

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI GENOVA
SCUOLA DI SCIENZE MEDICHE E FARMACEUTICHE
CORSO DI LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA



**Karibu muganga: un viaggio dalla medicina territoriale in Burundi
alla medicina generale in Italia. Analogie e differenze.**

Relatore: Professor Luca Pestarino

Candidata: Anna Parodi

Correlatore: Professor Andrea Stimamiglio

Anno Accademico 2023/2024

*"Per ogni cosa c'è il suo momento,
il suo tempo per ogni faccenda sotto il cielo."
Zoèlet 3.1*

SOMMARIO

Introduzione	4
Materiali e metodi	6
Capitolo 1: Sistemi Sanitari a confronto.....	11
La medicina generale in Italia	11
La medicina territoriale in Burundi	15
Punti di contatto e punti di divergenza	20
Capitolo 2: Quali pazienti?.....	23
Sesso ed età	26
Luoghi di provenienza.....	34
Motivi della visita.....	36
Capitolo 3: Quale operatore sanitario?.....	43
Accoglienza	45
Processo diagnostico	46
Terapia.....	49
Rapporto operatore sanitario-paziente.....	54
Conclusioni	59
Considerazioni personali	63
Bibliografia	66
Sitografia.....	69
Ringraziamenti	70

INTRODUZIONE

Lo studio nasce dalla curiosità scaturita dopo un primo viaggio in Burundi, in cui ho avuto un rapido contatto con la sanità del posto. La voglia di approfondire alcuni temi mi ha portata una seconda volta in Burundi, dove ho potuto vedere più da vicino la realtà di un Centre de Santé.

Da questo nasce l'idea di confrontare la medicina generale di quel Paese dell'Africa con quella dell'Italia, allo scopo di individuare quali sono gli aspetti simili e divergenti, i punti di forza e di debolezza, le caratteristiche della pratica medica utili a garantire un'assistenza di prossimità ed efficace.

Non ultimo, il desiderio di capire se sono presenti differenze di approccio del paziente alla medicina e nel rapporto medico-paziente.

Con riferimento ai dati del Fondo Monetario Internazionale del 2022, da una parte l'Italia, nona economia, con un Prodotto Interno Lordo di 2,1 trilioni di dollari, dall'altra il Burundi, in posizione 159, con un Prodotto Interno Lordo di 3 miliardi. Il Burundi è considerato il Paese più povero del Mondo, con un PIL pro capite di circa 308 dollari e si trova al centottantasettesimo posto nella classifica dell'Indice di Sviluppo Umano stilata dalle Nazioni Unite nel 2022 (1 p. 237-314).

Diversi i Sistemi Sanitari Nazionali, la cultura, la conformazione territoriale, la storia ed i mezzi a disposizione. Mondi lontani, in cui gli operatori sanitari si trovano a lavorare in una complessità di elementi, che sono, o possono sembrare, differenti.

In una prima parte dello studio vengono presi in esame i Sistemi Sanitari Nazionali dei due Paesi, rifacendosi in particolar modo alle normative e all'organizzazione della medicina generale/territoriale.

Successivamente vengono presentate le caratteristiche epidemiologiche degli utenti che si rivolgono alle strutture sanitarie, specificando l'età, il sesso, i luoghi di provenienza, ma anche le loro richieste, le loro aspettative, i loro bisogni.

La terza parte si concentra su alcuni aspetti dell'azione dell'operatore sanitario: l'accoglienza del paziente, il processo diagnostico, il trattamento terapeutico, l'importanza della comunicazione e del rapporto che si crea tra il paziente e l'operatore sanitario.

Questo lavoro è stato possibile grazie al periodo trascorso nell'ambulatorio di medicina generale del Professor Luca Pestarino, a Genova Rivarolo, nel mese di gennaio 2024, e all'accoglienza nel "Centre de Santé" (d'ora in avanti CdS) a Mutoyi in Burundi, stato dell'Africa orientale nel mese di ottobre

2023. In entrambe le strutture ho potuto osservare da vicino e sperimentare le modalità di lavoro, oltre a raccogliere i dati necessari.

L'ambulatorio di Medicina Generale si trova nel Comune di Genova, in Liguria, nella Asl 3 Genovese nel Distretto Socio-Sanitario 10 della Valpolcevera e Valle Scrivia, nell'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) n. 10, (Figura 1) (2 p. 5-6). I medici all'interno di una AFT sono connessi tra loro mediante una struttura informatico-telematica di collegamento tra le schede sanitarie individuali degli assistiti che consente l'accesso di



FIGURA 1: LIGURIA, TERRITORIO ASL 3 GENOVESE, SUDDIVISIONE IN DISTRETTI SOCIO-SANTARI

ogni medico della AFT a informazioni cliniche degli assistiti degli altri medici per una efficace presa in carico e continuità delle cure.

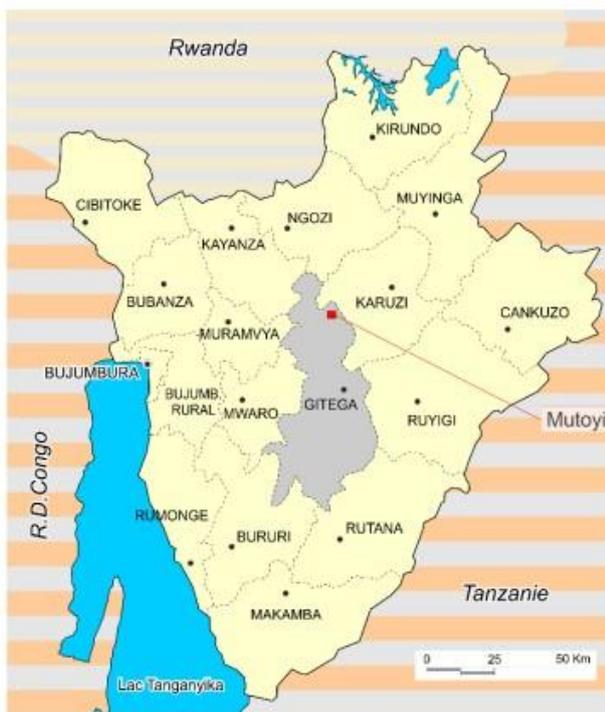


FIGURA 2: BURUNDI, CENTRE DE SANTÉ DI MUTOYI

Le Centre de Santé di Mutoyi (Figura 2) si trova nella provincia di Gitega, nel Distretto Sanitario di Mutaho, comprendente 236.484 persone (dati 2022). Nato nel 1973 come CdS, nel tempo si è sviluppato e attualmente, vicino ad esso, è presente una struttura che dal 2003 è riconosciuta come Ospedale di riferimento primario, per questo alcune funzioni svolte dai CdS sparsi per le colline, come la Piccola Chirurgia o la sala parto, a Mutoyi sono svolte direttamente dall'Ospedale. Si trova in una zona fertile e perciò la densità di popolazione è elevata. Il bacino di utenza è costituito all'incirca dagli abitanti del Distretto (3 p. 1-14).

MATERIALI E METODI

Dal 11 ottobre 2023 al 11 novembre 2023 sono stata ospitata presso il CdS di Mutoyi in Burundi, dove ho alternato un affiancamento presso l'ambulatorio delle visite mediche e della piccola chirurgia ad una ricerca e raccolta dati epidemiologici. Ho avuto l'opportunità anche di visitare alcuni CdS statali, in altri distretti sanitari, dai quali non ho però potuto recuperare dati per la privacy dei pazienti, ma che mi ha aiutato a capire meglio il funzionamento dei CdS.

Le informazioni riguardanti i pazienti e le procedure che su di loro vengono effettuate vengono raccolte in appositi registri cartacei.

Un primo registro denominato "Registre accueil" (registro d'accoglienza) viene compilato da un operatore sanitario all'ingresso di ciascun paziente. Su di esso vengono annotate le seguenti informazioni:

- N. paziente;
- Nome e cognome;
- Comune di provenienza;
- Collina di provenienza;
- Sotto collina di provenienza;
- Et ;
- Sesso;
- Capo famiglia (nome e cognome);
- Motivo della visita.

All'uscita del paziente viene compilato un altro registro ("Registre de la consultation curative - adultes"). In questo caso   presente un registro per i bambini sotto i cinque anni e uno per tutti gli altri, questo perch  quello dei bambini servir  per avere i rimborsi dallo stato. Su tale registro vengono annotate le seguenti informazioni:

- o N. paziente;
- o Nome e cognome;
- o Et ;
- o Classe d'et ;
- o Sesso;
- o Peso;
- o Provenienza del paziente;

- Abitudini alimentari: consumo di alcol, fumo;
- Parametri e segni clinici;
- Febbre;
- Screening TBC;
- Altre patologie: epatite virale, meningite;
- Esami ematochimici richiesti e risultati;
- Donna in postpartum e data del parto;
- Donna incinta e settimana di amenorrea;
- Diagnosi;
- Terapia;
- Piccola chirurgia: sutura, estrazione dentale, incisione, drenaggio di ascesso;
- Costo e pagamento o esenzione;
- Destinazione: dimissione, osservazione nel CdS, ospedalizzazione con o senza ambulanza, decesso.

Si è deciso di prendere a riferimento i dati riguardanti il primo quadrimestre del 2022, considerando i mesi di gennaio, febbraio, marzo ed aprile rappresentativi per stagionalità e rappresentatività di accessi.

Tra i dati disponibili sono stati scelti quelli più significativi per lo studio, così sintetizzati:

- Età:
 - 15-39 anni;
 - 40-64 anni;
 - 65-74 anni;
 - 75-84 anni;
 - > 85 anni.
- Sesso;
- Provenienza:
 - AR: territorio di responsabilità del CdS;
 - HAR: territorio al di fuori della responsabilità del CdS, ma nel Distretto Sanitario;
 - HC: territorio al di fuori del Comune del CdS, ma nel Distretto Sanitario;
 - HD: territorio al di fuori dal Distretto Sanitario, ma nella stessa Provincia;
 - HP: territorio al di fuori dalla Provincia, ma in Burundi;
 - HB: territorio fuori dal Burundi.
- Ambiti clinici: per i quali si è deciso di utilizzare la classificazione ICD-9;

- Risposta:
 - terapia farmacologica;
 - esami richiesti;
 - dimissione;
 - piccola chirurgia;
 - ospedalizzazione.

È stato creato un foglio Excel per la raccolta dei dati, di seguito riportato.

Giorno	N. pz tot	N. pz <5	N. pz 5-15	N. pz adulti	Età (anni)					Sesso		Provenienza							
					15-39	40-64	65-74	75-84	>85	F	M	AR	HAR	HC	HD	HP	HB		
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			
26																			
27																			
28																			
29																			
30																			
31																			

I registri sono in francese, ma la compilazione da parte dell'operatore sanitario è a volte influenzata dal kirundi. Inoltre, i registri vengono compilati in fretta, spesso utilizzando abbreviazioni, con scritture non sempre di facile interpretazione.

Per questo è stato necessario e fondamentale nella prima settimana l'affiancamento del dipendente amministrativo del CdS, il quale, in francese, ha aiutato a comprendere soprattutto quelle parti dove la scrittura lasciava spazio a dubbi.

I dati provenienti dal Burundi sono stati confrontati con i dati recuperati in Italia.

Le informazioni riferite all'Italia sono state fornite da Health Serch, l'unità di ricerca della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie.

Il gruppo scelto per il confronto comprende i pazienti che si sono recati negli ambulatori dei medici di medicina generale che sono ricercatori del network nell'anno 2022. L'area geografica presa in esame è quella del Nord Italia, per avere una popolazione campione delle stesse dimensioni di quella africana e al suo interno abbastanza omogenea per caratteristiche epidemiologiche tra le varie zone, comprendente anche l'ambulatorio frequentato.

CAPITOLO 1: SISTEMI SANITARI A CONFRONTO

L'operatore sanitario, a seconda del proprio ruolo e delle proprie competenze, si trova a lavorare all'interno di una organizzazione più ampia, che lo mette in relazione con altri professionisti, con strutture e con istituzioni, che hanno l'obiettivo comune di fornire un'assistenza sanitaria a tutela della salute del singolo e di tutta la popolazione.

Il Sistema Sanitario può influenzare, fino anche a condizionare, le scelte dell'operatore, che si trova a fare i conti con burocrazia, tempi risicati e risorse limitate.

È importante dunque effettuare un breve excursus riguardante i Sistemi Sanitari dei due Paesi, facendo riferimento in particolar modo alla medicina generale.

La medicina generale in Italia

L'Italia ha un'estensione di 302.068,26 km², con una popolazione generale di 59.037.474 abitanti nel 2022. (4)

Il Servizio sanitario nazionale (SSN) è un sistema di strutture e servizi che è stato istituito nel 1978 con la legge 833, allo scopo di garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l'accesso universale all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie, in attuazione dell'art.32 della Costituzione, che recita:

"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana". (5)

I principi fondamentali (6) su cui si basa il SSN sono:

- **Universalità:** le prestazioni sanitarie sono estese a tutta la popolazione. La salute è intesa non soltanto come bene individuale, ma come risorsa della comunità. Nella pratica si applica questo principio attraverso la promozione, il mantenimento e il recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, con una organizzazione capillare sul territorio nazionale i cui servizi sono erogati dalle Aziende sanitarie locali, dalle Aziende ospedaliere e da strutture private convenzionate con il SSN. Tutti garantiscono, in modo uniforme, i Livelli essenziali di assistenza (LEA) alla popolazione.

- **Uguaglianza:** i cittadini accedono alle prestazioni del SSN senza nessuna distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche. Ai cittadini che non appartengono a categorie esenti è richiesto il pagamento di un ticket che varia per ogni singola prestazione prevista dai LEA.
- **Equità:** a tutti i cittadini è garantita parità di accesso in rapporto a uguali bisogni di salute. Il fine è di superare le diseguaglianze di accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie. È necessario garantire a tutti qualità, efficienza, appropriatezza e trasparenza del servizio e delle prestazioni, fornendo, da parte del medico, infermiere e operatore sanitario, una comunicazione corretta sulla prestazione necessaria per il cittadino e adeguata al suo grado di istruzione e comprensione (consenso informato, presa in carico).

La persona è posta al centro e può esercitare una serie di diritti che rappresentano dei doveri per tutti gli operatori sanitari. Essi sono:

- libertà di scelta del luogo di cura;
- diritto a essere informato sulla malattia;
- diritto a essere informato sulla terapia e opporsi o dare il consenso;
- diritto del paziente di “essere preso in carico” dal medico o dall’equipe sanitaria durante tutto il percorso terapeutico;
- diritto alla riservatezza;
- dovere della programmazione sanitaria di anteporre la tutela della salute dei cittadini a tutte le scelte, compatibilmente alle risorse economiche disponibili.

I livelli istituzionali (7) del Sistema Sanitario sono:

- **livello centrale – Stato:** il Governo, su proposta del Ministero della Salute, redige il Piano Sanitario Nazionale con validità triennale, nel quale sono delineate le linee generali di indirizzo e le modalità di realizzazione delle attività sanitarie. Definisce le aree prioritarie di intervento, i Livelli Essenziali di Assistenza sanitari (LEA), la quota di finanziamento assicurata alle Regioni per ciascun anno di validità del piano, le esigenze e indirizzi per la formazione del personale, le linee guida per i percorsi diagnostici-terapeutici, i criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza effettivi rispetto a quanto previsto.
- **livello regionale – Regioni:** il Consiglio Regionale adotta il Piano Sanitario Regionale, di validità triennale, che delinea gli interventi finalizzati a garantire gli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi sulle specifiche esigenze della popolazione e su indirizzo del Piano

Sanitario Nazionale. Gli obiettivi sono quelli di tutelare la salute e migliorare la qualità della vita dei cittadini, mediante lo sviluppo di rete di servizi sul territorio regionale, per incrementare il numero e la qualità delle prestazioni, per razionalizzare la distribuzione equilibrata di servizi sul territorio e per aumentare efficienza ed efficacia. Le Regioni hanno la responsabilità sulla spesa e sul raggiungimento degli obiettivi di salute del Paese. Inoltre, hanno il ruolo di soggetto proprietario di Aziende sanitarie pubbliche, Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere. Definiscono il programma e gli obiettivi assegnati alle Aziende Sanitarie, garantendo i livelli di assistenza ai cittadini residenti sul territorio regionale.

- **livello locale – Aziende:** viene redatto il Piano Attuativo Locale, che è il principale documento aziendale per la programmazione a medio termine in cui convergono i bisogni di salute della popolazione residente (analisi domanda), le condizioni operative dell'azienda e le istanze di innovazioni aziendali.

Comprende:

- *Aziende Ospedaliere o Ospedaliere Universitarie:* ospedali di rilievo nazionale o interregionale, di alta specialità.
- *Aziende Sanitarie Locali:* articolazioni territoriali del Sistema Sanitario Nazionale costituite da strutture quali Presidi ospedalieri, Distretti e Dipartimenti. Tutelano la salute della popolazione residente sul loro territorio, garantendo i livelli di assistenza. Gestiscono i propri Presidi Ospedalieri e Servizi Territoriali perseguendo un equilibrio tra remunerazione di prestazioni e costi di gestione. Producono e acquistano prestazioni con accordi di fornitura con Aziende Ospedaliere, IRCCS e Strutture Private Accreditate e altri soggetti convenzionati, tra i quali i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta.

I distretti sono l'articolazione territoriale ed organizzativa per le attività finalizzate a garantire l'assistenza sanitaria sul territorio, attraverso una gestione integrata di risorse della Azienda Sanitaria Locale e degli Enti Locali. È un dovere integrare l'assistenza sanitaria e quella sociale, in modo da favorire una sinergia tra prestazioni sanitarie e protezione sociale. La loro missione è di governare ed orientare l'utilizzo delle risorse, di produrre servizi sanitari, di soddisfare i bisogni di salute e di curare i rapporti con le Amministrazioni locali, le associazioni di volontariato, le organizzazioni sindacali, le organizzazioni non a scopo di lucro (ONLUS) e i singoli cittadini.

Il dipartimento delle cure primarie è la forma organizzativa specifica per la produzione di assistenza sanitaria di base (medici di medicina generale, pediatri, guardia medica), di assistenza farmaceutica (farmaceutica convenzionata, erogazione diretta dei farmaci), di assistenza integrativa (assistenza ai pazienti diabetici e celiaci), di assistenza specialistica

ambulatoriale (radiologia, laboratorio e visite specialistiche), di assistenza protesica (ausili protesici, sacche, stomie, cateteri), di assistenza termale, di assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale (ad anziani e disabili), di assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale (in strutture). I servizi del dipartimento delle cure primarie si integrano con quelli del dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, del dipartimento di Sanità Pubblica e degli Ospedali aziendali.

La figura del **Medico di Medicina Generale** (8) nasce in Italia nel 1978 con la legge 833 nell'ambito dell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale italiano e sostituisce la precedente figura del medico della mutua e del medico condotto. Il medico convenzionato, che nelle sue funzioni di assistenza primaria è un pubblico ufficiale, è un libero professionista incaricato di pubblico servizio in base ad un contratto collettivo con la pubblica amministrazione stipulato ai sensi dell'art.8 del D. lgs 502/92.

Il medico di medicina generale ha il ruolo di garantire l'assistenza sanitaria ai pazienti a lui iscritti, tra i cittadini italiani, comunitari ed extracomunitari con regolare permesso di soggiorno residenti nel territorio, promuovendo e salvaguardando la salute in un rapporto di reciproca fiducia e rispetto.

Ogni cittadino può scegliere liberamente il medico nell'ambito territoriale di appartenenza fra quelli che hanno disponibilità di scelte.

Il medico svolge la sua attività nel proprio ambulatorio, che è uno studio privato, destinato allo svolgimento di un pubblico servizio, con orario ad accesso libero o su appuntamento. Nello studio medico si ascoltano i bisogni dei pazienti, vengono effettuate visite mediche, si prescrivono farmaci e accertamenti, si richiedono visite specialistiche o ricoveri ospedalieri e si redigono certificati.

Nelle ore notturne e nei giorni prefestivi e festivi l'attività del medico di medicina generale è vicariata dal Servizio di Continuità Assistenziale.

Il medico di medicina generale assicura gratuitamente ai propri assistiti le seguenti prestazioni:

- Visite ambulatoriali presso il proprio studio.
- Visite domiciliari in caso d'intrasportabilità dell'assistito.
- Prestazioni successivamente remunerate dal SSN, quali: medicazioni, vaccinazioni, fleboclisi, terapia endovenosa, applicazione o rimozione di punti di sutura, cateterismo maschile e femminile, tamponamento nasale anteriore, iniezioni sottocute.
- Prescrizione di farmaci.

- Richieste di consulenze specialistiche, accertamenti diagnostico-strumentali e analisi ematochimiche sia per una prima diagnosi che per seguire nel tempo gli assistiti con patologie croniche.
- Proposte di ricovero ordinario.
- Certificati per malattia per lavoratori dipendenti del settore pubblico e privato.
- Certificati d'idoneità sportiva in ambito scolastico.
- Certificazioni per la concessione di ausili/presidi per riduzione/perdita autosufficienza.
- Vaccinazioni nelle campagne di prevenzione.

Il medico di medicina generale opera all'interno delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT). Esse sono forme organizzative monoprofessionali che perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda.

Le AFT condividono percorsi assistenziali e garantiscono l'assistenza per l'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana ad una popolazione non superiore a 30.000 abitanti.

L'istituzione della AFT garantisce la diffusione capillare dei presidi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria.

I compiti essenziali della AFT sono: assicurare l'erogazione a tutti i cittadini che ad essa afferiscono dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA), nonché l'assistenza ai turisti; realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, estesa all'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente; garantire la continuità dell'assistenza.

La medicina territoriale in Burundi

Il Burundi ha un'estensione di 27.834 km², con una popolazione generale di 12.889.576 abitanti nel 2022. (4)

Il diritto alla Salute è riconosciuto dalla Costituzione della Repubblica del Burundi del giugno 2018 che enuncia:

“Lo Stato riconosce ai cittadini il diritto alla Salute e lavora per promuoverlo”. (9)

Il settore sanitario è disciplinato dal Decreto n.100/093 dell'11 novembre 2020, riguardante l'organizzazione e il funzionamento del Ministero della Sanità Pubblica e sulla lotta contro l'AIDS.

Il Sistema Sanitario ha un'organizzazione piramidale (10 p. 9-11) ed è articolato su quattro livelli:

- **Livello comunitario:** comprende associazioni locali, operatori sanitari della comunità, comitati sanitari, assistenti al parto tradizionali, guaritori tradizionali. Funge da ponte tra la comunità e il centro sanitario.



FIGURA 3: BURUNDI, DIVISIONE DISTRETTI SANITARI

- **Livello periferico:** è composto da 48 Distretti Sanitari (Figura 3) e costituisce il livello operativo del Sistema Sanitario, il ruolo è quello di coordinare l'azione sanitaria e supervisionare le attività della comunità.

- **Livello intermedio:** è un livello decentrato del Ministero, comprende 18 Uffici provinciali sanitari che hanno l'obiettivo di garantire l'attuazione della politica sanitaria nella loro area di competenza.

- **Livello centrale:** comprende l'Ufficio del Ministro, il Segretariato Permanente, l'Ispettorato Generale della Sanità Pubblica e della Lotta contro l'AIDS, quattro Direzioni Generali centrali (Servizi

Sanitari, Risorse, Pianificazione, Offerte di Assistenza), quattro Direzioni Generali con gestione personalizzata.

L'organizzazione della cura comprende:

- **Livello comunitario:** cure preventive e promozionali, gestione di alcune patologie tra cui la malaria semplice, la diarrea, la polmonite.
- **Posto di Assistenza:** entità di base che costituisce il punto di ingresso in una struttura sanitaria dove si svolgono servizi promozionali, preventivi e curativi a livello comunitario.
- **Centro di Sanità:** rappresenta il secondo livello di accesso alla rete sanitaria, offre il pacchetto di assistenza sanitaria primaria. Secondo l'annuario 2020, ci sono 1.182 CdS di cui 657 CdS pubblici, 340 CdS privati, 145 CdS approvati e 40 CdS associativi (Figura 4).

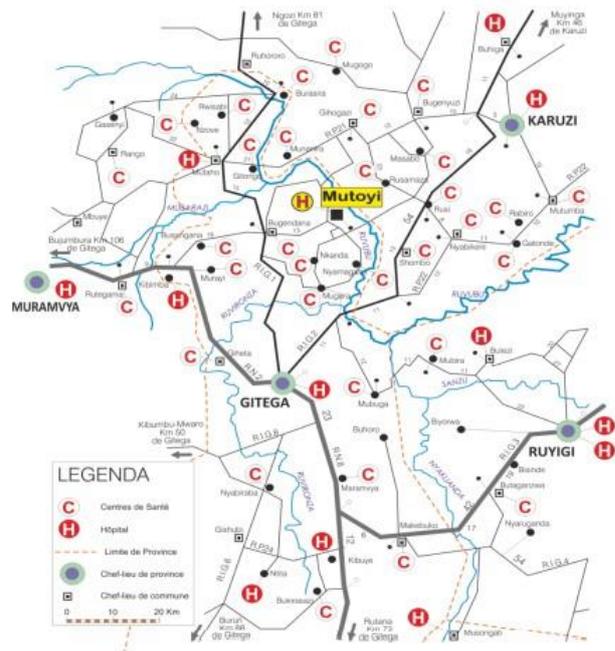


FIGURA 4: CENTRES DE SANTÉ

- **Ospedale comunale:** è il primo livello di riferimento per i pazienti provenienti dai CdS dello stesso Comune.
- **Ospedale distrettuale:** è il secondo livello di riferimento per i pazienti degli ospedali comunali. Ci sono ospedali pubblici, religiosi e privati.
- **Ospedale regionale:** è definito come un terzo livello di riferimento che riceve pazienti degli ospedali distrettuali, funziona come un ospedale distrettuale.
- **Ospedale nazionale:** costituisce il vertice della rete sanitaria e offre servizi specializzati.

Nonostante la salute sia considerata un diritto, l'accessibilità ai servizi sanitari non è universale, in quanto i pagamenti diretti delle famiglie rimangono elevati. La gratuità è garantita solamente ai bambini minori di cinque anni e alle cure legate alla gravidanza e al parto. Circa il 50% delle persone paga le prestazioni totalmente, nonostante l'esistenza di regimi assicurativi, come la Carta di Assistenza Medica e la Mutua del Servizio Pubblico.

Registrandone nei bambini il 5% di malnutrizione acuta e il 29% di sottopeso, sono attuati interventi nutrizionali attraverso programmi specifici che vedono la presenza di 183 Servizi di Integrazione Nutrizionale, 368 Servizi Terapeutici Ambulatoriali, 43 Servizi di Stabilizzazione Terapeutica e Case di Apprendimento Nutrizionale e Riabilitazione Alimentare a livello comunitario (10 p. 12-13).

L'attuazione dei programmi vaccinali ha portato nel 93% dei Distretti Sanitari ad una copertura vaccinale superiore all'80%, con equità tra i due sessi (10 p. 13)

Per quanto riguarda i farmaci, il Paese dispone di una Centrale per gli acquisti di medicinali essenziali e apparecchiature biomediche, alla quale si affiancano stabilimenti farmaceutici privati. Nonostante questo, secondo l'indagine SARA (Service Availability and Readiness Assessment) del 2017 la disponibilità di farmaci essenziali è al 29%. Secondo l'OMS, i prezzi, coperti quasi esclusivamente dal singolo cittadino, sono finanziariamente inaccessibili e vi è una scarsa e inadeguata capacità di trasporto dei prodotti farmaceutici dalle strutture centrali a quelle periferiche, creando una disparità tra le città, i paesi e le abitazioni sparse sulle colline (10 p. 25-27).

Uno degli obiettivi della "Strategie sectorielle de la santé 2021-2027" è quello di migliorare la conoscenza, soprattutto negli adolescenti, dei metodi di prevenzione all'infezione da HIV e dalle altre malattie sessualmente trasmissibili. Per questo nei CdS è promosso l'utilizzo del preservativo maschile e femminile.

A livello territoriale, la partecipazione della comunità è una leva importante per stimolare l'emergere di risposte collettive ai problemi di sanità pubblica legati all'assistenza sanitaria di base, alla riduzione della mortalità materna, neonatale, infantile, adolescenziale, giovanile e adulta o ai problemi specifici

rappresentati dalle malattie sessualmente trasmissibili, dall'AIDS, dalla tubercolosi e dalla malaria. Avviene dunque il coinvolgimento volontario e attivo di gruppi e comunità locali, come elemento di supporto alle attività delle strutture assistenziali, mantenendo un dialogo costante tra operatori sanitari e comunità.

L'organo privilegiato per questa azione è il Comitato Sanitario, un'organizzazione sociale i cui membri sono eletti democraticamente in un'assemblea generale. Gli eletti rappresentano la popolazione dell'area geografica che corrisponde all'area di competenza del CdS e che beneficia dei servizi forniti da tale struttura.

Il Comitato Sanitario partecipa alla cogestione finanziaria e amministrativa del CdS e alla pianificazione, stesura e attuazione annuale del piano d'azione; si occupa della notifica dei casi di insorgenza di epidemie per la lotta ad esse; assicura la promozione del CdS e delle sue attività, informando la comunità sull'accessibilità dei servizi offerti; esprime i bisogni sentiti dalla comunità in termini di salute comunitaria, identificando, insieme al team del CdS, i problemi sanitari prioritari e loro possibili soluzioni; partecipa al censimento della popolazione aiutando il CdS nella tenuta dei fascicoli familiari (nascite, morti, indigenza, monitoraggio delle vaccinazioni, patologie croniche). Ruolo fondamentale è quello di sensibilizzare e mobilitare la popolazione per azioni sanitarie.

Intorno all'area di responsabilità di un CdS sono organizzati gruppi di operatori sanitari di comunità che forniscono servizi secondari, sensibilizzando la popolazione ai cambiamenti comportamentali legati ad uno stile di vita sano, realizzando azioni concrete come la distribuzione di alcuni medicinali essenziali e di contraccettivi, effettuando la diagnosi e il trattamento a livello comunitario di alcune patologie come la malaria, la diarrea e la polmonite e nei casi di necessità indirizzando i pazienti ai centri sanitari, effettuando screening sulla malnutrizione a livello comunitario, individuando i casi di abbandono delle cure e dei servizi sanitari e consigliandone la ripresa, trasmettendo le informazioni provenienti dai servizi sanitari alla popolazione e incoraggiando quest'ultima a frequentare le strutture sanitarie.

Sono presenti anche Associazioni locali che effettuano indagini nella comunità ogni sei mesi. Tra i loro compiti quelli di verificare l'esistenza di persone registrate come utenti dai CdS e dagli ospedali, sorvegliare l'autenticità dei servizi erogati, indagare il grado di soddisfazione della popolazione rispetto ai servizi forniti dal CdS e dall'ospedale, individuare i costi dei servizi a carico del paziente e la percezione di tali costi da parte degli utenti, prendere atto dei suggerimenti di miglioramento avanzati dalla popolazione e trasmetterli ai titolari dei CdS.

Prima struttura sanitaria a cui la persona può rivolgersi è il CdS. Essi elaborano e monitorano in modo partecipativo, in collaborazione con il Comitato Sanitario e sotto la supervisione del Distretto Sanitario, un piano d'azione annuale e semestrale. Inoltre, supervisionano i Gruppi di Agenti Sanitari Comunitari e gli altri attori della comunità che lavorano per promuovere la salute.

I CdS offrono il Pacchetto Minimo di Attività (11 p. 26-28) che comprende:

- **Visite mediche a bambini e adulti:** tenendo conto dei sintomi dei pazienti e impostando il trattamento. Nel registro delle visite mediche sono riportati i dati anagrafici del paziente, il luogo di residenza, la data e la motivazione della visita.
- **Gestione delle emergenze:** stabilizzazione, trattamento ed eventuale organizzazione dell'invio all'Ospedale.
- **Visite preventive per bambini:** pesatura, altezza, esame clinico di base, vaccinazione, somministrazione di vitamine, eventuale gestione del bambino malnutrito.
- **Visite prenatali:** anamnesi, esame clinico di base (peso, altezza, PA, polso, altezza), prescrizione esami di laboratorio di routine (glicosuria, albuminuria, HB), vaccinazioni, somministrazione di acido folico.
- **Visite postnatali per la madre:** anamnesi, esame clinico di base, che comprende peso, circonferenza del braccio, pressione arteriosa, dolore pelvico, pallore della congiuntiva, edema degli arti inferiori, stato delle mammelle, del perineo, dell'utero e dell'addome.
- **Gestione del parto:** accoglienza e registrazione, compilazione del partogramma, parto assistito, episiotomia vaginale, sezione del cordone o invio tempestivo in ospedale per distocia o emorragia, assistenza immediata del neonato, pesatura, diametro biparietale, posizionamento del seno, sutura dell'episiotomia e disinfezione del perineo.
- **Cure chirurgiche minori:** suture dopo anestesia locale, incisione di ascessi, medicazione di ferite, cura di ustioni cutanee.
- **Gestione dei farmaci e dei materiali di consumo:** mantenimento aggiornato dei registri di magazzino, calcolo del consumo medio mensile/farmaci, redazione degli ordini di acquisto, controllo della data di scadenza. Distribuzione dei farmaci ai pazienti in base alle prescrizioni e dopo il pagamento.
- **Attività di pianificazione familiare:** sensibilizzazione all'utilizzo di metodi contraccettivi, durante la prima visita postnatale e tramite sessioni organizzate nelle sale d'attesa.
- **Pianificazione servizi legati all'HIV:** se è Centro di riferimento per l'HIV, organizzazione di attività di consulenza pre-test, test di screening, analisi dell'esito, consulenza post-test, consulenza pre e post-test con la famiglia.

- **Gestione finanziaria:** tenuta delle fatture, del libretto di cassa, del libretto bancario, del registro contabile.
- **Gestione e manutenzione delle attrezzature, delle infrastrutture e delle fonti energetiche (acqua, energia elettrica):** tenere un elenco delle apparecchiature difettose, inventariare le parti mancanti, contattare l'autorità per la manutenzione o la riparazione dei guasti più importanti che non possono essere risolti a livello CdS.
- **Monitoraggio dei pazienti tenuti in osservazione (massimo 72 ore se non riferiti):** mantenere aggiornata la scheda di osservazione dei parametri vitali e dell'evoluzione dei disturbi e delle cure somministrate.

Punti di contatto e punti di divergenza

In entrambi i Paesi la Salute è considerata un diritto sancito dalle rispettive Costituzioni.

I due Stati, dunque, riconoscono l'importanza della Salute e mettono in atto, secondo le risorse allocate e disponibili, azioni e interventi che promuovono il benessere del singolo e della collettività.

La **copertura sanitaria universale**, o universal health coverage (UHC) (12 p. 11-16), è uno tra gli obiettivi per lo sviluppo sostenibile che gli Stati delle Nazioni Unite si sono posti entro il 2030. L'intento è quello di fare in modo che tutte le persone e le comunità abbiano accesso ai servizi sanitari.

Uno sguardo comparativo ai livelli di copertura sanitaria nei diversi Paesi del mondo evidenzia le disuguaglianze nell'assistenza sanitaria attualmente esistenti, e quindi l'esposizione delle popolazioni in termini di lunghezza e qualità della vita successiva all'insorgenza di una o più patologie.

In Italia, uno dei principi fondamentali su cui si basa il Sistema Sanitario è proprio quello dell'universalità.

Lo Stato ha la responsabilità di rendere accessibile l'assistenza sanitaria a tutta la popolazione, indipendentemente dalla situazione economica e dalle condizioni individuali e sociali.

Il cittadino ha diritto ad usufruire di tutte le prestazioni di prevenzione, di cura e di riabilitazione in tutto il territorio nazionale, senza pagamento diretto, salvo limitati contributi (ticket) e senza particolari ostacoli burocratici o limiti territoriali. Il sistema sanitario viene finanziato dallo Stato, attraverso le tasse dei cittadini.

Lo Stato si impegna a promuovere l'equità nella distribuzione delle risorse sanitarie, riducendo le disuguaglianze, garantendo la continuità nell'assistenza e assicurando la qualità delle cure.

Il Sistema Sanitario si occupa di promuovere la prevenzione e la salute pubblica, attraverso programmi di educazione sanitaria e campagne di sensibilizzazione sulla prevenzione delle malattie

e sulla promozione di uno stile di vita sano. Inoltre, cerca di contenere i costi sanitari attraverso un sistema di finanziamento equo ed efficiente.

Il Burundi fa parte di quegli Stati che non sono ancora riusciti a raggiungere una copertura sanitaria universale. Il diritto alla Salute non è garantito a tutti, infatti, le prestazioni sanitarie sono quasi totalmente a carico del paziente, che nella maggior parte dei casi non ha disponibilità economica sufficiente. La gratuità del servizio è assicurata ai minori di cinque anni e alle donne in gravidanza, ma solo per le patologie e le problematiche correlate alla gravidanza stessa. Sono presenti assicurazioni, che solo alcuni possono permettersi, che possono diminuire l'importo della prestazione. Per le fasce di popolazione più povere sono presenti interventi di assistenza, che in parte, sgravano le spese sanitarie.

Durante la Giornata internazionale della copertura sanitaria universale il 12 dicembre 2023, l'Organizzazione Mondiale della Sanità invita i Governi ad investire in sistemi sanitari resilienti, basati su una forte assistenza sanitaria di base, in modo da garantire un percorso più inclusivo, equo ed economicamente vantaggioso verso la copertura sanitaria universale.

L'assistenza sanitaria di base è organizzata in modo differente nei due Stati.

In Italia è presente la figura del medico di medicina generale, assente in Burundi.

In Italia ogni cittadino sceglie il proprio medico di medicina generale che diventa punto di riferimento dal punto di vista sanitario. Si crea tra paziente e medico un rapporto di reciproca conoscenza e fiducia.

L'ambulatorio del medico di medicina generale è in genere il primo punto sanitario sul territorio a cui un cittadino si rivolge per le problematiche di salute, escluse le urgenze. Solitamente non è presente la strumentazione per poter effettuare esami strumentali e di laboratorio.

In Burundi il cittadino non ha un medico di medicina generale di riferimento. Il primo luogo in cui una persona può recarsi in caso di bisogno è il CdS, una struttura dove sono presenti operatori sanitari, solitamente infermieri. Nel CdS c'è la possibilità di effettuare alcuni esami ematochimici di base, ma non c'è la possibilità di svolgere esami strumentali, per i quali è necessario inviare il paziente in Ospedale.

Nei CdS sono eseguiti anche alcuni interventi di piccola chirurgia, di estrazioni dentarie e la donna in gravidanza viene accompagnata durante il travaglio e assistita durante il parto, se non è considerato a rischio.

I CdS assomigliano, per alcuni aspetti, alle Case di Comunità (da ora CdC), il nuovo strumento presente nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e nella riforma dell'assistenza territoriale in Italia (13 p. 36-43).

In particolare, nel “modello ligure” (13 p. 57-61), per rispondere all'esigenza di una forte integrazione sociosanitaria e alla necessità di facilitare l'accesso dei cittadini al percorso unitario di assistenza sanitaria e sociale, è prevista la presenza di CdC Hub del SSN e di CdC Spoke.

I singoli studi dei MMG si configurano come “raggi” dell'organizzazione all'interno del distretto di competenza, aventi come centro di riferimento la CdC Hub o Spoke con la quale sono interconnessi. I centri Spoke devono garantire la presenza di medici di medicina generale, servizi di specialistica ambulatoriale e di cure domiciliari di livello base.

Nelle CdC Hub sono disponibili anche servizi diagnostici di base.

Con la costituzione delle CdC c'è la volontà di integrare maggiormente sanitario e sociale, ponendo sempre più al centro la persona con i suoi molteplici bisogni.

L'obiettivo di entrambi i Sistemi Sanitari, anche se perseguito con modalità, strumenti e risorse differenti, è quello di incentivare una capillarità e prossimità del servizio, cercando il coinvolgimento della Comunità e tenendo conto delle peculiarità e delle difficoltà territoriali, per cercare di raggiungere anche i luoghi più periferici.

CAPITOLO 2: QUALI PAZIENTI?

Imprescindibile nella pratica medica conoscere e capire chi è la persona che si ha davanti, qual è il suo bagaglio, quale la sua storia e quali sono le sue priorità. L'obiettivo del medico è quello di prendere in cura le persone e non solo le malattie.

William Osler, un medico canadese, a fine Ottocento, affermò che a volte è più importante sapere quale paziente ha una malattia, piuttosto che quale malattia ha un paziente.

Le persone che arrivano all'attenzione dell'operatore sanitario sono influenzate dal contesto culturale in cui vivono, dall'accessibilità dei servizi, dalle risorse a loro disposizione.

I due Paesi presi in esame sono estremamente differenti sotto vari punti di vista. Diversa la cultura, la storia, la lingua, ma è diversa anche l'epidemiologia, la struttura della popolazione, le aspettative riguardo alla medicina.

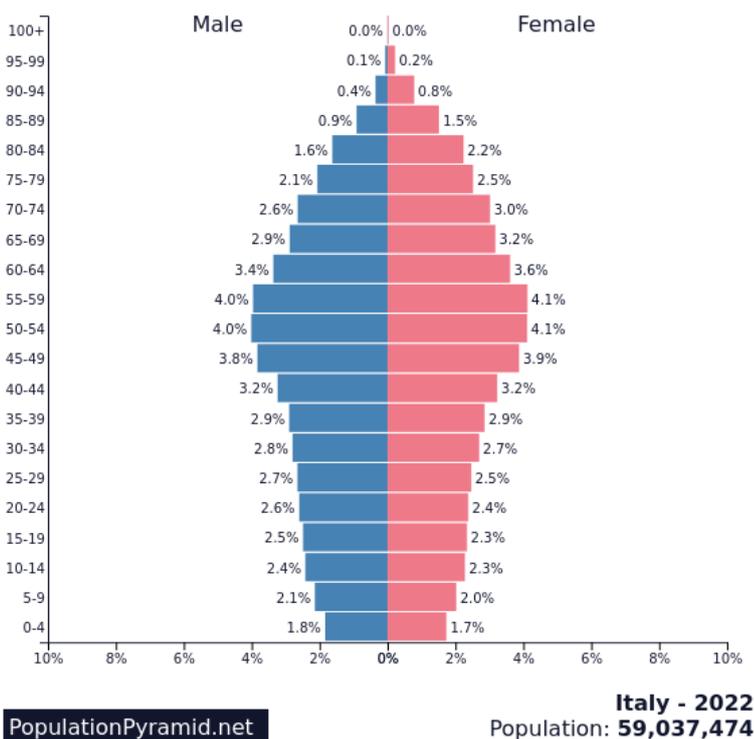


FIGURA 5: PIRAMIDE DEMOGRAFICA DELL'ITALIA

quasi assumendo l'aspetto di una piramide capovolta. Ciò indica che il tasso di natalità è basso, mentre è alto il tasso di sopravvivenza, permettendo l'aumento di persone con età più avanzate. Si può parlare quindi di invecchiamento della popolazione.

La popolazione totale italiana è di 59.037.474, di cui 28.788.876 maschi e 30.248.598 femmine. La Figura 5 rappresenta quella che è la piramide demografica dell'Italia. Sull'asse verticale sono segnalate le diverse classi di età, mentre sull'asse orizzontale viene rappresentata, con rettangoli di lunghezza diversa, la quantità in percentuale di popolazione esistente per ogni classe di età. Gli istogrammi maschile e femminile sono simmetrici l'uno rispetto all'altro. In questo grafico si nota che la base è molto stretta e il corpo largo,

La popolazione totale del Burundi è di 12.889.576, di cui 6.400.928 maschi e 6.488.648 femmine.

La piramide demografica del Burundi, rappresentata nella Figura 6, è molto differente rispetto a quella italiana.

Infatti, questa ci indica che sono alti i tassi di natalità, in quanto la base è larga, ma sono anche alti i tassi di mortalità, in quanto il profilo della piramide è obliquo e dunque il numero di adulti e anziani non è elevato.

Può essere definita una popolazione giovane.

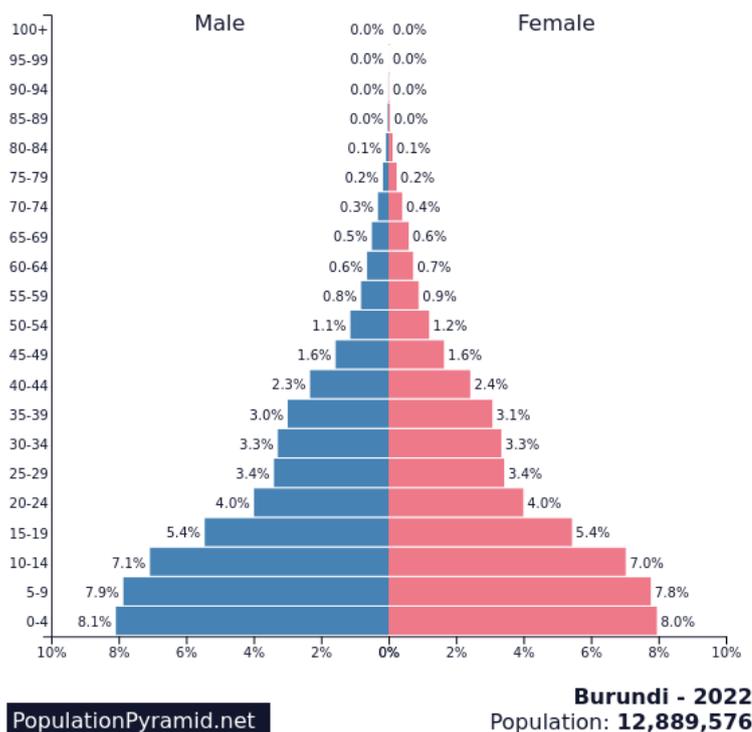


FIGURA 6: PIRAMIDE DEMOGRAFICA DEL BURUNDI

Due popolazioni diverse per numero ed età, una, quella dell'Italia, con un basso tasso di nascite, ma un alto tasso di sopravvivenza, l'altra, quella del Burundi, giovane, con un alto tasso di nascite, ma un basso tasso di sopravvivenza.

Le malattie più frequenti sono differenti nei due Stati. La loro incidenza è legata anche all'età della popolazione generale e varia a seconda delle classi di età.

Infatti, secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 2019, in Italia, Paese con un alto tasso di sopravvivenza e con aspettativa di vita più alta e popolazione più "vecchia", al primo posto tra le cause di morte c'è la cardiopatia ischemica.

Mentre in Burundi, Paese con un alto tasso di nascite, la causa principale di morte è data dai problemi neonatali, con una mortalità neonatale di 20,45 su 1.000 nati, mentre quella in Italia è del 1,47 su 1.000 nati.

In Italia, nelle prime dieci cause di morte ci sono, come rappresentato in Figura 7, oltre la cardiopatia ischemica: l'ICTUS, la malattia di Alzheimer e altre demenze, i tumori ai polmoni, la broncopneumopatia cronica ostruttiva, l'ipertensione arteriosa, i tumori del colon e del retto, il diabete mellito, le infezioni delle vie respiratorie inferiori, i tumori al seno (14).

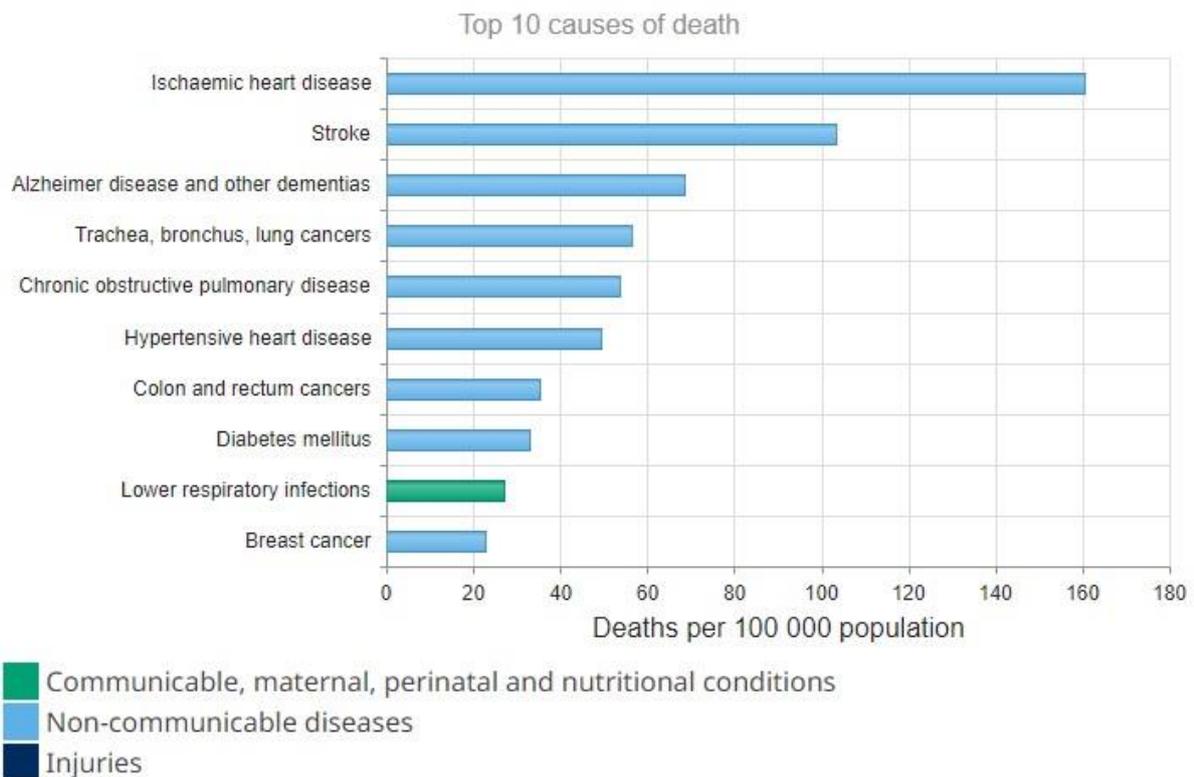


FIGURA 7: PRIME DIECI CAUSE DI MORTE IN ITALIA PER ENTRAMBI I SESSI E TUTTE LE ETÀ, OMS, 2019

In Burundi, le prime dieci cause di morte (Figura 8) sono, oltre ai problemi neonatali, le infezioni delle vie respiratorie inferiori, le malattie diarroiche, la malaria, l'ictus, gli incidenti stradali, la cardiopatia ischemica, la malnutrizione, la tubercolosi, l'HIV/AIDS (14).

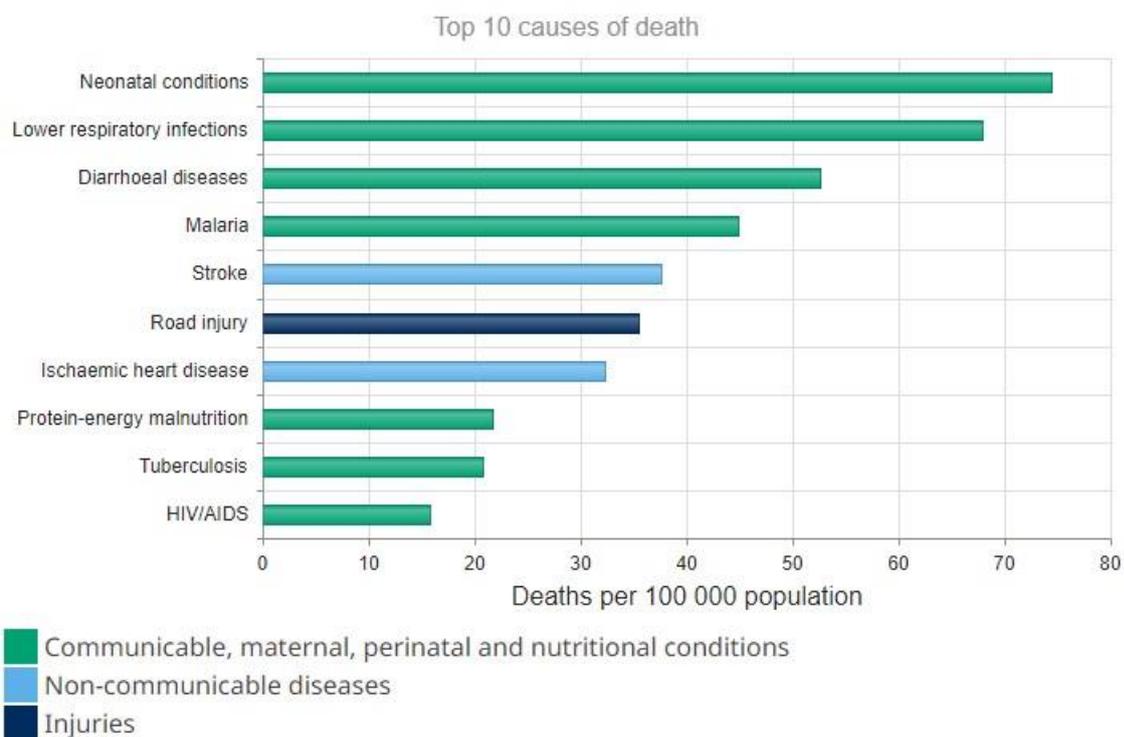


FIGURA 8: PRIME DIECI CAUSE DI MORTE IN BURUNDI PER ENTRAMBI I SESSI E TUTTE LE ETÀ, OMS, 2019

Da non sottovalutare l'impatto sociale delle rappresentazioni psicologiche della malattia, che possono essere differenti nelle varie culture.

In Africa, salute e malattia sono fortemente connesse all'ambito spirituale. La salute si basa su un equilibrio fisico, mentale ed emotivo. La malattia è considerata legata a cause di ordine morale che possono coinvolgere la persona malata o i parenti, colpevoli di aver infranto un codice di comportamento sociale e/o religioso. È interpretata come punizione di stili di vita sbagliati da parte di agenti sovranaturali. Ciò è causa di stigmatizzazione ed emarginazione e favorisce la diffusione e la progressione delle patologie stesse, in quanto la persona si reca con fatica presso le strutture sanitarie. In alcuni casi si può notare la rassegnazione nella persona malata o nel familiare, dovuta al fatto che la malattia è considerata espressione di un volere sovranaturale (15 p. 127-139).

Sia in Italia che in Burundi alcune patologie hanno un andamento stagionale, rappresentate da malattie infettive, perlopiù acute.

Tra queste, le più frequenti in Italia sono le infezioni respiratorie virali delle alte vie respiratorie, soprattutto in autunno e inverno.

In Burundi, l'elevato numero di malattie infettive acute condiziona l'affluenza alle strutture sanitarie e il lavoro degli operatori.

La stagionalità, in Burundi, oltre a determinare la tipologia di patologie, influenza anche la principale attività di sostentamento della maggior parte della popolazione, la coltivazione dei campi. Ciò determina una diminuzione dell'affluenza alle strutture sanitarie nei periodi di semina o di raccolto, in quanto viene data priorità alla produzione di alimenti a discapito della salute.

Di seguito i dati riguardanti i pazienti. In particolare, si prenderà in considerazione il sesso, l'età, la provenienza e il motivo della visita.

Come già anticipato nel capitolo "Materiali e metodi" i dati relativi all'Italia provengono dai medici di medicina generale del Nord Italia afferenti ad Health Search, mentre quelli riguardanti il Burundi dal CdS di Mutoyi.

Sesso ed età

Il sesso e l'età dei pazienti influenzano la salute, le malattie e dunque la medicina.

Tra uomini e donne sono presenti differenze in termini di salute legate alla loro caratterizzazione biologica, ma anche a fattori ambientali, sociali, culturali e relazionali (16 p. 4-16).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce medicina di genere lo studio dell'influenza delle differenze biologiche (definite dal sesso), socioeconomiche e culturali (definite dal genere) sullo stato di salute e di malattia di ogni persona.

La medicina ha avuto, fin dalle sue origini, un'impostazione androcentrica.

Dagli anni Novanta ha acquisito un approccio improntato su variabili biologiche, ambientali, culturali, psicologiche e socioeconomiche volte a riconoscere il genere come determinante fondamentale di salute.

Questo ha favorito azioni per eliminare le disuguaglianze di genere in campo sanitario, per ridurre i rischi lavoro-correlati sulla salute delle donne e per garantire, nelle sperimentazioni cliniche di farmaci e dispositivi medici, una rappresentanza paritetica dei due sessi.

Le diversità nei generi si manifestano:

- nei comportamenti: possono esserci differenze negli stili di vita, nel vissuto individuale e nel ruolo sociale;
- nello stato di salute: può variare l'incidenza di molteplici patologie, croniche o infettive, la tossicità ambientale e farmacologica, le patologie lavoro-correlate, la salute mentale e le disabilità;
- nel ricorso ai servizi sanitari per prevenzione (screening e vaccinazioni), diagnosi, ricovero, medicina d'urgenza, uso di farmaci e dispositivi medici;
- nel vissuto di salute e nell'atteggiamento nei confronti della malattia, con una percezione del dolore divergente nei due sessi.

Un approccio di genere deve essere interdisciplinare e trasversale, applicato in ogni branca e specialità della medicina, con particolare attenzione:

- **Farmaci e dispositivi medici:** variazioni ormonali, peso e composizione corporea influenzano l'assorbimento, la distribuzione, il metabolismo e l'eliminazione dei farmaci.
- **Malattie cardiovascolari:** l'incidenza è inferiore nella donna rispetto all'uomo durante l'età fertile, va ad eguagliare l'uomo dopo la menopausa, fino a superarlo dopo i 75 anni.
- **Malattie neurologiche:** Alzheimer, sclerosi multipla e depressione colpiscono più frequentemente le donne, la malattia di Parkinson ha una incidenza più elevata nei maschi.
- **Malattie dell'osso:** l'osteoporosi è percepita come caratteristica del sesso femminile, in realtà gli studi dimostrano che colpisce anche gli uomini tra i 50 e i 90 anni.
- **Malattie psichiatriche:** prevalenza nel genere femminile di depressione maggiore, disturbi d'ansia, mentre tassi significativamente maggiori di disturbi di personalità antisociale e disturbi da uso di sostanze e di alcol nel genere maschile.

- **Malattie respiratorie:** sia la broncopneumopatia cronica ostruttiva sia l'asma presentano differenze di genere per le manifestazioni cliniche e la presenza di comorbidità.
- **Malattie autoimmuni:** hanno una predominanza femminile significativa, ma se l'uomo si ammala ha una prognosi peggiore.
- **Malattie dermatologiche:** in particolare le dermatiti da contatto in prevalenza nelle donne.
- **Vaccini:** nelle donne si raggiungono titoli anticorpali protettivi in risposta ai vaccini più elevati. Tuttavia, le donne manifestano più spesso reazioni avverse ai vaccini.
- **Infezioni:** presentano differenze per prevalenza, intensità, outcome e meccanismi patogenetici.
- **Malattie metaboliche:** il legame tra mortalità ed indice di massa corporea è più forte nella donna che nell'uomo. Le donne diabetiche hanno un rischio doppio di cardiopatia.

Nella Figura 9 e nella Figura 10 sono rappresentate le prime dieci cause di morte, rispettivamente in Italia e in Burundi, divise per sesso (14).

Da questi grafici emergono delle piccole differenze tra femmine e maschi.

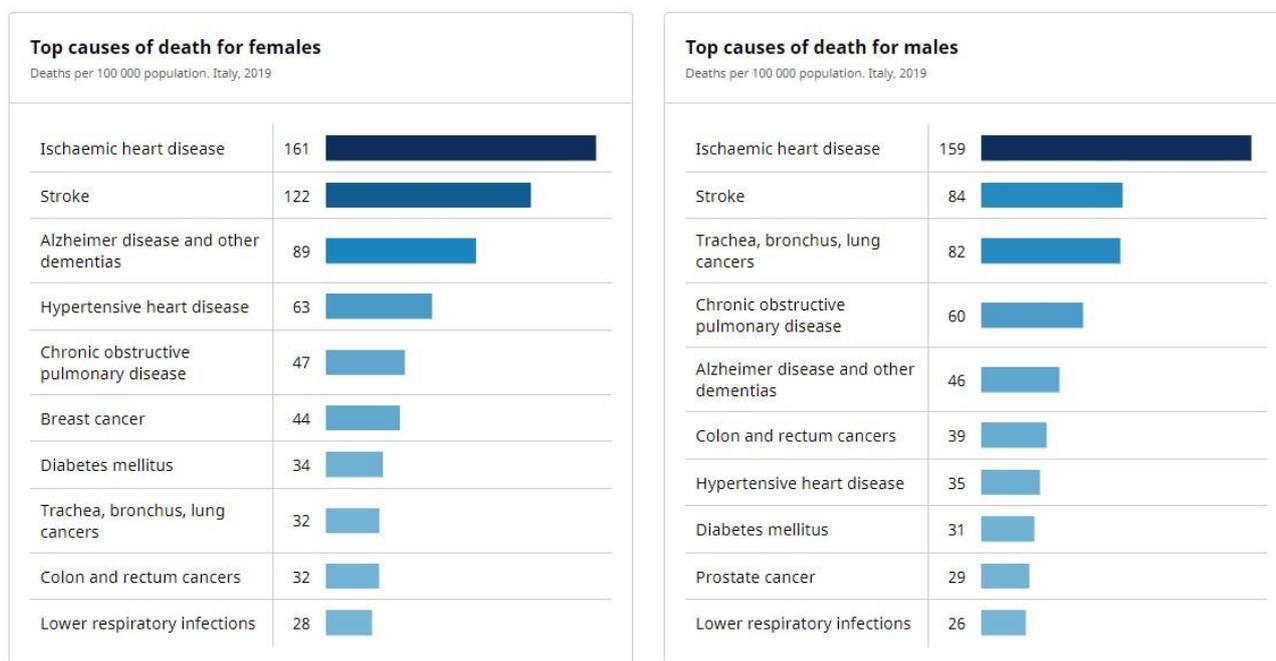


FIGURA 9: CAUSE DI MORTE IN ITALIA PER ENTRAMBI I SESSI, OMS, 2019

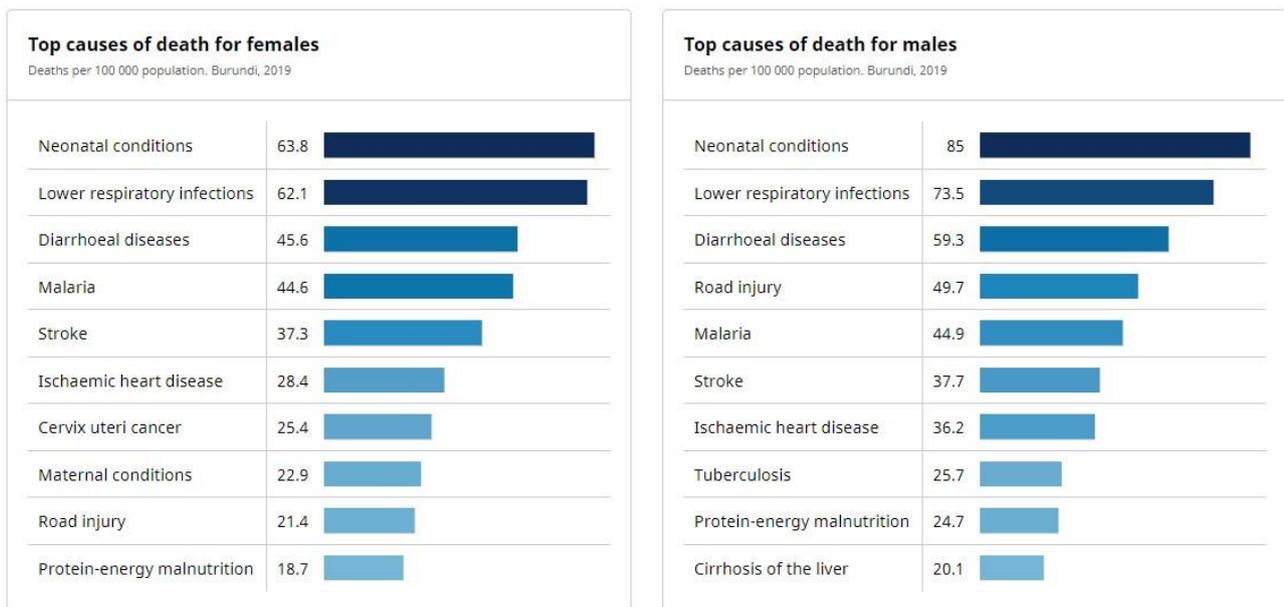
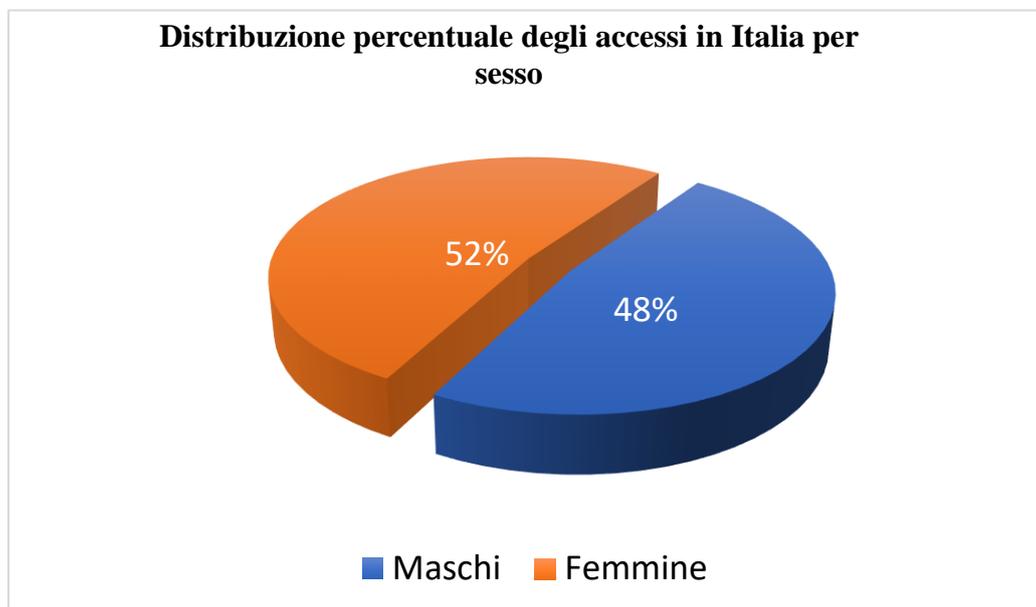


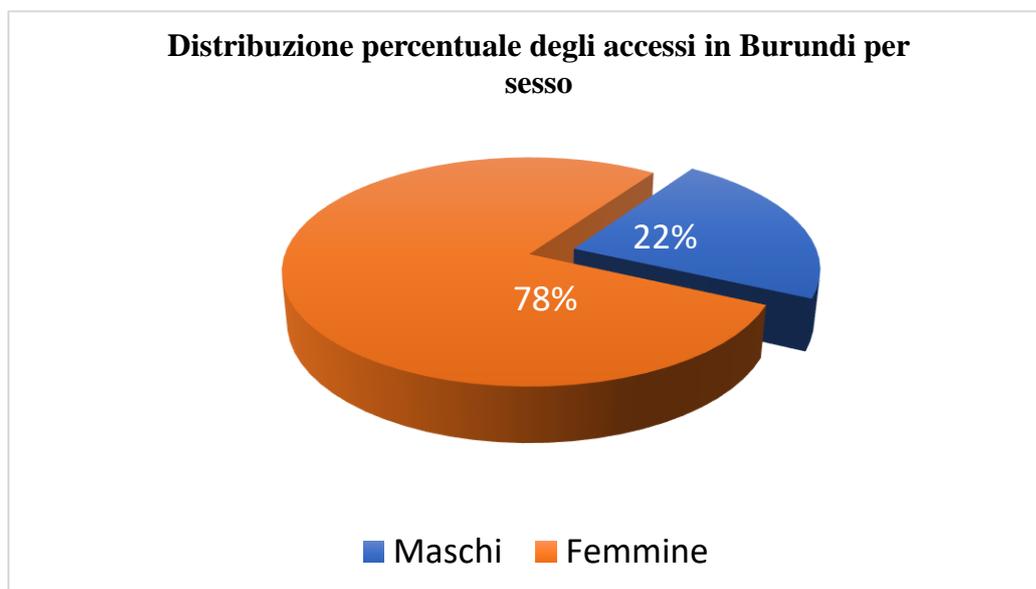
FIGURA 10: CAUSE DI MORTE IN BURUNDI PER ENTRAMBI I SESSI, OMS, 2019

In Italia, i pazienti che si recano all'ambulatorio del medico di medicina generale sono soprattutto donne (17).

La percentuale di sesso femminile è leggermente maggiore rispetto al sesso maschile e si assesta su circa il 52%.



Anche in Burundi, i pazienti che si sono recati al CdS sono per la maggior parte donne. Infatti, il 78% sono femmine, mentre il 22% maschi.



La differenza rilevante tra il numero di accessi di donne e di uomini è data principalmente dal fatto che la donna è la figura che nella famiglia burundese si occupa della cura dei figli.

Questo la porta a recarsi più spesso come accompagnatrice al CdS, dove ha la possibilità di confrontarsi con altre donne e soprattutto con il personale sanitario, venendo a conoscenza di patologie ed eventuali rimedi disponibili, usufruendo lei stessa di prestazioni sanitarie.

Considerato, inoltre, che le visite ed eventuali farmaci correlati alla gravidanza sono gratuiti e dunque le donne in questo stato sono più propense a recarsi al CdS.

Dal confronto dei due grafici emerge che in entrambi i Paesi il numero di accessi per le donne è maggiore, ma con percentuali nettamente differenti, con uno scarto del 27%. Infatti, per l'Italia la percentuale è circa del 52%, mentre in Burundi è del 78%.

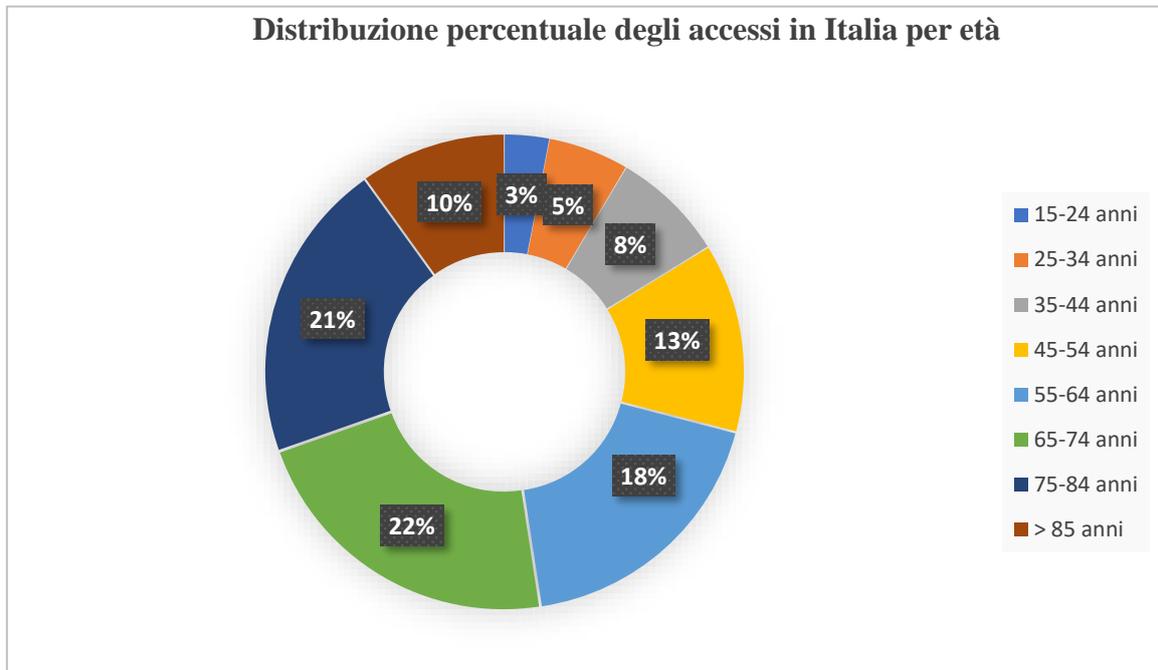
Alcune patologie sono correlate all'**età del paziente**, sia per frequenza, sia per modalità di presentazione.

Inoltre, l'età può determinare la prognosi e influenzare la scelta del trattamento da proporre.

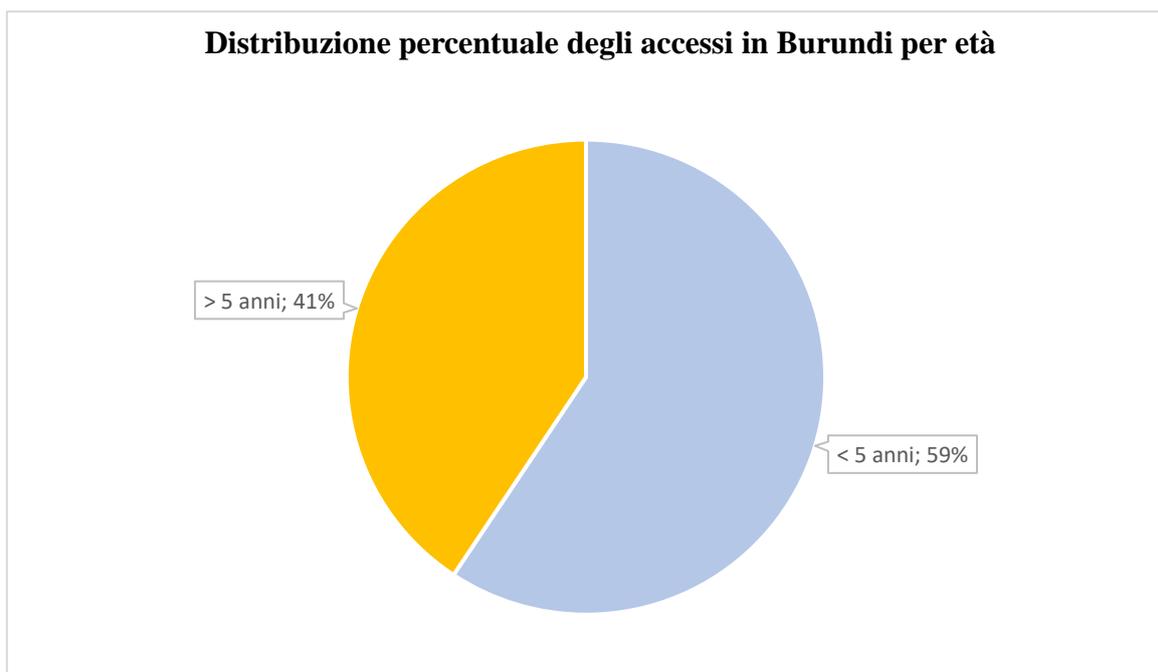
Di seguito i pazienti, divisi per fasce di età, che si sono recati presso l'ambulatorio del medico di medicina generale in Italia e presso il CdS in Burundi.

In Italia, come indicato nel grafico sottostante, emerge che il maggior numero di visite coinvolge le fasce di età comprese tra i 65 e i 74, con il 22%, e tra i 75 e gli 84 anni, con il 21%.

Il minor numero di contatti è, invece, per la fascia di popolazione tra i 15 e i 24 anni, con una percentuale solamente del 3 (17).



In Burundi, come rappresentato dal grafico sottostante, la fascia di popolazione che si rivolge principalmente al CdS è quella al di sotto dei 5 anni, con una percentuale del 59%.

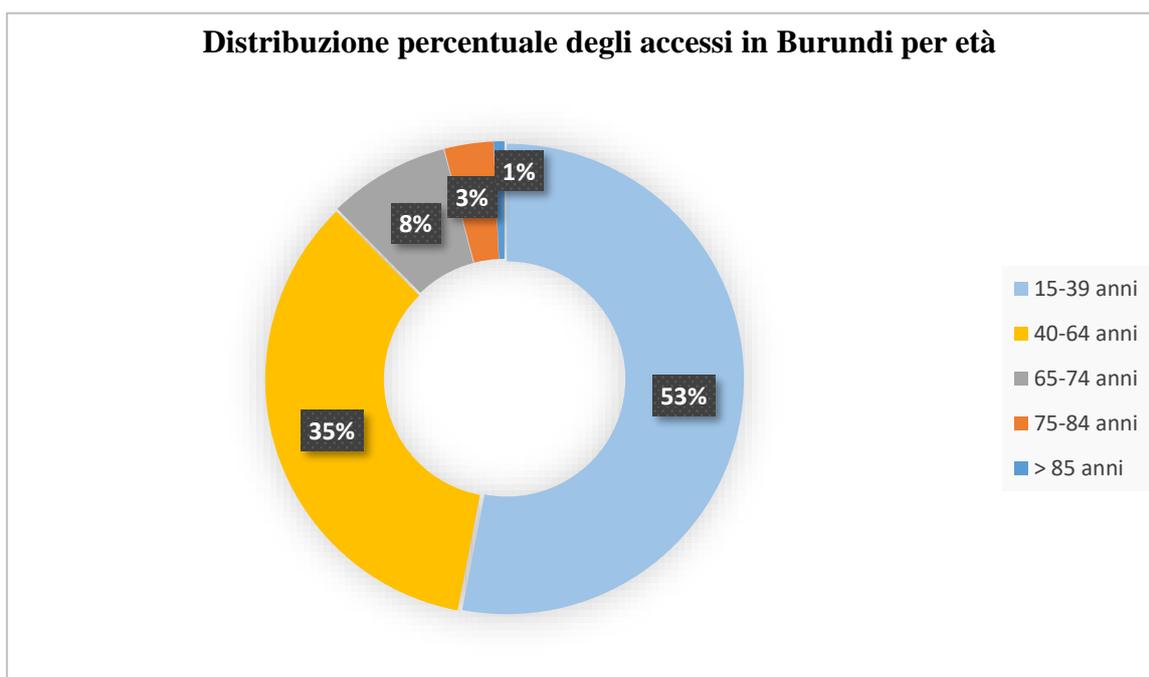


Questo è favorito dal fatto che le visite, gli esami di laboratorio e strumentali, la terapia e l'assistenza sanitaria, sono gratuiti per i bambini sotto i 5 anni.

Inoltre, bisogna tener presente che il Burundi è uno Stato con un'elevata natalità, una popolazione giovane e una minore aspettativa di vita.

La fascia di età sotto i 5 anni rappresenta, da sola, circa il 16% della popolazione generale.

Prendendo in considerazione i pazienti a partire dai 15 anni, emergono i seguenti dati.



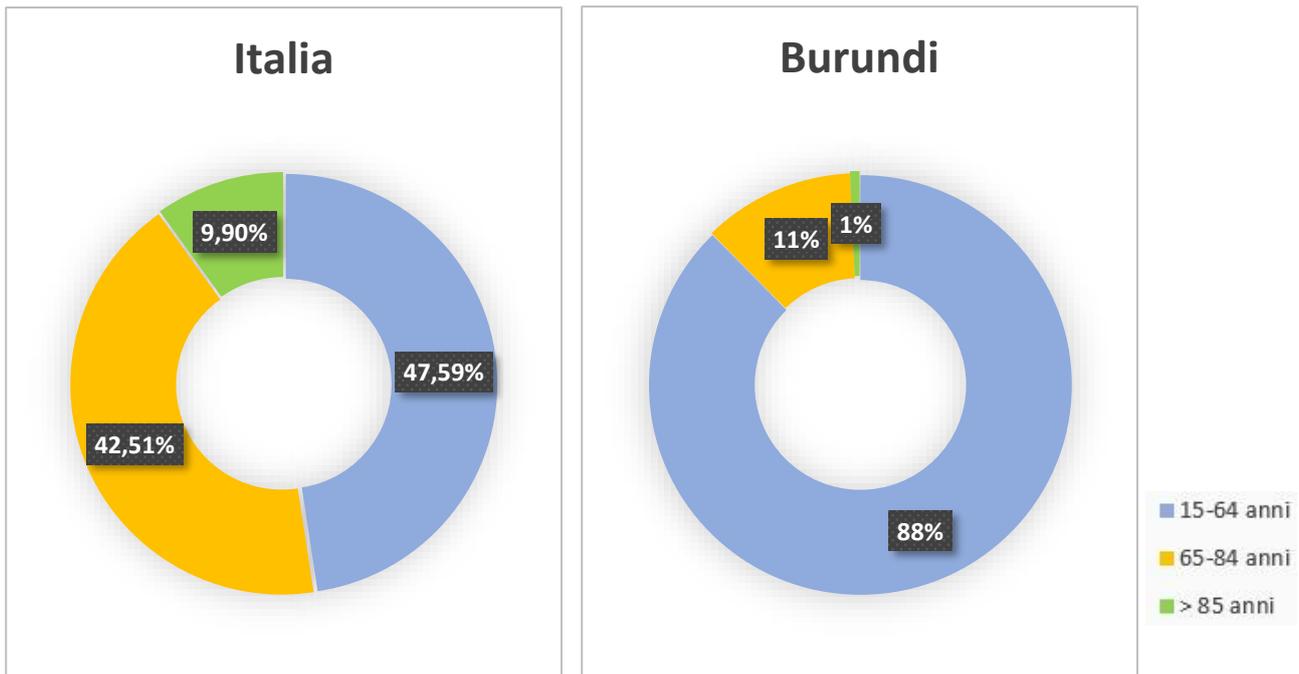
Le persone che si rivolgono maggiormente ai CdS sono quelle della fascia di età compresa tra i 15 e i 39 anni, con il 53%, seguiti da quelle della fascia di età tra i 40 e i 64 anni, con il 35%.

Pochi sono i pazienti sopra i 65 anni, quasi nulli quelli sopra gli 85 anni.

Questo è dovuto principalmente al fatto che chi ha più di 65 anni rappresenta solamente il 5% circa della popolazione generale.

Inoltre, è necessario tener presente la distanza dell'abitazione al più vicino CdS. Questa, infatti, potrebbe comportare l'esigenza di un viaggio di diversi chilometri a piedi per aree rurali, non sempre sostenibile dall'anziano malato.

Prendendo in considerazione le fasce di età tra i 15 e i 64 anni, tra i 65 e gli 84 anni e superiore agli 85 anni, e confrontando gli accessi in Italia e in Burundi, si evidenziano dal grafico sottostante le differenze, che riconfermano quanto detto in precedenza.



I dati del Nord Italia di Health Search del 2022 (17), riguardanti la popolazione dei pazienti attivi, indicano un numero maggiore di persone nella fascia tra i 45 e i 54 anni e uno minore in quella superiore agli 85 anni. Da questi dati emerge il sottostante grafico (Figura 11). Esso rispecchia la piramide demografica italiana, già precedentemente analizzata.

Popolazione dei pazienti attivi stratificata per sesso e classi di età

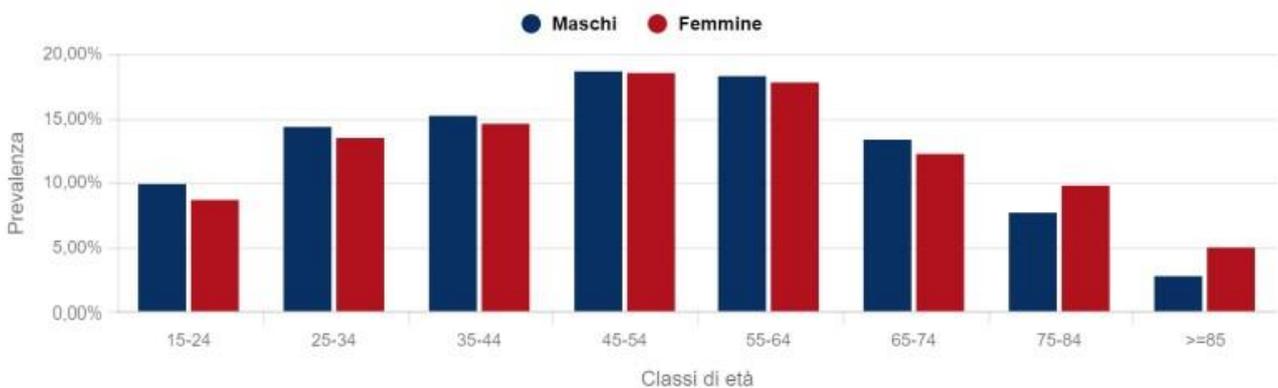


FIGURA 11: POPOLAZIONE DEI PAZIENTI ATTIVI STRATIFICATA PER SESSO E CLASSI DI ETÀ, HEALTH SEARCH, 2022

Sempre dai dati di Health Search del 2022 (17), si evince che il numero medio di contatti per paziente in un anno è direttamente proporzionale all'età del paziente; infatti, con l'aumentare dell'età aumenta il numero medio dei contatti (Figura 12).

Le persone che fanno parte della fascia di età superiore agli 85 anni sono in numero minore, ma sono quelle che chiedono più visite e prestazioni. Questo è dovuto al fatto che, generalmente, i pazienti

affendenti a questa fascia di età sono più fragili, con più comorbidità e ciò determina un aumento dei bisogni sanitari.

Distribuzione per sesso e fasce d'età del numero medio di contatti per paziente - anno 2022

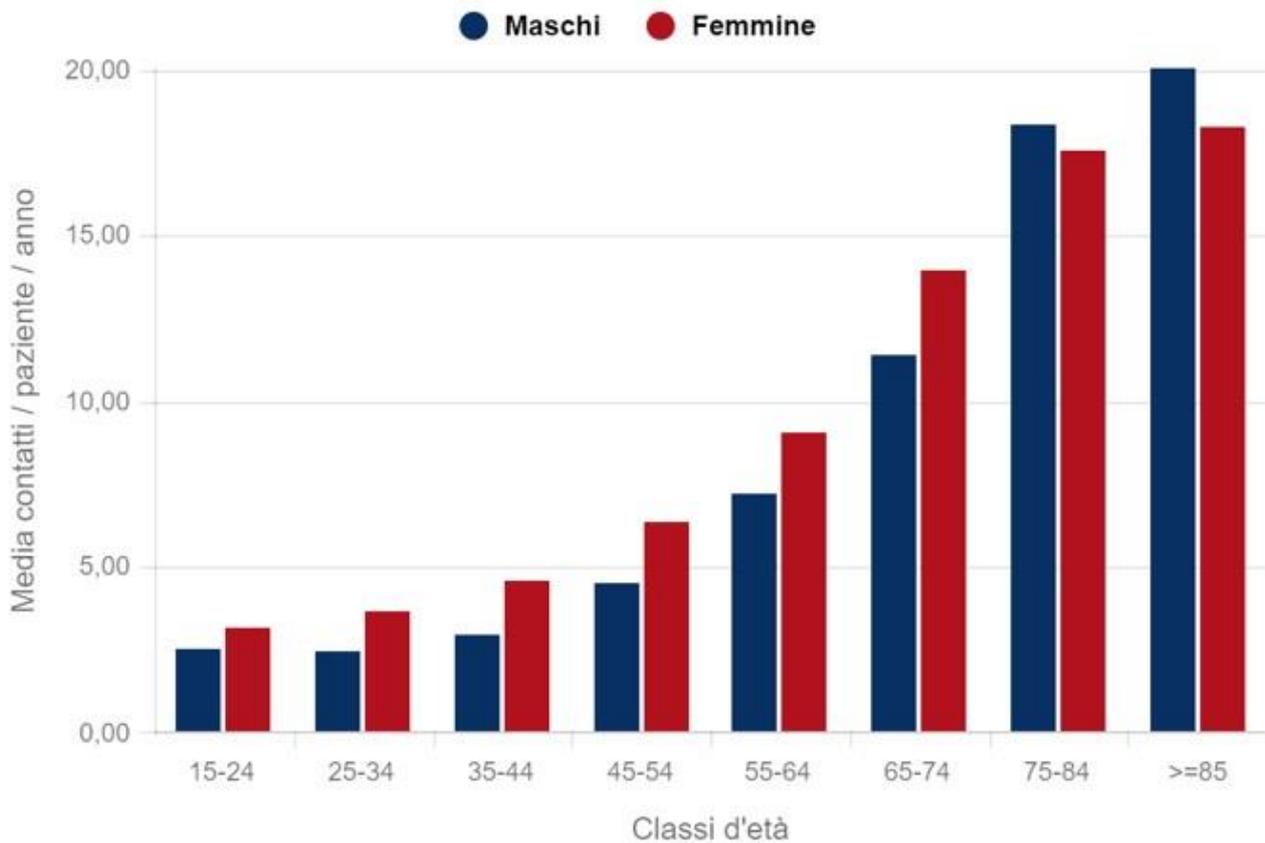


FIGURA 12: DISTRIBUZIONE PER SESSO E FASCE D'ETÀ DEL NUMERO MEDIO DI CONTATTI PER PAZIENTE, HEALTH SEARCH, 2022

In Burundi è pressoché impossibile riuscire a recuperare il numero medio di contatti per paziente in un anno, in quanto i dati non sono informatizzati e ogni persona si rivolge di volta in volta a operatori sanitari e, talvolta, anche a strutture differenti.

Luoghi di provenienza

Nella medicina generale/territoriale è importante la prossimità del servizio, la vicinanza e l'accessibilità alle strutture sanitarie. Entrambi i Paesi lavorano costantemente per cercare di rendere la sanità capillare, per garantire un servizio di base in tutti i luoghi, anche i più periferici.

In Italia, ogni cittadino può scegliere il medico di medicina generale tra quelli che esercitano nel Comune di residenza o nello stesso ambito territoriale Asl, ad eccezione di alcune situazioni

particolari. Inoltre, c'è la possibilità di chiedere, per le persone non trasferibili o che lo stato di salute impedisce loro di recarsi in studio, la visita domiciliare, nella quale il medico si reca direttamente a casa del paziente.

Questo permette ad ogni persona di avere il proprio medico e il relativo ambulatorio al massimo ad alcuni chilometri di distanza dalla propria abitazione. Ciò favorisce la conoscenza, da parte dell'operatore sanitario, non solo della persona, ma anche del territorio e dell'ambiente in cui vive, con la possibilità di intervenire sulla richiesta delle necessità del momento, ma anche di impostare percorsi personali di prevenzione e di cura a lungo termine.

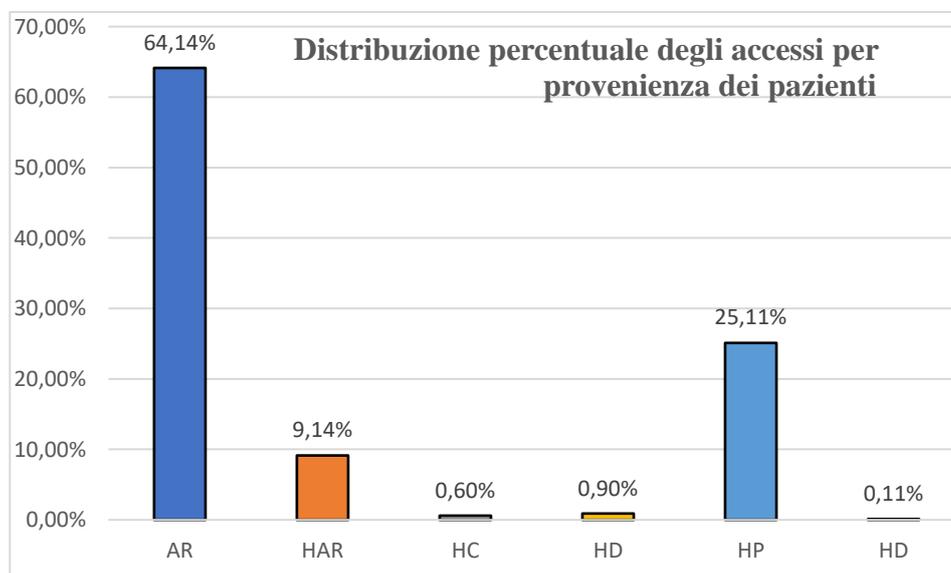
In Burundi i primi presidi sanitari sono i CdS. In alcune zone essi si trovano a molti chilometri di distanza l'uno dall'altro. Non è ancora garantita una capillarità del servizio, soprattutto nelle periferie, dove alcune abitazioni possono trovarsi in situazione di isolamento, lontane dalla prima struttura sanitaria disponibile.

In ogni CdS viene annotata su registri cartacei la provenienza del singolo paziente, per monitorare le necessità dei singoli territori e l'andamento del lavoro delle strutture e degli operatori sanitari.

Al CdS possono afferire persone provenienti da:

- AR: territorio di responsabilità del CdS;
- HAR: territorio al di fuori della responsabilità del CdS, ma nel Distretto Sanitario;
- HC: territorio al di fuori del Comune del CdS, ma nel Distretto Sanitario;
- HD: territorio al di fuori dal Distretto Sanitario, ma nella stessa Provincia;
- HP: territorio al di fuori dalla Provincia, ma in Burundi;
- HB: territorio fuori dal Burundi.

Nel grafico seguente sono indicate le provenienze dei pazienti giunti al CdS di Mutoyi nell'arco dei mesi presi in esame.



Emerge che la maggior parte dei pazienti provengono dalle zone di competenza del CdS, ma è presente anche una quota rilevante di persone che si rivolgono al centro da territori fuori provincia, per mancanza di presidi più vicini o per ricerca di una qualità maggiore.

Questo comporta che il malato deve affrontare un tratto di parecchi chilometri, spesso a piedi o su mezzi di fortuna, viaggio influenzato dal tempo meteorologico, dalla possibilità di pagare un mezzo di trasporto, dall'impegno del lavoro nei campi.

Spesso la persona decide di recarsi al CdS solo quando la situazione non è davvero più gestibile al domicilio, ritardando l'arrivo alla struttura sanitaria anche di giorni.

Motivi della visita

Le persone si rivolgono alla struttura sanitaria, in questo caso agli studi del medico di medicina generale e al CdS, per svariati motivi, alcuni dei quali sono espliciti, manifestati dal paziente stesso, altri latenti, individuabili grazie ad una buona conoscenza della persona e del contesto socioculturale in cui vive, oltre ad un buon livello di empatia dell'operatore sanitario.

In questo capitolo verranno presi in considerazione solamente i bisogni espliciti, espressi dal paziente al momento della visita.

Questi sono influenzati e determinati dalla tipologia di paziente: dal sesso, dall'età e dalla sua provenienza, elementi analizzati nei precedenti capitoli.

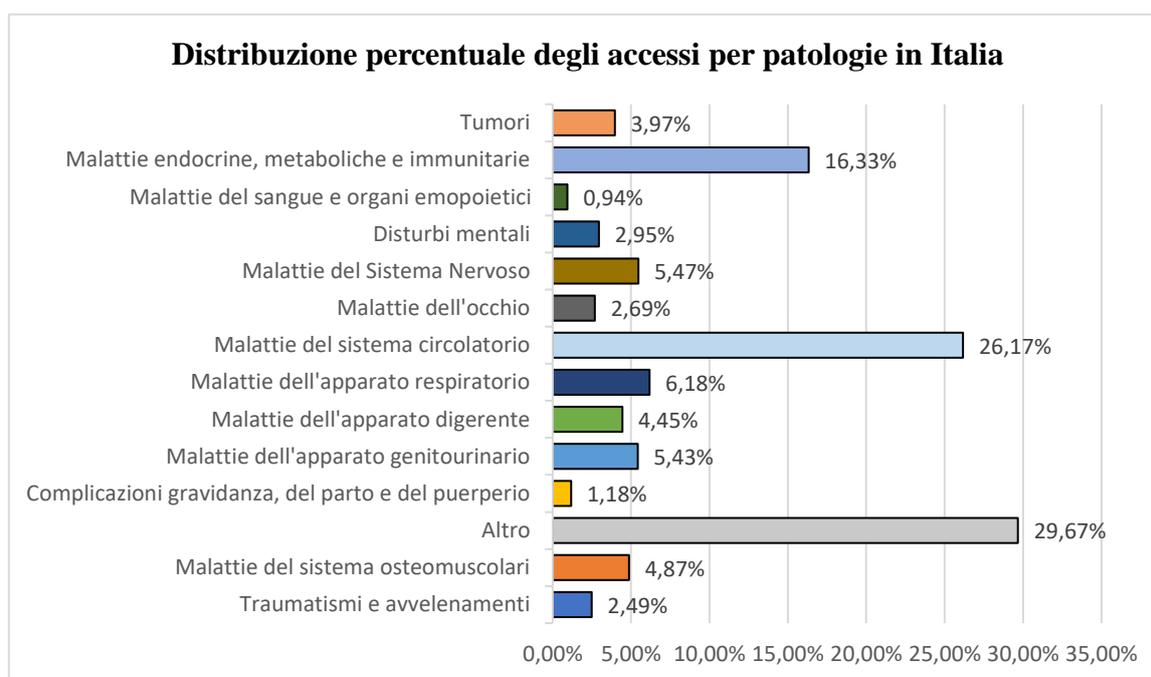
I dati sono stati raccolti utilizzando la classificazione internazionale delle malattie (ICD dall'inglese "International Classification of Diseases"), che organizza le malattie ed i traumatismi in gruppi sulla base di criteri definiti.

La classificazione ICD-9 divide le malattie nei seguenti capitoli (18):

- Malattie infettive e parassitarie;
- Tumori;
- Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo, e disturbi immunitari;
- Malattie del sangue e organi emopoietici;
- Disturbi mentali;
- Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso;
- Malattie del sistema circolatorio;
- Malattie dell'apparato respiratorio;

- Malattie dell'apparato digerente;
- Malattie dell'apparato genitourinario;
- Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio;
- Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo;
- Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo;
- Malformazioni congenite;
- Alcune condizioni morbose di origine perinatale;
- Sintomi, segni, e stati morbosi maldefiniti;
- Traumatismi e avvelenamenti.

Di seguito le patologie per cui le persone si sono rivolte agli ambulatori del medico di medicina generale del Nord Italia (19).



Emerge che la popolazione si reca dal medico di medicina generale soprattutto per patologie che colpiscono il sistema circolatorio, tra queste la più frequente è la gestione dell'ipertensione arteriosa non complicata. Seguono le malattie endocrine/metaboliche, tra le quali il diabete mellito di tipo II e la dislipidemia.

Le problematiche sono per la maggior parte patologie croniche che colpiscono principalmente una fascia di età non giovane e che richiedono un accompagnamento costante nel processo di cura.

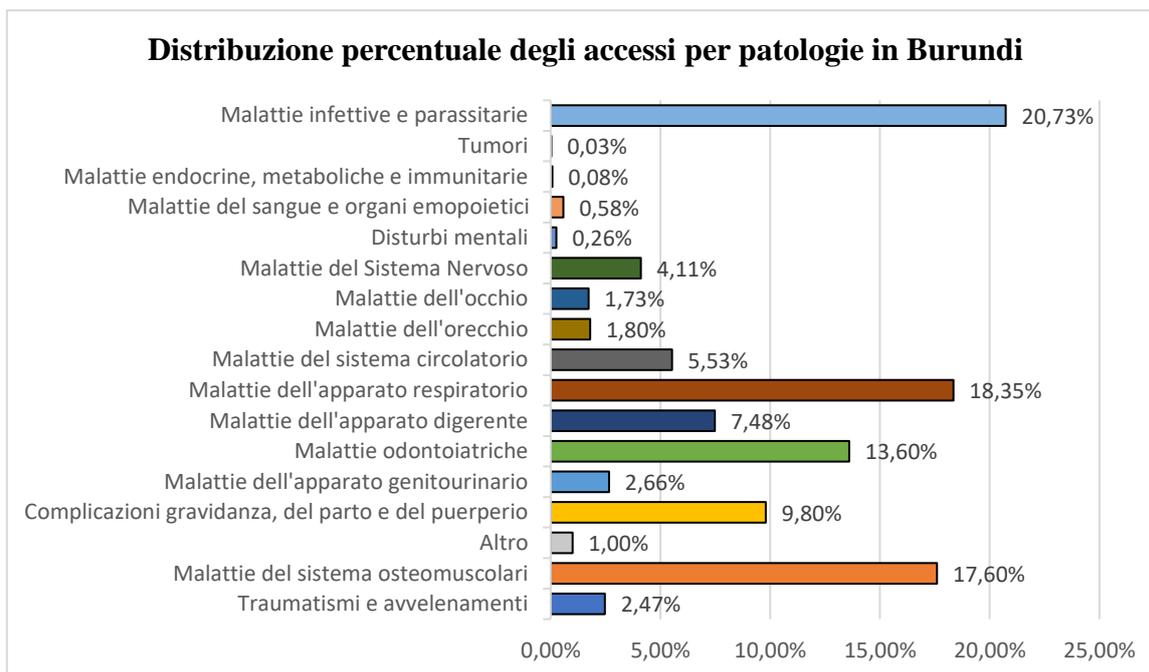
Più nel dettaglio, nella tabella che segue (Figura 13), i dati di Health Search riguardanti i contatti generati dalle più frequenti patologie.

Contatti generati da ogni patologia

Diagnosi	N	Perc
Altre	918.156	28,93 %
Ipertensione non complicata	471.140	14,89 %
Diabete mellito di tipo II	187.446	5,95 %
Dislipidemia	149.123	4,70 %
Disfunzione della tiroide	120.632	3,80 %
Dorsopatie	112.622	3,55 %
Malattie ischemiche	107.229	3,54 %
Fibrillazione	93.003	3,08 %
Malattie della prostata	82.645	3,05 %
Cancri senza metastasi	96.231	3,04 %
M.R.G.E.	93.520	2,95 %
Depressione	93.433	2,95 %
Infezioni delle vie respiratorie	92.073	2,90 %
Malattie del occhio	85.366	2,69 %
Osteoporosi o fratture	78.886	2,49 %
Ictus ischemico	54.684	1,76 %
Aritmie cardiache	42.950	1,35 %
Osteoartrosi	40.942	1,32 %
Disturbi neurotici	40.296	1,27 %
Asma	39.684	1,25 %
Gravidanza	14.195	1,18 %
Sintomi respiratori	36.363	1,15 %
Artrite reumatoide	33.488	1,06 %
Vasi linfatici	32.037	1,01 %
Malattia renale cronica	30.914	0,98 %
Scopenso	27.671	0,97 %
Anemie	29.834	0,94 %
Tumori benigni	29.428	0,93 %
Gastroduodenite	28.967	0,91 %
BPCO	26.997	0,88 %
Demenza	26.683	0,87 %
Disordini mestruali-menopausa	18.231	0,86 %
Gotta o iperuricemia	25.033	0,82 %
Altri problemi neurologici	25.820	0,81 %
Emicrania o cefalea	24.061	0,76 %
Insonnia	23.381	0,74 %
Malattie valvolari	22.080	0,70 %
Malattie vascolari	19.385	0,63 %
Epatopatie croniche	18.632	0,59 %
Cistite	16.971	0,54 %

FIGURA 13: CONTATTI GENERATI DA OGNI PATOLOGIA, HEALTH SEARCH, 2022

Di seguito le patologie per cui le persone si sono rivolte al CdS.



La popolazione in Burundi si reca al CdS soprattutto per patologie di natura infettiva e parassitaria, tra cui la malaria e la parassitosi intestinale, seguite da malattie dell'apparato respiratorio, anche queste spesso legate a malattie infettive, e patologie del sistema osteomuscolare, nelle quali si trovano dolori osteo-articolari, presenti anche in giovane età, dovuti soprattutto all'attività lavorativa nei campi della maggior parte della popolazione.

Inoltre, una buona parte della popolazione si rivolge ai CdS per problemi odontoiatrici, in quanto non sono presenti studi dentistici, risolti spesso attraverso un'estrazione dentale e non con un approccio conservativo.

Emerge che le motivazioni per cui una persona si rivolge ad una struttura sanitaria sono molto differenti nei due Paesi.

In Italia la popolazione sta andando incontro ad un progressivo invecchiamento, con conseguente aumento delle patologie croniche. Questo fa sì che gran parte del lavoro del medico di medicina generale preveda proprio la gestione della persona con malattia cronica.

Sin dalla presa in carico iniziano le attività di prevenzione (8): vengono raccolti dati riguardanti l'anamnesi familiare, le abitudini e lo stile di vita, per iniziare ad individuare eventuali predisposizioni genetiche e fattori di rischio. Tra i compiti del medico di medicina generale vi è quello di attuare una

prevenzione primaria sul soggetto sano, con l'obiettivo di ridurre il rischio di sviluppare la patologia.

Di seguito alcuni esempi:

- Attività di sensibilizzazione e somministrazione vaccini contro le malattie infettive;
- Interventi motivazionali mirati alle situazioni specifiche del singolo, per favorire il cambiamento di scorretti stili di vita, compresa l'alimentazione e il fumo;
- Identificazione precoce dei soggetti a rischio cardiovascolare.

La prevenzione secondaria ha lo scopo di ottenere una diagnosi precoce per attuare un immediato intervento terapeutico.

Il medico di medicina generale accompagna nella continuità della cura, effettuando una prevenzione terziaria con un accurato controllo clinico-terapeutico, per evitare o limitare complicazioni ed esiti invalidanti.

In Burundi, la maggior parte delle richieste riguardano patologie in acuto, perlopiù infettive. Questo ha portato ad attuare nei CdS programmi di vaccinazione per le principali infezioni e di prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili (10 p. 13-16).

In ogni CdS è allestito un ambulatorio dedicato alle vaccinazioni (11 p. 126), dove è presente il materiale necessario e frigoriferi in cui conservare i vaccini. La presenza e la pulizia di questi ambienti è importante, in quanto può succedere che, per una scarsa igiene e/o per una mal conservazione dei vaccini, questi perdano di efficacia o si formino ascessi nella sede di inoculo.

Il piano vaccinale prevede:

- alla nascita: vaccino bacillo di Calmette Guérin contro la tubercolosi;
- ad un mese e mezzo: vaccino antipoliomielite; pentavalente contro difterite, tetano, pertosse, epatite B e Hib; anti-pneumococcico 13-valente;
- a due e tre mesi e mezzo: eventuali richiami delle vaccinazioni precedentemente elencate;
- a nove mesi: anti-rosolia;
- ad un anno e mezzo: eventuali richiami delle vaccinazioni precedentemente elencate.

In ogni CdS, soprattutto in quelli pubblici non gestiti dalla Chiesa, è presente un ambulatorio dedicato alla pianificazione familiare. In esso vengono effettuati incontri di educazione alla sessualità e di prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili, con la distribuzione, se presenti, di preservativi maschili e femminili.

Quanto precedentemente detto dimostra, come riporta anche il documento World Health Statistics del 2023, che popolazioni più vulnerabili continuano a rivelare un rischio elevato di morte e disabilità causato da patologie trasmissibili, perinatali e di malnutrizione, malattie che in contesti con risorse più elevate sono ben controllate.

In contemporanea a queste sfide ancora presenti, l’Africa si trova ad affrontare l’emergere di malattie non trasmissibili.

Secondo i dati OMS, in molti Paesi a basso reddito, compreso il Burundi, negli ultimi anni si è registrato un aumento delle malattie croniche, quali il diabete e l’ipertensione, in particolar modo nella fascia tra i 35 e i 64 anni (20).

Questo è dovuto a poca prevenzione, scarsa educazione e conseguenti stili di vita non salutari. Infatti, sporadici sono i progetti di prevenzione che prevedono campagne di screening e di sensibilizzazione della popolazione. I pochi investimenti non sono sufficienti per una diagnosi precoce della malattia cronica, che può arrivare all’attenzione dell’operatore sanitario quando insorgono le complicanze.

Spesso la terapia, se disponibile, ha un costo troppo elevato per essere mantenuta nel tempo e la distanza tra l’abitazione e il più vicino presidio sanitario non aiuta a mantenere una costanza nel trattamento.

Composizione delle cause di morte nella regione africana e globale, 2000-2048

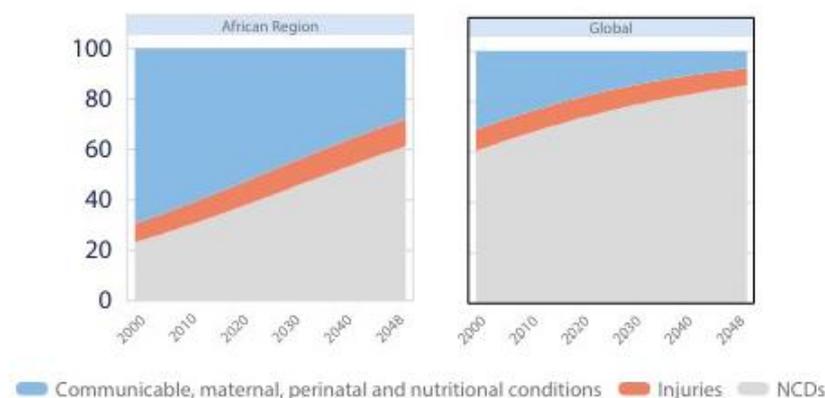


FIGURA 14: COMPOSIZIONE DELLE CAUSE DI MORTE NELLA REGIONE AFRICANA E GLOBALE 2000-2048, OMS, 2023

Si sta verificando anche in Africa, più lentamente e con meno evidenza, una transizione epidemiologica. È necessario andare oltre le tradizionali misure di sanità pubblica, attuando un approccio multisettoriale, allo scopo di prevenire e controllare le malattie non trasmissibili.

Il Burundi ha redatto un documento dal titolo “*Plan d’action multisectoriel de prevention et de controle des maladies non transmissibles*” nel quale viene affrontata la problematica riguardante le malattie croniche, prendendo come riferimento quanto riportato dall’OMS. In esso si cercano di delineare le modalità e gli strumenti per attuare programmi di prevenzione che vadano ad incidere sullo stile di vita per una diminuzione dei fattori di rischio, attraverso un coinvolgimento trasversale di tutte le istituzioni che di occupano di educazione e salute (21).

Secondo le previsioni dell’OMS (Figura 14) se le tendenze degli anni scorsi si dovessero protrarre, le malattie non trasmissibili nel 2048 arriveranno, in Africa, a causare fino al 61% di tutti i decessi, percentuale aumentata rispetto alla situazione attuale, ma al di sotto di quella globale che si attesterà al 90%.

Uno dei limiti evidenziati è la parzialità dei dati sulle malattie croniche e sui relativi fattori di rischio, per cui risulta difficile stimare l'entità oggettiva del problema e porsi degli obiettivi concreti e verificabili, tarando strategie mondiali sulla realtà del Burundi.

Un altro grande limite è la mancanza di fondi sufficienti da destinare esclusivamente alla gestione delle malattie non trasmissibili. Questo comporta una dipendenza economica dagli organismi sovranazionali e dagli altri stati. Inoltre, non è garantita l'universalità dei trattamenti, il costo è a carico del paziente, che per la maggior parte dei casi non può permettersi il pagamento di screening, di controlli periodici e di terapia protratta nel tempo.

Tra le malattie non trasmissibili rientrano anche le patologie psichiatriche che hanno un elevato impatto sociale ed economico, ma a cui, a livello globale, viene destinato solamente il 2% del budget sanitario totale (22 p. XV).

In Burundi, si è assistito ad un incremento delle malattie psichiatriche a seguito della situazione di violenza e di maggior povertà legata alla guerra civile protrattasi dal 1993 al 2005.

Secondo i dati Oms del 2019, la prevalenza di disturbi mentali in Africa è del 10,9%, contro il 14,2% dell'Europa (22 p. 44-45). Queste percentuali sono dovute a: fattori demografici, infatti le popolazioni africane hanno un numero più elevato di bambini sotto i dieci anni di età, per i quali i disturbi mentali sono meno comuni; la guerra e i conflitti, che contribuiscono a tassi relativamente più elevati di disturbi mentali; fattori socioculturali che possono influenzare la disponibilità delle persone a rivelare sintomi di salute mentale nei sondaggi, sfalsando gli studi epidemiologici, sottostimando la portata della problematica in quei Paesi dove lo stigma e la discriminazione sono maggiori.

Inoltre, non sempre è semplice categorizzare il disturbo mentale secondo i manuali di classificazione, in quanto possono sorgere dubbi sulla loro validità universale (23 p. 16). È difficile delineare il limite tra salute e malattia senza tener presente anche il condizionamento socioculturale, comprendente la stratificazione sociale, l'occupazione, il gruppo etnico e l'appartenenza a particolari comunità.

Nei Paesi a basso reddito, compreso il Burundi, le forniture di psicofarmaci sono spesso insufficienti, irregolari e costose e la psicoterapia è pressoché inesistente.

L'obiettivo del Burundi è quello di integrare i servizi di salute mentale con le attività di base offerte sul territorio. Poche però sono le risorse umane specializzate e, in tutto il Paese, è presente un unico centro neuropsichiatrico a Kamenge (21 p. 26).

CAPITOLO 3: QUALE OPERATORE SANITARIO?

L'operatore sanitario, come il paziente, ha un ruolo importante durante il processo di cura.

In questo capitolo si esaminerà la figura dell'operatore sanitario che si occupa della medicina generale.

Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ogni 10.000 abitanti sono presenti in Italia 41 medici e 65,5 infermieri, mentre in Burundi 0,6 medici e 7,58 infermieri. In particolare, in Italia ci sono 6,81 medici di medicina generale ogni 10.000 abitanti (24).

Tra i Paesi d'Europa, l'Italia risulta avere una densità di medici tra le più alte, mentre è tra le più basse per quanto riguarda la presenza di infermieri.

In Burundi è basso sia il numero di medici che di infermieri. Esso è inferiore alla media globale, rientrando per questo tra i Paesi più vulnerabili al Mondo per carenza di operatori sanitari.

Il numero di personale sanitario per abitanti è un dato di una certa rilevanza, in quanto influenza la qualità e la quantità dei servizi a disposizione del singolo cittadino.

Nel 2023 è stato pubblicato l'articolo "*Association between inequalities in human resources for health and all cause and cause specific mortality in 172 countries and territories, 1990-2019: observational study*" (25). Esso prende in considerazione 172 Paesi con caratteristiche differenti fra loro, tra questi anche l'Italia e il Burundi.

Lo scopo di questo studio è stato quello di indagare le disuguaglianze nell'utilizzo di risorse umane in campo sanitario, mettendole in relazione alla mortalità nel periodo 1990-2019. Le conclusioni hanno evidenziato che le disuguaglianze nelle risorse umane sono diminuite a livello globale negli ultimi trent'anni, ma persistono. La mortalità è più elevata nei Paesi con una forza lavoro sanitaria limitata, in particolare per alcune malattie, come l'HIV/AIDS e le infezioni trasmesse sessualmente, i disturbi materni e neonatali, il diabete e le malattie renali.

La bassa densità di operatori sanitari comporta dunque un aumento della mortalità, legata soprattutto a quelle patologie che richiedono una buona educazione sanitaria e un accompagnamento costante e duraturo del paziente nel processo di cura, investendo su prevenzione, cambiamenti dello stile di vita, aderenza a terapie croniche.

Una carenza di operatori sanitari in relazione alla popolazione implica una minor quantità di prestazioni erogate, con conseguente aumento dei tempi di attesa. Inoltre, per contenere la dispersione di risorse umane e materiali, vi è la tendenza a centralizzare il servizio, a discapito dei territori più periferici.

In Burundi risulta essere più evidente, in quanto non sempre è facile la presenza di strutture sanitarie capillari, soprattutto nelle periferie, e nella maggior parte dei CdS il servizio è garantito da pochi infermieri.

Anche in Italia si ha una diminuzione di alcune categorie di sanitari. Questo comporta un aumento delle liste di attesa e, per quanto riguarda la medicina generale, zone non coperte totalmente dal servizio e numero maggiore di utenti per ogni medico.

Un altro aspetto difficile da mantenere in un contesto di bassa densità di operatori sanitari, per mancanza di tempo e per numero di pazienti elevato, è quello del rapporto personale che caratterizza i processi di cura.

Infatti, i due soggetti sono chiamati a costruire una relazione basata sulla fiducia, sul coinvolgimento, sulla condivisione e sulla corresponsabilità. Si viene a creare quella che viene chiamata “alleanza terapeutica”.

Il clinico emerito Claudio Rugarli sostiene che il rapporto tra medico e paziente è un problema fondamentale della medicina e chi lo trascura è un medico dimezzato, in quanto le caratteristiche richieste ad un “medico intero” sono competenza scientifica, onestà intellettuale e morale, curiosità, tenacia e capacità comunicative.

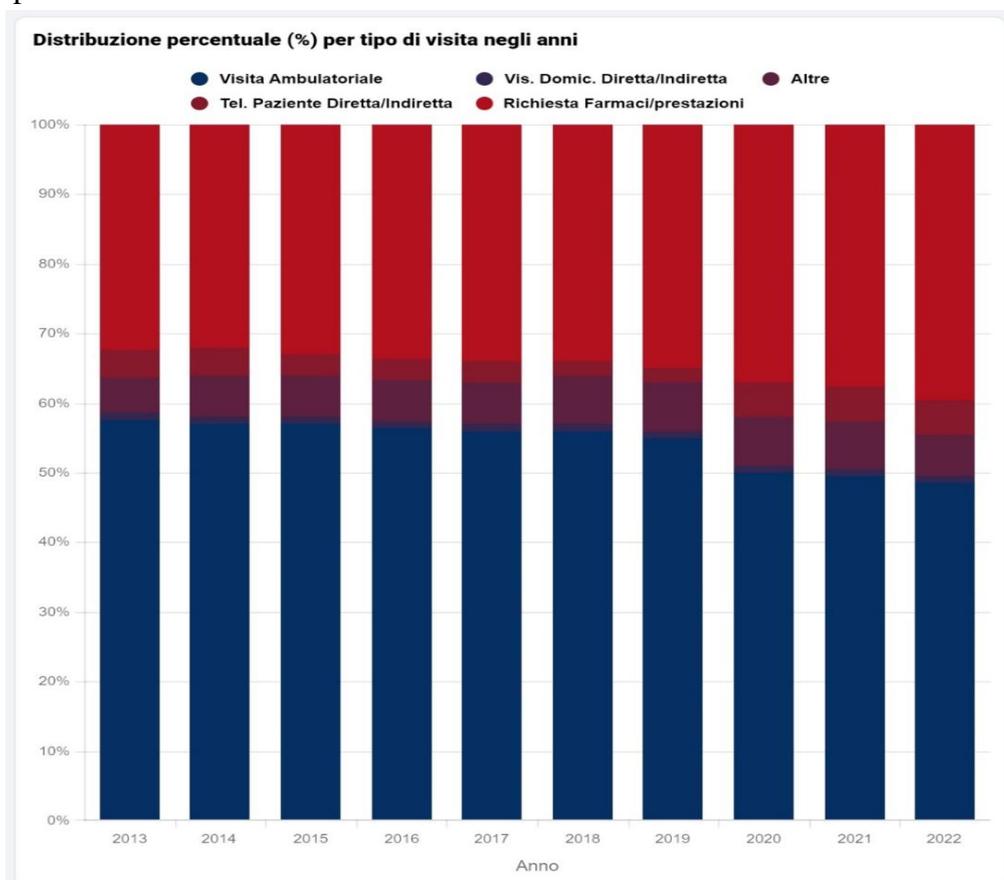


FIGURA 15: DISTRIBUZIONE PERCENTUALE PER TIPO DI VISITA NEGLI ANNI, HEALTH SEARCH, 2022

Come emerge dal grafico (Figura 15), il lavoro del medico di medicina generale in Italia non si limita alle sole visite in ambulatorio e questo favorisce un rapporto più personale. Attraverso le visite domiciliari il medico scopre l'ambiente familiare e il contesto in cui il paziente vive. La disponibilità telefonica agevola e tranquillizza il paziente, aumentando la fiducia nel medico stesso.

Dal grafico di cui sopra si evince che negli ultimi anni si è verificata una diminuzione delle visite ambulatoriali, con un significativo incremento dei contatti per via telefonica. Questo è stato possibile grazie ad uno sviluppo tecnologico che ha permesso una semplificazione e un'accessibilità maggiore a determinati strumenti, incrementandone l'uso a quasi la totalità della popolazione. Inoltre, la disponibilità telefonica è aumentata durante l'emergenza pandemica da Covid-19. Nel dicembre 2020 il Ministero della Salute ha emanato le linee guida per la telemedicina, di cui fanno parte le visite e l'assistenza per via telefonica, entrando a far parte dei servizi erogabili dal Sistema Sanitario Nazionale. Nel suddetto documento è specificato che *“la prestazione in Telemedicina non sostituisce la prestazione sanitaria tradizionale nel rapporto personale medico-paziente, ma la integra per potenzialmente migliorare efficacia, efficienza e appropriatezza”* (26 p. 10).

In Burundi non sono previste né le visite domiciliari, né la possibilità di contattare l'operatore sanitario tramite il telefono; dunque, il lavoro si concentra prevalentemente sulla visita in ambulatorio, inficiando, in parte, sullo sviluppo di un rapporto personale.

Nei prossimi paragrafi verranno affrontati i processi di assistenza che l'operatore sanitario attua durante la visita, prendendo in considerazione l'accoglienza, il processo diagnostico, la terapia.

Un paragrafo è dedicato al rapporto paziente-operatore sanitario, che, trasversalmente, è coinvolta in tutte le fasi della visita medica ed ha un ruolo centrale per la buona riuscita del processo di cura.

Accoglienza

Il processo di cura inizia con l'accoglienza del paziente. È un momento importante, in cui avviene il primo contatto fisico tra il paziente, con il suo carico di bisogni e aspettative, e la struttura sanitaria.

L'obiettivo di questa prima fase è mettere la persona a proprio agio. Ella, in genere, giunge con una specifica richiesta, in una condizione di vulnerabilità per la presenza di un disturbo di salute.

Il personale sanitario deve ascoltare il paziente, individuando qual è la motivazione della visita, e fornire le prime informazioni di cui necessita.

Negli studi di medicina generale può essere presente un servizio di segreteria che può svolgere anche la funzione di accoglienza. Nel caso fosse assente, essa viene effettuata direttamente dal medico durante il momento della visita.

In Burundi, l'utente che arriva al CdS viene preso in carico da un operatore sanitario che ha il compito di annotare, su registri cartacei, il motivo della visita e l'anagrafica, compresa di nome, cognome, sesso, età, provenienza.

In questa fase, vengono già misurati e appuntati alcuni parametri vitali: la pressione arteriosa, la temperatura corporea, il peso e l'altezza. Dopo ciò, al paziente viene indicato dove recarsi per effettuare la visita, a seconda del bisogno sanitario.

Sottovalutando la sua importanza, questo momento in Italia spesso viene trascurato, per mancanza di personale e spazio dedicato.

Negli studi del medico di medicina generale potrebbe essere utile introdurre uno spazio apposito per l'accoglienza del paziente, dove personale qualificato possa ascoltare l'utente ed effettuare una prima valutazione, anche attraverso la misurazione dei parametri vitali. Questo aumenterebbe la soddisfazione del paziente, che si sentirebbe preso in carico fin da subito, e faciliterebbe il lavoro successivo del medico, che avrebbe già un quadro iniziale del paziente ancor prima della visita.

Processo diagnostico

La parola *diagnosi* deriva dal greco "riconoscere attraverso". Infatti, per riuscire a definire la malattia, si utilizzano i segni e i sintomi del paziente.

In supporto, per aiutare nella diagnosi o confermare un sospetto clinico, possono essere utilizzati esami di laboratorio ed esami strumentali.

Anamnesi

L'anamnesi è un racconto da cui si evince non solo il problema sanitario e la storia clinica della persona, ma anche la sua storia personale, il suo carattere, le sue particolarità.

Secondo Montaigne: "*La parola è per metà di chi parla e per metà di chi ascolta. L'anamnesi è una narrazione a due voci, un dialogo/intervista tra operatore sanitario e paziente, costituito da domande, da risposte, da silenzi, da narrazioni*".

Il sintomo che il paziente riferisce è informazione, ma anche narrazione, metafora e storia. Storia che rende inseparabili malato e malattia. Secondo Sacks, da un punto di vista biologico e fisiologico tutte

le persone sono simili, ciò che le rende uniche è il proprio racconto. È la differenza tra illness, la malattia inserita nel suo contesto di esperienza e cultura, e disease, la malattia biologica.

Questa fase della visita si basa sull'ascolto attento e attivo da parte dell'operatore sanitario. Esso non deve essere minimizzato, in quanto da esso possono emergere le preoccupazioni del paziente, che vanno prese in considerazione e non svalutate (27 p. 20).

In uno studio di Langewitz del 2002 (27), si evince che il tempo medio di conversazione spontanea del paziente è di circa 92 secondi e il 78% di essi terminano in due minuti. In media, l'operatore sanitario interrompe il racconto del paziente dopo 22 secondi e tra questi e i 92 secondi vengono menzionati il 75% dei sintomi.

Per raccogliere informazioni, oltre all'ascolto, è importante anche la capacità di chiedere. Il porre domande chiuse, mirate, che implicano una risposta breve da parte del paziente, aiuta l'operatore sanitario a definire il problema. Nello stesso tempo, però, riducono lo spazio del paziente di fornire altre informazioni. In alcune occasioni possono apparire come un vero e proprio interrogatorio, nel quale il paziente può apparire a disagio, con risposte insicure e frammentarie, o irritato, con risposte secche e sfuggenti.

Le domande aperte lasciano il paziente libero di includere nella terapia anche aspetti personali. La ricerca dimostra che un maggior numero di domande aperte, soprattutto nelle fasi iniziali della visita, fornisce al medico un numero maggiore di informazioni anche sulla malattia (28 p. 18-20).

In Italia, nella raccolta dell'anamnesi, si è aiutati sia dall'informatizzazione dei dati del singolo paziente, sia dalla continuità nell'assistenza.

L'informatizzazione permette di avere sottomano e in breve tempo la storia clinica della persona, gli esami che ha effettuato, la terapia attuale e precedente.

La continuità nell'assistenza è importante, perché permette di creare un rapporto di conoscenza e di fiducia duraturo nel tempo, che coinvolge la persona ad ampio spettro, dal punto di vista clinico, ma anche socioculturale.

In Burundi, dove non c'è informatizzazione dei dati e dove non sempre è garantita la continuità nell'assistenza, soprattutto nei grandi CdS, ogni persona è dotata di un libretto sanitario.

Esso consiste in un quaderno che il paziente porta con sé e che viene aggiornato ad ogni visita medica, annotando in esso la data, i parametri, la diagnosi, l'eventuale procedura medica eseguita, i risultati di eventuali esami di laboratorio e/o strumentali, la terapia prescritta e il costo totale della visita.

Esami di laboratorio e strumentali

Nell'ambulatorio del medico di famiglia, generalmente, non vi è la possibilità di effettuare esami di laboratorio completi, mentre per gli esami strumentali dipende dal singolo studio. In alcuni casi vengono effettuati ecg, holter pressori, eco office e spirometrie. Dunque, nella maggior parte dei casi, quando è necessario un accertamento strumentale, il paziente deve recarsi presso strutture sanitarie preposte.

Nei CdS vengono effettuati solo alcuni tipi di esami di laboratorio. Ognuno di esso è a carico del paziente. Per esami più specifici è necessario recarsi negli ospedali di riferimento.

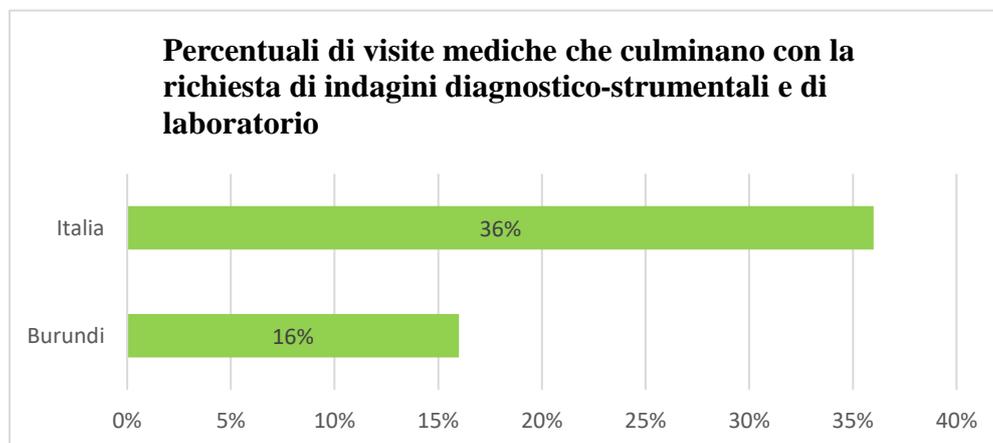
Alla luce dei dati analizzati nei capitoli precedenti, nei quali emerge che le patologie per cui il paziente si rivolge al CdS sono principalmente infettive, gli esami più richiesti sono proprio i test per le malattie infettive. Tra questi: il test della goccia spessa per la malaria, gli esami delle feci per la ricerca di parassiti, il test di Widal per la febbre tifoide, il test per l'HIV, per l'HCV, per l'HBV e quello per la sifilide. Viene effettuato frequentemente anche il test di gravidanza.

Tra gli altri esami ematochimici disponibili c'è il test di Emmel per la diagnosi dell'anemia falciforme, i livelli di emoglobina, la glicemia, i tempi di coagulazione e il gruppo sanguigno.

Negli esami delle urine si può ricercare albuminuria, glicosuria ed effettuare un esame citobatterologico. Inoltre, è possibile eseguire un tampone uretrale e vaginale.

Per gli esami strumentali è inevitabile che il paziente debba rivolgersi a strutture sanitarie più grandi. In alcuni CdS privati può essere presente qualche strumentazione in più, come l'ecografo, utilizzato soprattutto in ambito ginecologico.

Come indicato dal grafico sottostante, circa il 36% (29) delle visite in ambulatorio in Italia culminano con la richiesta di indagini diagnostico-strumentali e di laboratorio, nel CdS circa il 16%, quasi esclusivamente esami ematochimici eseguiti nel CdS stesso.



Terapia

La parola terapia deriva dal greco e significa assistere, servire, occuparsi di, custodire.

La maggior parte delle visite ambulatoriali effettuate dal medico di medicina generale, circa il 51%, culmina con la prescrizione di farmaci. Le altre prestazioni con cui si concludono le visite mediche sono: la richiesta di indagini strumentali e di laboratorio, visite specialistiche e ricovero in ospedale. Nel grafico del Report di Health Search sottostante (Figura 16), si può osservare negli ultimi anni una diminuzione della prescrizione di farmaci, anche se rimane la prestazione più frequente e rilevante.

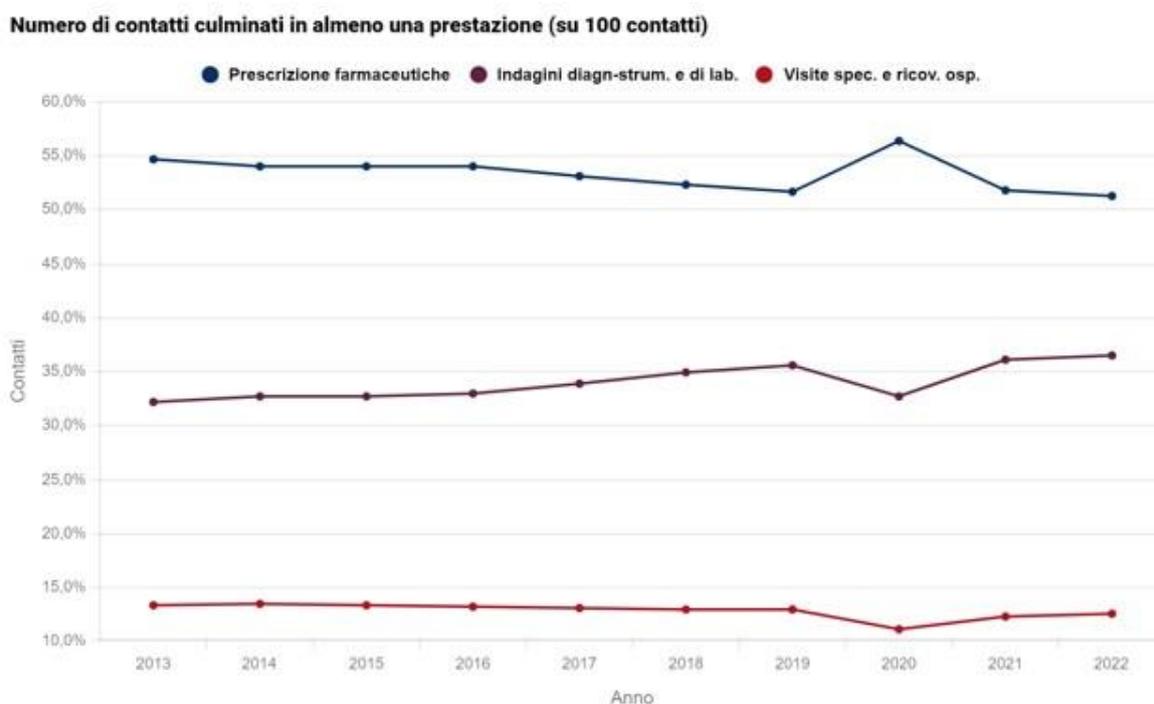


FIGURA 16: NUMERO DI CONTATTI CULMINATI IN ALMENO UNA PRESTAZIONE, HEALTH SEARCH, 2022

Al termine delle visite svolte nei CdS, circa nel 96% dei casi vengono consigliati farmaci.

Inoltre, nei CdS è possibile eseguire interventi di chirurgia minore, condizionati dagli strumenti e dal materiale a disposizione. Tra gli interventi di chirurgia minore vengono effettuati: drenaggi di ascessi, circoncisioni, curettage e medicazioni in caso di osteomielite, ferite, ustioni, ulcere. In genere non viene utilizzato anestetico, in alcune circostanze quello locale. Il materiale utilizzato è per quanto possibile sterile, perlopiù nei CdS non sono presenti autoclavi e la sterilizzazione avviene facendo bollire il materiale.

Sempre nei CdS vengono svolti interventi odontoiatrici, che consistono soprattutto nell'estrazione dentale.

Quando la problematica del paziente è complicata, urgente e non è possibile la gestione nel CdS, la persona viene trasportata con un'ambulanza, se disponibile, nell'ospedale vicino. Questo, ad esempio, viene effettuato in caso di parti complicati e di necessità di interventi chirurgici maggiori.

Emerge che sia in Italia che in Burundi l'utilizzo di farmaci ha un ruolo importante: la maggior parte delle visite termina, come già evidenziato precedentemente, con la prescrizione di una medicina.

Una volta prescritto il farmaco, è fondamentale, da parte del paziente, l'adesione alla terapia, in quanto una mancata assunzione porta ad una perdita di efficacia e può favorire l'insorgenza di complicanze, di recidive o di prolungare la durata della malattia.

In "Adherence to long term therapies: evidence for action", secondo l'Oms, l'adesione è il grado di effettiva coincidenza tra il comportamento individuale del paziente e le prescrizioni terapeutiche ricevute dal personale sanitario curante (30 p. 3-5).

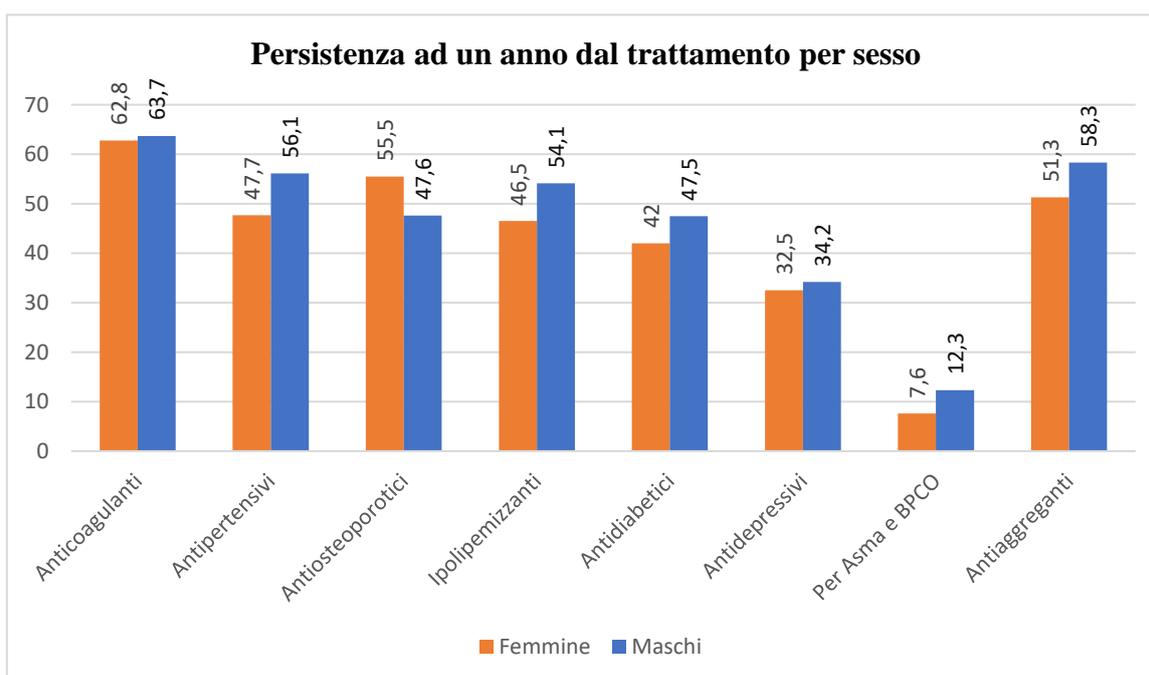
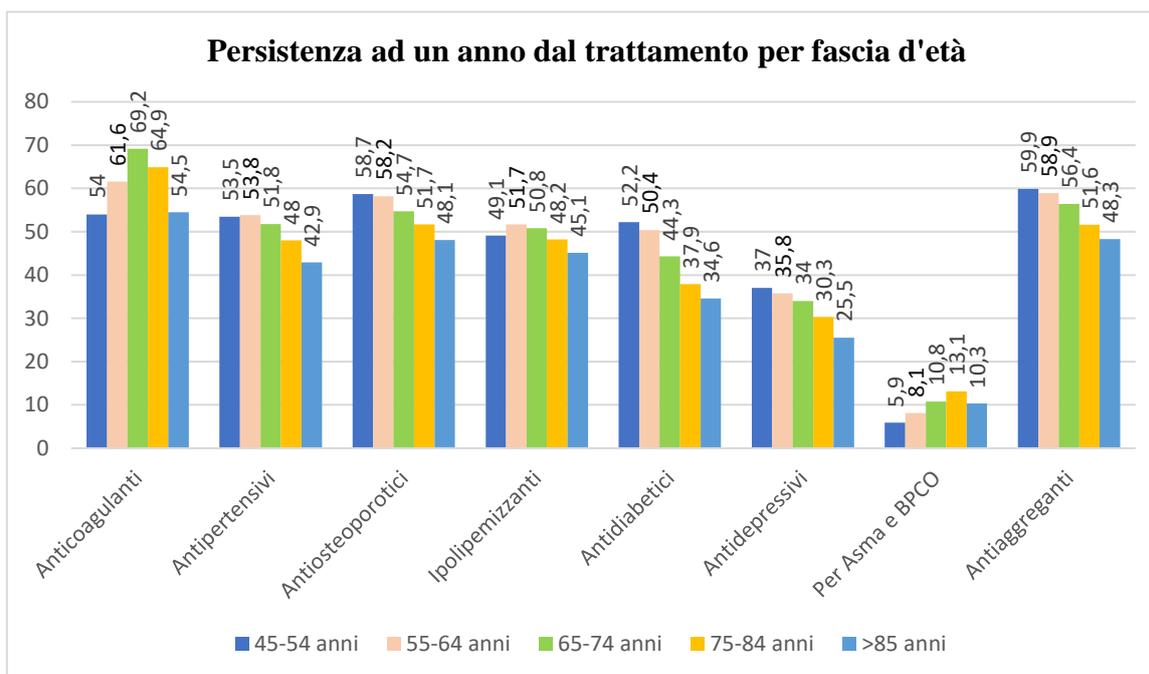
L'adesione comprende l'aderenza, quindi l'assunzione dei farmaci nelle dosi e nei tempi indicati dalla prescrizione, e la persistenza terapeutica, ossia il mantenimento nel tempo di una terapia farmacologica.

La scarsa aderenza ai trattamenti può essere non intenzionale, quando il paziente non comprende correttamente la terapia, o intenzionale, quando il paziente sceglie consapevolmente di non seguire la terapia medica.

Diversi studi si sono occupati di aderenza terapeutica. In Italia, nel rapporto annuale dell'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei medicinali (da ora OsMed), viene valutata l'aderenza e la persistenza ad un anno dei principali trattamenti farmacologici per patologie croniche: farmaci antidepressivi, ipolipemizzanti, per il trattamento dell'osteoporosi, antipertensivi, anticoagulanti, antiaggreganti, antidiabetici, per asma e BPCO.

Di seguito il grafico con i dati del Nord Italia del rapporto annuale OsMed pubblicato nel 2023, con le informazioni relative al 2022, inerente alla persistenza ad un anno di trattamento, suddivise prima, per fasce di età, poi per sesso (31).

Da questi emerge che la persistenza al trattamento è influenzata dal sesso, con dati migliori tra gli uomini, dall'età e dal farmaco stesso.



Dunque, possono essere diversi i fattori che influenzano l'adesione alla terapia: la complessità della stessa, la qualità delle informazioni, la capacità della persona di seguire le indicazioni in modo appropriato, le preoccupazioni riguardo agli effetti collaterali, le convinzioni sul trattamento.

In Burundi, anche se è difficile recuperare dati precisi, una delle maggiori difficoltà nel seguire la terapia è dovuta al costo del farmaco, in carico, per la maggior parte dei casi, al singolo paziente.

L'Africa produce circa il 2% del fabbisogno interno di farmaci e ne importa, dagli altri continenti, circa il 98%. Ciò causa una dipendenza dall'estero pressoché totale, che comporta un aumento del costo, una scelta limitata tra i farmaci e una non sempre disponibilità di essi. Inoltre, il 42% tra le medicine utilizzate sono falsificate o scadenti (32).

Per far fronte a questo problema, nel 2019, è stata istituita l'African Medicines Agency (da ora AMA), con l'obiettivo di sostenere la crescita della produzione farmaceutica locale, di valutare i prodotti medici per il trattamento delle malattie prioritarie stabilite dall'Unione Africana e di ispezionare i prodotti autorizzati alla commercializzazione.

I Paesi dell'Africa che hanno ratificato il trattato AMA sono 27 e tra questi non c'è ancora il Burundi.

In Italia, i medicinali considerati essenziali per assicurare le cure previste nei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria sono gratuiti per il cittadino e a totale carico del Sistema Sanitario Nazionale, con obbligo di prescrizione medica. Il sanitario può scegliere il trattamento più consono al paziente, senza però trascurare l'utilizzo ottimale delle risorse disponibili, per garantire il contenimento della spesa sanitaria. Il rischio è che, per rispettare gli obiettivi di budget, vengano trascurati i bisogni di salute.

Un altro elemento che condiziona l'adesione alle indicazioni dell'operatore sanitario, da tenere in considerazione sia in Italia sia in Burundi, è legato alla comunicazione da parte dell'operatore sanitario.

L'adesione al processo di cura è favorita da spiegazioni esaustive sul trattamento, che consistono nell'informare il paziente sui potenziali rischi sia nell'effettuare la terapia, sia nel mancato rispetto delle indicazioni.

Il paziente è più propenso a seguire la terapia se viene coinvolto e se diventa corresponsabile della cura. Importante accertarsi che abbia compreso le indicazioni ricevute.

In Italia, il medico di medicina generale, seguendo la persona nel tempo, può monitorare il suo comportamento. In Burundi, questo non è sempre possibile, in quanto la persona non è seguita sempre dallo stesso operatore sanitario.

L'adesione alla terapia dipende anche dalla cultura e dal modello di salute del paziente. La "medicina occidentale" si è affermata come "medicina ufficiale" in tutto il mondo per i grandi successi riscontrati, ma non è l'unica.

In Burundi, come in altre parti del mondo, sono ancora presenti quelle che sono conosciute come "medicine tradizionali". Esse sono praticate dal guaritore, che acquisisce il ruolo terapeutico successivamente ad una vocazione, ad una formazione iniziatica e a un riconoscimento da parte della comunità.

Il guaritore condivide le stesse credenze, parla la stessa lingua e partecipa alla costruzione e al rinforzo della cultura che lo esprime. Ha un atteggiamento olistico verso la persona che si reca da lui, considerando la salute uno stato di equilibrio tra individuo e ambiente circostante (23 p. 99).

Difficile confrontare le medicine tradizionali con la medicina occidentale: i sistemi di valutazione si differenziano per metodi e criteri (23 p. 68-70).

Tradizione e modernità spesso si scontrano: difficile è il travaglio che scaturisce in una popolazione tra difese di vecchie identità e acquisizione di altre, modelli differenti si alternano, si sostituiscono e possono giungere ad una contaminazione. L'interdisciplinarietà e un approccio transculturale permettono un dialogo e un superamento di confini, abbattendo pregiudizi da entrambe le parti (23 p. 79).

Ogni modello di salute è strettamente connesso al mondo in cui ha corso, dunque, risulta difficile passare da uno all'altro, separare nettamente scienza e credenze. Per questo, in alcuni Paesi più di altri, la fiducia è riposta nella medicina tradizionale.

Il ricorso alla medicina tradizionale per i motivi suddetti può ritardare la diagnosi e la somministrazione della terapia. Soprattutto per i casi più gravi, questo ritardo può portare a conseguenze severe.

Anche negli stati occidentali alla medicina ufficiale può affiancarsi o contrapporsi una medicina alternativa. Questo può essere conseguenza del fatto che in alcuni settori medici l'applicazione di scienze biologiche esatte ha permesso l'acquisizione di certezze che corrispondono ai criteri della scientificità, ma in altri campi ciò non è stato ancora possibile. Ciò può portare ad una diffidenza e ad una sfiducia nella "medicina ufficiale", facendo sì che le persone cerchino risposte e si affidino a medicine alternative (23 p. 87).

In quei Paesi, compresa l'Italia, dove l'uso di internet fa ormai parte della quotidianità, è avvenuto un cambiamento nella relazione medico-paziente e ciò influisce anche sull'aderenza alla terapia. Ferguson e Frydman nel 2004 coniano il nome "e-patient" per identificare chi utilizza la rete internet per cercare informazioni di tipo sanitario (33).

Nel 2006 Andreassen et al. hanno evidenziato che l'utilizzo della comunicazione mediata dal computer e la fiducia nella relazione medico-paziente si influenzano a vicenda (34). Sempre nel 2006, Erdem e Walker hanno messo in luce come la crescita delle informazioni online crei confusione tra i pazienti che cercano di conciliare la disparità tra le raccomandazioni del medico, fiducia nel medico, e quelle trovate su internet, fiducia verso internet (35).

Uno studio del 2018 svolto all'interno dell'ASL savonese ha indagato la relazione che si stabilisce tra medico di medicina generale e paziente nell'era del web 2.0. I risultati hanno evidenziato che il

paziente assume un ruolo sempre più attivo nella gestione della propria salute, utilizzando internet per cercare informazioni mediche. Un rapporto di lunga durata con il medico e la presenza di un medico che dedica tempo al paziente durante la visita possono mediare l'uso di internet. Il 18% dei soggetti afferma di osservare meno le prescrizioni del medico, contro il 72% che non riscontra cambiamenti in tal senso e il 10% che dichiara di osservarle maggiormente. L'osservazione minore alle prescrizioni potrebbe essere dovuta, in alcuni casi, alla maggiore fiducia attribuita alle informazioni presenti online piuttosto che al proprio medico. È emerso che il medico continua a rivestire un ruolo centrale per verificare le informazioni individuate sul web (36).

Rapporto operatore sanitario-paziente

La relazione che si crea tra il paziente e l'operatore sanitario ha un valore terapeutico.

In un articolo scientifico del 1992, E.Emanuel e L.Emanuel individuano quattro modelli di relazione medico-paziente (37):

- **modello paternalistico:** l'operatore sanitario decide gli esami e le terapie e informa il paziente su di esse. Al centro c'è l'operatore sanitario. La partecipazione del paziente è limitata, in una posizione di inferiorità.
- **modello informativo:** il sanitario fornisce al paziente tutte le informazioni rilevanti in modo distaccato, senza coinvolgimento emotivo. La scelta del processo di cura è del paziente che ha piena autonomia.
- **modello interpretativo:** l'operatore sanitario fornisce al paziente tutte le informazioni utili e lo aiuta nel processo di comprensione, assistendolo nell'elaborare i suoi valori in relazione all'intervento medico.
- **modello deliberativo:** il sanitario, come un insegnante o un amico, aiuta a scegliere i migliori valori di salute che possono essere realizzati nella situazione clinica. Il paziente viene coinvolto in un dialogo sul proprio percorso di cura, esercitando autonomia nelle scelte.

In uno studio del 1997, Roter analizza la comunicazione medico-paziente in modo strettamente linguistico (38). Identifica i seguenti schemi comunicativi:

- **Strettamente biomedico:** riflette gli elementi del modello paternalistico.
- **Biomedico allargato:** consente al paziente di inserirsi con input psicosociali. È un modello più egualitario che integra la prospettiva del paziente.
- **Biopsicosociale:** diminuisce il controllo da parte del sanitario, il paziente ha maggiore autonomia, autocomprensione e autoscoperta.

- **Psicosociale:** riflette alcuni elementi del modello interpretativo e alcuni del modello deliberativo. La preponderanza del discorso è nel dominio psicosociale e il rapporto è alla pari. Il ruolo dell'operatore sanitario è quello dell'amico che coinvolge il paziente in un dialogo sui suoi problemi di vita che vanno oltre le circostanze mediche.
- **Consumista:** modello informativo. Il sanitario agisce come esperto tecnico competente e fornisce informazioni, per poi mettere in pratica ciò che sceglie il paziente.

Sempre nello stesso studio, Roter analizza l'utilizzo dei sopraccitati schemi, evidenziando che più del 60% dei medici utilizza schemi biomedici, preferendo una relazione asimmetrica tra paziente e operatore sanitario.

Il curante ha la maggior responsabilità nella costruzione del rapporto, in quanto deve saper leggere i bisogni del paziente, individuando il modello più adatto da utilizzare.

In questi ultimi decenni si è assistito ad un cambiamento della società, che ha portato alla necessità di attuare un superamento del modello paternalistico a favore di quello deliberativo, riducendo l'asimmetria tra l'operatore sanitario e il paziente (39).

In Italia, l'esigenza della maggior parte delle persone è quella di essere partecipe alla gestione della propria salute. Questo è conseguenza di una maggior consapevolezza dei propri diritti, di una facilità di accesso alle fonti di informazione e di trasformazioni sociali prodotte negli anni dall'esistenza del Servizio Sanitario Nazionale.

In Burundi questo cambiamento nel rapporto tra curante e paziente è in divenire, in quanto i processi che hanno portato in molti Paesi ad un ruolo più attivo dell'utente sono appena iniziati.

Un nuovo approccio alla gestione della relazione con il paziente è quello del **patient empowerment**. Secondo uno studio del 2013 può essere definito come *“un processo di sviluppo personale per cui il paziente viene dotato di conoscenza, capacità e consapevolezza che gli consentano, in tutto o in parte, di autodeterminarsi in relazione alla propria salute”* (40).

Il processo di patient empowerment contribuisce a migliorare il rapporto operatore sanitario-paziente, poiché risponde alle aspettative degli utenti, creando un'atmosfera positiva: le esigenze vengono prese in considerazione con un atteggiamento non giudicante e un ascolto attivo, vi è una decisa propensione al dialogo e una incentivazione all'autonomia decisionale del paziente.

Si passa da una logica di decision making di tipo “professional centred”, ad una “patient centred-professional guided”, in base alla quale è lo stesso paziente a generare e filtrare le informazioni ed il medico collabora con il paziente al fine di costruire un percorso terapeutico condiviso.

Secondo l’OMS, il concetto di empowerment è di fondamentale importanza per quanto riguarda la gestione delle malattie croniche, in aumento in tutto il mondo, in quanto il paziente è motivato nel processo di cura, garantendo costanza e determinazione.

Nella relazione operatore sanitario-paziente gioca un ruolo fondamentale la comunicazione. Essa è comprensiva di un linguaggio che è:

- **verbale:** rappresenta il contenuto del messaggio attraverso parole dette o scritte;
- **non verbale:** rappresenta ciò che riguarda la corporeità. Postura, gestualità, sguardo, espressioni del volto, prossemica. È la componente più soggettiva, è specifica di ogni persona;
- **paraverbale:** rappresenta la forma con la quale si esprime il messaggio attraverso l’intonazione, il ritmo, il volume e il colore del parlato.

Secondo la teoria di Mehrabian, il linguaggio non verbale influisce sulla comprensione del messaggio per il 55%, il paraverbale per il 38%, mentre il verbale solamente per il 7%. Anche se questa teoria è stata più volte contestata, quello che appare importante è il ruolo non sottovalutabile della comunicazione non verbale.

Per un operatore sanitario è fondamentale saper interpretare quello che il paziente dice attraverso il verbale e il non verbale, ma è anche importante che rifletta sull’impatto che le sue parole e il proprio comportamento non verbale possono avere sui pazienti e i loro familiari.

La parola ha tuttavia un ruolo imprescindibile nel rapporto medico paziente. L’operatore sanitario ha il compito di ascoltare attivamente il paziente, ma anche di metterlo a conoscenza della diagnosi e delle possibili terapie.

Fondamentale è prestare attenzione al tipo di **linguaggio** che viene utilizzato.

Un linguaggio troppo specialistico potrebbe sia impedire al paziente di capire con sufficiente chiarezza la patologia e la relativa terapia, sia rafforzare la verticalità del rapporto. Tuttavia, uno studio effettuato da Tailor e Ogden (41), ha fatto emergere che l’uso di termini tecnici favorisce la fiducia nel medico.

Da ciò emerge come l’operatore sanitario debba arrivare ad un equilibrio tra un linguaggio eccessivamente tecnico e un linguaggio troppo colloquiale. Anche in questo, gioca un ruolo fondamentale la conoscenza del paziente e del contesto socioculturale di riferimento.

La difficoltà sulla scelta dei termini aumenta quando i due interlocutori parlano due lingue differenti. La barriera linguistica può causare incomprensioni sia da parte del paziente sia del medico, aumentando il rischio di errata diagnosi o di non aderenza alla terapia.

Sinergicamente alla comunicazione verbale, la **comunicazione non verbale** è veicolata da gesti, movimenti, espressioni facciali, sguardi e contatto fisico. È definita da codici non linguistici, interpretabili secondo le regole culturali degli interlocutori.

La psicologa Angelica Mucchi Faina scrive che la comunicazione non verbale è un processo sottile, spontaneo, multidimensionale, basato su segnali che sono in genere condivisi dalle persone appartenenti alla stessa cultura, ma non necessariamente da persone di altre culture. Dunque, può essere difficile identificare correttamente e comprendere i messaggi non verbali di chi appartiene ad un'altra cultura, portando a malintesi e problemi comunicativi (42).

L'operatore sanitario deve tenere conto anche delle differenti modalità in cui viene vissuto il **dolore** e la **malattia** dall'interlocutore.

Il dolore è una risposta ad uno stimolo nocicettivo, ma la reazione all'esperienza dolorosa è soggettiva e dipende da fattori ambientali, culturali, sociali, religiosi ed affettivi.

In Africa il concetto di salute è legato all'ordine naturale, sociale e sovrumano. La malattia è concepita e affrontata in una prospettiva religiosa: la causa è un disordine recondito dal quale emergono gli effetti negativi. I fattori mistici della malattia vengono ritenuti comprensibili solo attraverso il processo divinatorio da parte di appositi specialisti, che hanno il compito di eliminare gli effetti della magia nera, di scoprire gli operatori di sortilegi, di rimuovere le maledizioni nocive per l'individuo e per la società. Essi hanno la capacità di entrare in contatto con il mondo degli spiriti dai quali ricevono informazioni riguardanti la cura delle malattie.

Fondamentale per raggiungere un miglior livello di salute non ignorare l'aspetto spirituale della malattia, favorendo una collaborazione tra operatori sanitari e mediatori etnici per unire le conoscenze e integrare le visioni culturali all'interazione clinica (23 p. 103-105).

Un elemento imprescindibile che arricchisce il rapporto medico paziente è l'**empatia**: capacità che permette di "mettersi nei panni dell'altro", di percepire emozioni e sentimenti, mantenendoli distinti dai propri.

L'articolo "Una prospettiva delle neuroscienze sociali sull'empatia clinica" di Decety, Smith, Norman & Halpern (43), afferma che la comunicazione empatica è associata a una migliore soddisfazione del paziente, a una maggiore aderenza al trattamento e a un minor numero di reclami per negligenza.

La percezione dei pazienti dell'empatia dei loro medici è positivamente correlata a risultati di salute più favorevoli.

Oltre a migliorare i risultati dei pazienti, l'empatia clinica è associata ad un aumento del benessere generale per il medico: livelli elevati di empatia da parte dei professionisti sono stati associati a una

diminuzione del burnout, del disagio personale, della depressione e dell'ansia, insieme a un aumento della soddisfazione di vita e del benessere psicologico.

CONCLUSIONI

L'obiettivo dello studio è stato quello di effettuare un'analisi su analogie e differenze di come la medicina generale viene praticata sul territorio di due Paesi divergenti fra di loro per posizione geografica, cultura e risorse disponibili, l'Italia e il Burundi.

È apparsa evidente la differenza socioculturale tra i due Paesi, dalla quale derivano gli strumenti e le strategie attuate per cercare di rispondere al bisogno di salute, considerata da entrambi un diritto costituzionale.

Entrambi gli stati presi in esame si sono dotati, in tempi relativamente recenti, di differenti sistemi sanitari nazionali che forniscono un'organizzazione, regole, strutture e delineano quali siano i principi fondamentali necessari per raggiungere il diritto alla salute. Uno stato decide anche le priorità, indirizzando fondi e risorse, a seconda di quanto si ha a disposizione. Un medico, come ogni operatore sanitario, deve conoscere le norme vigenti che regolano il territorio dove opera.

Per quanto riguarda la medicina generale/territoriale, la prima grande diversità è la presenza in Italia della figura del medico di medicina generale, assente in Burundi.

Per confrontare come la medicina generale/territoriale viene esercitata nei due Paesi, si è individuato in Italia l'ambulatorio del medico di medicina generale e in Burundi il CdS. Entrambi, infatti, sono le strutture sanitarie più vicine al cittadino che cercano un'integrazione territorio-ospedale, primi punti di riferimento a livello periferico in cui la medicina generale vede la sua massima pratica nei rispettivi stati.

Entrambe le strutture cercano di rispondere al bisogno di avere un servizio capillare sul territorio.

In Italia la prossimità del servizio è raggiunta con la presenza di circa sette medici di medicina generale ogni diecimila abitanti, con relativo ambulatorio nel comune di riferimento.

In Burundi un singolo CdS ha un bacino di utenza maggiore, anche se spesso risulta difficile individuare il numero preciso, in quanto spesso gli utenti non corrispondono agli abitanti della zona di competenza. Alcuni agglomerati di abitazioni più periferiche si trovano ancora a molti chilometri dalla più vicina struttura, comportando ritardi o rinunce al percorso di cura.

Il CdS diverge dall'ambulatorio del medico di medicina generale per alcune attività che derivano da bisogni peculiari burundesi. Tra questi, una delle priorità è quella di diminuire la mortalità perinatale, per questo viene seguita la donna in gravidanza, gestito il parto e il periodo postparto direttamente nel CdS, ad eccezione di eventuali complicanze che vengono centralizzate all'ospedale di riferimento. Vengono effettuati interventi di chirurgia minore, ma anche estrazioni dentali, in quanto non prevista

la figura del dentista e c'è la possibilità di tenere in osservazione un ristretto numero di pazienti grazie alla presenza di alcuni letti.

In Burundi, al CdS si recano persone di tutte le età, senza la distinzione bambini e adulti. La popolazione, a differenza di quella italiana, è una popolazione giovane, a causa di un'elevata natalità e di un ridotto tasso di sopravvivenza. Questo determina che la maggior parte delle visite sono rivolte ai bambini sotto i 5 anni. Tenendo presente solo i pazienti dai 15 anni, la fascia di età più numerosa è quella tra i 15 e i 39 anni, nettamente minore quella sopra i 65 anni. Oltre che dalla conformazione della popolazione generale, l'età dei pazienti è condizionata anche dalle risorse che lo stato investe, facilitando l'accessibilità alle cure a particolari fasce di età.

In Italia si assiste sempre più ad un invecchiamento della popolazione, determinato da una diminuzione delle nascite e ad un abbassamento della mortalità. La maggior parte delle visite è rivolta ad una popolazione sopra i 65 anni, fascia di età che solitamente ha più bisogni sanitari e che richiede più prestazioni.

In Burundi si recano al CdS soprattutto donne con una percentuale nettamente maggiore.

Anche in Italia il numero maggiore di accessi è femminile, ma con una percentuale di poco superiore rispetto a quella maschile.

Il sesso dei pazienti può essere influenzato da fattori sociali, che possono determinare, in alcuni stati più di altri, ruoli di genere.

Le patologie più frequenti per cui le persone si recano nelle due strutture sono differenti, determinate anche dalla struttura della popolazione.

In Italia sono soprattutto patologie che colpiscono il sistema circolatorio, soprattutto l'ipertensione arteriosa, malattie endocrine e metaboliche, tra le quali il diabete mellito di tipo II. Sono perlopiù malattie croniche, che coinvolgono principalmente le fasce di età più alte e che richiedono una terapia continua e un accompagnamento nel processo di cura.

Di contro, in Burundi, le malattie più frequenti sono quelle infettive, quelle che colpiscono l'apparato respiratorio e quelle che coinvolgono il sistema osteomuscolare. Sono per la maggior parte affezioni acute, che spesso giungono all'attenzione dell'operatore sanitario già in stato avanzato, per le quali i pazienti si aspettano una terapia immediata e non protratta nel tempo. Come già evidenziato, si rivolgono ai CdS anche per problematiche odontoiatriche e per tutto ciò che riguarda la gravidanza. Le patologie croniche non trasmissibili non sono assenti, anche se presenti in percentuale minore, e si registra un loro progressivo incremento.

In entrambe le strutture sono attuati programmi di prevenzione che sono legati alle patologie più frequentemente riscontrate. Per questo in Burundi sono principalmente legati a vaccinazioni e a

informazioni sulle malattie sessualmente trasmissibili. In Italia, oltre a campagne di prevenzione a livello nazionale e regionale, il medico di medicina generale si occupa anche di sensibilizzare il singolo paziente durante il momento della visita, con un approccio più personale.

In Italia, oltre alla visita in ambulatorio, è prevista anche, in determinate situazioni e condizioni, la visita domiciliare, nella quale il medico di medicina generale si reca direttamente a casa del paziente. Ciò aiuta nella conoscenza dell'ambiente socioculturale in cui la persona vive. La possibilità di contattare il medico per via telefonica tranquillizza il paziente e rafforza il rapporto di fiducia.

A differenza dell'Italia, in Burundi è prevista solo la visita all'interno del CdS, non esiste quella domiciliare e non c'è la possibilità di contattare telefonicamente l'operatore sanitario.

Una discrepanza tra i due stati è la continuità nell'assistenza che favorisce un rapporto più personale, una maggior conoscenza e fiducia reciproca. In Italia viene garantita dal fatto che ogni cittadino può scegliersi un medico di medicina generale che lo accompagna nel proprio percorso di cura, indirizzandolo verso specialisti, diventando punto di riferimento in ambito sanitario. In Burundi, non essendo presente questa figura, è difficile mantenere una continuità nell'assistenza, il cittadino infatti può recarsi in qualunque CdS e l'operatore può variare di volta in volta.

Sia negli ambulatori in Italia che nei CdS in Burundi, generalmente, non c'è la possibilità di svolgere esami di laboratorio completi ed esami strumentali. L'operatore sanitario deve far affidamento principalmente sulla clinica, tenendo presente l'epidemiologia. L'informatizzazione dei dati, assente in Burundi, è utile in Italia per avere sempre a disposizione e in poco tempo la storia sanitaria del paziente, favorendo l'anamnesi. In Burundi ciò è ovviato dal libretto cartaceo personale, il quale, di volta in volta, viene aggiornato su procedure e terapie effettuate, non sempre però di facile lettura e interpretazione.

Sia in Italia che in Burundi le visite culminano, per la maggior parte dei casi, con la prescrizione di farmaci. In entrambi i casi è necessario prestare attenzione che la terapia venga assunta correttamente, nelle dosi e nei tempi. Necessario accertarsi che sia chiaro al paziente le modalità di assunzione, ma anche l'importanza di aderire ad essa. Un aspetto meno rilevante per il paziente in Italia è il costo del farmaco, che, invece, ha un'influenza elevata in Burundi, determinando spesso un'interruzione nell'assunzione della terapia. Anche la cultura, le credenze e le tradizioni influenzano l'aderenza alla terapia e gli accessi alla medicina "ufficiale" e possono portare la persona a cercare risposte nella medicina considerata "alternativa".

Ciò che differisce nei due Paesi e che determina una disuguaglianza nell'assistenza sanitaria è il principio di universalità.

In Italia lo stato si impegna a rendere accessibile l'assistenza sanitaria a tutta la popolazione, senza alcuna discriminazione. In particolare, garantisce una gratuità del servizio, con una compartecipazione del cittadino al costo della prestazione, i ticket, e attraverso fondi pubblici destinati alla sanità. L'universalità può essere minacciata quando le liste di attesa hanno tempi non sostenibili e la persona è costretta a rivolgersi al privato per avere la stessa prestazione.

La gratuità dei servizi sanitari non è garantita in Burundi, dove i costi delle prestazioni sono direttamente a carico del singolo paziente. Sono gratuiti e rimborsati alle singole strutture solo per alcune categorie. È a carico dello stato per i bambini sotto i cinque anni e per le donne in gravidanza, con l'obiettivo di diminuire la mortalità durante il parto e la mortalità infantile. Questo determina un'impossibilità ad acquistare prestazioni sanitarie e farmaci.

CONSIDERAZIONI PERSONALI

Questo studio ha evidenziato che molte sono le differenze di come la medicina generale viene attuata nei due Paesi: nasce da bisogni sanitari distanti, esprime valori culturali diversi e fa i conti con le risorse disponibili.

L'azione dell'operatore sanitario viene influenzata e talvolta condizionata dal contesto socioculturale in cui si trova a prestare servizio; il sanitario non può semplicemente effettuare una diagnosi di malattia e impostare una terapia ignorando l'ambiente in cui si trova.

Questo aspetto è maggiormente evidente nella medicina generale, dove una visione olistica del paziente permette di rispondere al bisogno di salute non solo come assenza di malattia, ma come benessere fisico, mentale e sociale.

Nonostante epidemiologia e risorse differenti, l'operatore sanitario deve mettere in gioco non solo le nozioni di cui dispone, ma anche capacità personali e di relazione. Infatti, l'obiettivo è curare la malattia, ma soprattutto la persona.

Quello che emerge sia nell'ambulatorio di medicina generale sia nel CdS è che la persona arriva con richieste precise, portando all'attenzione dell'operatore uno o più problemi di carattere sanitario. Si trova in una condizione di vulnerabilità e cerca un modo per superarla, portando speranze e timori.

La persona narra, che sia in italiano o in kirundi, quello che l'ha portata a recarsi dall'operatore sanitario. È evidente come si aspetti di essere ascoltata e presa in considerazione, mostrando insofferenza per le interruzioni esterne che possono sopraggiungere, che sia una telefonata di un altro paziente in Italia, o i pianti e le urla dei bambini che aspettano di essere visitati in Burundi. È un momento in cui vorrebbe che tutte le attenzioni dell'interlocutore fossero a lei rivolte.

Il bisogno di parlare e di essere ascoltato del paziente si scontra con il tempo a disposizione, limite presente ovunque. L'operatore sanitario ha il compito di trovare un equilibrio tra la durata necessaria per capire il problema e quella per far sì che il paziente non si senta inascoltato.

La persona si aspetta che l'operatore sanitario non sviscenda quello che gli sta raccontando, ma che adotti un atteggiamento non giudicante e accogliente.

L'empatia ricercata e necessaria al paziente non è solo quella dell'ascolto, infatti, prendere in considerazione i vari sintomi e ricercare segni clinici attraverso l'esame obiettivo serve per formulare una corretta diagnosi e a far sì che il paziente non si senta ignorato, aumentando il suo grado di soddisfazione. Anche in questo caso il tempo può condizionare la visita, non permettendo di effettuare un esame obiettivo completo, ma relativo solamente alla problematica indagata.

Il paziente si aspetta che l'operatore sappia dare una spiegazione alla problematica che sta affrontando e soprattutto sappia consigliare una soluzione. La maggior parte delle volte, più in Italia che in Burundi, vuole essere informato in modo esaustivo per capire le motivazioni della proposta terapeutica e per scegliere consapevolmente. Il paziente chiede di essere coinvolto attivamente nel processo di cura e non si limita ad accettare passivamente una terapia senza capirne il senso.

Conoscere la lingua a volte non basta: le variabili sociolinguistiche sono numerose e i registri comunicativi spesso hanno sfumature che solo un uso costante permette di capire. Inoltre, è necessario tener presente il "non verbale". Conoscere e condividere gli stessi registri aiuta nel creare una relazione di fiducia.

I gesti non hanno significati universali, questo può portare a fraintendimenti nella loro interpretazione, sia da parte dell'operatore sanitario, ma anche da parte del paziente. In Burundi, oltre la difficoltà della lingua kirundi, anche alcuni atteggiamenti, modi di fare, toni di voce, comportamenti sono profondamente diversi. Nel periodo che sono stata in Burundi, fondamentale è stata la presenza di un operatore che mi ha aiutata nell'uso del linguaggio verbale e non verbale: l'utilizzo della lingua, ma anche l'interpretazione e l'insegnamento di alcuni gesti necessari per mettere a proprio agio il paziente.

Ho potuto osservare, sia nel CdS che nell'ambulatorio di medicina generale, quanto sia importante conoscere anche i valori e gli aspetti culturali del paziente per costruire un rapporto di fiducia, agevolando l'accompagnamento verso una scelta consapevole e autonoma, senza pregiudizi e condizionamenti, per arrivare ad una vera corresponsabilità nel processo di cura.

Il rapporto operatore sanitario-paziente è anche caratterizzato dalle richieste implicite del paziente, quelle che non vengono espresse apertamente, ma che il sanitario deve saper individuare e non può ignorare. Anche in questo caso è fondamentale la conoscenza dell'interlocutore, che non si limita alla storia clinica, ma è arricchita dal contesto socioculturale. Questo emerge nell'ambulatorio, dove il medico di medicina generale accompagna la persona nel suo percorso, spesso conosce anche gli altri membri della famiglia, sa abitudini, decide quale registro linguistico è meglio utilizzare per mettere a proprio agio il paziente, nel contempo diventa punto di riferimento in ambito sanitario, in genere di tutta la famiglia. Questo è rafforzato dal fatto che il medico di medicina generale può essere contattato non solo in ambulatorio, ma anche per via telefonica. Molti pazienti utilizzano questa metodologia più immediata per essere rassicurati. Ciò ha il vantaggio di mantenere un rapporto costante, di contro l'elevato numero di richieste senza alcun limite orario può inficiare sul lavoro del sanitario, che contemporaneamente si troverà a gestire più problematiche, spesso anche durante il momento delle visite in ambulatorio.

Conoscendo la persona e il suo contesto, il medico di medicina generale sa individuare anche quelli che sono i bisogni non detti, espressi da una posizione del corpo, da silenzi, da frasi che sottintendono altro. Considerando anche questi bisogni, incrementa ulteriormente la fiducia nei propri confronti e rafforza il rapporto, rispondendo alle aspettative e ai desideri del paziente.

La visita medica centrata sulla persona può assumere delle sfumature diverse rispetto ad una visita centrata sulla malattia. Le decisioni sono prese sempre facendo riferimento alla clinica e alle competenze scientifiche, ma la patologia assume la stessa importanza del vissuto di malattia. Oltre, dunque, la necessità di individuare la malattia e di trattarla, assume rilevanza confrontarsi con il significato soggettivo che essa acquisisce nel malato. Si tiene conto della connessione fra aspetti biologici, psicologici e sociali. Per questo è importante che il sanitario, se l'ambiente in cui opera non è il suo, venga affiancato e preparato da personale che studia l'essere umano nelle sue caratteristiche storiche, culturali, linguistiche, sociali ed economiche.

Il medico può decidere se curare il paziente, applicando correttamente il metodo scientifico, diagnosticando e curando la malattia, o se prendersi cura della persona, prendendola in carico nella sua totalità e umanizzando il percorso terapeutico.

In questo viaggio dalla medicina territoriale in Burundi alla medicina generale in Italia ho avuto l'opportunità di scoprire come la visita medica non sia altro che un incontro tra due persone, il paziente ed il medico. Timori ed aspettative si intrecciano, richieste e competenze si completano, scienza e coscienza si mescolano. Una stretta di mano e il medico viene accolto nella vita del paziente e inizia un nuovo viaggio: «Benvenuto dottore! Karibu muganga!».

BIBLIOGRAFIA

1. **United Nations Development Programme.** *Human development report 2021/2022.* USA. 2022.
2. **Asl 3 Genovese.** *Guida ai servizi - Valpolcevera e Valle Scrivia.* Genova. 2024.
3. **Associazione VISPE.** *Hopital Mutoyi Rapport.* 2022.
4. **United Nations.** *Revision of world population prospects 2022.* 2023.
5. **Costituzione della Repubblica Italiana.**
6. **Ministero della Salute.** *I principi del Servizio sanitario nazionale.*
<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5073&area=Lea&menu=vuoto>.
7. **Istituto Superiore di Sanità.** *Servizi socio-sanitari: dalla Legge 833/1978 alla devolution.* Rapporti ISTISAN, 2018. ISSN 1123-3117.
8. **Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i MMG triennio 2019-2021.** 2024.
9. **Constitution de la Republique du Burundi.** 8
10. **Ministere de la Santé et de la lutte contre le sida.** *Strategie sectorielle de la Santé 2021-2027.*
11. **Ministere de la Santé publique et de la lutte contre le sida.** *Guide operationnel de gestion du district sanitaire au Burundi.* 2020.
12. **Istituto Superiore di Sanità.** *La copertura sanitaria universale nel mondo.* 2020.
13. **Regione Liguria.** *Piano Sociosanitario Regionale 2023-2025.* 2023.
14. **Organizzazione Mondiale della Sanità.** *Mortalità causa specifica, 2000-2019.*
<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>.
15. **Pellecchia, Umberto e Zanutelli, Francesco.** *La cura e il Potere. Salute globale, saperi antropologici, azioni di cooperazione internazionale.* Firenze-Catania : ED.IT, 2010.
16. **Ministero della Salute.** *Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere.* 2019.
17. **Health Search.** *Popolazione attivi stratificati per sesso e classi di età.* <https://healthsearch.it/>.
18. **Manuale ICD9CM versione italiana.** 2007.
19. **Search, Health.** *Contatti generali da ogni patologia.* <https://healthsearch.it/>.

20. **OMS.** *World health statistics 2023 – Monitoring health for the SDGs.* 2023. ISBN 978-92-4-007432-3.
21. **Ministere de la santé publique et de la lutte contre le sida.** *Plan d'action multisectoriel de prevention et de controle des maladies non transmissibles.* 2019.
22. **Organizzazione Mondiale della Sanità** *World mental health report.* 2022. ISBN 978-92-4-004933-8.
23. **Coppo, Piero.** *Etnopsichiatria.* Milano : Due Punti, 1996. ISBN 88-428-0310-3.
24. **Organizzazione Mondiale della Sanità.** *Dati.* <https://data.who.int/countries/>.
25. **Wenxin Yan et al.** *Association between inequalities in human resources for health and all cause and cause specific mortality in 172 countries and territories, 1990-2019: observational study.* 2023. DOI: 10.1136/bmj-2022-073043.
26. **Ministero della Salute.** *Telemedicina, linee di indirizzo nazionali.*
27. **Poletti, Piera e Moia, Egidio A.** *La comunicazione medico-paziente e tra operatori sanitari.* 2016.
28. **Wolf Langewitz et coll.** *Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study.* 2002. PMID: 12351359 PMCID: PMC126654 DOI: 10.1136/bmj.325.7366.682.
29. **Health Search.** *Numero contatti culminati in almeno una prestazione.* <https://healthsearch.it/>.
30. **Organizzazione Mondiale della Sanità.** *Adherence to long term therapies: evidence for action.* 2003. ISBN 92 4 154599 2.
31. **Osservatorio Nazionale sull'impiego dei medicinali.** *L'uso dei farmaci in Italia Rapporto Nazionale anno 2022.* 2023. ISBN: 979-12-80335-30-2.
32. **Amref.** *È tempo per l'Africa di prendere il controllo della sua salute.* <https://www.amref.it/news-e-press/news-e-storie/agenzia-africana-medicinali/>.
33. **Ferguson, Tom e Frydman, Gilles.** *The first generation of e-patients.* 2004. DOI:10.1136/bmj.328.7449.1148.
34. **Hege K. Andreassen et al.** *Patients Who Use E-Mediated Communication With Their Doctor: New Constructions of Trust in the Patient-Doctor Relationship.* 2006. doi: 10.1177/1049732305284667.

- 35. Erdem e Walker.** *The role of the Internet in physician–patient relationships: The issue of trust.* 2006. DOI:10.1016/j.bushor.2006.01.003.
- 36. Coli, Elisa, Montani, Fabio e Falcone, Rino.** *La relazione medico-paziente nell'era del web 2.0: una ricerca esplorativa su rappresentazioni sociali, mediazione di internet e fiducia.* 2019. DOI:10.3280/PDS2019-002002.
- 37. Emanuel, E. e Emanuel, L.** *Four models of the physician-patient relationship.* 1992. PMID: 1556799.
- 38. D. L. Roter et al.** *Communication patterns of primary care physicians.* 1997. PMID: 9002500.
- 39. Bianchetti, Angelo.** Il rapporto medico paziente. *Notiziario dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Brescia.* 2016, 378.
- 40. Tuccillo, Carmela, Cosimato, Silvia e Romano, Gennaro.** *Patient empowerment: un nuovo approccio alla gestione della relazione con il paziente.* 2013.
- 41. Tailor, A. e and Ogden, J.** *Avoiding the term 'obesity': an experimental study of the impact of doctors' language on patients' beliefs.* 2009.
- 42. Faina, Angelica Mucchi.** *Comunicazione interculturale. Il punto di vista psicologico-sociale.* s.l. : Editore Laterza, 2006. ISBN 9788858114476.
- 43. Decety, Jean, et al.** *A social neuroscience perspective on clinical empathy.* 2014. PMID: 25273287 PMCID: PMC4219055 DOI: 10.1002/wps.20146.

SITOGRAFIA

Ministero della Salute: www.salute.gov.it

Ministere de la santé publique et de la lutte contre le sida: www.fbpsanteburundi.bi

World Health Organization: www.who.int

Federazione Italiana Medici di Medicina Generale: www.fimmg.org

Asl3 Genovese: www.asl3.liguria.it

Istituto Superiore Sanità: www.iss.it

African Medicines Regulatory Harmonization: www.amrh.nepad.org

Agenzia italiana del farmaco: www.aifa.gov.it

Istituto di ricerca della Società Italiana dei MMG: www.healthsearch.it

Medici con l’Africa – Cuamm: www.mediciconlafrica.org

RINGRAZIAMENTI