACQUA E SAPONE, SOLTANTO**

SE VISIBILMENTE SPORCHE - DURATA 40-60 secondi con acqua

***IN ALTERNATIVA SCEGLIERE LA SOLUZIONE ALCOLICA - DURATA 20-30 secondi con gel alcolico.**

6) L'uso dei guanti

- * L'uso dei guanti non è sostitutivo rispetto all'igiene delle mani.
- * Se quando si indossano i guanti, si presenta l'indicazione ad effettuare l'igiene delle mani, togliere i guanti ed effettuare l'igiene delle mani.
- * Eliminare i guanti dopo ciascuna manovra ed effettuare l'igiene delle mani - i guanti potrebbero trasportare germi.
- * Indossa i guanti solo quando indicato - altrimenti diventano uno dei maggiori fattori di rischio per la trasmissione.

L'uso dei guanti non è sostitutivo rispetto all'igiene delle mani.

- * Se quando indossi i guanti, si presenta l'indicazione ad effettuare l'igiene delle mani, togli i guanti ed effettuare l'igiene delle mani.
- * Eliminare i guanti dopo ciascuna manovra ed effettuare l'igiene delle mani - i guanti potrebbero trasportare germi.
- * Indossare i guanti solo quando indicato - altrimenti diventano uno dei maggiori fattori di rischio per la trasmissione.

I guanti devono essere indossati in accordo con le precauzioni STANDARD e DA CONTATTO.

INDICAZIONI ALL'USO DI GUANTI STERILI: qualsiasi procedura chirurgica – parto vaginale – procedure radiologiche invasive – posizionamento degli accessi vascolari e gestione delle linee infusive (es: cateteri venosi centrali) – preparazione di nutrizione parenterale totale e di agenti chemioterapici.

INDICAZIONI ALL'USO DI GUANTI MONOUSO: In situazioni cliniche in cui si può venire a contatto con sangue, liquidi biologici, secrezioni, escrezioni e oggetti visibilmente sporchi di liquidi biologici.

Esposizione diretta al paziente: contatto con il sangue - contatto con membrane mucose e cute non integra - potenziale presenza di organismi molto virulenti e pericolosi - situazioni epidemiche o di emergenza - posizionamento e rimozione di un dispositivo intravascolare - prelievo di sangue - rimozione di linee infusive - visita ginecologica - aspirazione endotracheale con sistemi aperti.

Esposizione indiretta al paziente: svuotare il pappagallo - manipolare/pulire la strumentazione - manipolare i rifiuti - pulire schizzi di liquidi corporei.

INDICAZIONI ALL'USO DI GUANTI NON INDICATO: Assenza di rischio potenziale

di esposizione a sangue o liquidi corporei o ad un ambiente contaminato, eccetto che in caso di precauzioni da contatto.

Esposizione diretta al paziente: misurare la pressione, la temperatura e valutare il polso - praticare un'iniezione sottocutanea o intramuscolo - lavare e vestire il paziente - trasportare il paziente - pulire occhi e orecchie (in assenza di secrezioni) - qualsiasi manipolazione sulle linee infusive in assenza di fuoriuscita di sangue.

Esposizione indiretta al paziente: usare il telefono - scrivere nella cartella clinica - somministrare la terapia orale - distribuire i pasti e raccogliere le stoviglie - cambiare le lenzuola - posizionare un sistema di ventilazione non invasiva e la cannula dell'ossigeno - spostare i mobili all'interno della camera del paziente. Le diverse tipologie di guanti devono essere scelte in base alle differenti tipologie d'uso:

Il **Nitrile** in situazioni di emergenza e/o per manovre biologicamente pericolose, perché danno una migliore protezione.

Eliminare ove è possibile il lattice e le polveri causa di numerose sensibilizzazioni cutanee ed allergie.

Il **Vinile** ed il **Vinile elasticizzato** per manovre non biologicamente pericolose

Il **Surgiprene** in genere usato per guanti chirurgici.

COSA NON DEVO MAI FARE:

- *Indossare i guanti senza prima lavarsi le mani
- *Riutilizzare i guanti tolti
- *Lavare i guanti
- *Rispondere al telefono, aprire le porte, scrivere sulla cartella clinica ecc. con i guanti
- *Usare 2 paia guanti monouso, meglio un cambio in più, meglio usare il nitrile
- *Non cambiare i guanti tra un paziente e l'altro
- *Non cambiare i guanti tra una sanificazione e l'altra
- *Non fare manovre invasive senza guanti

ATTENZIONE LAVARE LE MANI PRIMA E DOPO L'USO DEI GUANTI

7) I principali fattori di rischio e i fattori di rischio modificabili

Cateterismo urinario – cateterismo vascolare – Intervento chirurgico – strumentario apparato respiratorio – uso non appropriato dei DM, dei dpi e degli antibiotici – modalità di assistenza al paziente – durata dell'ospedalizzazione, della degenza preoperatoria – durata dell'intervento chirurgico – lavaggio delle mani non adeguato.

La suscettibilità intrinseca del paziente alle infezioni (età, ricettività, resistenza, immunità), l'esposizione a procedure invasive, l'esposizione ad altri pazienti o personale sanitario colonizzato o infetto la trasmissione di infezioni a partenza da serbatoi ambientali.

8) Le misure di prevenzione e controllo

L'adozione di standard elevati di controllo delle infezioni può ridurre significativamente il rischio di contrarre una infezione correlata all'assistenza. Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono quelle infezioni che si verificano in un paziente durante il processo assistenziale in un ospedale o in un'altra struttura sanitaria e che non era manifesta né in incubazione al momento del ricovero.

Ciò vale anche per le infezioni contratte in ospedale, ma che si manifestano dopo la dimissione e per le infezioni occupazionali tra il personale della struttura.

- * Misure igieniche di base (pulizia, disinfezione, sterilizzazione, eliminazione rifiuti, sicurezza alimenti)
- * Igiene delle mani e precauzioni di isolamento funzionale
- * Misure per infezioni associate a procedure invasive (cateterismo urinario a circuito chiuso, corretta gestione cateteri venosi...)
- * Corretta formazione rivolta a preparare ed aggiornare il personale di assistenza; educazione sanitaria nei confronti di famigliari ed ospiti
- * Politica dell'uso di antibiotici
- * Sorveglianza (identificazione tempestiva dei residenti infetti, sorveglianza continuativa, studi di prevalenza o incidenza per stimare la dimensione del problema).

9) GLI MDRO

Sono i microorganismi multiresistenti.

Epidemiologicamente definiti come organismi, soprattutto batteri, resistenti ad una o più classi di antibiotici ma frequentemente resistenti alla maggior parte dei farmaci disponibili.

Importanza clinica legata a rapida comparsa di resistenza anche a nuovi antibiotici, aumento della durata di degenza, aumento dei costi, aumento della mortalità.

10) Buon utilizzo degli antibiotici

Le **infezioni da batteri resistenti a multipli antibiotici** (multidrug-resistant, MDR) sono generalmente gravate da una elevata morbilità e mortalità, in particolare negli individui fragili come i pazienti con ospedalizzazioni prolungate, immunocompromessi e nelle età estreme della vita.

Secondo le stime pubblicate dal Centro europeo per il controllo delle infezioni (Ecdc), l'Italia è il **paese europeo con l'incidenza maggiore di casi** (201.584 nel 2015) e di **decessi** (10.762 nel 2015) associati ad **infezioni** causate da **batteri MDR**. L' **uso ottimale degli antibiotici** presuppone la scelta della molecola (prima e seconda scelta), il dosaggio e la via di somministrazione più appropriati e con il più basso rischio di selezione di batteri resistenti. Questo lo otteniamo con una buona stewardship degli antibiotici.

Regole base per un buon uso degli antibiotici:

- gli antibiotici sono utili solo per **curare le infezioni batteriche**;
- vanno utilizzati solo quando servono e **dietro prescrizione medica**. Solo il medico può stabilire la natura dell'infezione e consigliare la terapia migliore;
- sono efficaci solo se presi **rispettando le giuste dosi e i tempi stabiliti dal medico**. sospendere la terapia ai primi segni di miglioramento è una pratica scorretta;
- non bisogna assumere antibiotici per curare infezioni virali come il raffreddore o l'influenza, perché gli antibiotici **non sono attivi** sui virus;
- l'uso prolungato e ingiustificato di antibiotici può **indurre lo sviluppo di resistenze** e, dunque, vanificarne l'efficacia.

11) La definizione e trattamento degli articoli critici, semi critici, non critici

Gli ARTICOLI CRITICI:

Sono presidi introdotti in zone normalmente sterili del corpo, come i tessuti, torrente coircolatorio, o di oggetti nei quali scorrerà il sangue.

L'impiego di questi articoli, se contaminati, comporta un maggior rischio infettivo e per questi articoli è indispensabile la sterilizzazione con calore umido o secco, raggi gamma, ossido di etilene.

Gli ARTICOLI SEMICRITICI:

vengono in contatto con le mucose integre, non invadono i tessuti o il sistema vascolare.

Per questi articoli è indispensabile la sterilizzazione o disinfezione ad alto livello (disinfettanti Sporidici, Gluteraldeide al 2%, H₂O₂ al 6%, Cloro 1000 ppm, Iodofori, Fenoli).

Gli ARTICOLI NON CRITICI:

vengono in contatto con la cute integra o non vengono affatto in contatto con il paziente.

Per questi articoli è necessaria la pulizia con un detergente e la disinfezione a basso livello (Alcool etilico 70%, Cloro 100 ppm).

TRATTAMENTO DEI MATERIALI:

1. 2. *Decontaminazione/Detersione*
3. *Risciacquo*
4. *Asciugatura*
5. 6. *Verifica /Manutenzione*
7. 8. *Disinfezione / Sterilizzazione*

12) Isolamenti in caso di infezioni

Per "**contumacia**" si intende una misura sanitaria di isolamento che prevede l'obbligo di rimanere in ospedale o nella propria casa per un periodo definito dalle autorità sanitarie. È previsto per malattie altamente pericolose, contagiose.

Per "**isolamento**" si intende invece un provvedimento igienico-sanitario in determinati ambiti ospedalieri, rivolto a persone con patologie altamente infettive.

L'isolamento in ambito ospedaliero può essere:

- **Isolamento spaziale:** consiste nello spostamento del paziente in una stanza singola, con un bagno dedicato
- **Isolamento di coorte:** consiste nel collocare, nella stessa stanza, pazienti con la stessa infezione (ad esempio pazienti KPC positivi)

La necessità di isolamento è in realtà correlata al tipo di patogeno che ha causato l'infezione, poiché non tutte hanno la stessa pericolosità o virulenza.

Le malattie si possono trasmettere:

- per **via aerea**, ad esempio: morbillo, varicella, tubercolosi
- per **droplets**, ad esempio: haemophilus influenzae, **neisseria meningitidis**, **polmoniti**, **pertosse**, **difterite**, **scarlattina**, **rosolia**
- per **via ematica**: tutte le epatiti
- per **contatto**, ad esempio: clostridium difficile, shigella, herpes simplex, scabbia, herpes zoster, ebola, colonizzazione di batteri multiresistenti (MRSA, KPC, ecc.)

Affinché l'infezione possa manifestarsi è necessario che un microrganismo (commensale diventato patogeno o patogeno) entri in contatto con un ospite suscettibile a poter essere infettato.

I microrganismi sono presenti sia su sorgenti animate, ovvero sulle persone, che su sorgenti inanimate, ovvero superfici, device, strumenti, ecc.

Affinché un microrganismo possa essere trasmesso deve:

essere in grado di sopravvivere sulle superfici e mantenersi virulento - essere in grado di colonizzare pazienti - possedere la capacità di infettare anche con una bassa carica microbica.

I soggetti più suscettibili alle infezioni sono: gli anziani, i neonati e nati pretermine, le persone con poli patologie, le persone immunosopresse, le persone soggette a misure invasive.

In ambito sanitario devono essere messe in atto delle **precauzioni per evitare la diffusione e il contagio delle infezioni**.

A seconda della patologia, le precauzioni da mettere in atto possono essere:

- **Precauzioni standard**
- **Precauzioni aggiuntive**, basate sulle modalità di trasmissione definite "transmissionbasedprecautions" dal CDC di Atlanta

Le **precauzioni standard** sono quelle precauzioni **che devono essere messe in atto sempre** quando si presta assistenza.

Comprendono:

- **Il lavaggio delle mani**
- **Guanti monouso non sterili o sterili**, a seconda della manovra da effettuare
- **Mascherine**: da utilizzare quando c'è il rischio di schizzi di sangue o altri liquidi biologici, quando l'operatore è influenzato/raffreddato oppure quando il paziente è immunodepresso
- **Occhiali protettivi**: da utilizzare quando c'è il rischio di schizzi di sangue o altri liquidi biologici
- **Camici**: per proteggere la cute quando c'è il rischio di contaminarsi con liquidi biologici

Le **Precauzioni aggiuntive** sono invece quelle messe in atto quando vi è un'infezione conclamata per la quale sono necessarie precauzioni ulteriori per proteggere pazienti e operatori.

a) Precauzioni aggiuntive per le infezioni trasmissibili per contatto

- Tutte le precauzioni standard
- Isolamento del paziente
- Un'accurata igiene ambientale
- Dispositivi dedicati o ambienti dedicati (es. il bagno)
- Un corretto smaltimento (possibilmente dedicato) della biancheria

b) Precauzioni aggiuntive per le infezioni trasmissibili per droplets

- Tutte le precauzioni standard
- Mascherina chirurgica
- Un'accurata igiene ambientale
- Dispositivi dedicati o ambienti dedicati (es. il bagno)

c) Precauzioni aggiuntive per le infezioni trasmissibili per via aerea

- Tutte le precauzioni standard
- Accurata igiene ambientale
- Indumenti barriera anche per i visitatori
- Mascherine, e se vi è un'infezione particolarmente virulenta sono necessarie anche mascherine avanzate FFP2 e FFP3 (es. in caso di TBC)

d) Precauzioni aggiuntive per le infezioni trasmissibili per via ematica

- Guanti
- Tutte le precauzioni standard se l'operatore è a rischio di contaminazione da schizzi e fuoriuscita di materiale biologico (mascherine, occhiali, camice)

Per le infezioni trasmissibili per via aerea, per droplets e per contatto è necessario:

- Isolare il paziente in una camera singola
- Limitare i trasporti del paziente
- Limitare le visite
- Indossare sempre i DPI quando si entra nella stanza
- Utilizzare materiale presidiato dedicato
- In caso di infezione per via aerea, isolare il paziente in una camera singola possibilmente a pressione negativa

3

Gestione manageriale in cooperazione

Preparazione e pianificazione sanitaria per una buona cooperazione

A cura di

dott. Federico Pigato Specializzando in Farmacia Ospedaliera presso l'Università di Università del Piemonte Orientale, Novara e membro dell'ASC SIFOGlobal Health

Claudio Jommi, Professor of Management, Department of Pharmaceutical Sciences Università del Piemonte Orientale, Novara, Italy

Giuseppina Buffa Pharmacy Coordinator, EMERGENCY ONG Onlus

Marco Martari Pharmacy Manager Supply Chain, EMERGENCY ONG Onlus

Daniela Chacon Pharmacy Manager Tender & Planning, EMERGENCY ONG Onlus

Le attività di pianificazione strategica e programmazione sono concetti fondamentali nel settore e nelle aziende sanitarie. Tale attività consiste nell'identificazione degli obiettivi prioritari, dei programmi necessari per raggiungerli e nella stima e messa a disposizione delle risorse necessarie per la loro implementazione a livello di sistema sanitario nel suo complesso e delle organizzazioni / istituti / aziende che lo compongono [1].

L'obiettivo ultimo è quello di assicurare cure di alta qualità, sia in situazioni ordinarie che emergenziali, garantendo una risposta efficiente ed efficace ai bisogni di salute. Questi concetti assumono un'importanza ancor più rilevante nei paesi a basso reddito o in situazioni di guerra/conflitto, in cui il diritto ad essere curati è spesso gravemente compromesso da diverse problematiche legate alla povertà, all'instabilità politica o alla mancanza di risorse.

Proprio in questo contesto opera Emergency, un'organizzazione non governativa (ONG) italiana fondata nel 1994 da Gino Strada, un chirurgo di fama mondiale noto per il suo straordinario impegno umanitario. Gino Strada, nato nel 1948 e laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università Statale di Milano, ha dedicato la sua vita a fornire assistenza sanitaria nelle zone di conflitto e alle popolazioni più vulnerabili. Dopo aver lavorato con la Croce Rossa Internazionale, ha deciso di fondare Emergency per rispondere in modo più diretto ed efficace alla necessità di offrire cure medico-chirurgiche gratuite e di alta qualità alle vittime della guerra, delle mine antiuomo e della povertà.

L'organizzazione lavora rispettando tre principi fondamentali, l'eguaglianza, la qualità delle cure, la responsabilità sociale.

1. Eguaglianza: Ogni essere umano ha diritto a essere curato a prescindere dalla condizione economica e sociale, dal sesso, dall'etnia, dalla lingua, dalla religione e dalle opinioni. Le migliori cure rese possibili dal progresso e dalla scienza medica devono essere fornite equamente e senza discriminazioni a tutti i pazienti.
2. Qualità delle cure: Sistemi e servizi sanitari di alta qualità devono essere basati sui bisogni di tutti ed essere adeguati ai progressi della scienza medica. Non possono essere orientati, strutturati o determinati dai gruppi di potere né dalle aziende coinvolte nell'industria della salute.
3. Responsabilità sociale: I governi devono considerare come prioritari la salute e il benessere dei propri cittadini, e destinare a questo fine le risorse umane ed economiche necessarie. I servizi forniti dai sistemi sanitari nazionali e i progetti umanitari in campo sanitario devono essere gratuiti e accessibili a tutti.

Il mandato dell'organizzazione è dunque finalizzato a garantire l'accesso equo ai servizi sanitari essenziali, contribuendo in modo tangibile al miglioramento complessivo del sistema sanitario e alla promozione del benessere nelle comunità svantaggiate, attraverso un approccio One Health. Questa visione, riconosciuta ufficialmente da enti come il Ministero della Salute italiano e la Commissione Europea, promuove un modello sanitario integrato che considera la salute umana, animale e ambientale indissolubilmente legate, favorendo la collaborazione tra diverse discipline per affrontare i bisogni delle popolazioni vulnerabili, basandosi sull'interazione tra salute e ambiente [2].

Il Dipartimento di Farmacia di Emergency è nato per affrontare le sfide legate alla gestione dei farmaci e dei dispositivi medici nelle aree di intervento dell'organizzazione. Le farmacie, infatti, sono un elemento cruciale per il funzionamento delle organizzazioni / aziende sanitarie garantendo l'approvvigionamento puntuale del materiale, l'utilizzo razionale delle risorse e la qualità delle cure per i pazienti. Pertanto, Emergency ha deciso di istituire un dipartimento ad hoc per coordinare e gestire in modo efficiente questa importante funzione sia a livello di sede centrale che in tutte le strutture sanitarie all'estero ed in Italia.

Le attività di tale dipartimento possono essere suddivise in due macroaree: Catena di Approvvigionamento e Appropriata Qualità.

Catena di Approvvigionamento (Supply Chain)

La *Supply Chain* (figura 1) è un complesso processo che include tutte le attività coinvolte nella gestione dei beni sanitari, dall'acquisto al consumo finale. L'intero processo della *Supply Chain* si articola principalmente in due fasi, Approvvigionamento e Gestione della logistica.



1. Approvvigionamento (Procurement)

Il *Procurement* è il processo di ricerca ed acquisizione di beni tramite procedure di gara o una richiesta di offerta.

Dotarsi di una strategia di *Procurement* significa:

- Selezionare ed ottimizzare i fornitori secondo criteri ed indicatori di qualità condivisi;
- Garantire la qualità del prodotto nel rispetto degli standard adottati;
- Aumentare la competitività d'acquisto dell'organizzazione sul mercato (efficienza economica);
- Ottimizzare i processi di acquisto;
- Il rispetto delle procedure amministrative.

Il *Procurement* può essere a sua volta suddiviso in tre fasi che si susseguono sequenzialmente, l'attività di pianificazione (*Pharmacy Planning*), il processo di acquisizione della fornitura, per tramite degli strumenti previsti, inclusa la gara d'appalto (*Tender Process*) e l'acquisto e approvvigionamento (*Purchasing*).

- Pharmacy Planning (figura 2): consente di definire un budget specifico partendo dall'analisi del bisogno. Questa analisi si basa sulla valutazione e quantificazione delle esigenze, attraverso il monitoraggio dei consumi passati e la previsione di quelli futuri, identificando potenziali fattori di variazione del trend dei consumi, come malattie stagionali, carenze temporanee di determinati beni sanitari o altri eventi significativi.

L'attività di Pharmacy Planning consente di:

- o Migliorare le capacità di valutazione previsionale del fabbisogno e di stima delle risorse necessarie per la sua soddisfazione;
- o Garantire la trasparenza sulla regolarità ed efficacia del processo di Procurement;
- o Ottimizzare il valore della giacenza a magazzino riducendo la variabilità dei prezzi dei prodotti stabiliti da procedure di gara.



Figura 1: Pharmacy Planning

- *Tender Process* (figura 3): prevede la ricerca di fornitori, la negoziazione dei prezzi e delle condizioni contrattuali.

Il *Tender Process* permette di ottimizzare i processi di acquisto, aumentare la competitività tra potenziali fornitori, garantendo la qualità del prodotto e rispetto degli standard adottati, e selezionare ed ottimizzare i fornitori secondo criteri ed indicatori di qualità condivisi.



Figura 2: Tender Process

- *Purchasing* (figura 4): fase finale del processo di *Procurement*. Una delle sfide principali è garantire che le forniture siano disponibili in tempo utile a seconda di esigenze mediche specifiche.

Il Dipartimento di Farmacia utilizza due canali di approvvigionamento: acquisti centralizzati, gestiti dalla sede in Italia e inviati sul campo, oppure acquisti effettuati direttamente *in loco*. I tempi di approvvigionamento variano a seconda del canale utilizzato da 10/20 giorni (se acquistati sul mercato locale) a 60/90 giorni via cargo o 150 giorni via container (se acquistati sul mercato italiano).



Figura 3: Purchasing

2. Gestione della logistica (LogisticOperation, figura 5)

Le operazioni logistiche concludono il processo della Supply Chain:

- **Stoccaggio e gestione:** I farmaci devono essere conservati correttamente per garantire la loro efficacia e sicurezza, assicurando inoltre una corretta rotazione delle scorte attraverso metodo FEFO (First Expired, First Out) e implementando procedure per il controllo dello smaltimento sicuro dei farmaci non utilizzati [3];
- **Distribuzione:** la Farmacia si assicura che i farmaci raggiungano i reparti nei tempi e nei luoghi appropriati. Questo implica la pianificazione delle consegne, il coordinamento con il personale sanitario e logistico sul campo e la gestione degli stock nei reparti.



Figura 4: LogisticOperation

Appropriatezza e Qualità (Appropriateness & Quality)

"L'appropriatezza definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente (o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi" [4].

In tale ottica il Dipartimento di Farmacia supporta le decisioni mediche, offrendo consulenze farmacologiche e consigli sul corretto utilizzo dei beni sanitari a disposizione, suggerendo, quando necessario, alternative terapeutiche per migliorare la cura dei pazienti e ottimizzare le risorse. Le attività che rientrano nel concetto di appropriatezza comprendono anche il monitoraggio dei consumi/ordini rispetto all'attività clinica e la revisione delle procedure operative secondo il principio dei "6 RIGHTS" (*the right patient, right medicine, right dose, rightroute, right time, right information and right documentation*).

Emergency ha scelto che il Dipartimento di Farmacia abbia una struttura organizzativa integrata sia a livello centrale (FOD - *Field Operations Department*)

che periferico (FIELD) per coordinare le attività specifiche di ciascun progetto/ paese. Questo approccio mira a garantire un'integrazione dei servizi, migliorando l'efficienza e l'efficacia delle operazioni in tutti i contesti.

Il FOD (figura 6) è l'ufficio responsabile della pianificazione strategica e operativa di tutti i progetti Emergency coordinandoli centralmente. Il FOD è composto da diversi dipartimenti non sanitari (amministrazione, ufficio *information&technology*, ufficio *grant*, ufficio tecnico, ufficio acquisti) e sanitari tra i quali la farmacia, che rispondono alle esigenze dei progetti, raccogliendo costantemente feedback delle attività dallo staff sul campo.

Questa gestione centralizzata permette di coordinare le attività delle diverse località, ottimizzare l'uso delle risorse e rispondere rapidamente a situazioni impreviste.

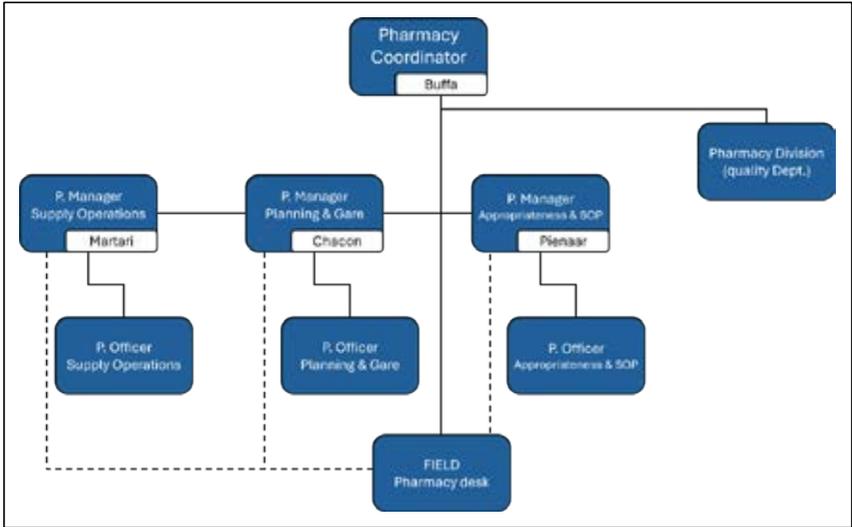


Figura 5: Organigramma FOD, Emergency

Il FIELD (figura 7) è composto dagli stessi dipartimenti del FOD presenti nei progetti all'estero. Questi dipartimenti (i) gestiscono le attività sul campo, come ospedali, ambulatori e cliniche, curando l'erogazione dei servizi e la gestione delle strutture e dei beni sanitari e (ii) collaborano direttamente con le comunità e i professionisti locali per supportarli e formarli.

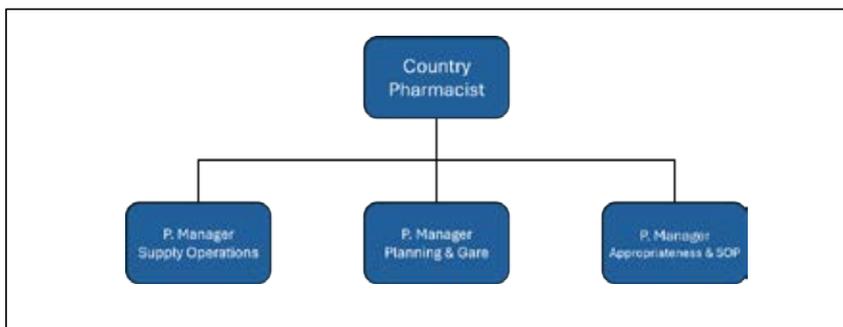


Figura 6: Organigramma FIELD, Emergency

La collaborazione efficace tra FOD e FIELD è quindi fondamentale per una gestione ottimale delle attività nei progetti ed il Dipartimento di Farmacia è presente ad entrambi i livelli con un organigramma speculare per linee di attività (*supply chain, tender&planning e appropriateness*). La struttura del dipartimento farmacia risponde alle esigenze della organizzazione, dalla visione di formazione del personale all'essere compliance alle procedure di acquisto, attraverso l'implementazione dei processi e ottimizzazione delle risorse.

Imparare a lavorare in team multidisciplinare in cooperazione

A cura di

Federico Pigato Specializzando in Farmacia Ospedaliera presso l'Università di Università del Piemonte Orientale, Novarae membro della SIFOGlobalHealth

Claudio Jommi ,Professor of Management, Department of Pharmaceutical Sciences Università del Piemonte Orientale, Novara, Italy

Giuseppina Buffa Pharmacy Coordinator, EMERGENCY ONG Onlus

Marco Martari Pharmacy Manager Supply Chain, EMERGENCY ONG Onlus

Daniela Chacon Pharmacy Manager Tender & Planning, EMERGENCY ONG Onlus

Considerando la trasversalità delle attività che il Dipartimento di Farmacia svolge, il lavoro del Farmacista Ospedaliero (FO) richiede un approccio multidisciplinare e flessibile per gestire la routine e affrontare le varie problematiche che possono emergere.

Il ruolo del Farmacista Ospedaliero che opera negli ospedali Emergency è infatti peculiare perché svolge sia mansioni manageriali, sia tecnico/operative (inclusa la formazione) nelle diverse aree di competenza:

- Mansioni logistico-organizzative: acquisizione e dispensazione farmaci e materiale sanitario, informazione/counselling, farmacovigilanza, valutazione del rischio, attività di controllo;
- Mansioni analitiche: rilevazione, elaborazione ed analisi dei dati, analisi comparativa (Health Technology Assessment) anche di tipo farmaco-economico, monitoraggio delle prescrizioni, gestione del rischio, monitoraggio di farmaco e dispositivo vigilanza, verifica dell'aderenza terapeutica, informazione scientifica indipendente;
- Mansioni manageriali: pianificazione e programmazione, gestione per obiettivi, gestione delle risorse finanziarie e strumentali, organizzazione e gestione del personale, inclusa la sua formazione.

La centralità delle farmacie all'interno dei vari progetti dell'organizzazione fa sì che il FO si interfacci con tutte le figure, internazionali e locali, coinvolte nel team multidisciplinare:

- Medical Coordinator (MC):

Il MC è una figura chiave all'interno dell'organizzazione, responsabile della gestione e del coordinamento delle attività mediche sul progetto, stabilendo quelle che sono le priorità a seconda di un determinato contesto sanitario. Il FO collabora costantemente con il MC per fornire a queste informazioni derivanti dal monitoraggio dei consumi e della spesa, utili ai fini di una corretta decisione sugli interventi da intraprendere per migliorare il servizio e ottimizzare le risorse;

- Medici, infermieri e altri operatori sanitari:

Il FO svolge spesso un'azione di supporto alle decisioni cliniche. Attraverso le sue conoscenze specifiche, il FO è in grado di offrire consulenze o raccomandazioni riguardo il corretto utilizzo di farmaci, dispositivi medici, attrezzature diagnostiche e materiali di consumo. L'approccio del FO si basa sui principi dell'Evidence Based Medicine (EBM), contribuendo ad una pratica clinica razionale mediante l'utilizzo di fonti di informazione aggiornate e metodologicamente valide, come ad esempio le linee guida interne e quelle internazionali o banche dati specializzate;

- Personale dell'Ufficio Acquisti e del Dipartimento Logistics & Supply
Nella macroarea a del Procurement, precedentemente descritta, l'Ufficio Acquisti, il Dipartimento Logistics & Supply e il Dipartimento di Farmacia collaborano costantemente. In tale processo, il FO, grazie alla sua duttilità e alle sue competenze, in ambito sanitario ed economico, svolge un ruolo fondamentale come mediatore tra le esigenze cliniche e le attività di approvvigionamento/logistica;
- Personale locale:
Offrire formazione e lavoro nelle comunità presso cui lavora è per Emergency un obiettivo fondamentale dell'organizzazione. Attraverso la formazione dello staff locale, infatti, è possibile rafforzare il sistema sanitario in un'ottica di sostenibilità a lungo termine [5]. Il coinvolgimento del Dipartimento di Farmacia è importante per raggiungere questo scopo, poiché fornisce formazione e supporto al personale locale responsabile della gestione dei farmaci e dispositivi medici. Tale supporto può includere, ad esempio, corsi di formazione sulla Supply Chain in tutti i suoi aspetti, inclusa la sicurezza dei farmaci/farmacovigilanza, indirizzati sia al personale delle farmacie dei progetti (farmacisti e magazzinieri), sia a quello dei reparti (medici e infermieri).

Lavorare in un gruppo multidisciplinare significa rispettare i ruoli e le competenze di ciascun membro del *team*. Ogni professionista – farmacisti, medici, infermieri, operatori della logistica o altre figure – porta con sé capacità e prospettive che contribuiscono al successo dell'operazione umanitaria. In un contesto come quello in cui opera Emergency, le situazioni di emergenza aggiungono complessità e stress al lavoro quotidiano di tutto il personale, per cui flessibilità e adattabilità diventano qualità fondamentali. Durante tali situazioni, il *team working* è cruciale per garantire che il personale sia preparato, coeso e in grado di rispondere in modo efficace, modificando i piani e adottando nuove strategie per affrontare le sfide emergenti.

Un altro aspetto da considerare è il contesto internazionale e interculturale. Infatti, interagire e collaborare con colleghi provenienti da diverse culture, *background* e tradizioni può rappresentare un ostacolo nel lavorare insieme in modo efficace. Le attività di team building possono aiutare a

promuovere la sensibilizzazione culturale tra i vari membri. Ciò significa essere consapevoli delle differenze culturali e rispettarle, riconoscendo che le persone provenienti da diverse culture possono avere punti di vista, valori e modi di comunicare differenti. Dialogare in modo chiaro ed efficace all'interno del team, delineando chiaramente le responsabilità di ciascun membro e assicurando un costante flusso di informazioni e condivisione di conoscenze, è fondamentale per coordinare le attività e prendere decisioni informate in tempo reale.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Casati G, ed. 2000. Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie. McGraw-Hill.
- 2) Istituto Superiore di Sanità (ISS). 2022. One Health. Accessed May 26, 2024. Available from: <https://www.iss.it/one-health>.
- 3) John Snow, Inc./DELIVER in collaboration with the World Health Organization (WHO). Guidelines for the Storage of Essential Medicines and Other Health Commodities. 2003. Arlington, Va.: John Snow, Inc./DELIVER, for the U.S. Agency for International Development.
- 4) Ministero della Salute. 2012. Manuale di formazione per il governo clinico: appropriatezza. Accessed May 26, 2024. Available from: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1826_allegato.pdf.
- 5) "Formazione e lavoro per il personale locale." Emergency Web Site. Accessed May 26, 2024. Available from: <https://www.emergency.it/cosa-facciamo/formazione-e-lavoro-personale-locale/>.
- 6) Miccio R. Una corsa contro il tempo – Emergency Report 2023. Emergency Web Site. Accessed May 26, 2024. Available from: <https://www.emergency.it/wp-content/uploads/2024/03/EMERGENCY-REPORT-2023.pdf>.

La gestione dell'evento guerra/conflitto (Proposta) Garanzia di sicurezza per gli operatori sanitari in zone di conflitto armato

A cura di

Magg.sa (farm) Marcella Fusaro – Comando Sanità-Ufficio Sanitario-Sezione Materiali sanitari
e Tecnica Farmaceutica- Delegato Nazionale per Medical Materiel & Military Pharmacy Panel -
NATO COMEDS

La definizione di conflitto armato è indice, già di per sé, di una condizione di alto rischio. Gli operatori sanitari che operano in questi contesti dovrebbero soddisfare questi tre requisiti, ovvero essere:

- informati,
- formati,
- addestrati

ad operare in tali situazioni nelle quali, nonostante il pericolo, deve essere garantita l'attività sanitaria a favore delle vittime di tali conflitti. Tralasciando la componente sanitaria militare, che pure garantisce l'assistenza seguendo regole proprie, ci soffermeremo sulla componente civile, essendo diretto ai civili questo piccolo manuale illustrativo.

Innanzitutto esordiamo col dire che il singolo cittadino civile non può recarsi da solo in zona di conflitto quindi o ci si trova perché il suo Paese è coinvolto oppure perché si reca in un Paese in conflitto armato per prestare aiuto/soccorso ed in questi casi si parte per conto di Organizzazioni non governative (ONG) od Organizzazioni Governative (OG) internazionalmente riconosciute.

In ognuna delle situazioni precedentemente descritte, devono essere soddisfatti i tre requisiti che analizzeremo di seguito più in dettaglio.

INFORMAZIONE

Conoscere lo scenario nel quale si andrà ad operare è fondamentale per acquisire la consapevolezza che porterà alla decisione finale di partire o meno. La conduzione delle attività quotidiane in contesti di conflitto armato è stravolta dalla sussistenza di un pericolo sempre incombente e nella maggior parte dei casi non si può contare su infrastrutture efficienti, risorse energetiche, sanitarie, di cibo o di acqua per cui tutto è razionato e si lavora in situazioni precarie

in cui le risorse sono notevolmente inferiori alle necessità descrivendo un quadro emergenziale costante. L'impatto delle violenze del conflitto, materiali e psicologiche, è forte e l'operatore deve essere chiaramente informato con briefing, video, fotografie, reports, testimonianze in modo da acquisire consapevolezza sulla situazione oggettiva ed effettuare una valutazione del rischio prima della partenza.

Il pericolo non è solo esterno; molti operatori, una volta presenti in area di conflitto armato, si destabilizzano al punto da dover rientrare in Patria. Spesso noi stessi non conosciamo quale possa essere la nostra reazione di fronte a determinate situazioni e, in alcuni casi, la risposta può essere così violenta da non poter essere sopportata e questo crea instabilità nell'individuo che si ripercuote, conseguentemente, su tutto il team.

Dato che in scenari di conflitto il ruolo dell'operatore sanitario è di prestare assistenza alla popolazione, e non di essere assistito (a meno di non subire dall'esterno un'aggressione), non ci si può permettere di spendere risorse per queste problematiche, motivo per cui le Organizzazioni che impiegano volontari sanitari, onde prevenire il più possibile casi del genere, sottopongono i candidati ad un colloquio/intervista preliminare.

Tutte le informazioni utili e necessarie comprendenti anche l'assetto geopolitico, economico, sociale, culturale, religioso della comunità dove si andrà ad operare, vengono fornite dalle Organizzazioni che inviano il personale ma sono in parte reperibili anche mediante "fonti aperte" come il sito internet del Ministero per gli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale e riguardano in genere raccomandazioni sulla sicurezza (come comportarsi, cosa è ritenuto offensivo in un determinato Paese, come vestirsi, ecc..) e profilassi contro malattie endemiche.

FORMAZIONE

Professionale: la formazione professionale si dà per scontata, una volta verificati e controllati i titoli di studio e l'esperienza dei candidati. In genere si predispongono sessioni/stage che illustrano l'attività dei colleghi già presenti nell'area di impiego sottolineando le criticità e proponendo "raccomandazioni" scaturite dall'analisi di *lessons learned* sulle quali esercitarsi. Per la categoria dei farmacisti si tratta in genere di apprendere il software di gestione dati,

le procedure di acquisizione del materiale sanitario consumabile e non (apparecchiature elettromedicali, dispositivi medici pluriuso, ecc.), modalità di dispensazione. Ovviamente, a seconda del livello di assistenza e della specializzazione dell'assetto sanitario, i compiti e gli obiettivi possono variare. Nella maggior parte dei casi in zone di conflitto armato la popolazione subisce traumi e ferite da arma da fuoco e da scoppio quindi l'attività di cura preponderante sarà la chirurgia d'urgenza.

Giuridico: a questo proposito preme ricordare e sottolineare come il volontario, cittadino italiano impegnato in attività umanitaria all'estero, è tenuto a seguire le regole di ingaggio dettate dagli accordi tra le parti, di cui deve esser messo a conoscenza prima della partenza. Nell'ambito del Diritto Umanitario Internazionale, inoltre, gode di una specifica protezione in virtù della sua opera di prestare soccorso e cura ai feriti, malati, naufraghi, prigionieri di guerra, ecc...Il Diritto Internazionale Umanitario deve essere conosciuto, negli aspetti di competenza, da chi si recherà in zone di conflitto armato, al fine di garantire i propri diritti e quelli dei pazienti che sono rappresentati, in massima parte dalla popolazione civile ma potrebbero anche essere colleghi, militari di forze armate amiche o avversarie, insorti, ecc..

ADDESTRAMENTO

L'addestramento è richiesto talvolta per fini particolari come ad es. saper indossare, nei tempi previsti, la maschera antigas e saper sostituire i filtri oppure conoscere le procedure di sicurezza/evacuazione in caso di pericolo sia durante i viaggi di andata e ritorno che in sede di operazioni.

Situazioni estreme in cooperazione: Scenari e gestione

A cura di

dott.ssa Elena Giovanna Anestesista responsabile della terapia intensiva dell'ospedale di cardiocirurgia Salam Centre, Emergency ONG Onlus

Sono una anestesista e lavoro nel mondo della cooperazione internazionale dal 2005. In questi anni sono state tante le sfide personali e professionali che come cooperante ho dovuto affrontare, a volte situazioni prevedibili ma in altre occasioni assolutamente imprevedibili e non pianificate.

Ogni volta che ci si trova davanti a uno scenario estremo, soprattutto se inaspettato, dobbiamo chiederci:

- abbiamo le risorse economiche e di personale per dare una risposta in quella determinata situazione?
- quanto tempo ci serve per mettere in atto una risposta adeguata?
- chi sono gli "esperti" da mettere insieme per fare una programmazione delle emergenze e discutere i problemi e le possibili soluzioni?

un possibile panico e una disorganizzazione dello staff che può portare a una perdita del controllo della situazione.

Ecco perchè la cosa più importante è creare una task force di coordinamento che prenda in mano la situazione, valuti lo scenario, consideri i rischi e metta in atto un primo piano di emergenza. Gli attori che scendono in campo in questa prima fase sono i coordinatori della parte medica e non medica, i logisti e la farmacia. Approccio multidisciplinare è fondamentale per la pianificazione degli interventi sul campo.

Khartoum_Sudan



Foto 1: evacuazione dello staff dal Salam, 25 aprile 2023



Foto 2-3: meeting di COORDINAMENTO

Alcuni scenari che abbiamo dovuto affrontare in questi ultimi anni sono stati: l'Ebola in Sierra Leone, il COVID in Sudan e la guerra a Khartoum. Ebola è scoppiata in un paese dove Emergency gestisce un ospedale di chirurgia generale e di urgenza. Quando l'epidemia si è diffusa in città, avremmo potuto chiudere il progetto, non eravamo pronti per una situazione del genere e nessuno lo era.

Invece abbiamo dato assistenza ai primi malati di **Ebola** in un centro di isolamento e cura presso una struttura per malati di tubercolosi e di lebbra in una località chiamata Lakka, distante qualche kilometro dal nostro ospedale di Goderich. Abbiamo mantenuto in questo modo in sicurezza il centro chirurgico dove siamo riusciti ad operare i pazienti evitando che malati affetti da Ebola entrassero per "errore" nell'ospedale chirurgico di Goderich. Tutto questo con un semplice triage dove un team medico valutava la presenza o assenza di febbre e dei principali sintomi dell'Ebola, infatti la diagnosi con PCR all'inizio non era possibile.

Potevamo fermarci lì, era già uno sforzo enorme portare avanti l'ospedale in quelle condizioni e invece abbiamo rilanciato con l'idea di aprire noi, Emergency, un vero centro di cura con terapia intensiva, sub intensiva e reparto per i malati di ebola.

Ma l'idea, assolutamente fuori dal comune, doveva essere sostenuta con fondi economici consistenti che noi non avevamo e che ci sono stati forniti dalla Cooperazione Inglese con la quale i nostri tecnici e logisti hanno collaborato strettamente facendo sì che nel giro di 3 mesi la struttura, prima nel suo genere in un paese povero come la Sierra Leone, venisse costruita esattamente come la avevamo progettata.



Foto 4-5-6: LAKKA, PRIMO CENTRO DI EMERGENCY per isolamento e trattamento dei malati di EBOLA (SIERRA LEONE)



Foto 7-8-9: Nuovo centro ETC Ebola Treatment Centre di Emergency, Goderich in Sierra Leone

Molti dubitarono all'inizio di come una piccola NGO avrebbe potuto fare fronte alla diagnostica di una malattia che richiede laboratori infettivologici con un alto livello di sicurezza ed ecco che la risposta è venuta dai massimi esperti infettivologi e microbiologi del nostro Paese che, in un tempo rapidissimo, hanno messo in funzione un laboratorio di livello tre per la diagnosi e la monitoraggio della malattia all'interno del centro Ebola.

Nessuno si aspettava di trovare tanto personale disposto a venire in Sierra Leone a curare i malati di Ebola, invece c'è stata una risposta entusiasta di medici di diverse specializzazioni e di infermieri sia italiani che stranieri che sono arrivati e grazie a loro abbiamo assistito e curato, dal novembre 2014 a fine maggio 2015, un totale di 186 pazienti affetti da Ebola. Li abbiamo trattati con cure moderne e intensive e abbiamo dimostrato che l'approccio intensivo fa la differenza sui pazienti che hanno una malattia di media-severa gravità che senza un trattamento rapido e aggressivo progredivano verso la criticità e molti verso la morte. Grazie al nostro laboratorio e facendo prelievi quotidiani ai pazienti, abbiamo contribuito a capire quali sono gli organi bersaglio della malattia e come si verificano i danni di organo che conducono a morte, nonché l'importanza fondamentale e predittiva della carica virale che veniva misurata nel sangue dei pazienti giorno dopo giorno.

Ebola è stato un grande esempio di come un approccio multidisciplinare, una stretta cooperazione tra paesi diversi e con personale sanitario di diverse nazionalità ed esperienza, possa essere una arma formidabile. Ci univa il medesimo scopo ovvero la sfida di realizzare il primo centro di trattamento intensivo per Ebola in un paese povero. Il nostro esempio è stato trascinate e ripetuto da molti altri paesi e organizzazioni, contribuendo a debellare l'epidemia.



Foto 10: EBOLA TREATMENT CENTRE, GODERICH

Quando il **COVID** è scoppiato in Italia, noi eravamo da questa parte del mondo dove si diceva che se l'epidemia avesse invaso l'Africa, milioni di pazienti sarebbero morti. In realtà nessuno sa quanto la catastrofe COVID abbia inciso veramente sulle popolazioni africane, in che numero e con che gravità di malattia.

Quello che è successo è che improvvisamente siamo rimasti isolati qui perchè i voli sono stati sospesi, i tamponi ancora non c'erano, i vaccini neppure e l'ospedale come sempre era pieno di pazienti cardiopatici operati o in attesa di intervento. Abbiamo avuto, come mai prima di allora, la consapevolezza di essere soli, accomunati dal medesimo destino di chi non può scappare da nessuna parte e che se ci fossimo ammalati, saremmo dovuti restare qui.

Tanto fu facile evacuare il nostro collega malato di Ebola dalla Sierra Leone verso l'Italia quanto sarebbe stato enormemente difficile evacuare uno di noi malato di covid in critiche condizioni verso l'Europa.

Per continuare ad operare, forti dell'esperienza Ebola, abbiamo creato una postazione di triage fuori dall'ospedale dove in base alla presenza o assenza di sintomi respiratori o febbre, consentivamo o meno l'ingresso dei pazienti nell'ospedale. Abbiamo mantenuto separate la zona OUTPATIENT dalla zona INPATIENT: abbiamo continuato a garantire il servizio di INR e le visite in pronto soccorso grazie a un rigido controllo dei flussi e alle protezioni individuali.

Siamo riusciti anche a garantire la cardiocirurgia con un numero ridotto di pazienti operati ogni giorno e nonostante non ci fossero ancora i tamponi, siamo riusciti a non contaminare l'ospedale. La trasmissione per via aerea della malattia e la sua alta frequenza di complicazioni polmonari, rendeva il covid una minaccia potenzialmente letale per i fragili cardiopatici.

Il messaggio è: la flessibilità, l'adattabilità e il fare tesoro delle esperienze precedenti rendono possibili anche le missioni "impossibili".



Foto 11: Codici di triage durante il COVID, Salam Centre 2020



Foto 12-13: corsi di vestizione/svestizione durante il COVID, Salam Centre 2020

Quando la **guerra è scoppiata in Sudan, il 15 aprile 2023**, ci ha colti totalmente di sorpresa e impreparati sia psicologicamente che logisticamente. Un panico incontrollato si è diffuso nello staff sia tra i nazionali che tra gli espatriati, in molti non se la sono sentita di rimanere in un paese dove fino a una settimana prima la vita scorreva tranquilla e normale. Il bombardamento e la presa dell'aeroporto di Khartoum ha segnato il punto di non ritorno: o si prendevano gli ultimi aerei a disposizione per l'evacuazione o si rimaneva bloccati qui, di nuovo accomunati dallo stesso destino dei sudanesi.



Foto 14-15: distruzioni in Khartoum Aprile 2023

Dopo mesi di stallo in cui si è cercato di fare sopravvivere il Centro Salam e si è deciso di operare tutti i pazienti rimasti del programma regionale che erano bloccati qui con noi, sono state riaperte le vie di comunicazione via terra verso l'unica città Sudanese sul mare con aeroporto funzionante: Port Sudan che dista da Khartoum 3 giorni di viaggio...

Così si è potuto procedere alla evacuazione degli ultimi pazienti del programma regionale ed è potuto arrivare nuovo staff dall'Italia per continuare le attività della cardiocirurgia e iniziare un nuovo progetto di traumatologia per le vittime di guerra.



Foto 16-17: evacuazione dell'ultimo gruppo di pazienti regionali, luglio 2023.

Con un enorme sforzo della logistica e della farmacia per portare nel paese strumenti chirurgici che non avevamo, si è riusciti ad aprire il nuovo trauma centre, modificando strutturalmente in modo veramente efficiente, quella che era la guest house del programma regionale. Così in meno di due mesi si sono create due sale operatorie, una zona di lavaggio degli strumenti chirurgici, una terapia sub intensiva di 8 letti e un reparto di 33 letti, dove prima c'era la mensa dello staff.

Anche qui la flessibilità, l'inventiva e la collaborazione fra i diversi settori medico e logistico, hanno consentito a un nuovo progetto di nascere. In soli 2 mesi di attività il trauma centre ha dato assistenza medica e chirurgica a più di 500 pazienti, feriti di guerra, prevalentemente vittime civili di questo terribile conflitto.



Foto 18: ex guest house del Programma Regionale Foto 19-20: sala operatoria e reparto del TRAUMA CENTRE, agosto-novembre 2023

E oggi dopo un anno di guerra come è cambiato il Salam Centre?

Anche noi abbiamo dovuto rivedere le nostre rigide regole di ammissione perchè a parte i pazienti cardiocirurgici, ci siamo trovati ad essere l'unico ospedale in grado di offrire medicina di alta qualità e cure gratuite in una situazione di collasso totale del sistema sanitario.

Oggi dopo 4 mesi, questi sono i nostri numeri, in aumento costante perchè molta gente è tornata a KRT, non trovando alternative fuori e soprattutto un costo della vita non affrontabile.

	JANUARY 24	FEBRUARY 24	MARCH 24	APRIL 24	GRAND TOTAL
TRIAGED (included first visit)	171	208	209	237	825
FOLLOW UP	115	117	146	126	504
COMPLAINER	84	78	88	88	338
INR PATIENTS	986	1043	1065	1086	4180
TOTAL Nr of patients received medical assistance in Salam Centre from january to april 2024					5847

Ogni giorno affluiscono al pronto soccorso del Salam Centre: pazienti già operati per i follow up, pazienti che devono fare le prime visite cardiologiche, quelli che vengono a controllare l'INR e infine pre-surgical o post-surgical con aggravamento delle condizioni cliniche o complicazioni post chirurgiche. Ma la stragrande maggioranza dei pazienti che affluiscono al nostro triage ogni giorno sono pazienti che non fanno parte delle nostre liste e si rivolgono per un consulto o una diagnosi o un trattamento, non trovando altro posto "free of charge", dove andare.

A metà marzo 2024 abbiamo anche riaperto all'interno del Salam un ambulatorio pediatrico che visita ogni giorno dai 50 agli 80 bambini.

Tutto questo dimostra come abbiamo dovuto adattarci ad affrontare tutta una serie di patologie che prima non vedevamo. Nel contesto di questa nuova strategia, i nostri servizi ausiliari come la logistica e la farmacia hanno permesso con prontezza ed efficienza lo sviluppo di nuovi progetti per una assistenza medica e non solo chirurgica a un grande numero di pazienti.



Foto 21-22-23: SALAM CENTRE 2023-2024

Farmaci e Dispositivi medici essenziali per fronteggiare eventi complessi con un forte impatto sanitario

A cura di

*dott.ssa Marianna Napoletano Dirigente Farmacista -AORN Santobono Pausilipon Napoli
Coordinatore dell'ASC SIFO Global Health*

*dott.Francesco Cirella Dirigente Farmacista -AOU Ospedali Riuniti Foggia,
membro dell'ASC SIFO Global Health*

A seguito della pandemia COVID-19 e con la crisi geopolitica globale in atto, appare imprescindibile approfondire tematiche correlate alle procedure di gestione etica, manageriale e di governance, adottabili nelle diverse fasi di una "GRANDE EMERGENZA" in cui il farmacista del SSN è chiamato a partecipare.

In un evento complesso come quello della grande emergenza, la Farmacia Ospedaliera è in grado di

assicurare oltre ai farmaci e ai dispositivi medici (talvolta anche di uso poco comune), un servizio ad alto contenuto professionale e rappresenta una fonte idonea di informazioni di tipo farmaceutico e farmacologico.

Essa costituisce quindi uno dei capisaldi fondamentali per lo svolgimento efficace ed efficiente delle operazioni di soccorso prima di una crisi maxiemergenza.

In quest'ottica va, quindi, impostata l'organizzazione strategica delle risorse umane e dei materiali curando nel miglior modo possibile i seguenti aspetti:

1. formulazione dei protocolli operativi;
2. formazione del personale;
3. aggiornamento continuo del prontuario terapeutico;
4. reperimento dei prodotti critici;
5. organizzazione delle scorte.

La gestione degli aspetti sanitari durante eventi complessi, come quelli relativi ad una grande emergenza, è particolarmente difficile anche con i moderni sistemi di risposta alle emergenze.

È fondamentale avere soluzioni organizzative efficaci e operatori ben preparati, poiché è possibile imbattersi in scenari inattesi. Tuttavia, una formazione costante e una programmazione attenta possono preparare adeguatamente a tali evenienze.

In Italia, dal punto di vista legislativo, le raccomandazioni contenute nella G.U. 196 del 25/08/2003, Supplemento Ordinario 139, rivestono una grande importanza. Questo documento rappresenta il riferimento principale per la pianificazione e l'organizzazione degli interventi destinati a contrastare una maxiemergenza. Inoltre, il documento fornisce criteri generali sulla dotazione di farmaci e dispositivi medici da utilizzare in caso di grandi emergenze e da tener conto durante una cooperazione sanitaria. Questi criteri sono stati elaborati tenendo conto della letteratura internazionale, che attualmente offre dati epidemiologici limitati, e delle esperienze verificatesi nel nostro Paese.

Il testo sottolinea l'importanza di un'organizzazione logica per l'approvvigionamento di medicinali e dispositivi medici destinati al soccorso, con l'obiettivo di migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'intervento e ridurre al minimo gli sprechi di risorse.

Per prepararsi a possibili eventi critici, è cruciale sviluppare un Prontuario Terapeutico specifico per grandi emergenze (nazionali e internazionali), in collaborazione con medici esperti e farmacisti ospedalieri. Questo Prontuario deve seguire le linee guida nazionali e internazionali, ma anche basarsi sull'esperienza pratica degli operatori e adattarsi ai diversi scenari operativi. È importante considerare non solo i farmaci convenzionali, ma anche quelli meno noti, come gli antidoti.

Segue l'elenco dei principi attivi e dei dispositivi medici essenziali per una grande emergenza e delle scorte necessarie per soddisfare i prevedibili fabbisogni.

Elenco di alcuni principi attivi essenziali in caso di maxiemergenza

Acetilsalicilato di lisina - 1 g
Acido tranexamico (ev, fl)
Adrenalina
Aloperidolo
Alteplase - 50 mg
Amido
Aminofillina
Anestetici locali (tutti)
Anestetici generali

Anticorpo antidigitale	Insulina rapida
Antitrombina III	Isosorbite dinitrato sublinguale
Atenololo	Isosorbite mononitrato (ev)
Atropina - 0,5 mg	Kit-anticianuro
Atropina - 1 mg	Labelalolo - 200 mg (ev)
Bal - 100 mg	Lorazepam - 4 mg (ev, fl)
Betametasone - 1,5 mg (im, ev, fl)	Metilprednisolone sodio fosfato
Betametasone - 4 mg (im, ev, fl)	Metoprololo - 150 mg
Bicarbonato di sodio (iniettabile)	Morfina - 10 mg (ev, im, sc, fl)
Blu di metilene (ev)	N-acetilcisteina - 5 g (ev, fl)
Blu di prussia	Naloxone adulti e bambini (ev, fl)
Carbone attivo (polvere)	Neostigmina (fl)
Cefazolina (ev)	Nitroglicerina (ev)
Cefotaxima (ev)	Noradrenalina (ev, fl)
Ceftriaxone - 2 g (ev)	Orciprenalina (ev, fl)
Cianocobalamina 1000 (fl)	Oxacillina (ev)
Ciprofloxacina - 400 mg, 200 mg (ev)	Papaverina (im, ev)
Citrato di sodio	Penicillamina cloridrato orale
Clonazepam (fl, ev)	Pentamido
Clorpromazina cloridrato (im, fl)	Sacche per infusione
Cobalto-edta	Permanganato di potassio
Dantrolene - 20 mg (ev, fl)	Soluzione estemporanea
Deferoxamina I - 500 mg (im, ev, sc, fl)	Pralidoxima mesilato - 200 mg (ev, fl)
Diazepam - 10 mg (ev, fl)	Propranololo cloridrato (ev, fl)
Digoxina (ev, fl)	Protamina cloridrato - 50 mg (ev)
Diltiazem - 50 mg (ev, fl)	Complesso protrombinico - 500 mg (ev, fl)
Dobutamina (ev)	Rociverina (im, ev, fl)
Dopamina (ev, fl)	Salbutamolo (ev)
Edta calcico-sodico	Salbutamolo spray
Eparina sodica (fl)	Sierimmune contro il veleno di vipere europee
Esmololo cloridrato (ev, fl)	Siero antibiotulinico*
Etanolo (fl)	Sodio iposolfato 0,9%
Etilefrina - 10 mg (ev, im, sc, fl)	Sodio iposolfato [= sodio tiosolfato]
Fattore VIII della coagulazione	Sodio tiosolfato [= sodio iposolfato]
Fenitoina sodica (ev, fl)	Strofantina k (al momento non reperibile)
Fenobarbitale - 100 mg (im, fl)	Tetramido sacche per infusione
Fenoldopam - 50 mg (ev)	Tramadololo - 100 mg (im, ev, fl)
Fibrinogeno - 1 g (ev, fl)	Urapidil cloridrato - 50 mg (ev, fl)
Fisostigmina salicilato - 1 mg (im, ev, fl)	Vaccino antitetanico (fl)
Fitomenadione (fl)	Verapamil - 5 mg
Flumazenil - 0,5 mg (ev, fl)	Warfarin sodico cpr
Furosemide (tutti i dosaggi iniettabili)	
Gentamicina - 80 mg = gentamicina fiale (im, ev, fl)	Elenco di alcuni antidoti essenziali
Glucagone (ev, fl)	- Acetilcisteina
Glucosio 5% (ev)	- Atropina
Immunoglobulina antitetanica - 250 UI (im, fl)	- Deferoxamina

- Dimercaprolo (BAL)
- Etilendimammino tetracetato calcico-bisodico
- Penicillamina
- Etanolo
- Fisostigmina salicilato
- Naloxone
- Pralidossima metilsolfato

Elenco di alcuni dispositivi medici essenziali in caso di maxiemergenza

- Bende elastiche di diverse misure.
- Bende di garza di diverse misure.
- Bende salvapelle di diverse misure.
- Bendaggi a rete di diverse misure.
- Cerotti a nastro in tela ed in seta di diverse altezze.
- Cerotti medicati di diverse misure.
- Cerotto in rotolo in TNT.
- Bende oculari adesive.
- Cotone laminato sottogesso di diverse altezze.
- Lunghette laparotomiche.
- Maglia tubolare sottogesso di diverse misure.
- Medicazioni per tracheostomia di diverse misure.
- Pezze laparotomiche di diverse misure.
- Telini sterili impermeabili in TNT di diverse misure.
- Aghi cannula ad una e due vie di diverse misure.
- Aghi epicranici di diverse misure.
- Aghi ipodermici di diverse misure.
- Aghi per spinale di diverse misure.
- Cannule per broncoaspirazione di diverse misure.
- Cateteri foley a due vie di diverse misure.
- Deflussori con regolatore di flusso (microgocciolatore).
- Deflussori per sangue.
- Filtri antibatterici e cateter mouth.
- Guanti chirurgici con e senza talco in lattice ed in altro materiale anallergico quale il vinile, maschere per protezione delle vie respiratorie

FFP1 ed FFP2.

- Maschere, occhiali e sondini per ossigeno.
- Occhiali di protezione in policarbonato.
- Sacche urine sterili e a circuito chiuso.
- Siringhe comuni di diverse capacità siringhe luer lock.
- Siringhe per emogasanalisi.
- Sondini per alimentazione di diverse misure.
- Tubi endotracheali di diverse misure.
- Tubi di mayo di diverse misure.
- Garza paraffinata sterile e non sterile.
- Siringhe con idrogel fluido per il riempimento di cavità ulcerose.
- Garze allo iodofornio di diverse misure.
- Medicazioni con alginato di calcio di diverse misure.
- Medicazioni emostatiche.
- Medicazioni con idrogel di diverse misure.
- Medicazioni a base di idrocolloidi di diverse misure.
- Membrane in poliuretano di diverse misure.
- Tamponi nasali con polvere di claudem o per epistassi

Nell'ambito della cooperazione sanitaria internazionale, invece, la procedura di approvvigionamento del materiale sanitario (apparecchiature elettromedicali, dispositivi medici e farmaci) acquista una precisa valenza nel rapporto con la Comunità locale.

È essenziale utilizzare canali di approvvigionamento locali, inclusi quelli dei Paesi limitrofi, per tutto il materiale necessario, soprattutto per i farmaci, la cui disponibilità in loco non è più un problema. Questa scelta spesso risulta più economica, sostiene le risorse locali e contribuisce a un percorso sostenibile.

In base a quanto scritto, si ritiene opportuno ridurre l'enfasi sulla donazione di farmaci, dispositivi medici e attrezzature, e concentrarsi invece sulla creazione di un percorso chiaro e condiviso a livello internazionale.

Abbiamo il dovere di non trasformare i paesi con cui cooperiamo in delle "discariche".

In conclusione, il farmacista ospedaliero, che opera sia a livello nazionale che internazionale, ha l'obbligo professionale e deontologico di mantenere aggiornato il proprio armamentario farmaceutico, preparando risposte per le emergenze più gravi e imprevedibili che potrebbero colpire la popolazione civile.

BIBLIOGRAFIA

- W. Hsiao, P.S. Heller, "What should macro economists know about health care policy?", IMF, Working Paper, WP/07/13, January 2007.
- Garetto G. La nuova medicina d'urgenza. Torino: Edizioni Medicoscientifiche, 1994.
- GU 196 del 25 agosto 2003, Suppl. Ord. 139. "Accordo tra Governo, regioni, province autonome di Trento e di Bolzano, comuni, province e comunità montane sui Criteri di massima sulla dotazione di farmaci e dispositivi medici di un posto medico avanzato di Il livello utilizzabile in caso di catastrofe".
- La farmacia dell'ospedale e la maxi-emergenza - IL Pensiero Scientifico luglio/agosto 2006 vol 52
- Linee Guida per la Cooperazione Sanitaria internazionale della Regione Toscana ottobre 2007- Documento strategico
- Osservatorio Italiano sulla Salute Globale (OISG), "Un itinerario storico nella politica sanitaria internazionale"
- T.M. Brown, M. Cueto, E. Fee, "The World Health Organization and the Transition from 'International' to 'Global' Public Health", American Journal of Public Health, January 2006.
- Conferees Summary Statement. In "Good Health at Low Cost" (Edited by Halstead S.B., Walsh J.A. and Warren K.S.), p. 136. The Rockefeller Foundation, New York, 1985, in K.S. Warren, "The evolution of selective primary health care", Soc. Sci. Med., Vol. 26. No. 9. Pp. 891-898, 1988

4

La sicurezza dell'operatore e dei soccorsi

La gestione della sicurezza nella cooperazione internazionale

A cura di

*Roberto Crestan, Area Director ANME (The African Network of Medical Excellence)
EMERGENCY ONG Onlus*

Daniele Giacomini Area Director Emergency & Development EMERGENCY ONG Onlus

La cooperazione internazionale è sempre più cruciale per affrontare sfide globali presentate da povertà, malattie, conflitti e disastri naturali. Tuttavia, operare in contesti di crisi richiede un'attenta gestione della sicurezza per garantire la protezione degli operatori umanitari e l'efficacia degli interventi di soccorso. Nei paragrafi successivi esploreremo le diverse sfaccettature della sicurezza nella cooperazione internazionale, con un focus particolare sulla sicurezza degli operatori e dei soccorsi.

Low Profile vs High Profile: Strategie di Sicurezza nella Cooperazione Internazionale
Nel contesto della sicurezza nella cooperazione internazionale, i termini "low profile" e "high profile" si riferiscono a diverse strategie operative utilizzate per minimizzare i rischi e garantire la sicurezza dell'intervento e di conseguenza degli operatori umanitari e della popolazione interessata dall'intervento.

La scelta tra un approccio "low profile" e "high profile" dipende dal contesto operativo specifico, dalle valutazioni di rischio e dagli obiettivi dell'organizzazione umanitaria. Entrambi gli approcci hanno i loro vantaggi e svantaggi, e spesso le organizzazioni devono adattare le loro strategie in base alle circostanze locali e alle dinamiche di sicurezza in continua evoluzione. L'obiettivo principale rimane sempre la protezione degli operatori umanitari e delle persone coinvolte nell'intervento oltre all'efficacia degli interventi. Ecco una descrizione dettagliata delle differenze tra queste due approcci:

Low Profile:

L'approccio "low profile" si concentra sulla minimizzazione della visibilità degli operatori umanitari e delle loro operazioni. L'obiettivo è evitare di attirare l'attenzione per ridurre il rischio di diventare bersagli di attacchi o di ostilità.

L'elemento caratterizzante di questo approccio è la discrezione: agli operatori

può essere chiesto di adottare un abbigliamento e un equipaggiamento che non li faccia risaltare rispetto alla popolazione locale, piuttosto che di evitare loghi o simboli evidenti che possano identificarli come parte di un'organizzazione umanitaria. I veicoli utilizzati sono comuni e non marcati, spesso scelti per integrarsi con quelli comunemente presenti nella regione. Le rotte e gli orari di spostamento sono pianificati per evitare luoghi e momenti di alta visibilità. L'interazione con la popolazione locale è condotta in modo da non suscitare sospetti o interesse eccessivo.

High Profile

L'approccio "high profile" enfatizza la visibilità e la riconoscibilità degli operatori umanitari e delle loro operazioni. Questo metodo si basa sulla deterrenza attraverso la presenza evidente e il riconoscimento pubblico.

L'elemento caratterizzante di questo approccio è la visibilità. Agli operatori può essere chiesto di indossare uniformi con loghi e simboli chiaramente identificabili della loro organizzazione. Veicoli e strutture sono marcati in modo evidente per indicare l'associazione con un'organizzazione umanitaria riconosciuta. I veicoli utilizzati sono specificamente equipaggiati e marcati per essere riconosciuti come parte di un'operazione umanitaria.

La presenza di media e pubblicazioni delle attività è accettabile se non addirittura incoraggiata. Gli operatori interagiscono apertamente con le autorità locali, i leader comunitari e altre organizzazioni, facilitando la trasparenza e la costruzione di relazioni di fiducia.

La sicurezza degli operatori umanitari

Gli operatori umanitari possono essere esposti a numerosi rischi in base al tipo di contesto in cui si opera (conflitto, disastro naturale, ...).

La protezione del personale è fondamentale non solo per la loro incolumità, ma anche per la continuità e l'efficacia delle operazioni umanitarie. La sicurezza degli operatori può essere suddivisa in diverse aree chiave:

1. Valutazione del rischio: Prima di avviare una missione, è essenziale effettuare una valutazione del rischio dettagliata. Questa valutazione deve considerare fattori geopolitici, condizioni di sicurezza locali, minacce specifiche agli operatori e alle infrastrutture. Le organizzazioni devono raccogliere informazioni da fonti affidabili e aggiornate, collaborando con altre entità presenti sul territorio.
2. Formazione e preparazione: Gli operatori umanitari devono ricevere una formazione adeguata sui rischi specifici del contesto in cui operano. Questo include corsi su come reagire in situazioni di emergenza, tecniche di primo soccorso, gestione dello stress e consapevolezza culturale. La preparazione psicologica è altrettanto importante, poiché gli operatori spesso affrontano situazioni traumatiche e stressanti.
3. Misure di sicurezza operative: Le organizzazioni devono implementare misure di sicurezza rigorose sul campo. Queste possono includere l'adozione di protocolli di comunicazione sicuri, la movimentazione in convogli, la pianificazione di percorsi di evacuazione e la creazione di rifugi sicuri.
4. Supporto psicologico: Il benessere mentale degli operatori umanitari è una componente essenziale della sicurezza. Le organizzazioni devono fornire supporto psicologico prima, durante e dopo le missioni. Programmi di debriefing e accesso a consulenze psicologiche possono aiutare gli operatori a gestire lo stress e il trauma associati al loro lavoro.

La sicurezza degli interventi

Garantire la sicurezza dei soccorsi è cruciale per assicurare che l'assistenza arrivi a destinazione in modo efficace e senza intoppi. Questo richiede una pianificazione meticolosa e una stretta coordinazione con le autorità locali ed eventuali altri stakeholders, tra cui altre organizzazioni presenti sul territorio dell'intervento.

1. Logistica e pianificazione: la pianificazione logistica deve prevedere tutte le possibili contingenze. Questo include la scelta di rotte sicure per la movimentazione del personale e il trasporto di beni di prima necessità, la

- verifica della sicurezza degli aeroporti e dei porti di ingresso, e l'organizzazione di convogli protetti. Andrà valutata l'eventuale collaborazione con le forze di sicurezza locali per facilitare il passaggio attraverso aree ad alto rischio.
2. **Comunicazione & Monitoraggio:** una comunicazione interna ed esterna, efficace e costante è vitale per la sicurezza degli interventi. In base al contesto le organizzazioni potrebbero utilizzare sistemi di monitoraggio avanzati per tracciare i movimenti degli aiuti e degli operatori.
 3. **Coinvolgimento della comunità locale:** coinvolgere le comunità locali nella pianificazione e nell'esecuzione degli interventi è un elemento fondamentale per stabilire i giusti presupposti per garantire la sicurezza. La conoscenza del territorio e delle dinamiche sociali locali è indispensabile per prevenire conflitti e garantire che gli aiuti raggiungano chi ne ha più bisogno. Inoltre, la cooperazione con leader locali può facilitare l'accesso alle aree più remote e pericolose.
 4. **Protocollo di sicurezza medica:** in contesti di crisi, le condizioni sanitarie possono rappresentare una minaccia significativa. Le organizzazioni devono garantire che gli interventi includano forniture mediche adeguate e protocolli per la gestione delle malattie infettive. La prevenzione è fondamentale per evitare epidemie che potrebbero complicare ulteriormente la situazione.

Conclusioni

La gestione della sicurezza nella cooperazione internazionale è una sfida complessa che richiede un approccio multidimensionale. La protezione degli operatori umanitari e l'efficacia degli interventi dipendono dalla capacità delle organizzazioni di mappare preventivamente i potenziali rischi, prepararsi adeguatamente e reagire prontamente alle situazioni di emergenza. È fondamentale che al presentarsi di situazioni di esposizione a rischi, preventivati o meno, l'organizzazione metta in atto un processo di apprendimento volto a prevenire situazioni future. Infine, investire nella formazione, nella pianificazione logistica e nel supporto psicologico è essenziale per garantire interventi sicuri e di successo.

Cooperazione internazionale e Telemedicina: un binomio possibile

A cura di

*dott.ssa Titti Faggiano Dirigente Farmacista - AUO Policlinico di Bari,
Presidente del Collegio dei Sindaci della Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei
Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie (SIFO)*

La cooperazione internazionale in sanità e la telemedicina rappresentano due ambiti che, sebbene distinti, possono interagire in modo significativo per migliorare l'accesso e la qualità delle cure sanitarie in tutto il mondo, specialmente nelle aree remote o meno sviluppate o, comunque, in qualche modo svantaggiate.

La cooperazione internazionale in ambito sanitario è un processo attraverso il quale Paesi di culture diverse, organizzazioni internazionali, governi, agenzie non governative (ONG), fondazioni e altri stakeholder collaborano per affrontare le sfide sanitarie globali, migliorare l'assistenza sanitaria e promuovere la salute pubblica a livello internazionale, sforzandosi di promuovere la salute globale attraverso la condivisione di risorse, competenze e strategie. Questi sforzi possono includere la lotta a malattie infettive, la gestione di emergenze sanitarie, la formazione del personale sanitario e l'implementazione di politiche di salute pubblica. In particolare, la cooperazione internazionale promuove percorsi di ricerca sanitaria e sviluppo di tecnologie mediche per migliorare comprensione, diagnosi, trattamento e prevenzione delle malattie.

La telemedicina, invece, è definita comunemente come l'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) per fornire consulenza, diagnosi, terapia o monitoraggio dei pazienti a distanza. Tuttavia, la definizione più calzante al significato reale degli atti medici realizzati con le attività espletate dalla stessa è quella che pensa la telemedicina come ad una delle modalità di soddisfare i bisogni reali di pazienti ed operatori sanitari e di fare ricerca clinica, utilizzando tecnologie avanzate, superando le barriere geografiche, migliorando l'accesso alle cure specializzate, riducendo i costi associati al trasporto dei pazienti e favorendo così la cooperazione internazionale, la sostenibilità mondiale e la diffusione dei progetti di Global Health.

Si può ritenere che la telemedicina possa "essere servizio" della cooperazione internazionale in vari modi; alcuni sono di seguito elencati:

- **Trasferimento di conoscenze e tecnologie:** Paesi e Organizzazioni con maggiori risorse e più avanzati possono condividere le loro conoscenze e tecnologie con quelli meno sviluppati, aiutandoli a implementare sistemi di salute a distanza. Attraverso la formazione, gli scambi di pareri e consulti tra personale sanitario fisicamente distante e i programmi di *e-twinning*, la telemedicina facilita il trasferimento di conoscenze e competenze tra i professionisti sanitari di diversi paesi. Basti pensare che si possono eseguire anche interventi chirurgici a distanza attraverso processi automatizzati.
- **Formazione del personale sanitario:** Poiché la cooperazione internazionale può includere programmi di formazione per il personale sanitario per rendere uniforme l'attività degli operatori sanitari a livello internazionale in un'ottica di eguaglianza e di eticità tra i popoli e i generi, la telemedicina può superare le difficoltà legate alla distanza tra "*faculty*" e discenti e quelle legate alla localizzazione delle tecnologie. Le applicazioni di cui si serve la telemedicina (*Information and Communication Technologies-ITC*) permettono di mettere al pari le conoscenze tra popoli, incoraggiando l'alfabetizzazione sanitaria delle popolazioni, i comportamenti salutari e prevenendo le malattie.
- **Progetti congiunti:** Paesi e Organizzazioni (OMS, ONU) possono collaborare su progetti di telemedicina, attraverso l'intervento delle società e scientifiche (esempio: SIFO ed EAHP), delle agenzie preposte (esempio: AGENAS) e dei Ministeri (esempio: Ministero della Salute) di riferimento, che mirano a risolvere problemi sanitari specifici in aree remote o in paesi in via di sviluppo o bisognose di interventi specifici ed emergenziali. Ciò permette di ridurre le disparità sanitarie e di garantire a tutti, indipendentemente dall'ubicazione geografica o dallo status economico, di accedere a servizi sanitari di base per ottimizzare processi di cura all'insegna dell'efficacia e dell'efficienza e di affrontare le sfide sanitarie comuni.

- **Risposta a emergenze sanitarie:** In situazioni di crisi, come pandemie o disastri naturali, la telemedicina può essere utilizzata per coordinare gli sforzi internazionali nella risoluzione di situazioni complesse e complicate (guerre, crisi umanitarie, disastri naturali o pandemie), permettendo agli operatori sanitari di consultarsi a distanza e di fornire assistenza ai pazienti nell'eventualità che particolari specialisti e tecnici non possano essere fisicamente presenti.
- **Monitoraggio e prevenzione:** La telemedicina può essere utilizzata per monitorare e prevenire rapidamente l'insorgenza e la diffusione di malattie infettive a livello globale, attraverso la condivisione di dati e l'analisi in tempo reale con un approccio One-health, permettendo una risposta tempestiva che può aiutare a contenere la diffusione delle epidemie.

In sintesi, dunque, la cooperazione internazionale e la telemedicina possono integrarsi e avvalersi l'una dell'altra per affrontare le sfide sanitarie globali, migliorando l'accesso alle cure e la qualità della salute in tutto il mondo. La sfida mondiale che già si sta affrontando, infatti, prevede uno sviluppo sostenibile regolamentato da regole comuni che promuovano la salute pubblica e l'assistenza sanitaria come diritto umano fondamentale, etico e prerequisito per lo sviluppo economico e sociale.

Anche i farmacisti ospedalieri che si impegnano nella cooperazione internazionale, possono contribuire in modo significativo all'affermazione salute globale e allo sviluppo di sistemi sanitari più efficienti e accessibili in tutto il mondo. L'impegno nella cooperazione internazionale offre ai farmacisti ospedalieri l'opportunità di avere un impatto significativo sulla salute pubblica a livello globale, contribuendo a ridurre le disparità sanitarie e a migliorare l'assistenza farmaceutica in contesti diversi da quello ospedaliero nazionale.

In prima istanza, possono condividere le loro conoscenze e competenze con i colleghi di altri paesi, specialmente quelli con sistemi sanitari meno sviluppati, attraverso workshop, corsi di formazione o programmi di *mentorship*, facilitati

proprio dai programmi di telemedicina. Il teleconsulto non è soltanto una prerogativa medica, ma di tutti gli *stakeholder*, compresi i farmacisti, che possono partecipare all'implementazione di sistemi efficaci per la gestione dei farmaci e dei dispositivi medici, inclusa la distribuzione, la conservazione e il monitoraggio dell'uso per garantire che siano disponibili, sicuri e utilizzati in modo appropriato. Gli strumenti della telemedicina permettono scambi molto interessanti nella presa in carico delle terapie (telefarmacia) e nello scambio di conoscenze sull'uso corretto dei beni terapeutici aprendo le porte allo sviluppo di progetti di ricerca internazionali per sviluppare nuovi farmaci (anche galenici) o migliorare le terapie esistenti, con particolare attenzione alle malattie che colpiscono i paesi in via di sviluppo. L'impegno della farmacia ospedaliera risiede, dunque, nello sviluppo e nell'implementazione di sistemi informatizzati di telemedicina dedicati alla gestione dei farmaci e dei dispositivi medici, che migliorino l'efficienza e la sicurezza delle prescrizioni e della dispensazione e che connotino la telefarmacia non solo come un consulto per i pazienti, ma anche come un intervento nelle relazioni di cura e nella multidisciplinarietà. Tesa in questa direzione, la Farmacia Ospedaliera concorre a promuovere l'uguaglianza di genere nei sistemi sanitari globali. Ciò include la garanzia che le donne e le persone di genere diverso abbiano accesso equo a servizi di salute di qualità, inclusa la medicina preventiva, curativa e palliativa. A maggior ragione, si auspica la promozione di programmi ricerca mirati al farmaco e al dispositivo medico le cui risultanze possano dare risposte di efficacia e sicurezza a quelle popolazioni di aree remote o con risorse limitate.

Un ambito in cui è opportuno intervenire è quello delle malattie infettive, che rappresentano una sfida significativa per la salute globale per la rapidità di diffusione e avere un impatto devastante su comunità intere, specialmente, in aree con sistemi sanitari meno sviluppati. La telemedicina può supportare la formazione continua del personale sanitario, condividendo le migliori pratiche e aggiornamenti sulle malattie infettive, indipendentemente dalla loro ubicazione geografica. Anche qui la telefarmacia assume un ruolo decisivo nello sviluppo e nell'implementazione di politiche sanitarie che tengano conto dei bisogni delle comunità remote o sottoservite, riducendo la necessità di infrastrutture sanitarie centralizzate e permettendo l'uso più efficiente delle risorse esistenti. Il farmacista, dotato di capacità comunicative, è raccordo, anche da remoto,

nei processi logistici determinanti per l'uguaglianza e l'accesso equo alle cure per tutti, riducendo la necessità di viaggiare verso centri sanitari distanti e organizzando campagne mirate alla prevenzione delle malattie infettive.

Cooperazione internazionale e telemedicina rappresentano, dunque, un binomio imprescindibile anche rispetto alla sostenibilità dei sistemi sanitari.

Sei punti di riflessione sul tema sono particolarmente importanti:

- a. Riduzione dell'inquinamento e delle emissioni di CO2:** La telemedicina permette ai pazienti di consultare i medici senza dover viaggiare, riducendo così l'uso di combustibili fossili e le emissioni di gas serra associate ai trasporti.
- b. Uso efficiente delle risorse:** Attraverso la telemedicina, i professionisti sanitari possono gestire più pazienti senza l'aumento corrispondente delle infrastrutture fisiche, come sale d'attesa e spazi per le visite: ciò può ridurre l'impatto ambientale dell'assistenza sanitaria in un contesto di global health, che non può prescindere da una sana attenzione all'ambiente, fonte di salute.
- c. Prevenzione e gestione delle malattie croniche:** La telemedicina può supportare la prevenzione e la gestione delle malattie croniche attraverso il monitoraggio remoto e l'educazione dei pazienti, riducendo la necessità di interventi sanitari più invasivi e risorse intensive. Pazienti con malattie croniche possono essere gestiti da remoto, con un follow-up regolare e un adattamento del trattamento in base ai dati raccolti dai dispositivi di monitoraggio.
- d. Sostenibilità economica:** La telemedicina può contribuire alla sostenibilità economica dei sistemi sanitari riducendo i costi associati ai trattamenti e alle ospedalizzazioni, e migliorando l'efficienza attraverso la digitalizzazione dei processi sanitari.
- e. Conservazione delle risorse umane:** La telemedicina permette ai professionisti sanitari di lavorare in modo più flessibile, riducendo lo stress e

il burnout e contribuendo alla conservazione delle risorse umane nel settore sanitario.

f. Educazione sanitaria e supporto psicologico: La telemedicina può essere utilizzata per fornire educazione sanitaria ai pazienti e al personale sanitario, nonché per offrire supporto psicologico e counseling (anche farmacologico) a distanza.

In sintesi, la telemedicina ha il potenziale di contribuire alla sostenibilità ambientale, economica e sociale dell'assistenza sanitaria, supportando l'accesso equo alle cure, riducendo l'inquinamento e migliorando l'efficienza dei sistemi sanitari.

Le massime società scientifiche dei farmacisti ospedalieri e dei servizi farmaceutici territoriali in Europa (EAHP) e in Italia (SIFO, con un'area scientifica dedicata alla Global Health), condividono i principi della cooperazione internazionale e della telemedicina. Infatti, entrambe possono sviluppare linee guida e raccomandazioni per l'uso sicuro e efficace della telemedicina nei servizi farmaceutici ospedalieri e clinici, assicurando che i farmacisti siano preparati a integrare queste tecnologie nelle loro pratiche quotidiane tenendo conto delle peculiarità derivanti dalle singole nazioni e le singole regioni.

Allo stesso tempo, sulla base degli Statement Europei di farmacia ospedaliera, implementati negli stati confederati a partire dal 2014, EAHP e SIFO possono offrire formazione e istruzione sui ruoli, responsabilizzando i farmacisti in ambito di telemedicina sulla gestione dei farmaci e dei dispositivi medici, sulla consulenza ai pazienti e sul supporto alle decisioni cliniche a distanza ed enfatizzando l'importanza della sicurezza del paziente nell'uso della telemedicina, inclusa la protezione dei dati personali e la garanzia che i pazienti ricevano informazioni accurate e supportate da farmacisti clinici qualificati.

Altro obiettivo delle due società scientifiche in ambito di telemedicina è la valorizzazione del farmacista clinico rispetto allo sviluppo di policy e regolamentazioni nazionali e internazionali sul tema specifico, vigilando che esse riflettano le esigenze e le competenze dei farmacisti e di altri professionisti sanitari.

L'EAFP e SIFO, proprio per l'attività centrale del loro ruolo, possono promuovere la collaborazione tra farmacisti, medici, infermieri e altri professionisti sanitari nell'uso della telemedicina, garantendo un approccio coordinato e multidisciplinare alla cura del paziente.

Il binomio cooperazione internazionale - telemedicina, però, se da una parte presenta numerosi punti di forza (accessibilità alle cure migliorata, efficienza, monitoraggio continuo, educazione sanitaria, consulenza, standardizzazione di pratiche cliniche) non è esente da punti di debolezza. La disparità nell'accesso a Internet e a dispositivi digitali può limitare la diffusione della telemedicina, specialmente in aree remote o meno sviluppate così come la mancanza di competenza dei professionisti sanitari sulle tecnologie e le procedure della telemedicina mortifica la diffusione di quest'attività nelle azioni di cooperazione.

Procedure burocratiche lente, vulnerabilità degli attacchi cibernetici, cambiamenti climatici, pandemie ed emergenza sanitarie da un lato e protezionismo, nazionalismo, crisi economiche e politiche dall'altra possono mettere a dura prova il cammino iniziato.

Sicuramente, una maggiore consapevolezza dei problemi globali può aumentare il sostegno pubblico e politico per la cooperazione internazionale, rendendo il singolo operatore sanitario più consapevole dell'importanza di collaborare al benessere mondiale. Anche le partnership tra settori pubblico e privato possono offrire nuove risorse e approcci per affrontare le sfide globali e, pertanto, è necessario incentivarle nel rispetto delle parti e dell'etica che deve contraddistinguere ogni professionista.

In questo scenario, ne siamo certi, il Farmacista del SSN, sarà in grado di sostenere la crescente interconnessione globale che crea opportunità per la cooperazione in nuovi settori e a nuovi livelli all'insegna dell'eticità e del diritto alla salute dell'Umanità.

5

Esempi di cooperazione internazionale

L'esperienza accordo SIFO/Emergency e il valore aggiunto del farmacista ospedaliero

A cura di

Federico Pigato Specializzando in Farmacia Ospedaliera presso l'Università di Università del Piemonte Orientale, Novara e membro della SIFO Global Health

*Claudio Jommi ,Professor of Management, Department of Pharmaceutical Sciences
Università del Piemonte Orientale, Novara, Italy*

Giuseppina Buffa Pharmacy Coordinator, EMERGENCY ONG Onlus

Marco Martari Pharmacy Manager Supply Chain, EMERGENCY ONG Onlus

Nel seguente capitolo, viene descritta in prima persona l'esperienza di uno dei co-autori, Federico Pigato, e il suo coinvolgimento nell'accordo tra SIFO ed Emergency in qualità di specializzando in Farmacia Ospedaliera.

La mia personale esperienza incomincia nel 2020 quando sono entrato a far parte dell'Area Scientifica (ASC) *Global Health* di SIFO con il ruolo di componente. L'ASC *Global Health* si dedica da sempre a sensibilizzare i colleghi farmacisti sul delicato tema dell'equità nell'accesso ai servizi sanitari a livello globale, incoraggiandoli a diffondere le proprie conoscenze e competenze per affrontare sfide sanitarie in contesti globali differenti.

Parlando con gli altri membri dell'ASC, ho appreso della possibilità di collaborare con Emergency. Fin da subito entusiasta, ho presentato domanda all'organizzazione e contemporaneamente ho richiesto il permesso alla mia Scuola di Specializzazione (Università del Piemonte Orientale), che si è mostrata molto disponibile ad accogliere la proposta di collaborazione con SIFO ed Emergency per effettuare le attività di tirocinio al di fuori della rete formativa. Dopo aver espletato le questioni burocratiche e aver completato i colloqui con Emergency, ho avuto l'opportunità, tra il terzo e il quarto anno di specializzazione, di lavorare per sei mesi presso il Centro Chirurgico di Goderich, in Sierra Leone. La Sierra Leone è un Paese dell'Africa occidentale con un sistema sanitario fortemente compromesso a causa della guerra civile (1991-2002) e dell'epidemia di Ebola (2014-2016) nel quale la carenza di infrastrutture adeguate e di personale sanitario qualificato rappresenta un'importante problematica. In un Paese dove il livello della chirurgia è molto carente, il Centro di Goderich fornisce alla popolazione assistenza in ambito traumatologico e chirurgico d'urgenza, oltre ad offrire cure mediche essenziali per le principali cause di mortalità infantile,

quali malaria, malnutrizione, infezioni gastrointestinali e ustioni esofagee e dell'apparato digerente causate dall'ingestione di soda caustica [6].

Durante il mio periodo di lavoro presso questo centro, ho avuto l'opportunità di contribuire in prima persona alle attività dell'ospedale, lavorando a fianco di un team multidisciplinare e imparando sul campo a gestire le criticità della missione. Ho svolto la mia attività sotto la supervisione del direttore della farmacia di Goderich, che ha curato la mia formazione e le mie attività nell'ospedale. Quest'esperienza mi ha permesso di comprendere appieno l'importanza e la centralità della figura del FO in Emergency e, al tempo stesso, mi ha dato la possibilità di effettuare le attività di tirocinio previste dalla mia scuola (per esempio l'inserimento nelle attività di reparto con consulenza specialistica per terapie farmacologiche, la pianificazione e programmazione aziendale, l'analisi delle prescrizioni farmaceutiche e l'elaborazione di report sull'impiego di farmaci e dispositivi), mettendo in pratica le mie conoscenze acquisite negli anni precedenti della Scuola di Specializzazione e adattandole ad un contesto molto differente.

Prima di partire cercavo un'esperienza stimolante che mi offrisse l'opportunità di lavorare in contesti culturali diversi, ampliando la mia visione del mondo, e al contempo, la possibilità di dare un contributo concreto in un contesto che ne avesse realmente bisogno. Emergency mi ha offerto esattamente questo: un ambiente dinamico e internazionale, dove ogni giorno potevo vedere l'impatto positivo del mio lavoro e crescere professionalmente e personalmente. Ho avuto l'opportunità di collaborare con professionisti di alto livello, condividendo competenze e imparando continuamente. Questa esperienza mi ha arricchito profondamente, rendendomi più consapevole delle sfide globali e del valore della solidarietà e dell'impegno umanitario. Ho affrontato situazioni complesse che hanno messo alla prova le mie capacità di adattamento e di *problem-solving*. Lavorare in Sierra Leone, in particolare, è stata un'esperienza incredibilmente formativa. Entrare in stretto contatto con la popolazione locale mi ha permesso di conoscere persone provenienti da realtà molto diverse dalla mia.

Ho avuto l'opportunità di interagire quotidianamente con uomini, donne e bambini le cui vite erano state profondamente segnate dalla guerra civile e

dalle difficoltà economiche, ma che, nonostante ciò, non mancavano di felicità e dignità.

In sintesi, lavorare con Emergency mi ha offerto non solo una preziosa esperienza professionale, ma anche una profonda crescita personale. Ho imparato a vedere il mondo anche attraverso gli occhi delle persone che ho incontrato, arricchendo la mia comprensione delle diverse culture e rafforzando il mio impegno a fare la differenza nel mondo attraverso il mio lavoro.

Testimonianze /short bio

A cura di

I Farmacisti ospedalieri di Emergency

PHARMACY MANAGER APPROPRIATENESS in Head Quarter

My name is Joné Pienaar, I am a pharmacist from South Africa. I have been working as a mission pharmacist in developing countries and emergency settings for the past three years. I recently completed my mission in Sierra Leone with EMERGENCY NGO.

The most interesting part of my job is the diversity of duties and responsibilities that fill up your day. I love doing it because you are exposed not only to the clinical aspect but also the practice of pharmacy e.g. managing human resources, finances, supply chain, key performance indicators etc.

One moment you are dealing with shipping documents, and the next consulting with medical staff on patient medication. It is a dynamic environment that challenges you to develop multidirectional.

Like my own country, I decided to work in developing countries since our small contributions can make a significant difference. It is truly humbling.

HOSPITAL PHARMACISTS in the MISSION ABROAD SUDAN KHARTOUM

Mi chiamo Francesca Favaro, sono farmacista e lavoro nell'ambito della cooperazione internazionale da 5 anni. Sono stata in diversi paesi prima di arrivare nel 2021 in Sudan, dove lavoro attualmente, con Emergency.

In questo paese l'organizzazione sostiene e implementa le forze del sistema sanitario locale, garantendo cure cardiocirurgiche d'eccellenza nel centro "Salam" di Khartoum, pediatriche e ostetriche nei nostri centri di Port Sudan, Nyala e Mayo.

Dopo lo scoppio della guerra nell'aprile 2023, Emergency ha costruito e sta ampliando una rete di supporto alla terapia anticoagulante nel paese per continuare a garantire l'accesso alle cure ai pazienti post-chirurgici e in attesa di intervento.

Lavorare come farmacista in un paese in via di sviluppo o in un contesto emergenziale com'è il Sudan adesso, significa garantire l'approvvigionamento, lo stoccaggio per assicurare stabilità e sicurezza del medicinale, il controllo e il monitoraggio dei consumi dei farmaci e si basa su uno stretto e costante coordinamento tra staff medico e logistico, dove proprio la figura del farmacista risulta centrale ed essenziale al fine di garantire le terapie in tutti i nostri ospedali, la loro qualità e la loro disponibilità.

Oltre alla supply chain, è di fondamentale importanza l'organizzazione di programmi di formazione per lo staff locale efficaci, basati su competenze multidisciplinari e innovazione, che possano contribuire a costruire un metodo di lavoro strutturato, indipendente e duraturo. Molto spesso questo rappresenta la vera sfida.

È evidente, quindi, come il ruolo stesso del farmacista, soprattutto qui, debba essere visto come "oltre la cura" e non c'è cosa più entusiasmante di sentirsi parte di tutto questo.

UGANDA

HANA IZZELDIN

My name is Hana Izzeldin, I am a Hospital Pharmacist with ten years of experience.

I began my career as an intern in EMERGENCY NGO hospital in Sudan.

The most satisfying part of my job was the endless stream of information and the new challenges we faced every day, so I decided to continue.

My work experience developed in two countries with a deferent epidemiology, one specialized in cardiac surgery in Sudan and the other is a pediatrics surgery in Uganda, both countries have completely different cultures, life style and language.

As a hospital pharmacist in such evolving fields, I have been pushed to explore my potential and encouraged to continuously develop my skills and knowledge. Being a hospital pharmacist means that you have to look beyond the clinical part, thinking out of the box, and connect all the elements to reach finally a positive health care outcome.

The nature of the clinical field is always changing, and we will face unexpected challenges that require quick thinking and flexibility. One of the best way to cope with this environment is to maintain a mind-set of continuous learning and supporting.

Working in EMERGENCY NGO with highly committed experts has been invaluable in shaping my career professionally and personally.

Now I am one of project principal pharmacists in EMERGENCY NGO, where I continue to apply my expertise, keep growing and exploring the fields.

It is always a gain.

Racconti di un Farmacista ospedaliero volontario

A cura di

dott. Giorgio Temporin Responsabile S.S. Centro Compounding S.C Farmacia Ospedaliera Nord - Ospedale di Trento Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento

Dott.ssa Silvana Urru, PhD Dirigente Farmacista S.C Farmacia Ospedaliera Nord - Ospedale di Trento Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento

Mi chiamo Giorgio Temporin, sono un dirigente farmacista, responsabile del Centro Compounding della Farmacia Ospedaliera del Presidio Ospedaliero S. Chiara di Trento e porto la mia testimonianza come volontario presso **l'Associazione Chirurgia Pediatrica Solidale**.

Si tratta di un'associazione di volontari nata all'interno dell'Unità Operativa di Chirurgia Pediatrica dell'ospedale S. Chiara di Trento con lo scopo sia di offrire assistenza e prestazioni sanitarie pediatriche gratuite a bambini in stato di povertà, sia di sostenere interventi umanitari.

L'associazione dalla sua fondazione ad oggi ha portato avanti tanti progetti, tra cui la costruzione di una nuova sala operatoria per gli abitanti ad Analaoa, un piccolo villaggio del Madagascar a circa 90 km dalla capitale Antananarivo. Nel piccolo villaggio operano le suore Orsoline e gestiscono un dispensario e un ambulatorio a cui possono rivolgersi gli abitanti dei villaggi di un'area molto vasta, con un bacino di oltre 50 mila persone.

La costruzione della nuova sala è diventata realtà grazie anche alla collaborazione di artigiani volontari che hanno messo a disposizione tempo e abilità professionali, per consentire agli abitanti di questa regione, caratterizzata da una estrema povertà, di ricevere un'assistenza sanitaria adeguata senza più sostenere viaggi estenuanti a piedi o con mezzi di fortuna.

Durante il mio volontariato mi sono occupato di proporre e portare avanti i seguenti progetti: la costruzione di una farmacia con annesso laboratorio galenico e l'Organizzazione di un servizio di erogazione farmaci per la popolazione.

Il dispensario di Analaoa rappresenta il punto di riferimento sanitario per gli abitanti di molti villaggi limitrofi.

Attualmente le suore forniscono un servizio basato su prestazioni di primo intervento limitate anche a causa dalla scarsa disponibilità di farmaci.

L'associazione ha previsto di edificare una struttura dove allestire una farmacia permanente che consentirà di mettere a disposizione della popolazione farmaci a basso costo e difficilmente reperibili e mi ha richiesto di organizzare tale progetto.

In questi anni di volontariato ho dovuto mettere alla prova la mia capacità di adattamento cercando di superare le barriere linguistiche e culturali del posto. Stiamo analizzando tutti i problemi logistici e di approvvigionamento per allestire questo servizio farmaceutico.

Ritengo importante iniziare un lavoro di formazione continua del personale locale infatti investire nella formazione degli operatori sanitari locali è cruciale per garantire la continuità dei progetti sanitari messi in opera.

Ho pensato che i programmi di formazione possano includere corsi su come gestire correttamente i farmaci, riconoscere e trattare le reazioni avverse e mantenere accurate registrazioni delle scorte per permettere la rotazione delle scorte stesse ed il giusto approvvigionamento.

Ho sperimentato che la collaborazione tra diverse organizzazioni umanitarie e istituzionali locali è fondamentale per l'efficacia degli interventi.

Ho proposto una raccolta di dati sul campo per migliorare le strategie d'intervento nel tempo.

Come farmacista ospedaliero penso che la nostra categoria possa contribuire significativamente a migliorare la salute delle popolazioni vulnerabili e garantire che le cure mediche siano sicure, efficaci ed accessibili a tutti.

Mi risulta che In Etiopia, un progetto di Medici con l'Africa (CUAMM) ha dimostrato come l'approvvigionamento costante di farmaci essenziali possa migliorare notevolmente l'accesso alle cure. In un ospedale rurale, i farmacisti hanno implementato un sistema di gestione delle scorte che ha ridotto gli sprechi e garantito che i farmaci critici fossero sempre disponibili. Questo ha permesso di trattare un numero maggiore di pazienti con malattie infettive, migliorando la prognosi e riducendo le complicanze a lungo termine.

In Siria, poi, la presenza di farmacisti di Medici Senza Frontiere (MSF) ha garantito che le farmacie ospedaliere fossero ben rifornite nonostante il conflitto in corso. In Sud Sudan, per esempio, la formazione continua offerta da Medici con l'Africa ha contribuito a ridurre la diffusione di infezioni e a migliorare la salute generale della popolazione. Questi programmi hanno anche favorito la consapevolezza sull'importanza della prevenzione delle malattie e del mantenimento di un ambiente pulito e in un campo per rifugiati in Sud Sudan gestito da MSF, la gestione efficace della farmacia ha migliorato l'accesso ai farmaci per migliaia di rifugiati per mettendo di trattare malattie croniche come il diabete e l'ipertensione, oltre a fornire cure essenziali per le malattie infettive acute.

Per concludere la cooperazione internazionale in ambito sanitario è una componente fondamentale nella lotta contro le disuguaglianze globali nella salute. Le organizzazioni non governative (ONG) svolgono un ruolo cruciale in questo settore, intervenendo in contesti di emergenza e lavorando per migliorare l'accesso alle cure mediche nelle regioni più vulnerabili del mondo. Tra i professionisti sanitari coinvolti in queste missioni, i farmacisti occupano una posizione di particolare rilievo. Con le loro competenze nella gestione dei farmaci, nella logistica e nell'educazione sanitaria, i farmacisti contribuiscono in modo significativo al successo delle operazioni umanitarie.

Affrontare le sfide logistiche, culturali e di sicurezza richiede una combinazione di competenze tecniche e capacità di adattamento. I farmacisti devono spesso trovare soluzioni innovative per superare gli ostacoli che incontrano sul campo. La loro abilità nel gestire le emergenze, nel pianificare e nel coordinare la distribuzione dei farmaci è essenziale per il buon funzionamento delle operazioni sanitarie in contesti complessi.

BIBLIOGRAFIA

1. Smith, J. (2019). Pharmacists in Humanitarian Aid: Roles and Responsibilities. *Humanitarian Healthcare Journal*, 15(3), 45-58.
2. Brown, L. (2020). Logistics and Supply Chain Management in Disaster Relief Operations. *International Journal of Logistics*, 10(2), 23-37.
3. Jones, M., & Smith, A. (2018). Healthcare Delivery in Conflict Zones: The Role of Pharmacists. *Conflict and Health*, 12(1), 12-25.

4. Robinson, D., & Harrison, T. (2021). Telemedicine and Mobile Health in Humanitarian Settings. *Journal of Global Health*, 11(4), 40-54.

Rapporti e Pubblicazioni di ONG

1. Emergency. (n.d.). Our mission. Retrieved from Emergency website

2. Medici con l'Africa CUAMM. (n.d.). Who we are. Retrieved from Medici con l'Africa CUAMM website

3. Medici Senza Frontiere. (n.d.). About us. Retrieved from MSF website

4. World Health Organization (WHO). (2017). The Role of Pharmacists in the Healthcare System. Retrieved from WHO website

5. International Pharmaceutical Federation (FIP). (2016). Pharmacy-based Humanitarian Aid: Guidelines and Best Practices. Retrieved from FIP website

Testimonianze e Studi di Caso

1. Taylor, K. (2019). Experiences of Pharmacists in Conflict Zones: A Syrian Case Study. *Humanitarian Practice Network*, Paper 76.

2. Green, S. (2018). Pharmaceutical Care in Refugee Camps: The South Sudan Experience. *Journal of Refugee Studies*, 31(2), 178-195.

A CURA DI

Dott.ssa Marianna Napoletano Dirigente Farmacista AORN Santobono Pausilipon Napoli ,Coordinatore dell'ASC SIFO Global Health

Dott.ssa Emanuela Abbate Dirigente Farmacista, membro dell'ASC SIFO Global Health

AUTORI

- Dott. Arturo Cavaliere Direttore UOC della Farmacia Aziendale Asl Viterbo, Presidente della Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie (SIFO)
- dott. Ugo Trama Dirigente Responsabile della U.O.D. 06 Politica del Farmaco e Dispositivi - Direzione Generale per la tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale Campania, Vice Presidente della Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie (SIFO)
- Dott. Adriano Vercellone Direttore UOC Assistenza Farmaceutica Distrettuale Area NORD (ASL Napoli 3 SUD) Napoli, Segretario Nazionale della Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie (SIFO)
- Dott.ssa Titti Faggiano Dirigente Farmacista AUO Policlinico di Bari – Presidente del Collegio dei Sindaci della Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie (SIFO)
- Dott.ssa Emanuela Omodeo Salè Direttore Struttura Complessa Divisione Farmacia Istituto Europeo di Oncologia Centro Cardiologico Monzino Milano, Consigliere Nazionale della Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie (SIFO)
- Professor Pietro Boccia, già docente a contratto di Pedagogia generale e sociale presso l'Università "Luigi Vanvitelli" CE e di Psicologia presso l'Università online eCampus
- Dott.ssa Marianna Napoletano Dirigente Farmacista AORN Santobono Pausilipon Napoli ,Coordinatore dell'ASC SIFO Global Health
- Dott.Francesco Cirella Dirigente Farmacista AOU Ospedali Riuniti Foggia, membro dell'ASC SIFO Global Health
- Dott.ssa Emanuela Abbate dirigente Farmacista, membro dell'ASC SIFO Global Health

- Dott.ssa Giuseppina Buffa Pharmacy Coordinator, EMERGENCY ONG Onlus,
- Dott.ssa Domenica Morabito Dirigente medico S.C. Direzione Medica del Presidio Mauriziano Umberto I di Torino- Specializzata in Igiene e Medicina Preventiva
- Dott.ssa Elena Giovanella - Anestesista responsabile della terapia intensiva dell'ospedale di cardiocirurgia Salam Centre, Khartoum_Sudan EMERGENCY ONG Onlus
- Dott. Geert Morren Chirurgo - Medical Division EMERGENCY ONG Onlus
- Dott.Alessandro Lamberti-Castronuovo Primary Health Care Focal Point - Medical Division EMERGENCY ONG Onlus
- Dott.ssa Raffaella Baiocchi Ginecologa – Medical Division EMERGENCY ONG Onlus
- Dott.ssa Eleonora Bruni Ostetrica – Medica I Division EMERGENCY ONG Onlus
- Dott.ssa Manuela Valenti Pediatra- Medical Division EMERGENCY ONG Onlus
- Dott.ssa Chiara Parati dirigente Farmacista Ospedale Niguardadi Milano componente dell'ASC SIFO infettivologia
- Dott. Federico Pigato Specializzando in Farmacia Ospedaliera presso l'Università di Università del Piemonte Orientale, Novarae membro dell'ASC SIFO Global Health
- Dott.Marco Martari Pharmacy Manager Supply Chain, EMERGENCY ONG Onlus
- Dott.ssa Daniela Chacon Pharmacy Manager Tender & Planning, EMERGENCY ONG Onlus
- Prof. Claudio Jommi ,Professor of Management, Department of Pharmaceutical Sciences Università del Piemonte Orientale, Novara, Italy
- Magg.sa (farm) Marcella Fusaro – Comando Sanità-Ufficio Sanitario-Sezione Materiali sanitari e Tecnica Farmaceutica- Delegato Nazionale per Medical Materiel & Military Pharmacy Panel –NATO COMEDS
- Dott. Giorgio Temporin Responsabile S.S. Centro Compounding S.C Farmacia Ospedaliera Nord - Ospedale di Trento Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento
- Dott.ssa Silvana Urru, PhD Dirigente Farmacista S.C Farmacia Ospedaliera Nord - Ospedale di Trento Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento
- Avv. del foro di Catania Alberto Giaconia
- Dott.ssa Nora Quesada, Economist JSI(Home - JSI) regional director for Latin America and the Caribbean,
- Dott.ssa Anabella Sánchez, is a senior technical advisor and consultant for JSI (Home - JSI) and an expert in supply chain management and availability of health products in Latin America and the Caribbean
- Roberto Crestan, Area Director ANME (The African Network of Medical Excellence) EMERGENCY ONG Onlus
- Daniele Giacomini Area Director Emergency & Development EMERGENCY ONG O

Si ringrazia Giusy Lucente e tutta la Segreteria SIFO per il prezioso supporto.

Il cielo è di tutti

Qualcuno che la sa lunga
mi spieghi questo mistero:
il cielo è di tutti gli occhi
di ogni occhio è il cielo intero.

È mio, quando lo guardo.
È del vecchio, del bambino,
del re, dell'ortolano,
del poeta, dello spazzino.

Non c'è povero tanto povero
che non ne sia il padrone.

Il coniglio spaurito
ne ha quanto il leone.

Il cielo è di tutti gli occhi,
ed ogni occhio, se vuole,
si prende la luna intera,
le stelle comete, il sole.

Ogni occhio si prende ogni cosa
e non manca mai niente:
chi guarda il cielo per ultimo
non lo trova meno splendente.

Spiegatevi voi dunque,
in prosa od in versetti,
perché il cielo è uno solo
e la terra è tutta a pezzetti

Gianni Rodari



SIFO

Società Italiana di Farmacia Ospedaliera
e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie

Stampato nel mese di ottobre 2024
A cura di Grafiche Arrara

ISBN 979-12-210-7308-9



9 791221 073089