



MEDICI
CON L'AFRICA
CUAMM



SALUTE

E SVILUPPO

rivista quadrimestrale
di cooperazione e politica
sanitaria internazionale
giugno 2016 — n° **73**

Le rotte della disegualianza



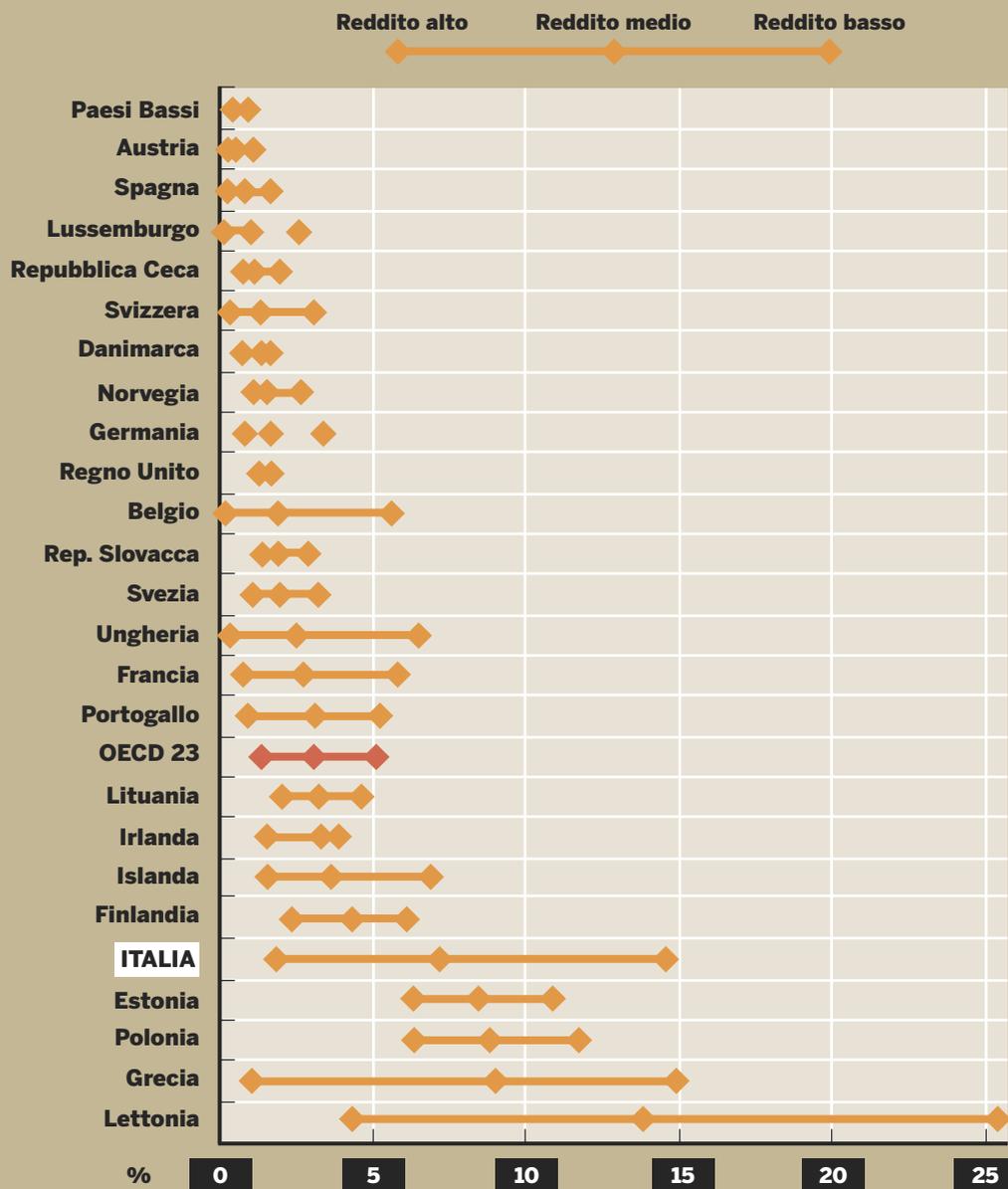


LA NOTIZIA

Sanità italiana: il peso della diseguaglianza

Secondo i dati dell'OCSE l'Italia si colloca tra i paesi in cui i cittadini hanno più difficoltà ad accedere ai servizi sanitari, a causa dei costi eccessivi, della distanza dei servizi e dei tempi di attesa. A farne le spese, naturalmente, sono soprattutto i gruppi a basso reddito. Nella classifica l'Italia è collocata al pari della Grecia.

FIGURA / BISOGNI SANITARI NON SODDISFATTI IN TERMINI DI VISITE MEDICHE, PER LIVELLO REDDITUALE, 2013



Fonte: EU-SILC 2013
EU Statistics on Income and Living Conditions 2013

Nota: Bisogni di cura non soddisfatti per i seguenti motivi: troppo costoso, troppa distanza da percorrere, tempi di attesa troppo lunghi.

INDEX

DIRETTORE

Gavino Maciocco

COMITATO DI REDAZIONE

Andrea Atzori, Andrea Berti, Dante Carraro, Adriano Cattaneo, Donata Dalla Riva, Silvio Donà, Fabio Manenti, Giovanni Putoto, Angelo Stefanini, Anna Talami

DIRETTORE RESPONSABILE

Anna Talami

PROPRIETÀ

Medici con l'Africa Cuamm

AMMINISTRAZIONE

Via S. Francesco, 126 - 35121 Padova
t 049 8751279-8751649
f 049 8754738
e-mail cuamm@cuamm.org

COORDINAMENTO DI REDAZIONE

Chiara Di Benedetto
con il contributo di Valentina Isidoris per la revisione e l'editing

ILLUSTRAZIONE DI COPERTINA

Lorenzo Gritti

IMPAGINAZIONE E STAMPA

Publistampa, Via Dolomiti, 36 - 38057 Pergine Valsugana (Trento)

COPYRIGHT

Medici con l'Africa Cuamm, Via S. Francesco, 126 - 35121 Padova.
È consentita la riproduzione totale o parziale degli articoli e del materiale contenuto nella rivista purché venga citata la fonte

REGISTRAZIONE E AUTORIZZAZIONE

presso il tribunale di Padova n. 1129 del 6.5.1989
e successiva modifica del 9.11.1999

SPEDIZIONE

Poste italiane s.p.a. - Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (convertito in Legge 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma 1, NE/PD

Con il sostegno di

 **Fondazione**
Cassa di Risparmio di Padova e Rovigo

Illustrazione di copertina

Grandi migrazioni come fughe, da conflitti, da disastri ambientali e cambiamenti climatici impietosi, dalla fame. Sono migliaia gli esseri umani che ogni giorno, nel mondo, si spostano tra regioni, paesi, affrontando anche drammatiche traversate per mare. Questo numero lo dedichiamo a loro: a chi è costretto a migrare in cerca di dignità, salute, sviluppo.



DIALOGO

PAG. 2

NELLE PERIFERIE FRAGILI

Testo di / don Dante Carraro

PAG. 3

LA SALUTE **SECONDO FRANCESCO**

Testo di / Gavino Maciocco

FORUM

PAG. 6

FUGHE E DISEGUAGLIANZE: **TRA ROTTE INCERTE E DIRITTI NEGATI**

Testo di / Andrea Berti e Simone Agostini

PAG. 8

GIUSTIZIA CLIMATICA: UNA RESPONSABILITÀ COLLETTIVA

Testo di / Elena Gelormino

ESPERIENZE DAL CAMPO

PAG. 12

PREVENIRE IL CANCRO ALLA CERVICE UTERINA IN ETIOPIA

Testo di / Donata Dalla Riva e Fabio Manenti

PAG. 14

LA SFIDA DELLA SALUTE MATERNA IN SIERRA LEONE

Testo di / Giulia Segafredo ed Enzo Pisani

APPROFONDENDO

PAG. 17

SUD SUDAN: GUERRA, SICCIÀ, CRISI ECONOMICA

Testo di / Chiara Scanagatta

RASSEGNA

PAG. 18

MIGRANTI CLIMATICI: UN FENOMENO IN CRESCITA

Testo di / Clarissa De Nardi ed Elena Capelli

PAG. 19

QUANDO LA MEDICINA GUARDA (E PARLA) ALLE PERSONE

Testo di / Sandro Spinsanti



DIALOGO

NELLE PERIFERIE FRAGILI

Siccità prolungata, insicurezza alimentare, guerre, cambiamenti climatici, migrazioni. Sono tanti i fattori che entrano in gioco nella stabilità e salute di un paese. Mettono a dura prova le popolazioni di terre già fragili, spingendole in un vortice di instabilità e miseria. La nostra risposta è continuare a lavorare per le cure essenziali per tutti, convinti che dove non c'è salute non ci sarà sviluppo.

TESTO DI / DON DANTE CARRARO / DIRETTORE DI MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

A lavorare nelle periferie del mondo non ci si abitua mai del tutto: si impara a “mettersi al servizio”, si affinano metodi e strumenti che possano essere efficaci e sostenibili ma si è pienamente consapevoli della fragilità del sistema in cui si opera. E in questo numero di *Salute e Sviluppo* abbiamo deciso di raccontare queste fragilità non solo dalla quotidianità del nostro lavoro, ma con uno sguardo più esteso: ambiente e clima, migrazioni, guerre, insicurezza alimentare mettono a dura prova le regioni a sud del Sahara, generando un vortice di instabilità e impoverimento e condizionando fortemente la salute della sua gente. Dal 2015 infatti sono molti i paesi interessati da una siccità estremamente lunga, che porta con sé gravissime conseguenze nelle coltivazioni e crisi alimentari in molte fasce della popolazione.

In queste zone si può parlare di una vera e propria *food insecurity*, cioè insicurezza alimentare. Aumentano così i casi di malnutrizione: lo abbiamo registrato in Sud Sudan, dove nel 2015 si stima che la popolazione a rischio alimentare sia stata il 48%, raggiungendo picchi del 78% in alcune zone. Anche in Angola e in Etiopia la situazione è grave: nel primo paese la malnutrizione infantile raggiunge il 38%, nel secondo caso sfiora il 50%, con quasi il 10% di casi di malnutrizione acuta severa. E anche la Tanzania, nonostante i progressi fatti negli ultimi anni, risulta ancora tra i dieci paesi più colpiti da malnutrizione a livello globale.

Le guerre civili contribuiscono a indebolire il tessuto sociale: ne è la prova il Sud Sudan, che solo ad aprile di quest'anno ha visto firmata la tregua tra le fazioni in lotta ma che non può certo considerarsi uscito dall'emergenza: ciò che i conflitti lasciano alle popolazioni sono miseria, una rete sociale e di lavoro quasi inesistenti, un indebolimento delle forme di aiuto.

Lo stesso accade dopo le grandi epidemie: e qui abbiamo già raccontato la storia di ebola in Sierra Leone. Ebola è passata, noi siamo rimasti a fare la nostra parte, le istituzioni e la popolazione si attivano per “ricostruire” ma non è semplice, soprattutto per chi ha perso tutto ed è rimasto solo. Non è un caso che, dopo ebola, il numero di gravidanze tra le adolescenti sia cresciuto, legato all'instabilità sociale e familiare.

La risposta a tutto ciò, da parte della popolazione, è molto spesso la fuga: si abbandona la casa, la regione, a volte addirittura il paese in cerca di una vita dignitosa. Si fugge dalla guerra, dalla siccità, dai disastri ambientali, dalla fame in cerca di sicurezza. Le migrazioni sono un fenomeno complesso e delle stime totali e precise pressoché impossibili. Solo guardando alla cosiddetta rotta del Mediterraneo, da gennaio 2016 a oggi sono 204.311 le persone che hanno attraversato il mare secondo lo IOM (*International Organization for Migration*). Ma flussi ancora maggiori sono quelli via terra, da paese a paese o interni ai paesi. Siria, Afghanistan, Iraq sono in primo piano nei flussi migratori via mare, ma anche molti altri paesi dell'Africa sub-sahariana continuano a essere “in fuga”. Basti pensare che nel 2015 il Sud Sudan ha visto oltre 600.000 persone fuggire dal paese, cioè il 5% della sua popolazione totale. Le rotte sono incerte, oltre che insicure: molti si fermano, in attesa di una meta definitiva, in altri paesi africani, come l'Etiopia. Qui in un anno sono arrivati oltre un milione di migranti, probabilmente in transito, provenienti principalmente da Somalia, Sud Sudan, Eritrea. Ed è così che alla fragilità del paese si aggiungono le criticità dell'accoglienza.

La risposta a tutto ciò da parte nostra è lavorare sodo, con i governi locali e in sinergia con le istituzioni internazionali, ma anche lavorare dal basso e dal basso portare cura. Di fronte all'insicurezza alimentare crescente abbiamo attivato servizi che rispondono concretamente ai bisogni della popolazione. In Etiopia, nell'ospedale di Wolisso, è funzionante un'unità di terapia nutrizionale che cura ogni anno 3.000 bambini. In Sud Sudan è attivo un servizio di *screening* nutrizionale infantile affiancato ad attività di sensibilizzazione alle famiglie sulla corretta alimentazione. E anche in Angola si stanno avviando delle unità di terapia nutrizionale negli ospedali con cui collaboriamo, a Chiulo, Xangongo e Cahama.

Se non possiamo agire su guerre, disastri climatici e ambientali possiamo però portare avanti il nostro lavoro con serietà cercando di aumentare l'accesso alle cure essenziali per tutti, specie per la fasce più povere; possiamo migliorare la qualità della vita di quelle mamme, bambini e famiglie che incontriamo nel nostro cammino; possiamo arginare la miseria più estrema e contenere il numero di persone che si sentono costrette a fuggire alla ricerca di dignità. Perché da oltre 65 anni siamo convinti che non c'è salute dove mancano dignità umana e sviluppo.



DIALOGO

LA SALUTE SECONDO FRANCESCO

Lo scorso 7 maggio si è tenuta un'udienza speciale di Papa Francesco a Medici con l'Africa Cuamm. Al centro del discorso del Papa il diritto alla salute: un diritto negato in troppe parti del mondo, in particolare in Africa. Il Pontefice ha esortato il Cuamm a continuare il lavoro competente, costante e tenace al servizio dei più poveri, aiutando le realtà locali a crescere in una prospettiva di sviluppo.

TESTO DI / GAVINO MACIOCCO / DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPERIMENTALE E CLINICA, UNIVERSITÀ DI FIRENZE

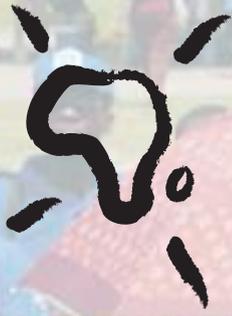
Il titolo più efficace al discorso che il Papa ha rivolto agli oltre ottomila partecipanti raccolti in Vaticano, nell'aula Paolo VI, l'ha composto l'*Osservatore Romano*: «La salute negata. L'accesso alle cure e ai farmaci deve essere un diritto e non un privilegio». Il punto centrale della riflessione di Francesco è stato infatti questo: «La salute, soprattutto quella di base, è di fatto negata – negata! – in diverse parti del mondo e in molte regioni dell'Africa. Non è un diritto per tutti, ma piuttosto è ancora un privilegio per pochi, quelli che possono permettersela. L'accessibilità ai servizi sanitari, alle cure e ai farmaci rimane ancora un miraggio. I più poveri non riescono a pagare e sono esclusi dai servizi ospedalieri, anche dai più essenziali e primari».

In poche righe sono concentrati tre fondamentali messaggi:

- La salute è un diritto e come tale deve essere tutelato dalle istituzioni nazionali e sovranazionali. In questo campo carità e compassione vengono dopo.
- «La salute, soprattutto quella di base», dice il Pontefice. La sottolineatura “quella di base” è un evidente richiamo alla *primary health care*, ai principi della Dichiarazione di Alma Ata del 1978, alla necessità di sviluppare servizi essenziali diffusi nel territorio e di occuparsi dei determinanti sociali di salute, come ad esempio l'accesso all'acqua. Qui il collegamento con l'enciclica *Laudato si'* è altrettanto evidente dove si legge: «La povertà di acqua pubblica si ha specialmente in Africa, dove grandi settori della popolazione non accedono all'acqua potabile sicura. Un problema particolarmente serio è quello della qualità dell'acqua disponibile per i poveri, che provoca molte morti ogni giorno». Il clima, come la salute, deve essere un bene comune.
- La sanità a pagamento: ovunque in Africa è così, sia nelle strutture pubbliche che in quelle private, anche in quelle non profit gestite dalla Chiesa. Per questo «l'accessibilità ai servizi sanitari, alle cure e ai farmaci rimane ancora un miraggio. I più poveri non riescono a pagare e sono esclusi dai servizi ospedalieri, anche dai più essenziali e primari». È un richiamo durissimo alle istituzioni internazionali, che da decenni propugnano l'idea della sanità come business, agli stati africani che in generale dedicano scarsa attenzione ai temi della sanità pubblica e all'accessibilità dei servizi, e anche ai vescovi africani per molti dei quali gli ospedali rappresentano una fonte di reddito per la diocesi. E su questo punto il Papa è addirittura sferzante: La Chiesa che non è una «super clinica per vip» ma piuttosto un «ospedale da campo».

Altro punto importante del discorso di Francesco è la “pazienza”, la necessità di tempi lunghi, oltre l'emergenza. «Per favorire processi di sviluppo autentici e duraturi – afferma Francesco – sono necessari tempi lunghi, nella logica del seminare con fiducia e attendere con pazienza i frutti. Tutto questo lo dimostra anche la storia della vostra Organizzazione, che da più di sessantacinque anni è impegnata a fianco dei più poveri in Uganda, Tanzania, Mozambico, Etiopia, Angola, Sud Sudan, Sierra Leone. L'Africa ha bisogno di accompagnamento paziente e continuativo, tenace e competente. Gli interventi necessitano di impostazioni di lavoro serie, domandano ricerca e innovazione e impongono il dovere di trasparenza verso i donatori e l'opinione pubblica. (...) Vi esorto a mantenere il vostro peculiare approccio alle realtà locali, aiutandole a crescere e lasciandole quando sono in grado di continuare da sole, in una prospettiva di sviluppo e sostenibilità. È la logica del seme, che scompare e muore per portare un frutto duraturo».

Infine il ricordo affettuoso di don Mazzucato: «È stato direttore del Cuamm per 53 anni, ed è mancato lo scorso 26 novembre all'età di 88 anni. Egli è stato il vero ispiratore delle scelte di fondo, prima fra tutte la povertà. Così ha lasciato scritto nel suo testamento spirituale: “Nato povero, ho sempre cercato di vivere con il minimo indispensabile. Non ho nulla di mio e non ho nulla da lasciare. Il poco vestiario che possiedo lo si dia ai poveri”. Sulla scia di questi grandi testimoni di una missionarietà di prossimità ed evangelicamente feconda, voi portate avanti con coraggio la vostra opera, esprimendo una Chiesa dal cuore grande, vicina ai tanti feriti e umiliati della storia, a servizio dei più poveri».



A FIANCO DEGLI ADOLESCENTI PER LA PREVENZIONE DELL'HIV

L'incremento demografico nell'Africa sub-sahariana sta causando un aumento del tasso di Hiv tra i più giovani. Per affrontare questa nuova emergenza Medici con l'Africa Cuamm si sta impegnando nel sostegno attivo dei Saaj in Mozambico, ambulatori specifici per adolescenti che offrono occasioni di incontro per sensibilizzare la popolazione sulla contraccezione e cura dell'Hiv. Le consulenze offerte sono passate **da 6.000 nel 2013 a 102.533 nel 2014**: un dato eccezionale presentato a giugno 2016 al congresso ICAR di Milano e tuttora in crescita, che conferma l'importanza delle campagne di informazione e prevenzione della malattia.







FUGHE E DISEGUAGLIANZE: TRA ROTTE INCERTE E DIRITTI NEGATI

Lasciare la propria terra è sempre una fuga, a volte dalla guerra, altre dalla povertà o dai grandi drammi climatici. Ma non tutte le fughe vanno incontro allo stesso destino, né alla stessa rotta. Soprattutto non sempre i diritti sono gli stessi. E quando i flussi di spostamento sono ingenti come in questo momento storico – 204.311 persone arrivate in Europa dal Mediterraneo da gennaio a giugno 2016 – i diritti negati diventano una questione che ci riguarda tutti.

TESTO DI / ANDREA BERTI E SIMONE AGOSTINI / SISM - SEGRETARIATO ITALIANO STUDENTI DI MEDICINA

INCROCI

Hanaa si sveglia tardi, quando il sole è già alto, in un campo profughi al confine tra Siria e Libano. La ragazzina, solo undicenne, è arrivata da poco al campo e si deve ancora ambientare, qui infatti vigono precisi rapporti di forza. È scappata un mese fa, insieme a sua sorella. Era notte quando due uomini, probabilmente del regime, hanno fatto irruzione in casa e hanno ucciso suo padre e suo fratello, si erano uniti ai ribelli dopo l'inizio della guerra civile. *La fuga dalla guerra.*

Choul sta camminando nella palude, è tra le canne, appena sente spari in lontananza spera di velocizzare il passo, ma non può, deve aspettare la nonna rimasta indietro. Sono loro gli unici superstiti della famiglia alla siccità che ha colpito il villaggio, nell'Etiopia orientale. È forse la peggiore carestia dovuta a siccità che colpisce l'Etiopia dal 1984. Non crede che sopravviverà ancora a lungo ma deve farcela, lo ha promesso a suo padre. *La fuga dalla terra, dalla fame, dal clima che devasta.*

Kneer studia al politecnico di N'djamena, ha 25 anni e pensa di aver fatto la cosa giusta. Ha appena detto a sua madre che probabilmente non lo rivedrà mai più. Il padre gli ha dato la sua benedizione, un saluto veloce alla sorella e via. Kneer è uno dei tanti giovani cervelli del Ciad che lasciano il paese dove il progresso sociale è stato impossibile a causa dell'esponentiale crescita della popolazione accompagnata dal disastro economico. Il Ciad, paese dell'Africa subsahariana, è tra i meno sviluppati al mondo; tra i punti di debolezza sicuramente annoveriamo l'instabilità politica e la cronica carenza di risorse umane. *La fuga dalla povertà.*

IN VIAGGIO

Per genti come Hanaa, Kneer e Choul non c'è pace. Non c'è pace nei luoghi da cui partono, non c'è pace nei luoghi che attraversano, non c'è pace dove sono diretti.

Abbandonati a se stessi, l'Europa li aspetta all'interno delle proprie mura di ossa. La IOM (*International Organization for Migration*) parla di oltre 204.311 persone che hanno raggiunto l'Europa nei primi cinque mesi del 2016¹, per la maggior parte attraverso la cosiddetta via del Mediterraneo Orientale, quella che collega la Turchia e i paesi limitrofi con le isole elleniche e successivamente con l'entroterra greco. Dalla metà del 2015 la via del Mediterraneo Orientale è stata interessata da un enorme flusso di migranti provenienti per la maggior parte da Siria, Afghanistan e Iraq, si stima siano stati oltre un milione, dei quali 850.000 sono passati dalla Grecia. Va poi segnalato che purtroppo, in questi primi mesi del 2016, più di 2.400 migranti non hanno visto le coste europee, inghiottiti dal mare². A questo dato, in realtà, andrebbero aggiunte le innumerevoli morti e violenze che si possono associare alla traversata del deserto del Sahara, e le tante morti di cui non verremo mai a conoscenza.

UN SOLO NOME, DESTINI DIVERSI

Genericamente li chiamiamo tutti migranti, ma le convenzioni internazionali riservano loro un destino diverso. La **Tabella 1** evidenzia una netta disparità tra Hanaa, Choul e Kneer.

Infatti, solo Hanaa, secondo le leggi in vigore – Convenzione di Ginevra 1951, i cui principi sono stati armonizzati in tutti gli stati Ue con la Direttiva 2004/83/CE del 29 aprile – può inoltrare richiesta di asilo politico o di protezione sussidiaria. Questo perché solo la sua condizione, la cui vita è minacciata da violenza indiscriminata in situazioni di conflitto armato interno, è riconosciuta tra i requisiti per l'ottenimento della protezione internazionale. Non ci sono ancora i mezzi giuridici per la tutela di coloro i quali fuggono per motivi differenti, come Choul e Kneer.

ARRIVATI, E ORA?

La realtà risulta essere, almeno in questo momento, piuttosto schizofrenica. Basta considerare il trattato del 17 marzo 2016 tra

TABELLA 1 / LA DISEGUAGLIANZA TRA MIGRANTI

HANAA	CHOUL	KNEER
RICHIESTA DI ASILO POLITICO		
ASSISTENZA LEGALE		
DIRITTO DI NON REFOULEMENT *		
DIRITTO ALLA MOBILITÀ ALL'INTERNO DELL'UE **		
ACCESSO AL MONDO DEL LAVORO		
ASSISTENZA MEDICA	ASSISTENZA MEDICA	ASSISTENZA MEDICA
RICONGIUNGIMENTO FAMILIARE		

* diritto estremamente limitato a causa delle politiche recenti che hanno visto la sospensione temporanea dell'area Schengen

** diritto che vieta la riconsegna di coloro che possiedono o hanno fatto richiesta di protezione internazionale, alle autorità del paese da cui fuggono

Turchia e Ue. Un accordo che ha visto non solo calpestati i diritti sanciti da dichiarazioni e convenzioni internazionali, ma anche mettere sul tavolo questioni politiche verso cui la controparte è piuttosto sensibile, legate ad esempio alle trattative circa la tanto discussa annessione della Turchia nell'Unione. Insomma il rischio non solo è quello di violare trattati internazionali permettendo espulsioni collettive, non motivate oggettivamente, ma finanziare e aiutare coloro che lo stanno facendo e lo continueranno a fare indisturbati. Questo da un lato; dall'altro coloro che nelle proiezioni di sviluppo tra i paesi Ue sono gli Stati in fondo alle classifi-

che, sono proprio quelli che, tra mille difficoltà, accolgono coloro che bussano alle porte dell'Europa.

Anche nella Grecia continentale la situazione è estremamente difficile. Generalmente i migranti provenienti dalle isole greche, una volta sbarcati al Pireo di Atene, confluiscono in quella che negli ultimi anni è stata definita la rotta balcanica di accesso all'Europa, e che coinvolge paesi poco disponibili a tollerare ingenti flussi di migranti. Per molti mesi il campo profughi di emergenza di Idomeni, al confine tra Grecia e Macedonia, ha ospitato migliaia di migranti: a marzo 2016 se ne contavano 11.200, di cui oltre il 30% bambini, in attesa che il confine venisse aperto e di poter quindi trovare la propria via verso l'Europa continentale. E durante questa residenza "forzata" i rischi sanitari, oltre che sociali e psicologici, sono subito risultati evidenti: la precarietà dei servizi di base rappresenta infatti un enorme rischio per la diffusione di patologie infettive; sono stati registrati casi di patologie respiratorie (anche polmoniti), sepsi e altre infezioni (sono state citate anche epatite A e scabbia). A ciò si vanno ad aggiungere le crisi psicotiche dovute a condizioni di vita allarmanti.

A fine maggio il campo di Idomeni è stato sgomberato, le migliaia di persone, famiglie e bambini sono state trasportate altrove, senza certezze sulla propria rotta, tanto meno sulla propria destinazione finale o sul proprio futuro. Nuovi campi per profughi con le stesse condizioni sanitarie e di accoglienza inaccettabili: un nuovo limbo.

PROSPETTIVE

Hanaa si sveglia tardi, quando il sole è già alto, in un campo profughi al confine tra Grecia e Macedonia. Che cosa la aspetta ora? Per Hanaa la via è chiusa.

Potrebbe unirsi a coloro che protestano contro la disumanità di una Europa che ha dimenticato la propria identità, talvolta con gesti eclatanti e drammatici. Potrebbe attendere fiduciosa, come molti, che la via si riapra o che le venga garantito un nuovo salvacondotto. Potrebbe affidarsi ai contrabbandieri che per circa 1.500 euro le promettono le sponde d'Europa.

I binari di Idomeni ci stanno forse portando a un capolinea. Mentre l'accompagniamo attraverso il campo, Hanaa si gira e, scura in volto, mormora: "E di Choul e Kneer, che ne sarà?"

NOTE

1 e 2 IOM, *Mediterranean Migrant Arrivals in 2016: 194,611; Deaths 1,475*, www.iom.int – 31 maggio 2016.

BIBLIOGRAFIA

- UNHCR, *Refugees/Migrants Emergency Response – Mediterranean: focus on Greece*, www.unhcr.org – giugno 2016.
- Djurica M., *La crisi umanitaria in Grecia e il piano dell'Europa*, www.internazionale.it – 2 marzo 2016.
- Gouliamaki L., *L'ipocrisia dell'Europa è una condanna a morte per i profughi*, www.internazionale.it – 8 marzo 2016.
- IOM, *Missing migrants project*, www.missingmigrants.iom.int – 1 aprile 2016.

- Livini E., *Migranti, Msf e Unhcr non lavoreranno più nel campo di Lesbo: è come Guantanamo*, www.repubblica.it – 23 marzo 2016.
- Golini A., Costa S., Facchini A., Faye A.B., Le Favre Cervini E.M., Nasso S., Pacini L., Pinotti P., Scotto Lavina R., Tronchin C., *Gruppo di studio sul sistema di accoglienza - Rapporto sull'accoglienza di migranti e rifugiati in Italia*, www.asylumineurope.org, Roma – 15 ottobre 2015.



FORUM

GIUSTIZIA CLIMATICA: UNA RESPONSABILITÀ COLLETTIVA

Dalla Conferenza di Parigi Cop21 emerge il richiamo al concetto di “giustizia climatica”, intesa come risposta necessaria e concreta alle cause del cambiamento climatico per garantire equità di opportunità, di trattamento e di valore per gli esseri umani. È evidente infatti che sono i paesi a basso reddito o le fasce di popolazione con meno risorse a pagare il prezzo più alto di scelte ambientali poco responsabili.

TESTO DI / ELENA GELORMINO / DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE ASLT05 - REGIONE PIEMONTE

PARIGI COP21: ZOOM SULLE CONSEGUENZE CLIMATICHE

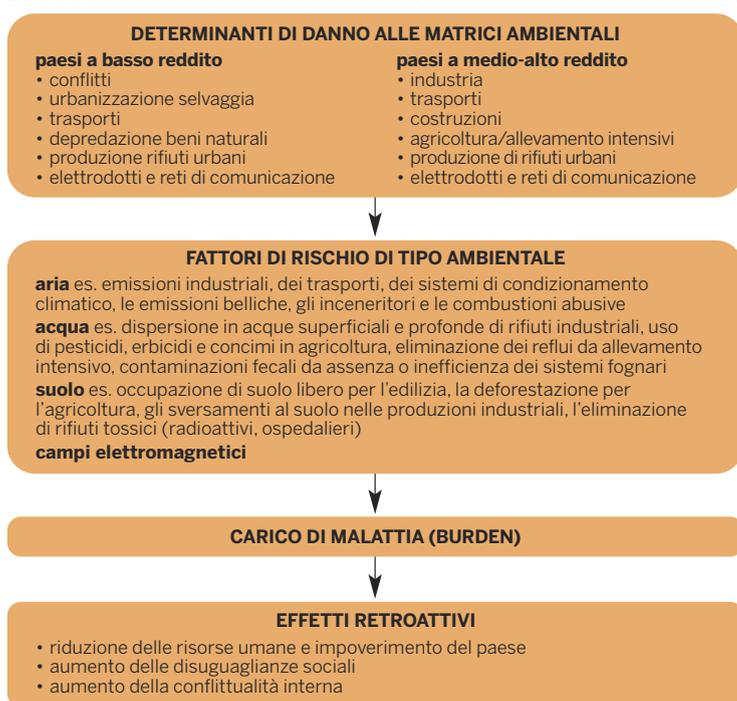
«Siamo guidati dal principio di equità e dal principio di responsabilità, comuni ma differenziate alla luce delle diverse circostanze nazionali. Riconosciamo la necessità di una risposta efficace e progressivamente crescente alla minaccia urgente del cambiamento climatico basata sulla migliore conoscenza scientifica disponibile. Riconosciamo i bisogni specifici dei Paesi in via di sviluppo, particolarmente quelli più vulnerabili agli effetti negativi dei cambiamenti climatici. Riconosciamo che i paesi possono essere colpiti non solo dal cambiamento climatico ma anche dall'impatto di risposte prese per farvi fronte ed enfatizziamo l'intrinseca relazione che le azioni, le risposte e gli impatti hanno sull'accesso equo allo sviluppo sostenibile e lo sradicamento della povertà».

A parlare così è il preambolo dell'Accordo di Parigi, documento sul clima che la comunità internazionale ha accolto e siglato a novembre 2015, a conclusione della Conferenza di Parigi Cop21 (XXI Con-

ferenza delle Parti). Ne emerge una visione globale e sistemica dell'ambiente, in cui il clima è strettamente correlato al benessere delle comunità e degli esseri umani. Soprattutto, emerge il richiamo al concetto di “giustizia climatica”, intesa come risposta necessaria e concreta alle cause del cambiamento climatico per garantire equità di opportunità, di trattamento e di valore per gli esseri umani. È evidente infatti che sono i paesi a basso reddito o le fasce di popolazione con meno risorse a pagare il prezzo più alto di scelte ambientali poco responsabili. Ed è altrettanto evidente che le conseguenze di tali azioni sono non solo di tipo ambientale ma si riflettono anche sulla salute dei singoli e delle comunità. Per la prima volta a Cop21 tutti i rappresentanti internazionali sono stati concordi nell'attribuire alle attività umane (industrie, cementificazione, urbanizzazione, ecc.) la responsabilità della crisi del pianeta.

I DETERMINANTI AMBIENTALI

FIGURA 1 / I DETERMINANTI AMBIENTALI



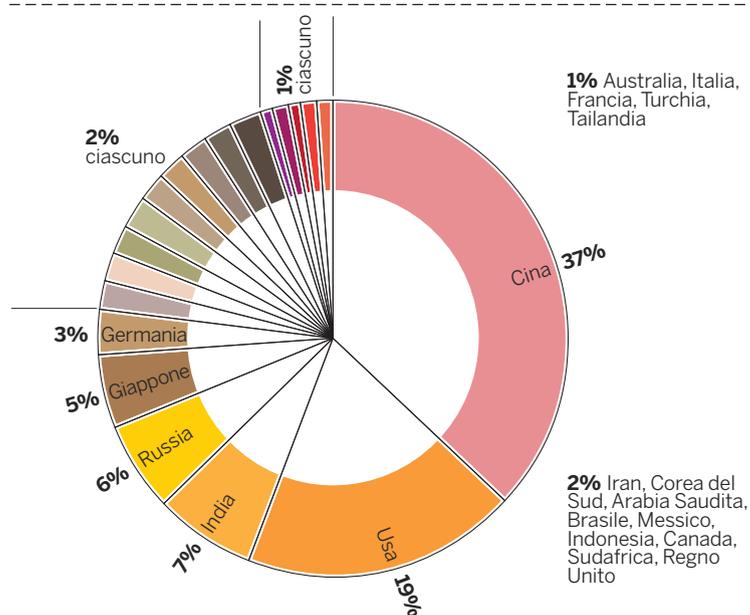
La relazione che il genere umano ha con l'ambiente in cui vive è molto varia e dipende da molteplici fattori: la zona climatica cui appartiene, la sua storia, la sua economia, le sue regole (quando esistono) e le strategie messe in atto per “soppassare” tali regole (livello di corruzione), lo stato di pace o di guerra (interna o esterna). Il contesto (**Figura 1**) mette in luce gli elementi fondamentali che entrano in gioco per determinare le disuguaglianze, tra esseri umani e tra paesi ma anche tra regioni e tra gruppi sociali all'interno dello stesso paese.

I paesi ricchi e quelli a recente forte sviluppo economico depredano e inquinano molto di più degli altri: complessivamente nel 2013 sono stati prodotti oltre 9 milioni di tonnellate di anidride carbonica. Responsabili dell'81,42% di queste emissioni sono 20 paesi, e di questa quota la Cina produce oltre il 37% e gli Stati Uniti il 17%¹ (**Figura 2**).

I paesi meno sviluppati sono più esposti all'effetto dell'inquinamento ambientale: hanno economie fondate soprattutto sull'agricoltura, sull'allevamento, sull'estrazione di risorse naturali, cioè attività fortemente influenzate dal mutamento climatico. In questi paesi gli strumenti per la mitigazione degli effetti ambientali sono molto più fragili, così come la gestione dei rischi e delle emergenze, le forme assicurative, la pianificazione urbanistica e delle costruzioni².

Questo insieme di elementi storico-culturali e geografici si impone maestosamente sulla vita degli individui. Alcuni di loro hanno strumenti per adattarsi, resistere o fuggire: le caratteristiche individuali

FIGURA 2 / EMISSIONI DI CO₂. PRIMI 20 PRODUTTORI (= 81,42% DELLA PRODUZIONE MONDIALE)



biologiche e socioculturali permettono ad alcuni di agire per cambiare la vita propria e dei discendenti; pochissimi possono impegnarsi per cambiare il contesto. La maggior parte cerca di sopravvivere.

LE DISEGUAGLIANZE DELL'AMBIENTE SONO DISEGUAGLIANZE DELLA SALUTE

In tutti i paesi i gruppi più fragili sono esposti al maggior rischio ambientale: attorno alle zone industriali attive o dismesse vivono le famiglie operaie o i loro discendenti³; nelle aree a rischio idrogeologico sorgono le baracche delle favelas o si rifugiano le roulotte dei campi Rom.

All'effetto serra, com'è noto, è legato il cambiamento climatico in atto, che esercita, a sua volta, un effetto diretto sulla salute (**Figura 1**). I determinanti di salute sono l'oggetto delle politiche pubbliche e degli interessi economici. Lì agiscono i governi e le lobbies economiche. Ne sono un esempio le modalità di espansione urbana, tanto più sfrenata quanto minore è la forza giuridica dello Stato: la città occupa suolo libero ovunque, la mobilità veicolare cresce e i rifiuti non riescono ad essere smaltiti correttamente. Nelle megalopoli del sottosviluppo le masse più povere s'accalcano, contaminando il suolo e le falde acquifere⁴.

I conflitti, interni e fra paesi, oltre a uccidere, sono un determinante ambientale, causano infatti l'uso di esfolianti ed erbicidi, la combustione e la dispersione in mare di petrolio, la deforestazione e la contaminazione di suolo e acqua che accompagnano i campi profughi;

BIBLIOGRAFIA

¹ Boden T. and Andres B., *Ranking of the world's countries by 2013 total CO₂ emissions from fossil-fuel burning, cement production, and gas flaring*; Gregg Marland Research Institute for Environment, Energy and Economics Appalachian State University.

² Levy B.S. et al., *Climate change, human rights and social justice*. Annals of Global Health 2015; 81(3): 310-22.

³ Bamba C. et al., *This divided land: an examination of regional inequalities in exposure to brownfield land and the association with morbidity and mortality in England*; Health Place 2015; 34: 257-69.

⁴ Ryan J.J. et al., *A systems biology approach to invasive behavior: comparing cancer metastasis and suburban sprawl development*; BMC Research Notes 2010, 3:36.

la disseminazione di mine nel terreno rende inutilizzabili suoli fertili ed, esplodendo, guastano le falde acquifere; i test per la messa a punto di armi nucleari dicono da sé quale sia il danno⁵.

LE CONSEGUENZE AMBIENTALI SULLA SALUTE

Dai determinanti originano i fattori di rischio per la salute umana. Tutte le matrici ambientali sono coinvolte e uno stesso determinante può danneggiare più matrici. L'essere umano "assorbe" questi elementi nocivi, li accumula nel proprio organismo per periodi anche molto lunghi, e, a volte, il loro effetto è additivo (**Figura 1**).

Questi fattori di rischio si traducono in un peso (*burden*) per la salute dell'umanità. Il recente rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità⁶ stima che ai fattori di rischio di tipo ambientale si debbano il 23% dei decessi nel mondo nel 2012 e il 22% del peso di malattia in DALYs (Disability Adjusted Life Years). Le malattie non neoplastiche dell'apparato respiratorio gravano sul genere umano con 93 milioni di DALYs, le malattie cardiovascolari con 119 milioni, affezioni gastroenteriche da contaminazione idrica e malaria, favorita dal cambiamento climatico, determinano un carico di altri 80 milioni di DALYs, le neoplasie giustificano 49 milioni di anni perduti o con disabilità.

Il confronto fra gli effetti sulla salute subiti dai paesi più sviluppati rispetto a quelli più poveri è esattamente invertito rispetto all'azione inquinante dei singoli Stati. L'Africa sub-sahariana sopporta il 24% del peso di malattia attribuibile all'inquinamento ambientale e il 23% dei decessi. Per contro l'Europa limita i propri danni sulla salute a un *burden* del 13% e al 12% dei decessi; la parte più ricca delle Americhe (appartenenti all'Oecd) ferma al 12% il *burden* di malattia da causa ambientale e all'11% i decessi per le stesse cause.

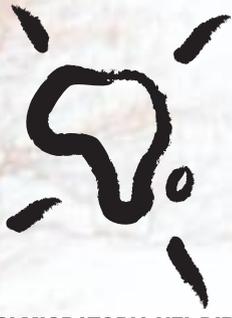
È un prezzo salato per gli individui e ha effetti nefasti sulla crescita di un paese: limita lo sviluppo economico-produttivo e le famiglie hanno difficoltà a investire sui propri bambini se la mortalità infantile è troppo elevata⁷. Inoltre, i cambiamenti climatici sembrano influenzare la propensione al conflitto⁸, instaurando circoli viziosi letali. Per tutte queste ragioni, chi si occupa di sanità nei paesi poveri non dovrebbe limitarsi alla fornitura di servizi sanitari; ci sono ottimi motivi per vigilare sull'inquinamento, promuovendo l'educazione alla cura ambientale fra i giovani e la cultura di salvaguardia normativa fra i detentori del potere politico e amministrativo. Perché, riprendendo quanto riportato nell'Accordo di Parigi, «riconoscendo che il cambiamento climatico è una questione comune dell'umanità, i paesi dovrebbero, quando agiscono per affrontarlo, rispettare, promuovere e considerare i loro obblighi sui diritti umani, il diritto alla salute, i diritti dei popoli indigeni, delle comunità locali, dei migranti, dei bambini, delle persone diversamente abili, di chi è in situazioni vulnerabili e il diritto allo sviluppo, così come l'eguaglianza tra i sessi, il potenziamento delle donne e l'equità tra le generazioni».

⁵ Leaning J., *Environment and health: impact of war*, in Canadian Medical Association Journal, October 2000.

⁶ Pruss-Ustun A. et al., *Preventing disease through healthy environments. A global assessment of the burden of disease from environmental risks*; World Health Organization - Geneva 2016.

⁷ Sachs J.D., *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*; World Health Organization - Geneva 2001.

⁸ Hsiang S.M. et al., *Quantifying the influence of climate on human conflict*; Science 2013; 341, 1235367.



LA CRISI MIGRATORIA NEL DIBATTITO TRA I LEADER INTERNAZIONALI

Ogni giorno migliaia di persone mettono a rischio la propria vita in cerca di protezione oltre il confine del proprio paese. Una volta raggiunti i centri di accoglienza, però, le condizioni di vita e di salute sono spesso insostenibili e il futuro sempre più incerto. La massiccia crisi migratoria e le esigenze dei rifugiati sono stati i principali temi discussi lo scorso maggio in Giappone al tavolo del G7. Secondo i leader presenti è questa la sfida globale che deve essere affrontata, con un aumento concreto dell'assistenza ai rifugiati e ai paesi che li ospitano.







ESPERIENZE DAL CAMPO

PREVENIRE IL CANCRO ALLA CERVICE UTERINA IN ETIOPIA

Uno studio rileva conoscenze, attitudini e pratiche delle donne della popolazione della South West Shoa Zone in Etiopia e indaga quali siano gli ostacoli all'accesso dello screening del cancro della cervice uterina. Risulta determinante l'educazione: chi ha potuto studiare ha probabilità 10 volte superiori di ricorrere a *screening*.

TESTO DI / DONATA DALLA RIVA E FABIO MANENTI / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

LA PREVENZIONE E LO SCREENING NEI PAESI A BASSE RISORSE

Assicurare una vita sana e promuovere il benessere per tutti a tutte le età è il terzo degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibili¹ per i quali Medici con l'Africa Cuamm intende adoperarsi sia attraverso il supporto sanitario in ambito ospedaliero e territoriale sia, sul piano scientifico, grazie ad analisi e ricerche operative². In particolare, Medici con l'Africa Cuamm si propone di contribuire entro il 2030 ad assicurare l'accesso universale ai servizi di salute sessuale e riproduttiva (Obiettivo di Sviluppo sostenibile 3.7).

Il cancro della cervice uterina è una delle forme più diffuse di cancro nelle donne, con una stima di circa 530.000 nuovi casi l'anno, di cui 265.000 con esito fatale. L'86% dei carcinomi alla cervice è registrato nei paesi a risorse limitate. In Etiopia si stima siano 7.095 i nuovi casi di cancro alla cervice diagnosticati annualmente³. Dai dati sanitari raccolti presso l'ospedale nazionale di riferimento "Tikur Anbessa", dal 1996 al 2008, il 30,3% dei tumori maligni diagnosticati presso la struttura sono proprio tumori alla cervice⁴.

Potenzialmente prevenibile, a differenza di altri carcinomi in organi riproduttivi, il programma di screening delle lesioni pre-cancerose può ridurre significativamente sia la morbilità che la mortalità associata a questa forma di cancro. Per la maggior parte delle donne che vivono in Paesi in via di sviluppo il servizio di screening con pap-test non è utilizzabile perché disponibile solo presso gli ospedali privati o in ospedali di riferimento nazionale in area urbana, con tempi di risposta dilazionati che impediscono la certezza del trattamento dei casi positivi⁵.

Il sistema di screening che viene quindi promosso nei paesi a basso reddito, come l'Etiopia, è il VIA (Visual Inspection with Acetic Acid): è un metodo ad alta sensibilità (capacità di identificare i positivi e quindi pochi falsi negativi) anche se di limitata specificità (capacità di identificare solo i positivi e quindi pochi falsi positivi), richiede una bassa tecnologia e fornisce i risultati in un paio di minuti. Nonostante non garantisca la certezza di lesione tumorale, consente però un immediato trattamento con crioterapia dei casi sospetti, annullando il rischio di mancato ritorno in attesa di diagnosi, ad esempio con pap-test.

LE ATTITUDINI E L'INFORMAZIONE DELLE DONNE IN ETIOPIA

Affinché il servizio di screening sia utilizzato, è dimostrato che le donne stesse devono conoscere il fenomeno ed essere consapevoli della disponibilità del metodo di screening e precoce trattamento⁶. In Etiopia i servizi di screening sono stati introdotti in pochissime strutture sanitarie e risultano quindi poco disponibili. Medici con l'Africa Cuamm, in collaborazione con il Governo Etiope, la *Bristol Myers Squibb Foundation* e *Pink Ribbon Red Ribbon*, ha iniziato dallo scorso anno un programma di screening e trattamento delle lesioni cervicali pre-maligne in 3 distretti intorno all'area urbana di Wolisso, nella South West Shoa Zone della regione Oromia.

Lo studio per approfondire le conoscenze, attitudini e pratiche della popolazione di riferimento rispetto alle lesioni cervicali cancerogene è stato effettuato ad agosto 2015, con due obiettivi principali:

- indagare il livello di conoscenze e attitudini da parte delle donne (30-49 anni);
- identificare le principali barriere (culturali, economiche, di educazione) che ostacolano l'utilizzo dei servizi preventivi e curativi.

Le informazioni ottenute hanno quindi permesso di pianificare in modo più mirato le attività relative all'educazione, informazione e sensibilizzazione delle donne, della comunità e degli operatori sanitari, e hanno anche portato a definire una linea di base per poi valutare, a fine intervento, l'efficacia del progetto.

È stato fatto uno studio di tipo trasversale (*cross sectional*) con un campionamento multi-stadio (*multistage cluster sampling methods*): 772 donne di età tra i 30 e i 49 anni sono state selezionate casualmente nei 3 distretti rurali e in un distretto urbano, in numero proporzionale alla dimensione della popolazione dell'area. Allo stesso tempo, sia attraverso osservazione sia tramite intervista, si è definito il profilo delle donne intervistate riguardo a età, status maritale, livello socio-economico, livello di scolarizzazione/educazione, religione.

L'analisi ha permesso di identificare il livello di conoscenze, attitudini, pratiche e le principali barriere all'utilizzo dei servizi di screening da parte delle donne dei 4 distretti e, allo stesso tempo, di identificarne eventuali fattori di influenza (determinanti) delle stesse incrociando i risultati con il profilo delle intervistate e l'area di residenza, rurale o urbana.

I RISULTATI: L'EDUCAZIONE È DETERMINANTE

Solo il 26,2% delle donne intervistate riporta di aver sentito parlare di cancro alla cervice. Di queste, solo il 9,5% avrebbe un livello buono (1,6%) o sufficiente (7,9%) di conoscenze del fenomeno. La maggioranza di queste vive in zona urbana. Le fonti di informazione maggiormente menzionate sono la TV (30,7%), la radio (26,5%) e lo staff sanitario (16,4%).

L'unico determinante significativamente associato al livello di conoscenza del cancro alla cervice è il livello di educazione: le donne che hanno completato gli studi secondari superiori hanno una probabilità 37 volte maggiore di avere buone conoscenze del fenomeno rispetto alle donne non scolarizzate.

Riguardo ai sintomi e segnali di rischio relativi al cancro alla cervice, il 50% delle intervistate non conosce alcun sintomo e il 59,3% delle stesse non menziona alcun fattore di rischio. Solo il 39,2% di quelle che asserivano di conoscere il fenomeno ha menzionato un sintomo (ad esempio perdite o sanguinamento vaginale) e solo il 32,8% almeno un fattore di rischio (ad esempio l'aver più partner).

La maggior parte delle donne (67,2%) dimostra un'attitudine positiva rispetto al servizio di screening e trattamento. Solo il 2,2% delle intervistate però riferisce di avere fatto almeno una volta lo screening. Tra le principali ragioni per non essersi sottoposte a uno screening, vi sono: la mancanza di informazione (57,6%) e il ritenere lo screening non necessario in quanto si sentivano in salute (51%).

Anche per quanto riguarda la pratica, ovvero il fatto di essere state sottoposte a screening, l'unico determinante significativo è l'educazione superiore, con una probabilità 10 volte maggiore di essere sottoposte a screening. Al contrario le donne abitanti in area rurale hanno 0,11 volte meno probabilità di sottoporsi a screening⁶.

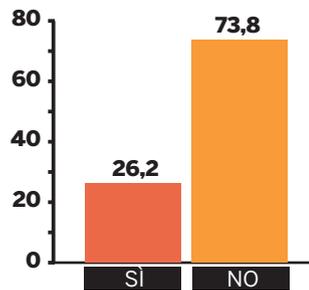
Non ci sono invece determinanti significativi associati alla buona attitudine nei confronti del servizio di screening del cancro alla cervice.

LA SENSIBILIZZAZIONE DELL'ULTIMO MIGLIO

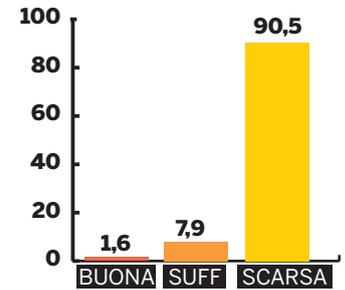
I risultati ottenuti sono in linea con quelli evidenziati da altri studi simili in Africa sub-sahariana⁷⁻⁸⁻⁹⁻¹⁰: una bassa conoscenza del problema, del servizio di screening e prevenzione e ancor più del suo utilizzo, con il risultato che molte pazienti si presentano in

FIGURE /

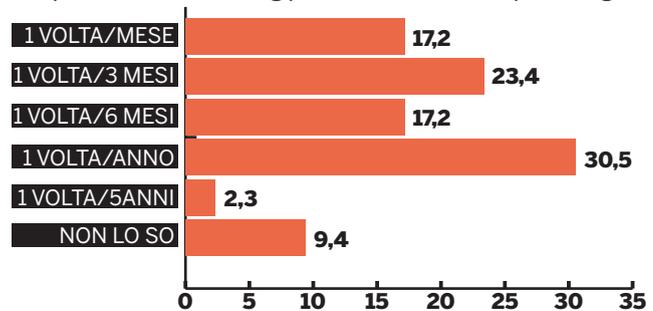
Hai mai sentito parlare di cancro alla cervice?



Conoscenza del fenomeno



Frequenza dello screening per le lesioni cervicali pre-maligne



ospedale solo a stadio avanzato. L'80% dei carcinomi nei paesi dell'Africa sub-sahariana sono infatti identificati in stadio avanzato e quindi associati a bassa sopravvivenza anche dopo intervento chirurgico o radioterapia.

Lo studio evidenzia la necessità di aumentare la conoscenza del fenomeno, dei suoi sintomi, dei fattori di rischio e dei servizi per la prevenzione e il trattamento presso la popolazione. A tal scopo l'utilizzo di radio e TV per la diffusione delle conoscenze così come la formazione del personale sanitario vanno potenziati.

Maggior attenzione deve essere posta nelle zone rurali e nei segmenti più economicamente svantaggiati e meno esposti all'educazione. Il servizio di screening e trattamento infine dovrebbe essere avviato in tutti i centri di salute per poter aumentare l'utilizzo degli stessi da parte delle donne.

BIBLIOGRAFIA

- 1 United Nations. *The 2030 Agenda for Sustainable Development and the Sustainable Development Goals*, <https://sustainabledevelopment.un.org>
- 2 Medici con l'Africa Cuamm, Piano Strategico 2016-2030.
- 3 WHO/ICO, *Human Papillomavirus and Related Cancers in Ethiopia - Summary Report 2015*.
- 4 Federal MOH of Ethiopia, *Guideline for Cervical Cancer Prevention and Control in Ethiopia*, January 2015.
- 5 Richard F. Bakemeier et al., *Attitude of Colorado health professionals toward breast and cervical cancer screening in Hispanic women*, in *Journal of National Cancer Institute Monographs*, 1995; 18:95-100.
- 6 A. Tsegaye et al., *Knowledge, attitudes and practices (KAP) towards screening*

for cervical cancer among women living in Goro, Wolisso Rural, Wolisso Urban and Wonchi Woredas of South West Shoa Zone, Oromia Region, Doctors with Africa CUAMM, Ethiopia, August 2015.

7 Anim J.T., *Breast cancer in Sub-Saharan African women*, in *African Journal of Medicine and Medical Sciences*, 1993, 22(1):5-10.

8 Adanu R.M.K., *Cervical cancer knowledge and screening in Accra, Ghana*. *J Wom Health Gend Base Med*. 2002, 11 (6): 487-488. 10.1089/152460902760277822.

9 Ogunbode O.O. et al., *Awareness of cervical cancer and screening in a Nigerian female market population*. *Ann Afr Med*. 2005, 4 (4): 160.

10 Hoque M. et al., *Evaluation of cervical cancer screening program at a rural community of South Africa*, *East Afr J Public Health*. 2008, 5 (2): 111.



ESPERIENZE DAL CAMPO

LA SFIDA DELLA SALUTE MATERNA IN SIERRA LEONE

Dopo ebola la Sierra Leone ha una nuova sfida davanti a sé: la riduzione della mortalità materna, che ancora è estremamente superiore alla media globale e anche a quella africana. Un intervento su tre livelli – comunitario, cure primarie, ospedale – e un sistema di trasporto efficiente è ciò su cui Medici con l'Africa Cuamm sta lavorando, per poter gestire le emergenze ostetriche legate a gravidanza e parto in modo efficace.

TESTO DI / GIULIA SEGAFREDO ED ENZO PISANI / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

LA RIDUZIONE DELLA MORTALITÀ MATERNA DOPO L'EPIDEMIA DI EBOLA

A marzo 2016 si è svolto a Freetown, in Sierra Leone, un workshop organizzato da Medici con l'Africa Cuamm dal titolo *"From Zero Ebola to Zero Maternal Mortality: Can Investing in the Referral System Make A Difference?"*. Dopo aver superato la drammatica epidemia di Ebola, infatti, si apre una nuova sfida: ridurre consistentemente la mortalità materna. Il workshop è stato un'occasione di incontro istituzionale con partner e governi locali, ma anche un'opportunità per analizzare criticamente il lavoro fatto da Cuamm in Sierra Leone, nel distretto di Pujehun. La mortalità materna, anche ora che è passata ebola, rimane una delle grandi emergenze del paese e una delle priorità di intervento per Cuamm. I dati globali sulla mortalità materna riportati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) mostrano tra il 1990 e il 2015 un calo di circa il 44%, da 385 a 216 morti materne ogni 100.000 nati vivi, con una riduzione annuale del 2,3%. Nell'Africa a sud del Sahara però i livelli rimangono inaccettabili: nel 2015 la mortalità materna è stata di 495 ogni 100.000 nati vivi. E in Sierra Leone, dove già prima di ebola la mortalità infantile e materna era tra le più alte del mondo (1.360/100.000 nel 2015 la mortalità materna)¹, le conseguenze dirette e indirette dell'epidemia hanno peggiorato la situazione, portando a un aumento del 19%.

L'intera comunità internazionale è concorde nel definire gli interventi prioritari per ridurre la mortalità materna e migliorare la salute riproduttiva in generale: il miglioramento dei servizi di emergenza ostetrica disponibili di buona qualità, l'aumento di personale preparato in sala parto, l'integrazione di questi servizi nei sistemi sanitari².

VERSO UN SISTEMA SANITARIO INTEGRATO PER GARANTIRE QUALITÀ DELLE CURE

Medici con l'Africa Cuamm è presente in Sierra Leone dal 2012, nel distretto di Pujehun, nella provincia più meridionale del paese. Con una popolazione di 375.000 persone, si tratta di uno dei distretti con la densità demografica più bassa: la maggior parte degli abitanti vive in villaggi con meno di 2.000 persone. Nell'intero distretto è presente un solo ospedale distrettuale, che include un ospedale centrale e un reparto maternità; sono presenti

poi 77 unità sanitarie periferiche (PHU), cinque delle quali offrono servizi di base per trattare le emergenze ostetriche (BEmOC).

L'alto numero di unità sanitarie nel territorio sembrerebbe indicare la volontà di una copertura sanitaria forte. Tuttavia, se l'obiettivo è quello di una riduzione sostanziale della mortalità materna, la copertura da sola non basta: si rende necessario che i servizi siano di qualità e abbiano le risorse per trattare le emergenze ostetriche più complesse (CEmOC, Comprehensive Emergency Obstetric Care). Per questa ragione Medici con l'Africa Cuamm sta lavorando sia per il miglioramento dei servizi di assistenza primaria (nelle unità periferiche del distretto di Pujehun) sia per migliorare la qualità dei servizi nell'ospedale distrettuale di Pujehun. Gli ospedali infatti devono poter rispondere alle necessità di intervento di alto livello e alle emergenze ostetriche "riferite" dai centri periferici.

È questa la sfida che Medici con l'Africa Cuamm ha dovuto affrontare a Pujehun: la costruzione di un sistema di cure di qualità. Ed è stato possibile con l'impiego di profili sanitari professionalizzati, un sistema di trasporto efficiente, il coinvolgimento della comunità locale, una catena di distribuzione di farmaci efficace, un sistema di trasfusioni del sangue sicuro, un servizio di emergenza attivo 24 ore. Infatti un sistema sanitario integrato e comprensivo, che tenga in considerazione la relazione degli ospedali centrali con le comunità periferiche, è fortemente raccomandato per superare i ritardi che si generano nel ricorso alle cure da parte dei pazienti e per poter di conseguenza ridurre la mortalità e malattia di mamme e bambini³⁻⁴⁻⁵⁻⁶⁻⁷⁻⁸⁻⁹.

EMERGENZE OSTETRICHE: IL RUOLO DEL TRASPORTO IN AMBULANZA NELLE CURE

Nel 2015 i parti attesi nel distretto di Pujehun erano 15.000: 12.000 (cioè oltre l'80%) sono avvenuti in strutture sanitarie. Il 30% delle complicanze ostetriche attese sono state gestite a livello di una struttura sanitaria; un terzo dei casi di emergenza ostetrica hanno riguardato ragazze adolescenti e sono stati dovuti principalmente a parto prolungato e ostruito.

Uno degli ostacoli principali nella cura riguarda il trasporto ai centri sanitari dai villaggi e zone remote. Per rispondere a questa mancanza Medici con l'Africa Cuamm ha organizzato un servizio di emergenze ostetriche e neonatali nell'ospedale di Pujehun, collegato a un servizio di comunicazione attivo 24 ore, che permette

TABELLA 1 / GLI INDICATORI DI MONITORAGGIO DELLE COMPLICANZE OSTETRICHE

INDICATORI	RISULTATI	COMMENTO	ESITO
1. N.P.*			
2. DISTRIBUZIONE GEOGRAFICA DEI SERVIZI EMOC a. Numero di servizi EmOC ogni 500.000 abitanti b. Numero di strutture comprensive con servizi EmOC ogni 500.000 abitanti	8,0 1,3	Il numero raccomandato di strutture con servizi EmOC di base ogni 500.000 abitanti è 5, il numero raccomandato di strutture comprensive con servizi EmOC è 1 ogni 500.000 abitanti. Questo obiettivo è stato raggiunto con successo a Pujehun.	Raggiunto
3. PERCENTUALE DI NASCITE IN STRUTTURE CON SERVIZI EMOC a. % di nascite in strutture con servizi EmOC b. % di nascite in tutte le strutture analizzate	16,2% 81,3%	Il primo indicatore considera tutti i parti avvenuti nell'ospedale di Pujehun e nelle 5 strutture BemOCs. Il secondo indicatore considera tutti i parti in strutture sanitarie, anche quelle senza servizi specifici per le emergenze ostetriche.	Non sono disponibili valori di riferimento
4. MET NEED FOR EMOC a. % di donne attese con complicazioni ostetriche che sono state trattate in strutture con servizi EmOC	29,3%	Poiché l'obiettivo è garantire servizi di cura di emergenze ostetriche a tutte le donne che ne hanno bisogno, OMS raccomanda che il livello minimo accettabile deve essere il 100%. Sebbene i nostri risultati siano al di sotto del valore minimo, sono cresciuti molto rispetto all'anno precedente (12% nel 2014; 29,3% nel 2015).	Non raggiunto
5. TAGLI CESAREI IN RAPPORTO ALLE NASCITE TOTALI a. Tagli cesarei in strutture EmOC in proporzione a tutte le nascite	2,3%	Nonostante la percentuale di tagli cesarei sia al di sotto del valore raccomandato (dal 5% al 15%), si può considerare un progresso rispetto all'anno precedente (2,3% nel 2015 vs 0,9% nel 2014).	Non raggiunto
6. PERCENTUALE DI MORTALITÀ MATERNA DA CAUSE DIRETTE a. Percentuale di mortalità materna da cause dirette in strutture EmOC	0,8%	OMS raccomanda che il valore sia inferiore all'1%. I dati raccolti a Pujehun sono in linea con quanto raccomandato.	Raggiunto
7. MORTALITÀ DURANTE IL PARTO E NELLE PRIME ORE DI VITA DEL BAMBINO a.1 Mortalità durante il parto e nelle prime ore di vita del bambino in caso di nascite in strutture con cure EmOC a.2 Mortalità durante il parto e nelle prime ore di vita del bambino in caso di nascite in strutture con cure EmOC; solo in caso di bambini che pesano meno di 2,5 kg alla nascita	3,0% 1,0%	Questo indicatore è stato calcolato due volte: la prima su tutti i bambini nati, la seconda solo su bambini nati di peso inferiore ai 2,5 kg. L'obiettivo è quello di misurare la qualità di assistenza e cure durante parto e prime ore di vita del neonato. È raccomandato di escludere i neonati di peso sotto i 2,5 kg poiché il peso basso incide fortemente sulla mortalità.	Non sono disponibili valori di riferimento
8. PERCENTUALE DI MORTI REGISTRATE IN STRUTTURE EMOC DOVUTE A CAUSE INDIRETTE a. Percentuale di morti registrate in strutture EmOC dovute a cause indirette	33,33%	Questi dati rappresentano la percentuale di morti dovute a cause indirette. Non hanno un valore di riferimento oggettivo, piuttosto mettono in evidenza il contesto sociale e sanitario più ampio della regione o del paese e le sue conseguenze nelle strategie di intervento. Nel 2015 a Pujehun 3 morti su 9 nelle strutture EmOC sono state dovute a cause indirette.	Non sono disponibili valori di riferimento

* Il primo indicatore è assente perché si riferisce a dati di area nazionale e l'intervento – e quindi i dati – di Medici con l'Africa Cuamm invece sono a livello regionale e di distretti.

Source: Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015 estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank Group and the United Nations Population Division.

i trasferimenti in ambulanza delle donne con complicazioni ostetriche da unità periferiche (PHU) ai centri attrezzati. L'introduzione del servizio di trasporto in ambulanza è uno dei fattori più importanti per aumentare l'accesso alle cure e permettere l'utilizzo di servizi di qualità anche a chi vive in zone periferiche distanti dai centri sanitari **4-5-6-7-10**.

Tra il 2011 e il 2015 il trasporto di donne con complicazioni ostetriche da centri periferici (PHU) al reparto di maternità di Pujehun è cresciuto rapidamente: 63 casi nel 2011, 181 nel 2013, 720 nel 2015. Si tratta di una conseguenza della disponibilità del servizio di trasporto e delle attività che hanno permesso di informare la popolazione di questa opportunità.

A gennaio 2015 Medici con l'Africa Cuamm ha poi implementato il sistema di trasporto, aggiungendo due ambulanze, per un totale di tre nel territorio. Nel solo 2015 i riferimenti di complicanze ostetriche sono cresciuti del 251% comparati con il 2014 e 464 delle 679 complicazioni gestite all'ospedale di Pujehun (63%) riguardavano donne arrivate con ambulanza.

INDICATORI DI MONITORAGGIO DELLE COMPLICANZE OSTETRICHE

Ci si chiede a questo punto se sia possibile monitorare la gestione delle complicanze ostetriche usando un approccio standardizzato. Nel 1991 Unicef, con il supporto di un team di professionisti della Columbia University di New York, ha definito un set di indicatori (*From Monitoring Emergency Obstetric Care: A Handbook*, WHO 2009) per monitorare la disponibilità, accessibilità, qualità e uso dei servizi per il trattamento di complicazioni che possono insorgere durante gravidanza e parto (EMoC, *Emergency Obstetric Care*). Nel 2009 gli indicatori sono stati aggiornati e, nonostante siano stati anche oggetto di critiche, continuano ad essere usati per misurare l'implementazione e il progresso delle politiche, dei programmi e delle attività in questo campo.

Le domande a cui gli indicatori rispondono sono le seguenti:

- Ci sono sufficienti strutture che forniscono servizi EMoC?
- Queste strutture sono ben distribuite nel territorio?

- C'è un numero sufficiente di donne che usufruisce dei servizi offerti?
- A usufruirne sono le donne che ne hanno realmente bisogno (ad esempio donne con complicanze ostetriche)?
- Sono offerti sufficienti servizi di cura emergenziale?
- La qualità dei servizi è adeguata? Vengono poi forniti dei parametri per l'interpretazione dei valori raccolti, come descritto qui di seguito.

La **tabella 1** mostra sette degli otto indicatori raccomandati da Unicef con i dati raccolti nel distretto di Pujehun. In linea generale rileviamo un progresso rispetto agli indicatori dell'anno precedente. Gli unici obiettivi che ancora non sono stati raggiunti sono quelli relativi al numero di emergenze ostetriche trattate (*Met Need for EmOC*) e al numero di tagli cesarei in rapporto alle nascite, anche se pure in questi casi si sono registrati dei miglioramenti rispetto agli anni precedenti.

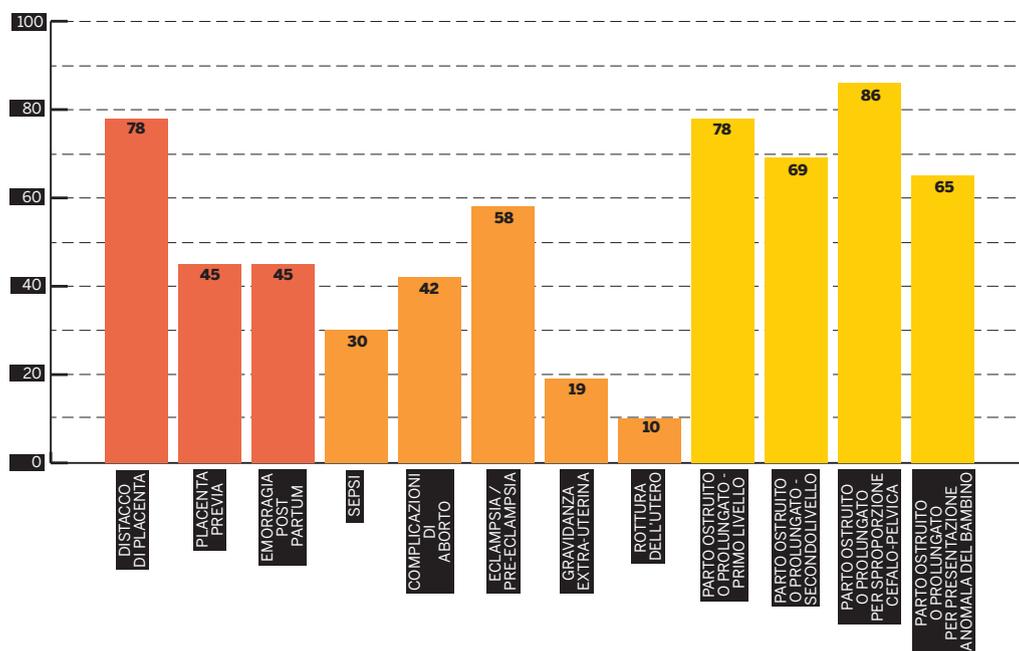
Medici con l'Africa Cuamm ha ritenuto utile aggiungere un ulteriore indicatore a quelli raccomandati: "Unmet obstetric need", cioè le emergenze ostetriche che non sono state trattate perché non entrate in contatto con le strutture sanitarie. Risulta per noi particolarmente rilevante perché permette di quantificare la copertura effettiva che i servizi di trattamento per le emergenze ostetriche hanno raggiunto. Nello specifico, stima quindi il numero di donne che avrebbero avuto la necessità di cure ostetriche maggiori ma che non hanno potuto accedervi per assenza delle stesse. Questo indicatore ci permette inoltre di identificare le disuguaglianze nell'accesso alle cure dovute a ostacoli di tipo geografico o sociale. Nonostante al momento non siano ancora disponibili dati più precisi e descrittivi a riguardo, possiamo affermare che il distretto di Pujehun ha mantenuto il livello di pazienti con emergenze

ostetriche non trattate sotto il 35%, raggiungendo quindi un livello di prestazione piuttosto soddisfacente.

CONCLUSIONE

Basandosi sull'esperienza di Medici con l'Africa Cuamm a Pujehun e sui dati presentati sopra, appare evidente la nostra decisione di investire sia sul sistema di trasporto sia sui servizi "secondari" di assistenza sanitaria, che giocano un ruolo strategico nella riduzione della mortalità materna. Da un punto di vista strategico, crediamo sia cruciale considerare le specificità geografiche, prestando particolare attenzione alle fasce di comunità più vulnerabili, come le adolescenti, e monitorando l'assistenza di emergenze ostetriche. Ridurre la mortalità materna in un paese come la Sierra Leone è una sfida importante, che si può compiere solo se partner e *stakeholders* – istituzioni sanitarie, comunità, ong e agenzie internazionali di aiuto – condividono la volontà forte di lavorare fianco a fianco.

FIGURA 1 / DISTRIBUZIONE DELLE PRINCIPALI COMPLICANZE OSTETRICHE A PUJEHUN NEL 2015



BIBLIOGRAFIA

- 1 *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015 - Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*, Geneva 2015 <http://www.data.unicef.org/>
- 2 Groppi L. et al., *A hospital-centered approach to improve emergency obstetric care in South Sudan*, in *International of Gynaecology and Obstetrics*, 2015, 128(1):58-61
- 3 *The World Health Report 2005 - Make every mother and child count*, Geneva 2005. <http://www.who.int/whr/2005/en/>
- 4 Murray S.F., Pearson S.C., *Maternity referral systems in developing countries: current knowledge and future research needs*, in *Soc Sci Med*. 2006 May; 62(9):2205-15.
- 5 Kongnyuy E.J., Mlava G., Van Den Broek N., *Criteria-based audit to improve a district referral system in Malawi: a pilot study*, in *BMC Health Serv Res* 2008;8:190.
- 6 Evjen-Olsen B., Olsen O.E., Kvåle G., *Achieving progress in maternal and*

- neonatal health through integrated and comprehensive healthcare services - experiences from a programme in northern Tanzania, in *J Equity Health*. 2009 Jul 30;8:27.Int.
- 7 Parkhurst J.O., Ssengooba F., *Assessing access barriers to maternal health care: measuring bypassing to identify health centre needs in rural Uganda*, in *Health Policy Plan*. 2009 Sep; 24(5):377-84.
- 8 Somigliana E., Sabino A., Nkurunziza R., Okello E., Quaglio G., Lochoro P., et al., *Ambulance service within a comprehensive intervention for reproductive health in remote settings: a cost-effective intervention*, in *Trop Med Int Health* 2011;16(9): 1151-8.
- 9 Accorsi S. et al., *Cost-effectiveness of an ambulance service for emergency obstetrical and neonatal care in rural Ethiopia*, under submission
- 10 Shehu D., Ikeh A.T., Kuna M.J., *Mobilizing transport for obstetric emergencies in northwestern Nigeria. The Sokoto PMM Team.*, in *Int J Gynaecol Obstet*. 1997 Nov;59 Suppl 2:S173-80.



APPROFONDENDO

SUD SUDAN: GUERRA, SICCIÀ, CRISI ECONOMICA

Instabilità, siccità, crisi del petrolio: sono fattori che si intersecano e portano il paese a una fragilità estrema. Sono 5 milioni le persone a cui garantire assistenza umanitaria e 2,4 milioni quelle che hanno abbandonato la propria casa. Le conseguenze sulla salute sono evidenti e si riflettono in primo luogo sull'aumento della malnutrizione. Ed è qui che Medici con l'Africa Cuamm interviene.

TESTO DI / CHIARA SCANAGATTA / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

Il Sud Sudan porta addosso le ferite di una guerra civile durata due anni, le cui conseguenze non sono solo politiche ma hanno un impatto evidente sull'intera società e sulla qualità di vita delle persone. A dimostrazione che il confine tra salute, sviluppo, politica ed economia è davvero labile. A ciò si aggiungono fattori ambientali e climatici che hanno acuito ancor di più la fragilità del paese. OCHA (*United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs*) ha stimato essere 5 milioni le persone a cui garantire assistenza umanitaria durante l'anno in corso¹, siano essi sfollati o residenti; a maggio 2016 sono 2,4 milioni coloro che hanno abbandonato le proprie case, di cui 712.000 hanno cercato rifugio nei paesi confinanti. A spingere alla partenza, oltre all'insicurezza fisica, anche quella alimentare. A febbraio 2016, UNICEF, FAO e WFP (*World Food Programme*) hanno lanciato l'allarme: 2,8 milioni di persone (25% della popolazione totale) a rischio per quanto riguarda l'accesso ad adeguate derrate alimentari, 40.000 al limite della catastrofe². Questa situazione dipende dalla combinazione di diversi fattori ambientali, politici ed economici³, che fanno sì che il problema non sia isolato alle aree interessate direttamente dal conflitto, ma interessi l'intero paese. Nel 2015, inoltre, la stagione secca si è prolungata più del previsto, con conseguenze sulle attività agricole, già limitate e compromesse da episodi di razzia o dall'insicurezza nell'area. Il mercato locale si è fatto sempre più povero e inaccessibile, anche a causa del crollo del prezzo del petrolio (da cui dipendono il 98% delle entrate sud sudanesi) e della parallela svalutazione della moneta locale. Meno di un quinto della popolazione sud sudanese riceve assistenza alimentare, numeri assolutamente insufficienti considerata la portata del problema⁴: il risultato è un aumento della malnutrizione acuta al di sopra della soglia di emergenza⁵; a fine 2015 OCHA aveva stimato essere malnutriti 1 bambino sotto i 5 anni ogni 4 e una donna incinta ogni 3⁶, ma la situazione potrebbe aggravarsi.

Il sistema delle Nazioni Unite per le emergenze ha sottolineato più volte l'importanza di integrare la risposta alla malnutrizione, solitamente condotta in modo verticale, a quella più specificatamente sanitaria, ed è quanto sta portando avanti Medici con l'Africa Cuamm, che lavora nel paese dal 2006. Per quanto non operante nelle zone direttamente interessate dal grosso degli scontri, il Cuamm è presente in contee che presentano una situazione comunque critica. Le avverse condizioni climatiche, l'insicurezza che ha compromesso le attività di coltivazione e raccolto, il flusso di migranti interni hanno fatto sì che oggi la maggioranza delle famiglie non consumi più di un pasto al giorno.

La risposta di Medici con l'Africa Cuamm, pianificata e implementata in piena collaborazione con le autorità sanitarie locali e con le agenzie delle Nazioni Unite che si occupano della fornitura di supplementi nutrizionali, quali UNICEF e WFP, consiste nel garantire prevenzione e trattamento della malnutrizione acuta moderata e severa nei bambini al di sotto dei 5 anni e nelle donne gravide o in allattamento. Questo si traduce in:

- educazione sanitaria e nutrizionale;
- controllo dello stato nutrizionale e fornitura di micronutrienti a chiunque acceda al servizio di visita prenatale, visita ambulatoriale pediatrica, vaccinazioni;
- ricovero e/o fornitura di supplementi nutrizionali specifici ai casi di malnutrizione acuta moderata o severa.

Le attività preventive si svolgono in 81 strutture sanitarie periferiche su 7 contee, quelle curative in 18 su 3 contee, inclusi 3 ospedali. Le attività sono in fase di avvio ma nei primi 3 mesi del 2016 si sono già raggiunti i seguenti risultati:

- 6.059 bambini minori di 5 anni e 525 donne gravide o in allattamento sottoposti a controllo dello status nutrizionale;
- 179 bambini minori di 5 anni e 105 donne gravide o in allattamento inseriti nel programma di trattamento della malnutrizione acuta moderata;
- 361 bambini minori di 5 anni inseriti nel programma di trattamento della malnutrizione acuta severa.

BIBLIOGRAFIA

¹ Humanitarian Needs Overview, OCHA, novembre 2015.

² <http://www.fao.org/news/story/en/item/382511/icode/>; dati riportati anche su Humanitarian Bulletin, 6, OCHA, maggio 2016.

³ Integrated Food Security Classification, dicembre 2015.

⁴ Integrated Food Security Classification, dicembre 2015.

⁵ Integrated Food Security Classification, dicembre 2015.

⁶ Humanitarian Needs Overview, OCHA, novembre 2015.



RASSEGNA

MIGRANTI CLIMATICI: UN FENOMENO IN CRESCITA

I numeri non sono univoci ma sono sempre e comunque immensi: si parla di 25, 50, 100 o addirittura 250 milioni di migranti climatici nel medio periodo, secondo UNHCR. Siccità, allagamenti, eventi improvvisi che, sommati a fragilità economiche e sociali dei territori, minano la dignità di vita delle popolazioni costringendole alla fuga.

TESTO DI / CLARISSA DE NARDI ED ELENA CAPELLI / SISM - SEGRETARIATO ITALIANO STUDENTI DI MEDICINA

UNA MIGRAZIONE IN DIVENIRE

22 milioni di persone che, secondo UNHCR, nel corso di un anno, il 2014, si sono spostate da paese a paese, da regione a regione, per sfuggire a siccità o carestie. Li chiamano migranti climatici, perché fuggono da miseria e povertà causate da fenomeni ambientali dovuti al cambiamento del clima. E le stime, per quanto difficilmente quantificabili, prevedono che l'ondata migratoria possa riguardare dai 25 milioni fino a 250 milioni di persone entro il 2050.

Una previsione affidabile è piuttosto difficile: innanzitutto perché manca una definizione univoca di "migrante climatico". Il termine fu introdotto dal pioniere dell'ambientalismo Lester Brown nel 1976, ma per indicare questa categoria di migranti ancora oggi troviamo una molteplicità di denominazioni: ad esempio rifugiati climatici (*climate refugees*), migranti forzati dall'ambiente (*forced environmental migrants*) o rifugiati a causa dei disastri (*disaster refugees*).

A ciò si aggiunge che spesso sono molteplici i fattori che agiscono di concerto nel determinare la migrazione. E quasi tutti gli esperti concordano nel ritenere i cambiamenti climatici un acceleratore (*driver*) del deterioramento delle condizioni socio-economiche: vale a dire che eventi come siccità, alluvioni o uragani mettono in ginocchio le zone già fragili, definendo scenari dove viene minacciata la dignità di vita degli individui. Quando si parla di disastri ambientali risulta determinante, oltre che l'evento in sé, la modalità con cui l'evento ambientale viene affrontato e risolto dalle istituzioni, dalle comunità e dai suoi abitanti, la prontezza nell'intervenire e le risorse investite nel gestirla; ciò assume un'importanza ancor maggiore soprattutto per quanto concerne i disastri ambientali improvvisi (inondazioni, terremoti, nubifragi).

PROFILO E PROSPETTIVE DEL MIGRANTE CLIMATICO

Il migrante climatico si sposta con massima probabilità all'interno della sua nazione, raramente verso paesi esteri se non per la presenza di cause concomitanti come conflitti che possono ledere la sua sicurezza; lo spostamento spesso non è massivo ma piuttosto individuale o per piccoli nuclei familiari e la destinazione è in molti casi un grande centro urbano, spesso il più vicino al territorio colpito dal disastro ambientale. Questo fenomeno, per le caratteristiche che assume, prevede importanti conseguenze sia sul territorio che viene abbandonato sia sull'urbanizzazione che determina nei centri abitati in cui la popolazione si riversa.

CAUSE E CONSEGUENZE DELLA MIGRAZIONE CLIMATICA

Il cambiamento climatico colpisce in gran parte i Paesi in via di sviluppo: qui l'economia è fortemente basata sull'agricoltura, che viene direttamente compromessa dagli eventi climatici nefasti. L'erosione, la desertificazione e l'innalzamento del livello del mare sottraggono terreni, mentre la variazione delle precipitazioni stagionali, la siccità e i temporali distruttivi danneggiano i raccolti. Perciò gli abitanti si vedono costretti a migrare in aree più fertili o in città che offrono possibilità lavorative per sopravvivere.

L'impoverimento non si ferma qui e non riguarda solo i territori e gli individui ma è dato anche dalla perdita di contribuenti fiscali e dalla diminuzione della produttività in quelle aree, aggravata maggiormente se c'è migrazione all'estero. Il fenomeno migratorio si sposta quindi, come focus di interesse, anche nelle agende politiche e governative: è vantaggio dei governi promuovere la gestione dei fenomeni migratori stessi, per non disperdere le risorse e creare nuove strategie d'impiego positive per l'economia del paese; d'altro canto, fornire alternative alla migrazione internazionale permette di trattenerne i propri cittadini e di conseguenza la ricchezza interna. Spesso però mancano gli strumenti adatti a far fronte alle crisi economiche interne e le politiche assistenziali sono molto scarse.

MIGRANTE CLIMATICO E CONVENZIONI INTERNAZIONALI

La tutela dei migranti climatici è una questione controversa: attualmente, infatti, non hanno uno status legale che dia loro diritto a protezione internazionale, poiché è difficile isolare la causa ambientale tra tutti gli altri elementi possibili. Finché non è loro riconosciuta una valenza giuridica, è arduo tutelarne i diritti. Dal punto di vista legale c'è stato solo un caso di richiedente asilo esplicitamente per ragioni climatiche, ma l'accoglienza è stata concessa per ragioni "umanitarie", non creando quindi i presupposti di legge per aprire una pista in questo senso.

I dati sul fenomeno previsti per i prossimi decenni non possono lasciare indifferente la comunità internazionale: è doveroso sensibilizzare tutti i paesi a prestare attenzione anche a questo tipo di migrazione, poiché è un tassello importante per comprendere e prevenire parte delle crisi economiche e sociali che ne derivano. Dare una considerazione giuridica è il primo passo per iniziare a investire sulla sicurezza di quei cittadini in condizioni critiche e di conseguenza sulla crescita dei Paesi in via di sviluppo.

QUANDO LA MEDICINA GUARDA (E PARLA) ALLE PERSONE

È fresco di stampa *La medicina vestita di narrazione*. Non un semplice ritorno all'antico, né una provocazione: un approccio complementare alla medicina di precisione per ritrovare uno sguardo globale alla salute. In Occidente per recuperare l'“umanizzazione”, nei paesi a risorse limitate per superare la carenza di mezzi.

TESTO DI / SANDRO SPINSANTI / DIRETTORE ISTITUTO GIANO PER LE MEDICAL HUMANITIES

«Tornate all'antico e sarà un progresso»: la nota esortazione di Giuseppe Verdi è stata per lo più applicata all'ambito dell'arte. Possiamo forse osare di riferirla anche alla medicina. Vale a dire alla pratica sociale dove il progresso si identifica con gli avanzamenti del sapere scientifico e della tecnologia; l'ambito dove oggi anche la scientificità dell'EBM (la medicina basata sulle prove di efficacia) viene giudicata insufficiente e si ragiona di “medicina di precisione”.

Può suonare come una provocazione proporre alla medicina di ripensare la pratica quotidiana recuperando la parola, la più semplice e povera risorsa dell'arsenale terapeutico. Qualcuno potrebbe pensare che la narrazione sia da assegnare a chi non dispone di sufficiente sviluppo economico e sociale da potersi permettere la medicina dei ricchi. Quasi che, in assenza di rimedi davvero efficaci, sia legittimo ripiegare sulla parola.

I più generosi possono arrivare a pensare che la medicina delle parole sia appropriata limitatamente ai contesti multiculturali. Ma la vera sfida della medicina narrativa è di uscire dall'ambito ristretto che le potrebbe eventualmente riservare chi accetti il multiculturalismo, per affermare con decisione che la narrazione è necessaria per praticare la buona medicina sempre e dovunque. I paesi a più basso sviluppo tecnologico non hanno per questo una medicina più povera dal punto di vista della relazione. Al contrario, possiamo immaginare che nella realtà culturale dell'Africa susciterebbe giustamente scandalo la proposta di praticare la medicina sprovvista di parola e di relazione, così come la conosciamo alla nostra latitudine. La medicina narrativa non è, perciò, un prodotto da esportare nei paesi poveri, ma una proposta per curare i mali che affliggono la nostra pratica di cura.

Il primo passo verso questo approccio che si propone di recuperare l'antico consiste nel riconoscere che nel suo sviluppo recente la medicina ha imboccato dei vicoli ciechi. La pratica



La medicina vestita di narrazione, di Sandro Spinsanti, Il Pensiero Scientifico Editore, febbraio 2016

medica ha introdotto in poco tempo dei grandi cambiamenti rispetto al modello di rapporto terapeutico che ha prevalso per secoli. Questo non prevedeva che il medico comunicasse al malato diagnosi e prognosi; e tanto meno che indagasse che cosa era prioritario per la persona malata, in modo da decidere il percorso di cura con lui/lei. Il buon medico prendeva le decisioni per il malato, magari condividendole, alle sue spalle, con i famigliari. Il modello dell'informazione obbligatoria e del consenso esplicito a qualsiasi trattamento ha modificato questa prassi (che a ragione viene qualificata come “paternalistica”, perché il medico si comportava con il malato come un buon padre o madre si relazionava con un bambino piccolo, non in grado di comprendere e di esprimere il proprio interesse). La medicina narrativa fa procedere oltre, correggendo al tempo stesso le deformazioni a cui il consenso

informato è esposto.

La medicina narrativa può essere un'etichetta nuova per veicolare un'aspirazione antica: che coloro che forniscono la cura e i malati che la ricevono si incontrino anzitutto come esseri umani. L'“umanizzazione” dei trattamenti sanitari, che viene tanto spesso invocata, non passa attraverso i buoni sentimenti. Empatia e condivisione non guastano, certo; ma è essenzialmente la parola quella che costituisce il dono e il compito della nostra umanità.

Anche se in medicina oggi l'informazione dilaga, l'ascolto latita. Senza ascolto le decisioni cadranno sempre dall'alto, per quanti moduli di consenso informato si facciano firmare al paziente. La “conversazione” – intesa non come chiacchierata amichevole, ma come scambio reciproco di saperi e di valori, nel rispetto dell'ineliminabile diversità di posizione tra chi richiede la cura e chi è in grado di erogarla – è l'anima della medicina narrativa. È in questo contesto che nascono le decisioni condivise: quelle tagliate su misura, come abiti di sartoria.



MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

Nata nel 1950, Medici con l'Africa Cuamm è la prima ong in campo sanitario riconosciuta in Italia (in base alla Legge della cooperazione del 1972) e la più grande organizzazione italiana per la promozione e la tutela della salute delle popolazioni africane.

Realizza progetti a lungo termine in un'ottica di sviluppo, intervenendo con questo approccio anche in situazioni di emergenza, per garantire servizi di qualità accessibili a tutti.

STORIA

In **64** anni di storia:

- **1.569** sono le persone inviate nei progetti: di queste 422 sono quelle ripartite una o più volte;
- **1.053** gli studenti ospitati nel collegio: di questi 688 italiani e 280 provenienti da 34 paesi diversi
- **163** i programmi principali realizzati in collaborazione con il Ministero degli Affari esteri e varie agenzie internazionali;
- **217** gli ospedali serviti;
- **41** i paesi d'intervento;
- **5.021** gli anni di servizio effettuati, con una media di 3 anni per ciascuna persona inviata.

ISTANTANEA

Medici con l'Africa Cuamm è attualmente presente in Angola, Etiopia, Mozambico, Sierra Leone, Sud Sudan, Tanzania, Uganda con:

- **42 progetti** di cooperazione principali e un centinaio di micro-realizzazioni di supporto, con i quali appoggia:
 - 16 ospedali
 - 34 distretti (per attività di sanità pubblica, assistenza materno-infantile, lotta all'Aids, tubercolosi e malaria, formazione)
 - 3 scuole infermieri
 - 2 università (in Mozambico ed Etiopia).
- **180 operatori internazionali:** 125 medici, 12 sanitari, 23 amministrativi, 7 logisti.

IN EUROPA

Medici con l'Africa Cuamm è attiva da anni anche in Europa nella realizzazione di progetti di sensibilizzazione e formazione sui temi dell'equità e della cooperazione sanitaria internazionale. In particolare, lavora in *network* con Università, ong e istituzioni per creare una società italiana ed europea cosciente del valore della salute quale diritto umano fondamentale e componente essenziale per lo sviluppo.

AVVISO AI LETTORI

Sostieni e partecipa al nostro impegno in Africa, attraverso una di queste modalità:

- **c/c postale** n. 17101353 intestato a Medici con l'Africa Cuamm
- **bonifico bancario** IBAN IT 91 H 05018 12101 000000107890 presso Banca Popolare Etica Padova
- **carta di credito** telefonando allo 049.8751279
- **online:** www.mediciconlafrica.org
- **5x1000:** con la tua firma e il nostro codice fiscale 00677540288

Medici con l'Africa Cuamm è onlus ong. Le offerte inviate sono quindi deducibili nella dichiarazione dei redditi, allegando la ricevuta dell'offerta eseguita.

SALUTE E SVILUPPO offre studi, ricerche e documentazione unici nel panorama editoriale italiano.

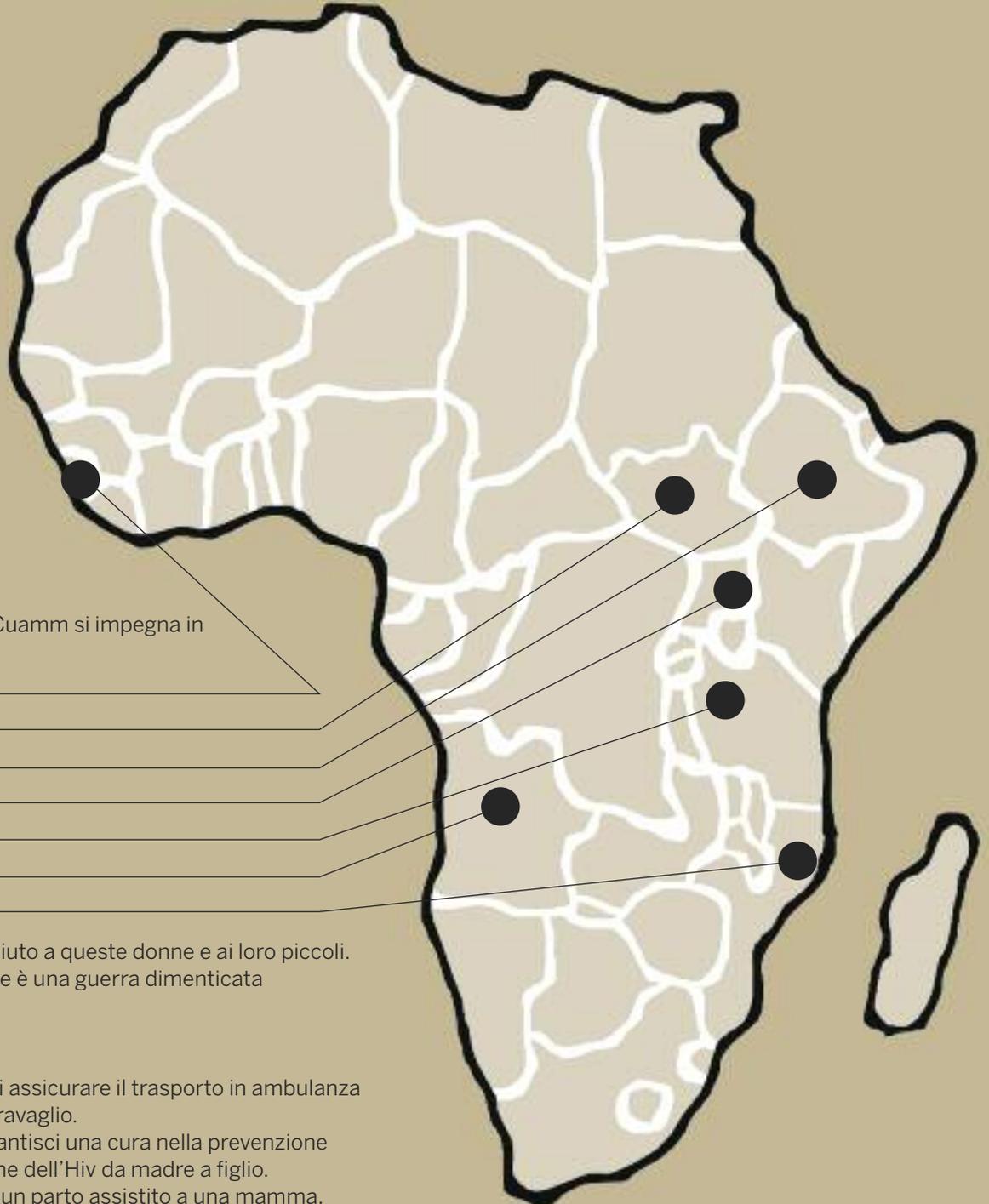
La nostra pubblicazione ha bisogno dell'appoggio di tutti i lettori e amici di Medici con l'Africa Cuamm.



L'AFRICA DEI BISOGNI

OGNI ANNO NELL'AFRICA A SUD DEL SAHARA:

- 4,5 milioni di bambini muoiono prima di aver compiuto cinque anni, per malattie prevenibili e curabili a basso costo;
- 1,2 milioni di neonati muoiono nel primo mese di vita per mancanza di cure;
- 265 mila donne perdono la vita per cause legate alla gravidanza e al parto.



Medici con l'Africa Cuamm si impegna in

SIERRA LEONE

SUD SUDAN

ETIOPIA

UGANDA

TANZANIA

ANGOLA

MOZAMBICO

per portare cura e aiuto a queste donne e ai loro piccoli. Aiutaci in questa che è una guerra dimenticata e silenziosa.

- Con 15 euro puoi assicurare il trasporto in ambulanza a una donna in travaglio.
- Con 25 euro garantisci una cura nella prevenzione della trasmissione dell'Hiv da madre a figlio.
- Con 40 euro dai un parto assistito a una mamma.
- Con 80 euro finanzia un corso di formazione di una settimana per un'ostetrica.



**MEDICI
CON L'AFRICA**
CUAMM



rivista quadrimestrale
di cooperazione e politica
sanitaria internazionale
giugno 2016 — n° **73**
www.mediciconlafrica.org

