





## La casa de espera di Chiulo: un anno di attività

Fattorini M<sup>1</sup>, Raguzzoni G<sup>2</sup>, Cuccaro C<sup>1</sup>, Nante N<sup>1</sup>, Messina G<sup>1</sup>, Ndilimondjo JMN<sup>3</sup>, Ndapandula W<sup>4</sup>, Tuitileni G<sup>4</sup>, Caresia C<sup>4</sup>, Putoto G<sup>4</sup>

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo, Università di Siena 2 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Università di Bologna 3 Ospedale della Missione Cattolica di Chiulo, Angola

4 Medici con l'Africa CUAMM, Padova







#### Medici con l'Africa CUAMM



#### CHI SIAMO



#### DAL 1950 PER IL DIRITTO ALLA SALUTE

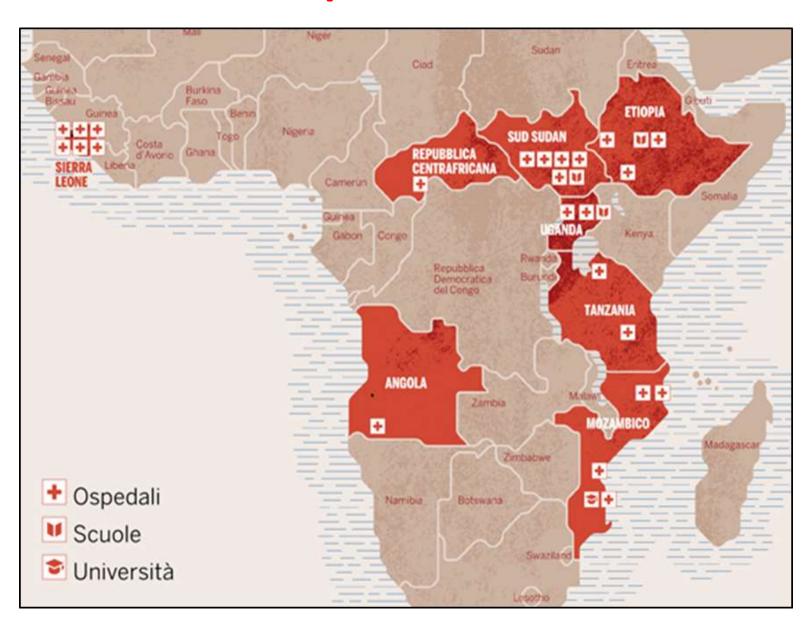
Medici con l'Africa Cuamm è la prima organizzazione italiana che si spende per la promozione e la tutela della salute delle popolazioni africane.

La nostra **storia** racconta l'avventura umana e professionale di oltre 1.600 persone inviate in 41 paesi di intervento, soprattutto in Africa, per portare cure e servizi anche a chi vive nelle località più povere del mondo.

Un'avventura cominciata nel 1950 e mai interrotta, che ora ci vede a fianco di medici e infermieri locali negli ospedali, nei distretti, nelle scuole e nelle università di Angola, Etiopia, Mozambico, Repubblica Centrafricana, Sierra Leone, Sud Sudan, Tanzania e Uganda.

Medici con l'Africa Cuamm è membro di Link 2007, associazione di coordinamento consortile che raggruppa 9 tra le più importanti Organizzazioni Non Governative italiane. Hanno scelto di camminare con noi lungo le strade dell'Africa anche agenzie e istituzioni internazionali (vai all'elenco completo).

## **Dove opera il CUAMM**



#### Il programma JPO



## JUNIOR PROJECT OFFICER

#### LA PROPOSTA PER GLI SPECIALIZZANDI

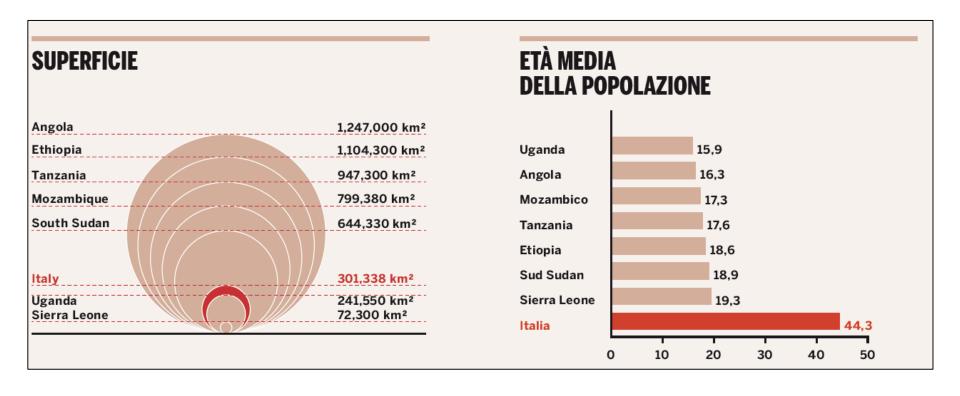
"È proprio una molla che ti scatta dentro, che dice "è un'esperienza che devo fare" intanto per capire se questa potrebbe essere una possibile scelta futura e, dall'altra parte, per vivere un'esperienza diversa". Elena Graglia, specializzanda in Malattie infettive, Uganda, 2013





#### **ANGOLA**





#### **ANGOLA**





#### 3.1 Maternal mortality

Target 3.1. Reduce the global maternal mortality ratio to less than 70 per 100 000 live births

Indicator	Baseline value (2015)	Current value (2016)	Projected (1) value (2030)	Target value (2030)	Comment	Colour code (2)
Maternal mortality ratio (per 100 000 live births)	477.0		277.2	70.0	The pace is not fast enough to meet the SDG target. An annual reduction of about 12.8 % is required to achieve the 2030 target.	•
Births attended by skilled health personnel (%)	49.0	47.0	58.0	90.0	The pace is not fast enough to meet the SDG target. An annual reduction of about 4.3% is required to achieve the 2030 target	

#### **ANGOLA**





#### 3.2 Newborn and child mortality

Target 3.2. End preventable deaths of newborns and children under 5 years of age, with all countries aiming to reduce neonatal mortality to at least as low as 12 per 1000 live births and under-five mortality to at least as low as 25 per 1000 live births

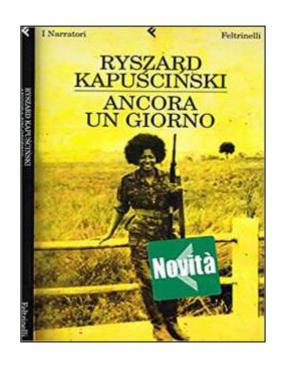
Indicator	Baseline value (2015)	Current value (2016)	Projected (1) value (2030)	Target value (2030)	Comment	Colour code (2)
Under-five mortality rate (per 1000 live births)	86.5	82.5	36.0	25.0	The target could likely be achieved.But, an annual reduction of 8.3% is required to achieve the 2030 target.	
Neonatal mortality rate (per 1000 live births)	30.3	29.3	17.7	12.0	The target could likely be achieved.But, an annual reduction of 6.2% is required to achieve the 2030 target.	



## La guerra civile in Angola (1975-2002)

- 500.000 perdite civili -



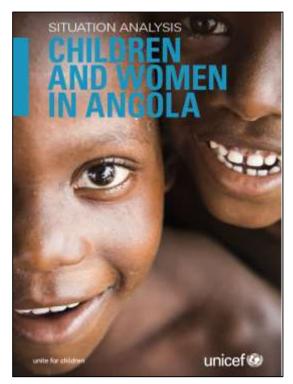








#### Il boom dopo la guerra



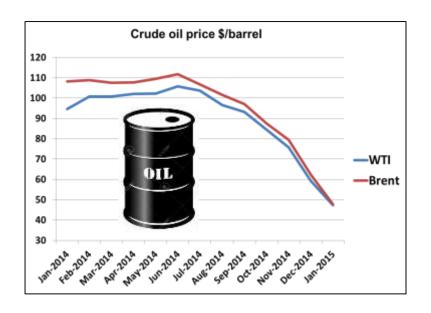


During the years following the end of the civil war in 2002, Angola has enjoyed a rapid and sustained expansion of its economy and an enormous increase in government resources. From 2004 to 2012, Angola had the fastest growing economy in Sub-Saharan Africa.

In 2002, Angola concluded four decades of near continual conflict and was able to focus energy and resources on building stability and accelerating economic and social development. The post-conflict period of stabilisation and recovery has brought rapid and sustained economic growth driven by expansion of the oil industry, as well as revitalized government engagement in promoting social and economic development.



#### Il presente...





#### UNICEF Annual Report 2017

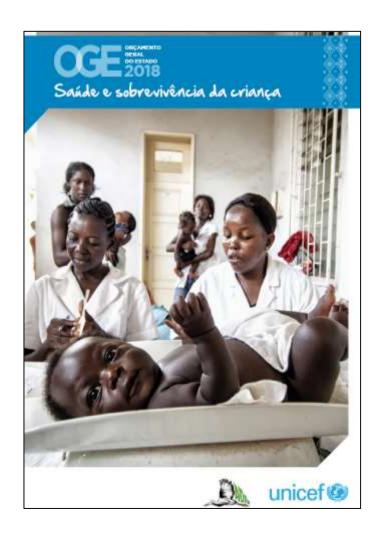


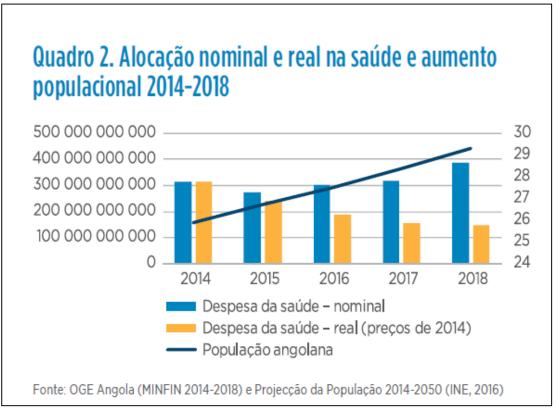
#### Angola

#### Executive summary

In August 2017, Angola elected a new President and Government amid ongoing economic and financial crisis caused by sharp and prolonged decline in oil prices since mid-2014. With oil representing about one third of Angola's gross domestic product and more than 95 per cent of its exports, reduction of revenue and growing inflation impacted negatively on Angola's economy, affecting budget allocations for the social sector, in particular on services for children and the most vulnerable. Several emergencies occurred during the year, namely cholera outbreaks, floods and a refugee influx from the Democratic Republic of the Congo, while the country was still responding to the El Niño-induced droughts and the 2016 yellow fever outbreak.

#### Il presente...



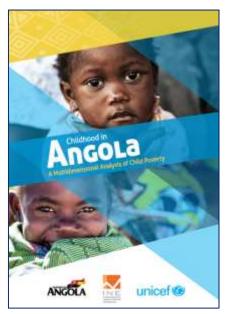


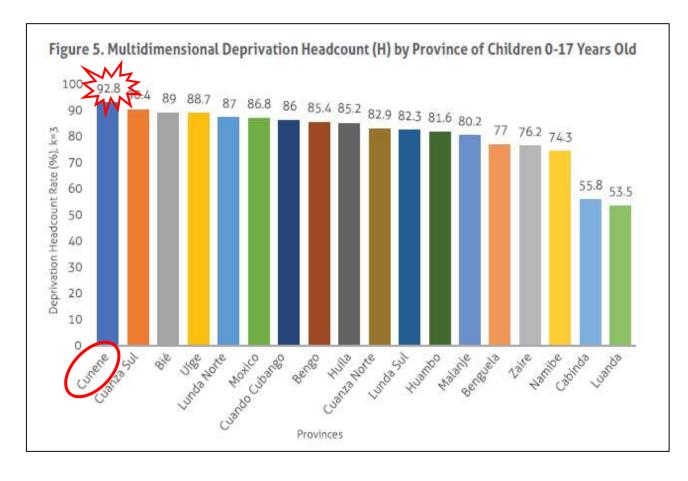
#### **Il Cunene**



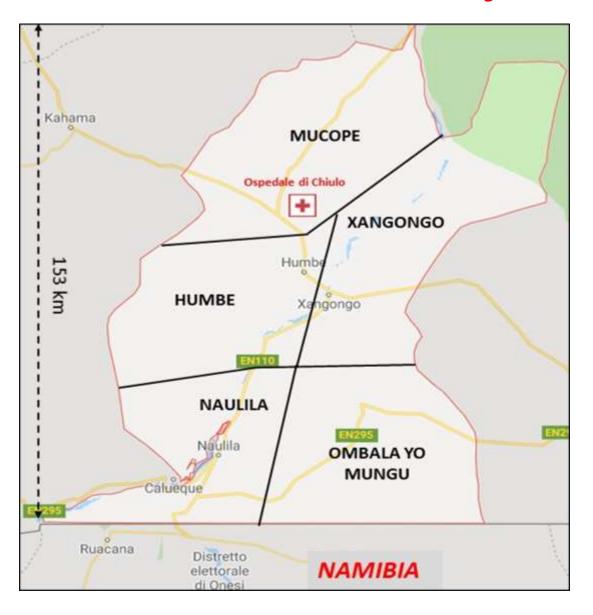


#### L'Angola e la povertà 0-17 anni



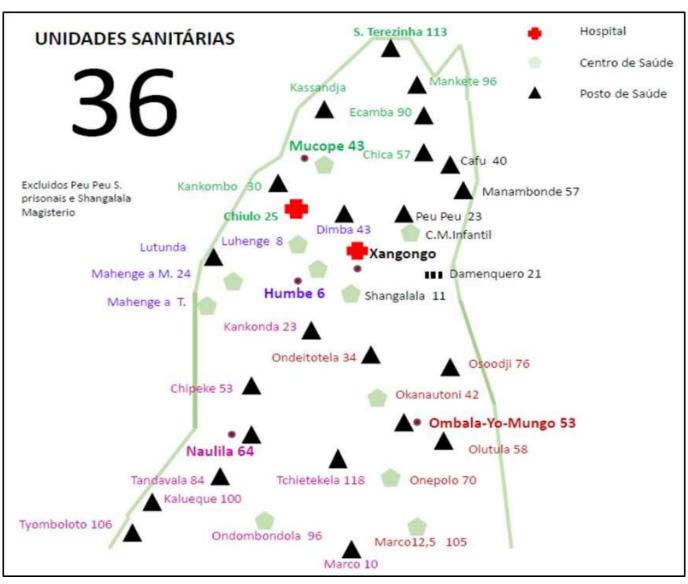


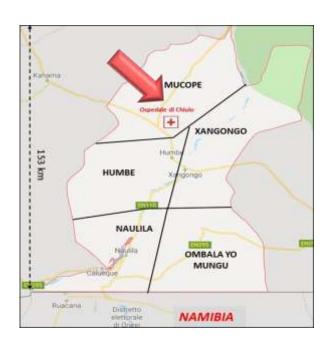
## Il Distretto di Ombadja



#### Il Distretto di Ombadja

#### **STRUTTURE SANITARIE**





#### Chiulo







#### OSPEDALE DELLA MISSIONE CATTOLICA DI CHIULO

(16°32'04.1"S 14°51'55.8"E)

Provincia: CUNENE

Distretto: OMBADJA

Comuna: MUCOPE

#### ATTIVITA' OSPEDALIERA (2018)

Posti letto: 234

Visite ambulatoriali: 22110

Ricoveri: 4451

Visite prenatali: 6182

















Aprile 2018





Ottobre 2018



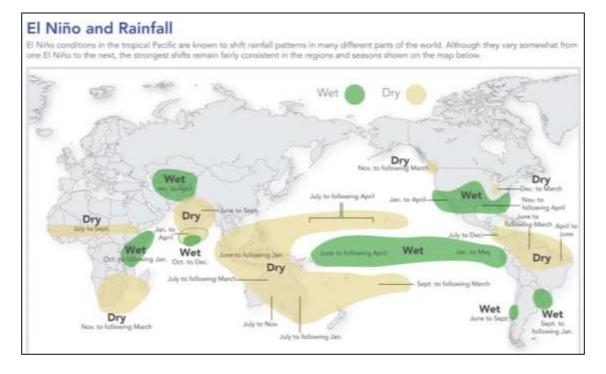
Ottobre 2018













#### PRIMA LE MAMME E I BAMBINI 1.000 DI QUESTI GIORNI LA SFIDA 2017-2021

NEL 2016 ABBIAMO LANCIATO UN NUOVO PROGRAMMA, CON PIÙ AMPI OBIETTIVI. L'ABBIAMO CHIAMATO "PRIMA LE MAMME E I BAMBINI. 1.000 DI QUESTI GIORNI". Il nostro intervento nella seconda fase del programma abbraccia i primi 1.000 giorni che vanno dall'inizio della gravidanza fino al secondo anno di vita del bambino, con un'attenzione particolare al tema della nutrizione.

Nei villaggi più inaccessibili, quelli dell'ultimo miglio, sensibilizziamo le donne in gravidanza su una corretta alimentazione, con una dieta bilanciata.

Spieghiamo l'importanza di rivolgersi alle strutture sanitarie per le visite prenatali: qui si eseguono i controlli del sangue, del peso e della pressione per prevenire maiattie che possono compromettere lo sviluppo del feto, come ad esempio l'anema e l'ipertensione, e si effettuano i test di screening per patologie infettive (Hiv/Aids, tubercolosi, sifilide) e metaboliche come il diabete.

Si somministrano alle donne ferro, acido folico e la profitassi per la mataria, e si raccomanda di continuare ad assumerli anche a casa. Grazie a un sistema funzionante di trasporti e ambulanze, nei centri di salute o in ospedale garantiamo un parto assistito e sicuro e, per i casi di emergenza, il ricorso alle prestazioni salvavita: il cesareo e la trasfusione di sangue, assicurando una disponibilità costante di risorse umane qualificate, farmaci ed equipaggiamenti.

Altrettanta cura è dedicata al neonato e al bambino, per prevenire e trattare le patologie neonatali e pediatriche più comuni, e in particolare la malnutrizione acuta e cronica, ancora tanto diffuse.

Alle mamme raccomandiamo l'aflattamento esclusivo al seno per i primi sei mesi e seguiamo il bambino fino ai due anni, con visite pediatriche e adeguata copertura vaccinale, monitorandone lo sviluppo e la crescita.

Perché si possa dire davvero: "Prima le mamme e i bambini. 1.000 di questi giorni".

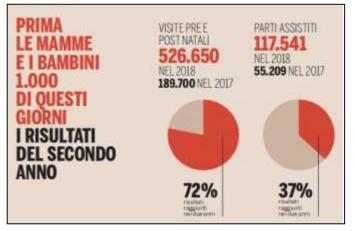




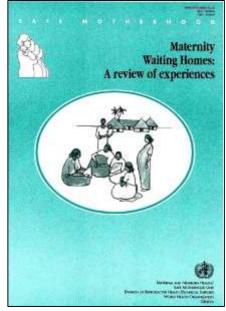








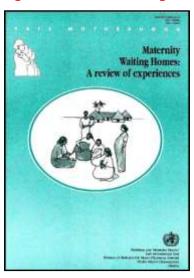
## Maternity Waiting Homes (MWHs)



Maternity waiting homes are residential facilities, located near a qualified medical facility, where women defined as "high risk" can await their delivery and be transferred to a nearby medical facility shortly before delivery, or earlier should complications arise.

Many consider maternity waiting homes to be a key element of a strategy to "bridge the geographical gap" in obstetric care between rural areas, with poor access to equipped facilities, and urban areas where the services are available. As one component of a comprehensive package of essential obstetric services, maternity waiting homes may offer a low-cost way to bring women closer to needed obstetric care.

# Maternity Waiting Homes (MWHs)



CASE STUDIES	26
A shelter that saves mothers' lives - Malawi	
Maternity villages in Zimbabwe	27
Bangladesh - the need for evaluation	28
Maternity rest homes in Mongolia - problems of transition	29
Mozambique - Some constraints to success	30
Grand multiparas, family planning and maternity waiting homes Papua New Guinea	31
Birthing huts in Indonesia : findings and future directions - A MotherCare Project	32
Waiting homes in Malawi - some constraints	

#### La Maternity Waiting Home...di Chiulo



#### La Maternity Waiting Home...di Chiulo

#### CHIULO: LA CASA D'ATTESA

TESTO DI / MARIO ZANGRANDO / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

L'ospedale diocesano di Chiulo, nella provincia di Cunene nel sud dell'Angola, sorge in un'area semidesertica al confine con la Namibia e rappresenta l'unica struttura di secondo livello per tutta la zona. Distanze e difficoltà di collegamento tra comunità, centri di salute e ospedale, unite a mancanza di mezzi per le spese di trasporto, fanno sì che le donne in gravidanza arrivino alle strutture sanitarie con forte ritardo rispetto ai tempi del parto o decidano di partorire in casa. Per trovare una soluzione nel 2012 è stata allestita presso l'ospedale una Casa d'attesa per le donne in attesa del parto con complicanze o residenti lontano dalla struttura sanitaria. La Casa d'attesa è stata attrezzata per poter preparare i pasti e garantire un pacchetto alimentare. Poiché la struttura si trova nei pressi dell'ospedale, le ospiti hanno un accesso migliorato alle visite prenatali e possono essere monitorate costantemente permettendo un rapido riferimento in ospedale alle prime avvisaglie del parto o di una complicanza.























COM ÁFRICA	(至)
<b>+</b>	
CASA DE ESPERA : CHIULO	Projecto
Data de chegada	parto
	Comuna
Veio de moto? Veio de carro?  Quem aconselho-lhe para vir na casa de espera?  Tecnico da US? Part.Trad.	Se sim, quantas oras de caminho?
N° Filhos vivos	Comprimidos prevenção malária? Mosquiteiro? Mosquiteiro? Mosquiteiro? Mosquiteiro? Mosquiteiro? Assinatura
	**************
Gravidez de risco obstétrico  Antecedentes abortos n.: Nados mo Sangramento prévio ou atual  Multiparidade (6 gravidezes ou mais) n.  Menor de 18 anos ou maior de 38 anos	Antecedentes Pré- e Eclampsia  Antecedentes cesarianas  Edemas ++ /+++

### Il kit alimentare



- 1 Kg di riso
- 2 Kg di farina di manioca
- 1 Kg di fagioli
- 250 gr di sale grosso
- 1 Lt di Olio vegetale

Grazie al Kit alimentare, le donne hanno potuto aspettare, in un luogo sicuro, il momento del travaglio e del parto diminuendo così le possibilità dell'insorgere di complicazioni a cui sarebbero potute andare incontro partorendo in casa senza assistenza, o in cammino verso l'Ospedale, inoltre, hanno avuto la possibilità di alimentarsi adeguatamente durante le ultime settimane di gestazione pur rimanendo lontane dalla propria comunità.





#### Sinais de alarme no recém-nascido

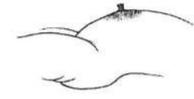


Sonolência / Inconsciência / Convulsões

"dorme muito / não se acorda / movimentos espasmódicos repetitivos"



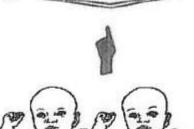
m



Incapacidade para amamentação "mama pouco o não consegue mamar"



Febre/Ipotermia
"fica muito quente o muito frio"



Dificultade Respiratória

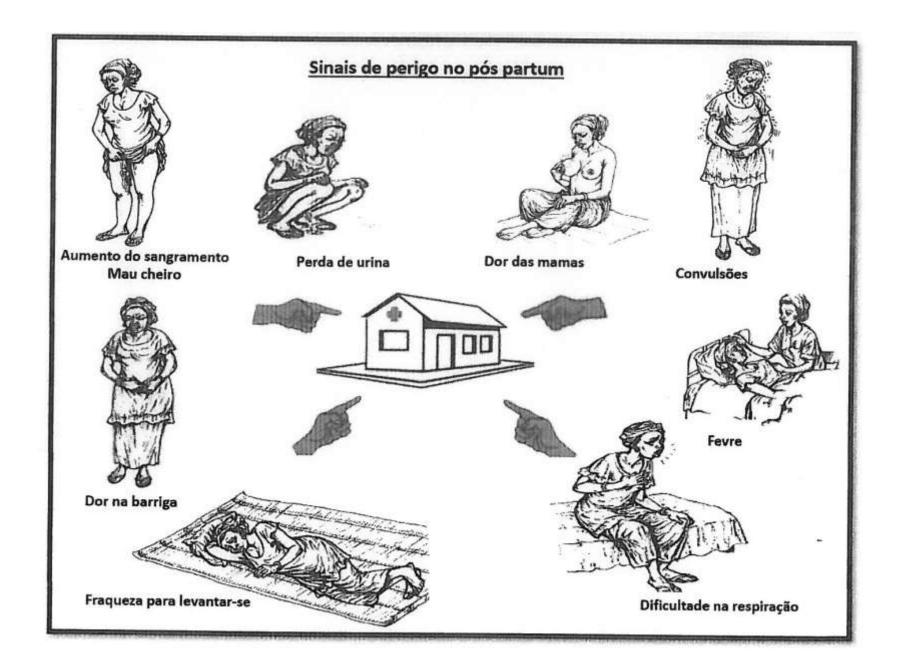


Sépsis Umbilical

"tem o umbigo inflamado ou com pús que drena"

Distensão abdominal grave "tem a barriga muito distendida"

"tem gemido com respiração rapida e tiragem intercostal"



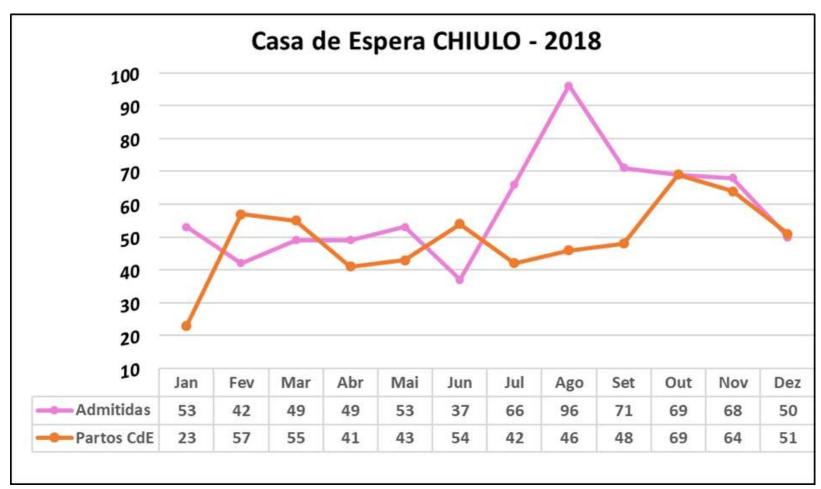
	7 - 7					an -(1.1)	140	201_A_
Cas	sa de	Espera de	- ()	MALLE	- Mês	OC	36 e	*
Made		20000 person lawage pagago 00000		I BOODO DOUGO DOUGAS SAME		00000 00000 00000 00000		
100000000000000000000000000000000000000	Prove- Nência 00000 00000 00000 00000		Xang 00 #6600 000 00 00000 000 00 00000 000	enge 000 00000 000 00000	Humbe 00000 00000 00000 00000	O0000 00000	Mucope dood dood dood dood dood dood dood dood	69000 00000 69000 00000 00000 00000
Que o aconselhou a vir a Chiulo?		Espontaneo	Agente Comunit. e Part. Traditional		Técnico de US perif.		Outro Hosp.	Familiares
		00000 00000 00000 00000		000000 000000 000000 000000 000000 000000		00000 00000 00000 00000		
Nº admitida	T	SOT, DECISE, DOD DARKEN	A DOORGA TERM	DOOR VERSON	00 00000 000 00 00000 000	000 00000 0	00000 00000 0 00000 00000 0	0000 00000
	1	Altura < 1,5 m	edema ++/+++		hipertensão arterial (> 140/90)		menor de 18 anos	maior de 38 anos
Acres and	100	0000 00000	00000 0000	20000 00000 00000		THE RESERVE THE PROPERTY OF THE PARTY OF THE		<b>ÉGICO 00000</b>
com Alto	-	20200 00000   20000 00000 00000 00000 00000 00000   \$6660 \$66000   \$6600 00						
Risco Obstetrico		clampsia abortos		cesarianas		nados morto	s hemorragia	
	D2000	00000 00000   philiphi 00000 00000						
Nº saidas	0	0000 00000	00000 000	0000 0000	00 00000 00	000 00000	00000 00000	00000 00000
Nº partos	di di	noon voor	00000 000	0000 0000	00 00000 00	000 00000	00000 00000	00000 00000 00000 00000
Nº aliment.	00	900000, 000	discipled passion	ed 0000	0 00000 00	00000 000	00000 00000	00000 00000
No.	.000	000000	00000 0000	00 0000	0 00000 00	00000 00000	00000 00000	00000 00000
ma kit	0000	000000	00000 000	00 0000	000000 00	00000 0000	00000 0000	0 00000 0000
	0000	000000	00000 0000	00 0000	00 00000 00	0000 00000	00000 00000	00000 0000
								O 00000 DE



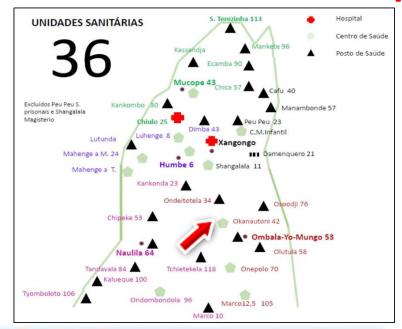


- 703 donne ospitate (media 59 ingressi mensili)
- 342 donne (48,6%) con età compresa tra 18 e 24 anni,
   40 (5,7%) con età tra 14 e 17 anni, 73 (10,4%) con età di 36 e oltre
- 496 (71%) dalla Comuna di Mucope, 207 (29%) da altre Comuna o Distretti
- 482 (68,6%) consigliate da personale di strutture sanitarie (ospedali, centri/posti di salute)
- Fattore di rischio più riscontrato: precedente aborto (137 donne)
- Parti donne CdE/parti totali Chiulo: ≈44%





### La Casa de Espera di Okanautoni

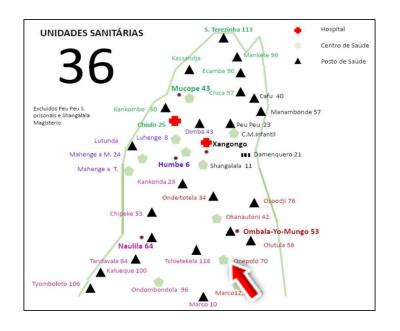








### La Casa de Espera di Onepolo









### I problemi da affrontare...

WHO/RHT/MSM/96.21 Page 33

#### Waiting homes in Malawi - some constraints

Observations of 8 Malawian Hospitals revealed that each had a maternity waiting ward. Women identified as high risk, particularly those exhibiting signs of malnutrition or those who had previous complications during delivery, were referred to the hospital three to four weeks prior to the expected delivery. Nurses reported that many of the women will not wait the entire three to four weeks. They tend to run away after a week or so because they are bored and because they are anxious to return home to their children who are usually left in the care of relatives, friends or husbands.









### Cosa dice la letteratura...



2012

#### Objectives

To assess the effects of a maternity waiting facility on maternal and perinatal health.

Maternity waiting facilities for improving maternal and neonatal outcome in low-resource countries (Review)

van Lonkhuijzen L, Stekelenburg J, van Roosmalen J

#### Selection criteria

Randomised controlled trials including quasi-randomised and cluster-randomised trials that compared perinatal and maternal outcome in women using a MWH and women who did not.

#### Data collection and analysis

There were no randomised controlled trials or cluster-randomised trials identified from the search.

#### Authors' conclusions

There is insufficient evidence to determine the effectiveness of Maternity Waiting Facilities for improving maternal and neonatal outcomes

2017

Health Policy and Planning, 2017, 1–7 doi: 10.1990/heapol/czx100 Original Manuscript



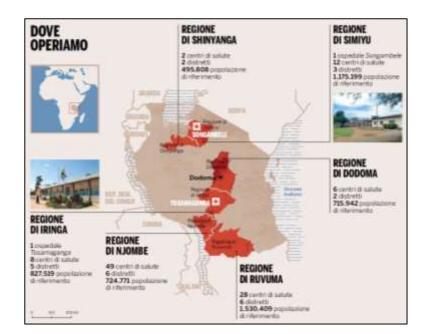
A new use for an old tool: maternity waiting homes to improve equity in rural childbirth care. Results from a cross-sectional hospital and community survey in Tanzania

Piera Fogliati, 1,7 Manuela Straneo, 1,4,7 Sabina Mangi, 2 Gaetano Azzimonti, 1 Firma Kisika 3 and Giovanni Putoto 4

<sup>1</sup>Doctors with Africa-CUAMM, Iringa, Tanzania, <sup>2</sup>Tesamaganga Council Designated Hospital, Iringa, Tanzania, <sup>3</sup>District Medical Office, Iringa District Council, Tanzania and <sup>4</sup>Doctors with Africa-CUAMM, Padova, Italy

\*Corresponding author. Doctors with Africa-CUAMM, PO Box 1349, Iringa, Tanzania. E-mail: manuelastraneo@gmail.com

These authors have contributed equally.







Three main findings arise from this study. First, among women with a hospital delivery, analysis of determinants indicates poorer women are more likely to access the MWH prior to delivery compared with those from the wealthiest quintile. Second, distance from a hospital makes MWH utilization more likely, with highest OR for women living >50 km from the facility. The third regards outcomes: neonatal survival and very early neonatal survival were greater among MWH women compared with those with direct hospital access.



POSTER

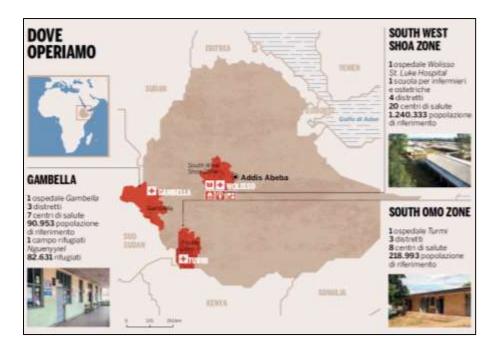
2018

#### Argomenti Vari

Studio caso controllo per valutare l'efficacia delle case d'attesa materne nella riduzione della mortalità perinatale nell'ospedale di Wolisso, South West Shoa Zone, Regione Oromia - Etiopia

T. Dalla Zuanna 1, M. Fonzo 1, C. Resti 2, A. Tsegaye 2, G. Azzimonti 3, F. Manenti 2, G. Putoto 2, C. Bertoncello 1

\*Dipartimento di scienze cardiologiche, toraciche, vascolari, università degli studi di Padova, Padova \*Medici con l'Africa CUAMM







Nello studio sono stati inclusi 1207 casi e 2414 controlli, 53 casi e 145 controlli erano stati in MWH. I risultati statisticamente significativi (p<0,05) hanno evidenziato che le donne accolte in MWH erano in media più vecchie (28,4 vs 26,3 anni), avevano già avuto più parti (22% con almeno 5 parti, vs 11%), avevano più frequentemente parto gemellare (14% vs 5,4%), e avevano effettuato visite prenatali (46% vs 24%). I nati da madri ricoverate in MWH avevano un peso medio maggiore (3,04kg; DS:0,69 vs 2,85kg; DS:0,73) e un APGAR score più elevato. Per le madri non ricoverate in MWH la probabilità di mortalità perinatale era del 40% più alta rispetto alle madri in MWH (OR:1,40; IC95%:1,01-1,92).



#### CONCLUSIONI

I risultati preliminari dello studio sembrerebbero dimostrare l'efficacia della MWH a livello ospedaliero nella riduzione della mortalità perinatale, soprattutto considerando la presenza maggiore di fattori di rischio nelle donne ricoverate in MWH. Il ricorso a un'analisi multivariata potrà fornire ulteriori evidenze circa l'efficacia delle MWH, e valutare quali categorie siano maggiormente protette da tale strumento.

#### RESEARCH ARTICLE

Open Access

CrossMark

Role of maternity waiting homes in the reduction of maternal death and stillbirth in developing countries and its contribution for maternal death reduction in Ethiopia: a systematic review and metaanalysis 2018

Tegene Legese Dadi<sup>T,3\*</sup>0, Bayu Begashaw Bekele<sup>1</sup>, Habtamu Kebebe Kasaye<sup>2</sup> and Tadesse Nigussie<sup>1</sup>

#### Abstract

Background: Every family expect to have a healthy mother and new born baby after pregnancy. Especially for parents, pregnancy is a time of great anticipation. Access to maternal and child health care insures safer pregnancy and its outcome. MWHs is one the strategy. The objective was to synthesize the best available evidence on effectiveness of maternity waiting homes on the reduction of maternal mortality and stillbirth in developing countries.

Methods: Before conducting this review non-occurrences of the same review is verified. To avoid introduction of bias because of errors, two independent reviewers appraised each article. Maternal death and stillbirth were the primary outcomes. Review Manager 5 were used to produce a random-effect meta-analysis. Grade Pro software were used to produce risk of bias summary and summary of findings.

Result: In developing countries, maternity waiting homes users were 80% less likely to die than non-users (OR = 0. 20, 95% CI [0.08, 0.49]) and there was 73% less occurrence of stillbirth among users (OR = 0.27, 95% CI [0.09, 0.82]). In Ethiopia, there was a 91% reduction of maternal death among maternity waiting homes users unlike non-users (OR = 0.09, 95% CI [0.04, 0.19]) and it contributes to the reduction of 83% stillbirth unlike non-users (OR = 0.17, 95% CI [0.05, 0.58]).

Conclusion: Maternity waiting home contributes more than 80% to the reduction of maternal death among users in developing countries and Ethiopia. Its contribution for reduction of stillbirth is good. More than 70% of stillbirth is reduced among the users of maternity waiting homes. In Ethiopia maternity waiting homes contributes to the reduction of more than two third of stillbirths.

Keywords: Maternity waiting homes, MWHs, Maternal mortality, Stillbirth, Developing countries, Ethiopia, Maternal death

### Per il futuro della CdE...

Migliorare la raccolta dati



- Valutazione degli outcome
- Aumentare il numero di accessi e la qualità dei servizi offerti

# GRAZIE PER L'ATTENZIONE





