



**MEDICI
CON L'AFRICA**
CUAMM
Doctors with Africa



SALUTE E SVILUPPO

rivista quadrimestrale
di cooperazione e politica
sanitaria internazionale
dicembre 2020 — n° **81**



Il peso delle disuguaglianze

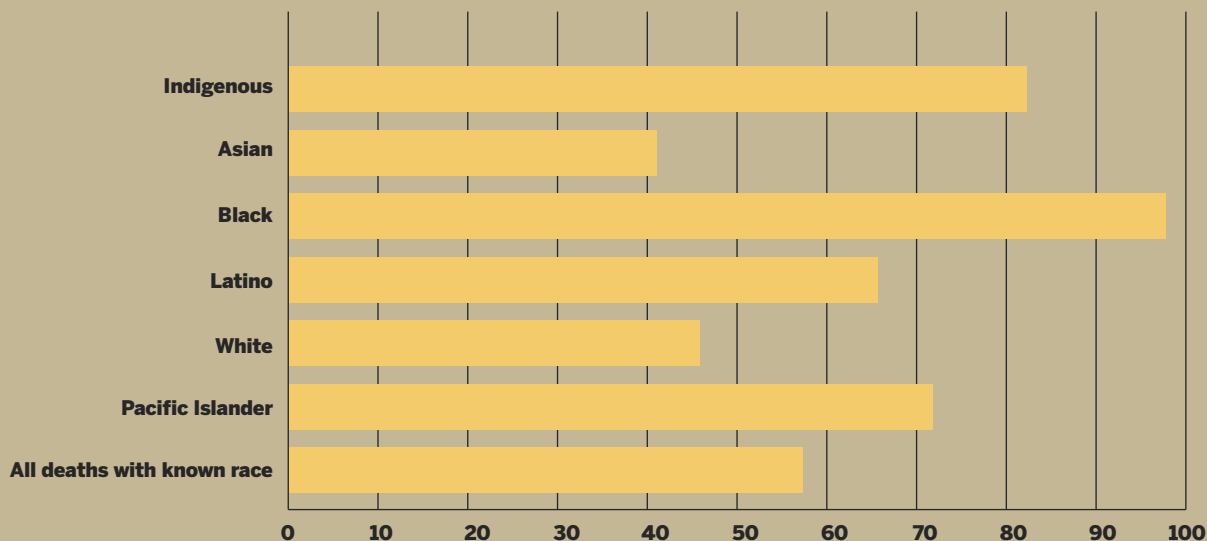


LA NOTIZIA

Le morti diseguali

La pandemia Covid-19 ha tragicamente portato alla luce un determinante di salute – la discriminazione razziale – tendenzialmente poco considerato, o peggio rimosso. Ma quello che è avvenuto negli USA è stato così sconvolgente da risvegliare la consapevolezza di una piaga mai rimarginata all'interno della società americana, quella del razzismo strutturale, conseguenza di secoli di schiavitù inflitti alla popolazione nera. Questa rappresenta il 13% dell'intera popolazione USA, ma gli afroamericani sono il 26% di tutti i morti da Covid-19. In alcune località come la Contea di Milwaukee, Wisconsin, dove i residenti neri sono il 26% della popolazione, la percentuale dei decessi di afroamericani arriva al 73% del totale. Al 15 settembre il dato nazionale di mortalità, suddiviso per gruppi etnici, dimostrava che la mortalità (x 100.000 ab.) da Covid-19 dei "black" era più del doppio di quella dei "white" (un dato purtroppo incompleto perché in molti certificati di morte è stata omessa l'appartenenza etnica/razziale).

FIGURA 1 / MORTI COVID-19 X 100.000 ABITANTI, SUDDIVISI PER APPARTENENZA ETNICA/RAZZIALE, AL 15 SETTEMBRE 2020



Fonte: APM Research Lab

INDEX

DIRETTORE

Gavino Maciocco

COMITATO DI REDAZIONE

Andrea Atzori, Dante Carraro, Adriano Cattaneo, Donata Dalla Riva, Silvio Donà, Fabio Manenti, Martha Nyagaya, Ana Pilar Betran Lazaga, Giovanni Putoto, Angelo Stefanini, Anna Talami, Ademe Tsegaye, Calistus Wilunda

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

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



Illustrazione di copertina

Il peso delle disuguaglianze

L'epidemia di Covid-19 non colpisce tutti allo stesso modo: ancora una volta sono i più fragili – donne, bambini, anziani, poveri – ad esserne più colpiti. Minor accesso ai servizi sanitari, diminuzione delle cure, carenza dei servizi educativi sono solo alcuni dei “pesi” che l'attuale epidemia comporta su queste fasce di popolazione.



DIALOGO

PAG. 2

L'EPIDEMIA **DISEGUALE**

Testo di / don Dante Carraro

PAG. 3

BLACK LIVES MATTER

Testo di / Gavino Maciocco

FORUM

PAG. 5

LA PANDEMIA **NELLA PANDEMIA**

Chiara Di Benedetto intervista Flavia Bustreo

PAG. 7

IMPATTO ASIMMETRICO DELLA PANDEMIA: **I DATI DELL'UGANDA**

Testo di / Maria Nannini

ESPERIENZE DAL CAMPO

PAG. 9

LE COMPLICAZIONI DI UNA PANDEMIA, **IL CASO DI WOLISSO**

Testo di / Fabio Manenti

PAG. 10

CURE *HOME-BASED*: CONTRO LA TUBERCOLOSI **IN UGANDA**

Testo di / Simone Cadorin

PAG. 11

RIORGANIZZARE I SERVIZI: LA RISPOSTA DELLA **SIERRA LEONE**

Testo di / Claudia Caracciolo

PAG. 12

FUORI TRACCIA: IMPATTI DI COVID-19 SULLA SOCIETÀ

Testo di / Edoardo Occa

PAG. 13

MOZAMBICO: OLTRE LE EMERGENZE PER CREARE SVILUPPO

Testo di / Giovanna De Meneghi

PAG. 16

LA RISPOSTA IN ITALIA A COVID-19

Testo di / Andrea Atzori

PAG. 17

VICINI AGLI ULTIMI **A LA SPEZIA**

Testo di / Marina Trivelli

RASSEGNA

PAG. 18

L'ULTIMO MIGLIO “DIETRO CASA NOSTRA”: **IL FOGGIANO**

Testo di / Lucia Raho

PAG. 19

IL LIC RITROVATO

Testo di / Giovanni Putoto



DIALOGO

L'EPIDEMIA DISEGUALE

Nel corso di questo 2020, in seguito all'epidemia di Covid-19, quasi tutti gli indicatori di sviluppo hanno registrato un peggioramento, cosa che non era mai accaduta prima. Si stima che in 25 settimane di pandemia siano andati persi 25 anni di progressi. Ma cosa significa veramente? E chi ne paga il prezzo più alto? Una lettura della pandemia guardando ai suoi effetti su salute e società.

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

Ci ritroviamo, dopo nove mesi di pandemia, a osservare quanto Covid-19 ha portato e continua a portare a galla, come fosse una mareggiata dalla forza prorompente che ci restituisce non solo il conto delle vittime e dei contagi, ma anche la vista lucida su tutto ciò che non va e di cui, probabilmente, non ci siamo occupati per tempo. Eccellenze cliniche del mondo più avanzato che si sono infrante al primo soffio del virus, mostrando i limiti di una sanità che ha perso il suo legame con il territorio, con le persone, con la medicina di comunità, per lo meno da questa parte del mondo. Numero di morti che aumentano giorno dopo giorno nei paesi occidentali, impreparati alla propria stessa vulnerabilità, faticando a trovare un'azione comune tra sanità e politica. Un'economia che viene trascinata a terra dal ciclone pandemico.

Stando ai dati più recenti riportati dalle agenzie internazionali, quasi tutti gli indicatori di sviluppo hanno registrato nell'anno appena passato un peggioramento, cosa che non era mai accaduta prima. Si stima che in 25 settimane di pandemia siano andati persi 25 anni di sviluppo, riportandoci ai numeri degli anni Novanta ad esempio riguardo alla copertura vaccinale (*Institute for Health Metrics and Evaluation - IHME*). L'interruzione delle terapie a causa di Covid-19 si prevede possa aumentare la mortalità fino al 30% per la malaria, del 10-20% per la TB e fino al 10% per l'HIV (*Lancet 2020*).

Ma come si perde lo sviluppo e come lo si perde tanto in fretta? Credo stia proprio qui la drammaticità che Covid-19 ha messo in luce: la fragilità delle nostre società. Pensavamo di «rimanere sempre sani in un mondo malato» – come ha scritto Papa Francesco in occasione della Giornata mondiale per l'Ambiente lo scorso giugno – senza prendere atto del legame profondo tra luoghi, tra discipline, tra esseri umani. E ci ritroviamo ora a guardare i danni dell'epidemia: perché l'ombra di Covid-19 tocca molte sfere della società, in una sorta di domino che però colpisce maggiormente i più poveri. In primo luogo una diminuzione generale degli accessi alle cure – anche per le malattie croniche o la prevenzione – che rischia di determinare una morbilità o mortalità superiore al passato. Danni di tipo economico e lavorativo, che creano insicurezza e nelle fasce più fragili rischiano di avere ricadute sociali e sanitarie, come nel caso dei matrimoni prematuri in Mozambico (pag. 12). O ancora un aumento dell'instabilità politica, si pensi alle guerre civili in Etiopia (Tigray) e Mozambico (Capo Delgado, pag. 13).

Abbiamo cercato in questo numero della rivista di “leggere” l'epidemia e il nostro mondo guardando a queste conseguenze, chiamate *secondarie* ma non meno importanti, che si prospettano purtroppo di lungo termine. Quello che l'Africa in questi settant'anni di cammino insieme ci ha insegnato, è l'importanza di mettere in relazione i fattori che coesistono in una società, ci ha insegnato ad affrontare la complessità mostrandoci come dietro a criticità sanitarie ci siano quasi sempre ragioni di tipo sociale, economico, antropologico. Ed è questa la visione che desideriamo continuare a portare avanti, perché è evidente che di fronte a problemi complessi non ci possono essere soluzioni semplici ed è qui che sta la sfida di tutti noi.

A fronte della situazione altamente critica, riportiamo anche dei segnali positivi: penso all'esperienza dell'Uganda, dove durante Covid-19 sono migliorati gli indicatori terapeutici per la tubercolosi. Non è un caso ma il frutto di una risposta pronta che ha saputo adattarsi velocemente alla condizione del *lockdown*: rischiammo che i malati non accedessero ai servizi, abbiamo allora riorganizzato il sistema di cure, portando a casa loro monitoraggio e somministrazione dei medicinali. O ancora, in Sierra Leone, nonostante sia quasi dell'11% la percentuale di personale sanitario del paese contagiato, il *Princess Christian Maternity Hospital* ha garantito le cure quasi ininterrottamente da marzo a oggi. Anche in Italia in questi mesi siamo intervenuti per mitigare gli effetti della pandemia soprattutto sui più fragili: miglioramento di strutture sanitarie, ospedaliere, residenziali e territoriali, ma anche attenzione e supporto per le “nuove povertà”: braccianti agricoli, senzateo e famiglie italiane particolarmente colpite dalla crisi (si veda articolo pag. 18).

È un numero molto “esperienziale” questo, dove abbiamo voluto dare voce a chi lavora nel nostro ultimo miglio, africano e italiano. Tutti noi, a ogni latitudine, stiamo sperimentando il significato di pandemia, mi auguro venga il tempo di condividere processi e buone pratiche, per trovare insieme un modo di intendere e fare la salute globale.

BIBLIOGRAFIA

1 Sustainable Development Report, 2020.

2 Bill and Melinda Gates Foundation, Report 2020.



DIALOGO

BLACK LIVES MATTER

Covid-19 è un'emergenza sanitaria globale che richiede una soluzione globale. Una bufera, che ha dilatato le disuguaglianze sociali in salute e ha colpito i gruppi sociali più svantaggiati ed emarginati del mondo, Italia compresa, ricordando più che mai come nessuna comunità è al sicuro se non sono protette tutte le comunità.

TESTO DI / GAVINO MACIOCCO / DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELLA SALUTE, UNIVERSITÀ DI FIRENZE

La ben nota frase "Siamo nella stessa bufera, ma non siamo sulla stessa barca", sembra scritta apposta per parlare della bufera pandemica, e del differente destino delle barche che ne sono investite. Che la pandemia avrebbe enormemente dilatato le disuguaglianze sociali nella salute lo si era capito subito osservando ciò che stava avvenendo negli USA, dove le statistiche registravano differenze del doppio nel tasso di mortalità tra i bianchi e gli afroamericani, a sfavore dei secondi. Molteplici sono le cause che sono alla base dell'eccesso di mortalità della popolazione afroamericana. I *black* si sono trovati in prima linea di fronte all'ondata epidemica perché più di altri impiegati in lavori diventati "essenziali": infermieri, addetti all'assistenza e alle pulizie negli ospedali e nelle residenze per anziani, commessi nelle catene di supermercati, operai delle industrie alimentari, ecc. I *black* vivono spesso in contesti urbani e abitativi dove è più difficile mantenere il distanziamento fisico. I *black* soffrono maggiormente di malattie croniche (anche a causa di un'alta prevalenza di obesità) e possono andare incontro a forme più gravi di Covid-19. I *black* fanno lavori più precari, sono meno coperti dall'assicurazione sanitaria e hanno molti più ostacoli di altri a eseguire un tampone. I *black* sono più poveri, molto più poveri: il reddito medio annuo (2016) di una famiglia *black* è 17.150 dollari, quello di una famiglia *white* è 171.000 dollari. Ora potremmo cambiare contesto e sostituire la voce *black* con altre che identificano gruppi sociali svantaggiati, più poveri ed emarginati e il risultato (anche in Italia) non cambierebbe.

Che non siamo nella stessa barca, lo dimostra la piega che sta prendendo la questione dei vaccini. Una piega che assomiglia terribilmente alla vicenda dei farmaci anti-HIV che sono divenuti accessibili per i pazienti dei paesi più poveri – in particolare quelli dell'Africa sub-sahariana – con dieci anni di ritardo, e con milioni di morti evitabili. I motivi sono quelli che tutti noi ben conosciamo: il costo dei prodotti e la barriera dei brevetti. Certamente la pandemia HIV/AIDS che ha flagellato l'Africa non è nemmeno lontanamente paragonabile a quella attuale in termini di numero di vittime (che è anche notevolmente inferiore a quello registrato in altri continenti), ma i costi indiretti – l'economia, la stabilità politica di vari paesi, l'isolamento internazionale – rischiano di essere addirittura maggiori¹. Per questo l'Africa ha bisogno dei vaccini al pari degli altri paesi, sia per quantità che per tempistica. «Covid-19 è un'emergenza sanitaria globale che richiede una soluzione globale. Nessuna comunità è al sicuro se non sono protette tutte le comunità», si legge nell'editoriale di *Lancet* del 5 dicembre². Ma questo inoppugnabile argomento si scontra con la tendenza all'accaparramento dei vaccini da parte dei paesi più ricchi che con appena il 14% della popolazione mondiale si sono assicurati il 53% dei vaccini già pronti. Il Canada ha acquistato più dosi di qualsiasi altra popolazione, abbastanza per vaccinare ogni canadese cinque volte³. L'Italia non è stata da meno se è vera la notizia che ne sono state prenotate 200 milioni di dosi. Naturalmente i filantropi sono entrati in azione ed è partita l'iniziativa COVAX che avrebbe lo scopo di destinare ai paesi a basso e medio livello di sviluppo 2 miliardi di dosi per la fine del 2021. 97 paesi ad alto reddito hanno firmato l'impegno di assicurare ai 91 paesi meno ricchi una copertura vaccinale del 20%, molto lontana da quella necessaria per conseguire l'immunità di gregge⁴. A nove mesi dall'inizio della pandemia non esiste ancora una misura di politica internazionale in grado di garantire a tutti l'accesso al vaccino o agli altri rimedi che saranno scoperti contro Covid-19. Una ragionevole pista di lavoro viene dai governi di India e Sudafrica. Il 2 ottobre 2020, i due paesi hanno inviato all'Organizzazione mondiale del commercio (Omc) una proposta congiunta con cui chiedono una deroga ai brevetti e agli altri diritti di proprietà intellettuale in relazione a farmaci, vaccini, diagnostici, dispositivi di protezione personale, e le altre tecnologie medicali per tutta la durata della pandemia, fintantoché non sia stata raggiunta l'immunità⁴.

Ancora una volta, come nel caso dei farmaci anti-HIV, la partita globale si gioca tra le ragioni del profitto e quelle della salute delle popolazioni.

NOTE

1 Murru M., Covid-19 in Africa/2, <https://www.saluteinternazionale.info/2020/11/covid-19-in-africa-2/>

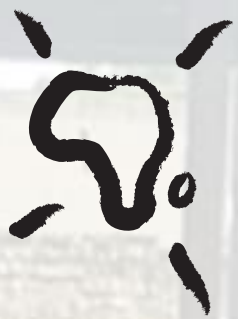
2 Editorial, *An African plan to control COVID-19 is urgently needed*, *Lancet* 2020; 396-1777.

3 https://www.repubblica.it/esteri/2020/12/09/news/coronavirus_

[vaccino_privilegio_dei_paesi_ricchi_irraggiungibile_per_9_persone_su_10_in_70_paesi_poveri-277602156/?ref=RHTP-BH-I274746038-P2-S6-T1](https://www.saluteinternazionale.info/2020/11/vaccini-privilegio-dei-paesi-ricchi-irraggiungibile-per-9-persone-su-10-in-70-paesi-poveri-277602156/?ref=RHTP-BH-I274746038-P2-S6-T1)

4 Garattini S, Dentico N, *Vaccini (veramente) per tutti*.

<https://www.saluteinternazionale.info/2020/11/vaccini-veramente-per-tutti/>



**PREVENZIONE FUORI
DALL'OSPEDALE DI ABER, UGANDA**

Lavabi all'ingresso dell'ospedale di Aber, in Uganda. Si tratta di alcune delle misure preventive adottate da Cuamm: la creazione di spazi nuovi che permettano una corretta prevenzione di Covid-19, come spazi per il *triage* in cui separare i casi sospetti di infezione o, ancora, luoghi come questo dove sono forniti acqua e sapone per il lavaggio delle mani prima di accedere ai servizi sanitari.





LA PANDEMIA NELLA PANDEMIA

Non solo dati di contagi, terapie intensive occupate e morti, ma arrivano i primi dati anche sull'impatto indiretto che l'epidemia di Covid-19 sta causando, una "pandemia nella pandemia", che colpisce soprattutto le donne e i bambini. Sono loro infatti i primi a rinunciare a cure sanitarie e a portare il peso di una crisi che è anche sociale ed economica.

CHIARA DI BENEDETTO INTERVISTA FLAVIA BUSTREO, PRESIDENTE DEL COMITATO GOVERNANCE E NOMINE PER L'ALLEANZA PER LA SALUTE MATERNA, NEONATALE E INFANTILE (PMNCH) E CO-PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE LANCET CONTRO LA VIOLENZA DI GENERE E IL MALTRATTAMENTO DEI GIOVANI

Da nove mesi ormai ciascuno di noi è immerso in una situazione sanitaria emergenziale e nei dati che quotidianamente vengono aggiornati, che ci danno le indicazioni sull'andamento dell'epidemia: numero di contagi, delle terapie intensive occupate, dei morti. Sono i cosiddetti dati di impatto diretto, che lasciano però nell'ombra altre ricadute, altrettanto importanti, sulla salute e sulla società, tanto che si è parlato di "pandemia nella pandemia". Ne parliamo con Flavia Bustreo, per molti anni vicedirettrice per l'Organizzazione Mondiale della Sanità dell'area della salute della famiglia, delle donne e dei bambini e ora presidente della *Governance nella Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (PMNCH)*, un'alleanza che si occupa di salute materna e infantile.

o Recentemente è stato riportato che gli effetti più gravi della pandemia colpiscono donne e i bambini. Potrebbe suonare contraddittorio considerato che si è spesso detto che Covid-19 è una malattia a prevalenza maschile. Cosa si intende dunque?

Si è registrato un impatto diretto a breve termine sulla salute di mamme e bambini, che è legato alla mancanza di accesso alle cure legate alla riproduzione, alle cure prenatali e durante il parto. Abbiamo già visto inoltre una riduzione delle vaccinazioni nei bambini sotto i 5 anni, con la conseguenza di possibili epidemie anche banali come il morbillo, che però per bambini denutriti può essere mortale. Il primo impatto – in termini di morbilità e mortalità – è quindi legato alla mancanza di accesso alle cure a causa dell'epidemia: questo accade perché, da un lato gli operatori sanitari sono impegnati a curare altri pazienti, dall'altro le donne hanno una reticenza ad accedere alle cure, perché temono il contagio.

In secondo luogo c'è un aspetto importante legato alla salute mentale sia delle donne che dei bambini, causato dalla pandemia e dal conseguente *lockdown*. In Cina, nella provincia di Wuhan, il primo paese dove c'è stato un *lockdown* significativo, 1 bambino su 3 aveva sintomi di stress post traumatico. Inoltre, per quanto riguarda le donne, c'è un aspetto molto importante che è la violenza domestica, un fenomeno spesso poco discusso. I dati dicono che una donna su tre, nell'arco della propria vita, è oggetto di violenza e nella maggior parte dei casi è perpetrata da un partner intimo. Il *lockdown* ha generato in molti paesi un aumento della situazione di violenza nei confronti delle donne.

L'ultimo punto che ci tengo a sottolineare come impatto della pandemia su donne e bambini è l'aspetto sociale: il carico di lavoro che le donne hanno sulle spalle in questa situazione di crisi socio-sanitaria. Sette operatori sanitari su dieci sono donne che, impegnate in prima linea nella risposta a questa pandemia, poi hanno il carico incredibile di quello che chiamiamo "lavoro non retribuito" della cura dei bambini, degli anziani e degli uomini malati. Quindi vi è l'aspetto del carico di lavoro aumentato e di minore capacità di mantenere il proprio contributo lavorativo: ad es. negli USA, nei 30 milioni di persone che hanno perso il lavoro a causa della pandemia, due terzi sono donne e hanno maggior difficoltà a rientrare nel mondo professionale e contribuire allo sviluppo positivo della società.

Tutto questo si verifica sia nei paesi a reddito alto (Europa e nord Europa), sia nei paesi a reddito basso e medio basso, come nei paesi dell'Africa sub-sahariana e nell'Asia. Ad esempio, questo fenomeno del carico di lavoro non retribuito da parte delle donne è emerso in maniera molto significativa nei dati della risposta che l'India ha dato alla pandemia.

o Perché il processo di empowerment femminile e di attenzione alle donne e ai bambini non subisca una battuta d'arresto, ci sono delle strategie o delle buone pratiche che possiamo applicare a livello globale?

Ne esistono, in forme diverse in paesi diversi. Ne è un esempio l'America Latina, dove strategie di supporto economico avvengono tramite *voucher* alle donne e alle famiglie. È un meccanismo sviluppato per combattere la povertà nei paesi più poveri come il Brasile e nelle fasce di popolazione più fragile: permette alle donne di accedere a cure sanitarie e può rivelarsi importante in periodi come quello attuale.

Ci sono però anche altre forme di supporto sperimentali, soprattutto in Asia si utilizza una sorta di microcredito al femminile. È famoso il Bangladesh, paese in cui le donne hanno accesso al microcredito a tasso molto ridotto, che permette loro di continuare ad avere accesso ai servizi sanitari anche nei periodi di crisi. Vi sono anche altre strategie, che permettono di inserirsi nella rete di cittadinanza attiva, di utilizzo del capitale umano anche organizzato in gruppi di interesse, che possono sostenere donne e bambini durante i periodi di crisi.

Un altro aspetto importante che desidero evidenziare è l'impor-

tanza della *leadership* al femminile. Infatti, 7 dei 12 paesi che hanno avuto la miglior risposta alla pandemia, hanno come leader una donna. Questo non è sufficiente per dare un approccio scientifico, ma il fatto di valorizzare la leadership femminile nei momenti di crisi è fondamentale, sembra essere importante perché le donne sono in grado di capire non solo l'aspetto emergenziale immediato, ma anche le ripercussioni più ampie sulla società e sulla produzione di capitale umano nelle famiglie.

o Potremmo quindi sostenere che politiche sanitarie di ampio raggio possono avere un beneficio sullo sviluppo umano?

Assolutamente, lo sviluppo umano si misura nella capacità di raggiungere gli obiettivi di ciascun individuo nella società senza avere barriere o ostacoli. Quindi la capacità per più della metà della popolazione, che sono le donne nel mondo, di poter raggiungere questi obiettivi è importante. Così come mantenere l'attenzione su altri aspetti di ineguaglianza che, purtroppo, la pandemia ha evidenziato nel mondo. Ad esempio, in molti paesi del mondo, come gli USA, la pandemia ha amplificato il fenomeno del razzismo e ha colpito in maniera diseguale la possibilità per gli afroamericani di accedere ai servizi e di poter mantenere il proprio lavoro. L'impatto di Covid-19, soprattutto nel lungo periodo, sarà quello di creare una crisi economica estesa e prolungata, soprattutto nei paesi a basso reddito e questo impoverimento della popolazione avrà un impatto diretto sulla possibilità di sviluppo. Non dobbiamo perciò trascurare le politiche di lungo termine che devono assolutamente far continuare lo sviluppo della popolazione umana anche in momenti di crisi.

o Sempre più spesso gli esperti ci dicono che le crisi saranno sempre di più, pensiamo non solo alle zoonosi, ma anche a crisi di carattere ambientale e climatico. C'è qualcosa che si può fare per prepararsi alle emergenze?

È chiarissimo da ormai 10 anni che l'andamento delle crisi di epidemie e pandemie stia accelerando. Non dimentichiamo che l'ultima vera grande pandemia è stata quella dell'influenza spagnola, ma nel 2009 c'è stata una dichiarazione del WHO in relazione al virus H1N1 (influenza suina), che ha colpito circa 70 paesi, ma per fortuna non ha avuto un impatto sulla mortalità così accentuato come Covid-19. Da allora abbiamo però anche visto la SARS, la MERS, Ebola, l'epidemia di Zika e cominciamo a vedere come questo aumento delle epidemie e, purtroppo delle pandemie, sia associato al fenomeno del cambiamento climatico. L'impatto dei cambiamenti climatici si evidenzia attraverso diverse modalità. Per esempio, altera la biologia e l'epidemiologia dei vettori di malattia, altera la possibilità di comparsa di malattie diarroiche nel caso in cui vi siano inondazioni o eventi climatici particolarmente violenti (come tifoni, maremoti, uragani...), soprattutto in paesi dell'Asia come nel Bangladesh. Quindi, il nesso tra cambiamento climatico e situazioni di epidemia e pandemia deve essere un aspetto sul quale lavorare per poter preparare politiche e azioni nel lungo termine.

Nel breve termine, è necessario concentrarsi sulla preparazione del sistema pubblico di salute ad una pandemia come Covid-19. Infatti, anche in Italia è emerso che la preparazione non era adeguata e i piani di risposta del ministero della Sanità non erano aggiornati. La preparazione del sistema pubblico deve coinvolgere gli operatori e la loro capacità di gestire le epidemie, equipaggiamenti e materiale per il contenimento di malattie infettive sia negli ospedali che nei posti periferici di salute.

Un altro aspetto importantissimo è la comunicazione con la comunità e la preparazione del sistema sanitario a livello territoriale, perché una delle cose che ha fatto la differenza nei paesi asiatici è stata controllare la diffusione del virus attraverso il tracciamento dei contatti e l'identificazione precoce dei casi e di cura/isolamento dei casi positivi. Un ultimo aspetto che vorrei sottolineare sono gli investimenti in ricerca, quello che stiamo vedendo, in relazione alla risposta a Covid-19, dà molta speranza e infatti sta già pagando con il ritrovamento di un vaccino in tempi record.



IMPATTO ASIMMETRICO DELLA PANDEMIA: I DATI DELL'UGANDA

L'impatto di Covid-19 tende a produrre effetti asimmetrici sui diversi strati di popolazione e contribuisce così ad aumentare disuguaglianze già esistenti. Una prima analisi della Banca Mondiale, in Uganda, riporta dei primi dati che confermano le disuguaglianze nell'accesso a beni e servizi essenziali ma anche nell'accesso ai servizi educativi.

TESTO DI / MARIA NANNINI / ARCO - ACTION RESEARCH FOR CO-DEVELOPMENT, UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FIRENZE

In Africa, così come in molti altri paesi più o meno sviluppati, la pandemia di Covid-19 tende a produrre effetti asimmetrici sui diversi strati di popolazione e contribuisce così ad aumentare disuguaglianze già esistenti. Al fine di disegnare politiche e interventi mirati per rispondere a questa crisi, è fondamentale avere a disposizione dati e informazioni aggiornati rispetto all'impatto della pandemia sui vari aspetti legati al benessere delle famiglie. La Banca Mondiale sta supportando, in diversi paesi africani, un'indagine coordinata per analizzare le conseguenze socio-economiche legate al Covid-19 (*World Bank High-Frequency Phone Survey*). L'iniziativa prevede interviste telefoniche con cadenza molto frequente rivolte ad un campione fisso di popolazione.

Discutiamo qui i primi risultati dell'indagine condotta in Uganda, che mostrano un quadro di crescenti asimmetrie all'interno della popolazione.

In primo luogo, la **conoscenza dei principali sintomi** associati al Covid-19 non è uniforme, bensì correlata ai livelli di istruzione dei rispondenti. La febbre, ad esempio, viene riconosciuta come possibile sintomo in media dal 67% degli intervistati; tuttavia, questa percentuale scende al 48% quando si considera i rispondenti che non sono mai andati a scuola. Inoltre, le famiglie

FIGURA 2 / PERCENTUALE DI FAMIGLIE SENZA SAPONE SUFFICIENTE PER LAVARSI LE MANI

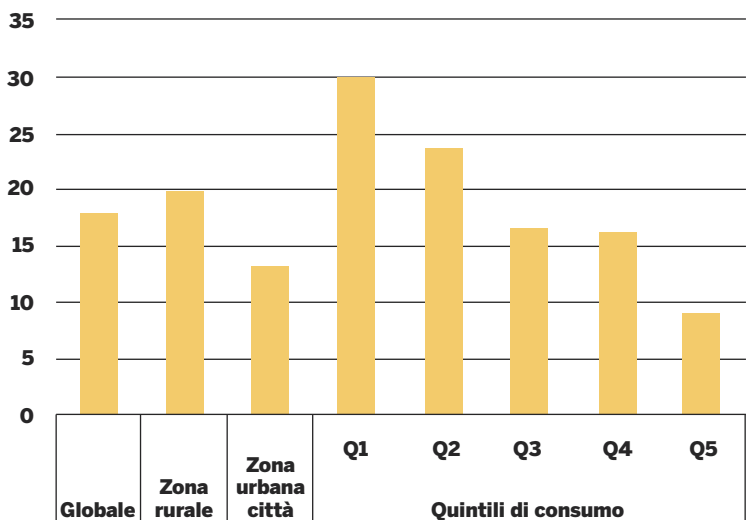
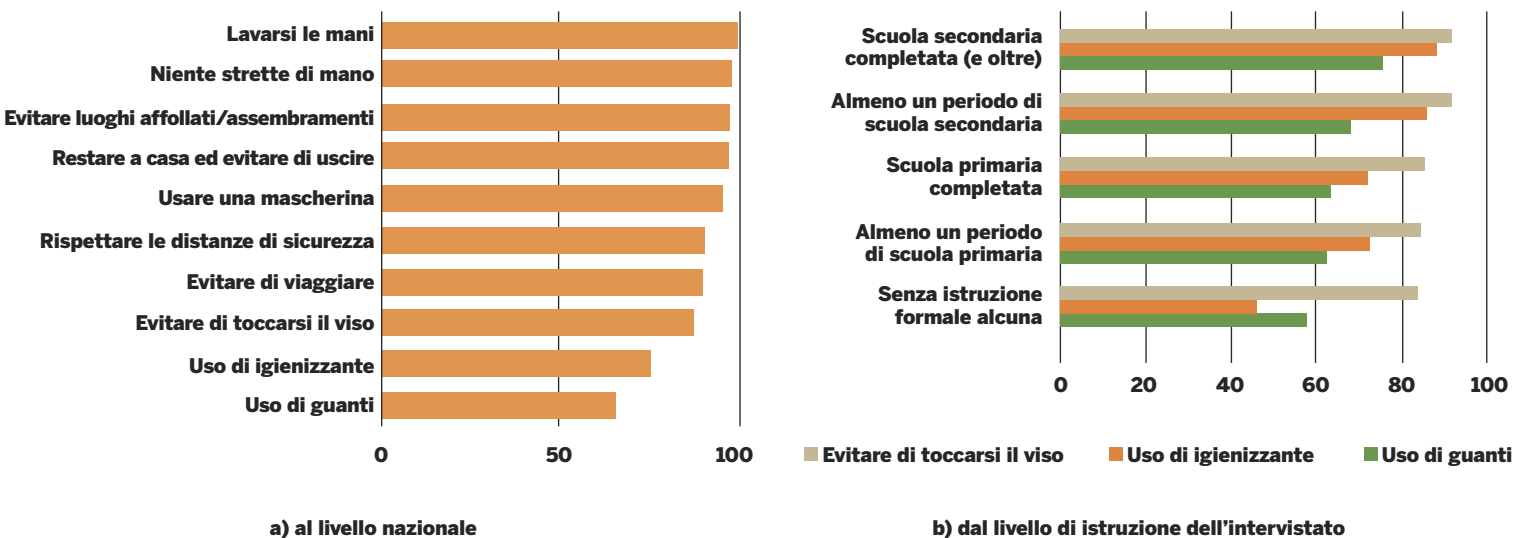


FIGURA 1 / MISURE SELEZIONATE PER RIDURRE IL RISCHIO DI CONTRARRE IL CORONAVIRUS (% DI INTERVISTATI)



più povere, così come chi vive in zone rurali e chi possiede un basso livello di istruzione, sono meno consapevoli di alcune importanti **misure di prevenzione**, come utilizzare disinfettanti e guanti ed evitare di toccarsi il viso frequentemente.

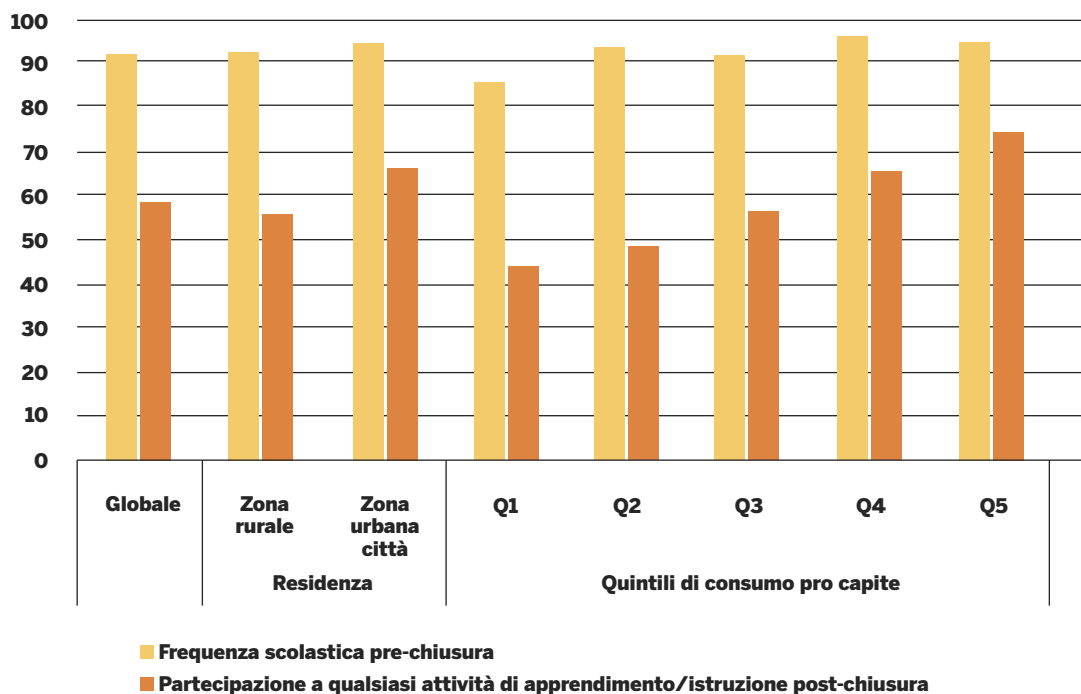
La percezione e la **preoccupazione legata al Covid-19** è invece trasversale e riguarda tutte le categorie di popolazione senza differenze significative. La stragrande maggioranza degli intervistati, infatti, considera il Covid-19 come un'importante minaccia per la salute (il 76% si dice preoccupato di potersi ammalare) e, ancor più, per la situazione finanziaria della propria famiglia (l'86% si ritiene preoccupato per le conseguenze economiche della crisi). Questa consapevolezza, tuttavia, è accompagnata da importanti **disuguaglianze nell'accesso a beni e servizi essenziali**. Mentre avere accesso all'acqua non rappresenta un problema per gran parte della popolazione, la capacità di acquistare sapone è notevolmente più bassa per le famiglie più povere. La mancanza di risparmi e l'aumento dei prezzi sono citati

quali maggiori ostacoli anche per l'acquisto di prodotti alimentari.

Per quanto riguarda l'**accessibilità ai servizi sanitari**, circa l'80% dei rispondenti avrebbe avuto bisogno di medicine o cure durante la settimana precedente all'intervista. Tuttavia, in media il 33% di chi aveva bisogno non è riuscito ad accedere ai servizi sanitari, con una disparità tra zone rurali (dove il 36% non è riuscito ad accedere) e urbane (dove il 26% non è riuscito ad accedere ai servizi).

Queste differenze sono motivate da una più gravosa mancanza di risparmi e di mezzi di trasporto per le famiglie che vivono in zone rurali. Le disuguaglianze si riflettono anche sull'**utilizzo dei servizi educativi**: dopo la chiusura di tutte le scuole nel paese (20 marzo 2020), la percentuale di famiglie con almeno un bambino che riesce a seguire un'attività educativa da remoto è molto diversa tra i vari strati di popolazione, variando dal 44% per i più poveri al 74% per i più ricchi.

FIGURA 3 / PERCENTUALE DI FAMIGLIE CON UN FIGLIO (3-18 ANNI) A SCUOLA PRE-CHIUSURA VS. CON LA PARTECIPAZIONE ANCHE DI UN SOLO FIGLIO AD ATTIVITÀ DI APPRENDIMENTO A DISTANZA POST-CHIUSURA



BIBLIOGRAFIA

1 World Bank and Uganda Bureau of Statistics. (2020). *High-Frequency Phone Survey on Covid-19: Impact Monitoring First Round*. Disponibile al sito:

<https://blogs.worldbank.org/opendata/uganda-high-frequency-phone-survey-covid-19-results-round-1>



ESPERIENZE DAL CAMPO

LE COMPLICAZIONI DI UNA PANDEMIA, IL CASO DI WOLISSO

Anche in paesi dove l'impatto diretto di Covid-19 è stato controllato, come l'Etiopia, le conseguenze si rivelano comunque devastanti: se le morti di Covid-19 registrate nel paese non sono molte, sono invece decisamente maggiori le conseguenze sugli accessi ospedalieri per visite, ricoveri e parti e altrettanto gravi i danni di tipo economico per l'ospedale, derivante dal mancato pagamento dei servizi.

TESTO DI / FABIO MANENTI / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

L'ospedale San Luca di Wolisso si trova in Etiopia, a circa 100 km dalla capitale Addis Abeba. La struttura, di proprietà della Chiesa Cattolica Etiope, è di natura privata non profit e sostenuta attraverso il partenariato con il Governo Regionale dell'Oromia, Medici con l'Africa Cuamm, altri donatori e con il contributo dei pazienti. L'ospedale fa da riferimento per una zona di 1,2 milioni di abitanti.

Il primo caso sospetto di Covid-19 si è registrato il 13 marzo, anche se poi risultato negativo. Tuttavia in seguito a questo evento e alle misure di contenimento già in atto nel paese, si è diffusa la paura tra la popolazione – ma anche tra il personale sanitario – di una possibile rapida e grave evoluzione della pandemia, facendo ridurre drasticamente gli accessi all'ospedale.

Per contrastare l'impatto del Covid-19, si è da subito intervenuti con:

- sistema di *triage* e *screening* degli accessi in una tenda antistante l'ospedale, per isolare i casi sospetti prima di consentirne l'accesso all'ospedale;
- attività di formazione e sensibilizzazione di tutto il personale, per garantire adeguate misure di controllo e gestione dei sospetti o confermati;
- una *task force* per la gestione dell'emergenza, in accordo con le indicazioni del ministero della Salute, che ha previsto un referente Covid-19 dentro l'ospedale.

I casi positivi, per lo più asintomatici, sono stati ricoverati in una struttura predisposta fuori dall'ospedale, mentre i casi più seri sono stati gestiti nell'ospedale di Wolisso, in stanze apposite di isolamento.

Il primo caso, poi deceduto, è stato registrato il 3 agosto. In seguito, i casi sono stati ancora limitati e solo dall'1 ottobre hanno cominciato a salire. In totale 30 casi positivi su 162 tamponi, di cui 18 asintomatici (contatti di positivo), 7 mediamente sintomatici isolati a domicilio, 3 ospedalizzati e 2 deceduti.

A fronte perciò di pochi casi severi e 3 deceduti in tutto, si è invece registrata una riduzione cospicua degli accessi sia ambulatoriali che di ricovero: le proiezioni a fine 2020, comparate al 2019, danno una riduzione del 24% delle visite ambulatoriali, del 18% dei ricoveri, del 9% dei parti e del 17% dei ricoveri pediatrici e neonatali. Un parziale recupero si è rilevato solo a partire da settembre (**figura 1**).

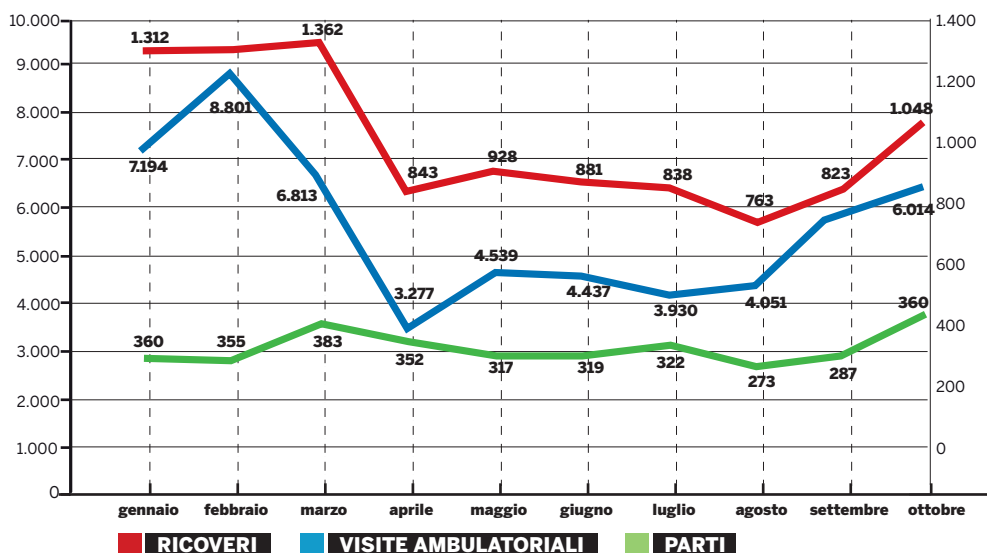
È facile immaginare come questo mancato accesso a visite e cure abbia un impatto indiretto sulla salute, con il rischio di un aumento delle complicazioni. La diminuzione degli accessi ha avuto anche pesanti conseguenze sulle entrate dell'ospedale che come struttura di tipo privato non profit sostiene parte dei suoi costi con le entrate del pagamento di alcune *fees* da parte dei pazienti¹.

Complessivamente nel 2020 la riduzione delle entrate da *fees* sarà del 20%, cioè circa 150.000 mila euro, a fronte di costi pressoché

invariati, anzi leggermente aumentati per l'aumento dei costi dei salari del personale sanitario, per decisione del Governo Etiope, cui l'ospedale deve adeguarsi per mantenere la sua capacità attrattiva. La situazione critica è stata controllata attraverso donazioni straordinarie.

In conclusione possiamo affermare che gli effetti indiretti del Covid-19 sono stati molto maggiori sulla salute della popolazione e sulla stabilità economica dell'ospedale. I futuri effetti della situazione macroeconomica, con impoverimento della popolazione, fanno temere ulteriori peggioramenti della salute stessa e della capacità degli ospedali, come Wolisso, ma anche dei sistemi sanitari pubblici di far fronte a bisogni di salute aumentati.

FIGURA 1 / TREND 2020 OSPEDALE DI WOLISSO



NOTE

¹ Fa eccezione il parto che è sempre gratuito.



ESPERIENZE DAL CAMPO

CURE HOME-BASED: CONTRO LA TUBERCOLOSI IN UGANDA

Un intervento che ha saputo leggere velocemente il rischio di abbandono delle cure per la tubercolosi durante il *lockdown* in Uganda e ha offerto alla popolazione un servizio di monitoraggio e cure “*home based*”: sono aumentati i trattamenti portati a termine con successo e diminuiti i tassi di abbandono delle cure. Un risvolto inatteso ai tempi di Covid-19.

TESTO DI / SIMONE CADORIN / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

La tubercolosi (TB) è tuttora una delle malattie trasmissibili più diffuse al mondo, con circa 10.000.000 di casi all'anno. Nonostante gli studi epidemiologici affermino che stia lentamente diminuendo grazie agli sforzi della comunità internazionale e dei paesi coinvolti, la TB rimane molto diffusa, specialmente nei paesi del sud del mondo dove colpisce principalmente le fasce più marginalizzate e vulnerabili della popolazione.

Il 25% di tutti i nuovi casi a livello mondiale sono in Africa, la maggioranza nei paesi a basso e medio reddito dell'area sub-sahariana, caratterizzati da sistemi sanitari nazionali che non sono ancora in grado di far fronte all'epidemia, date le lacune che riguardano i servizi di prevenzione, diagnosi e trattamento terapeutico.

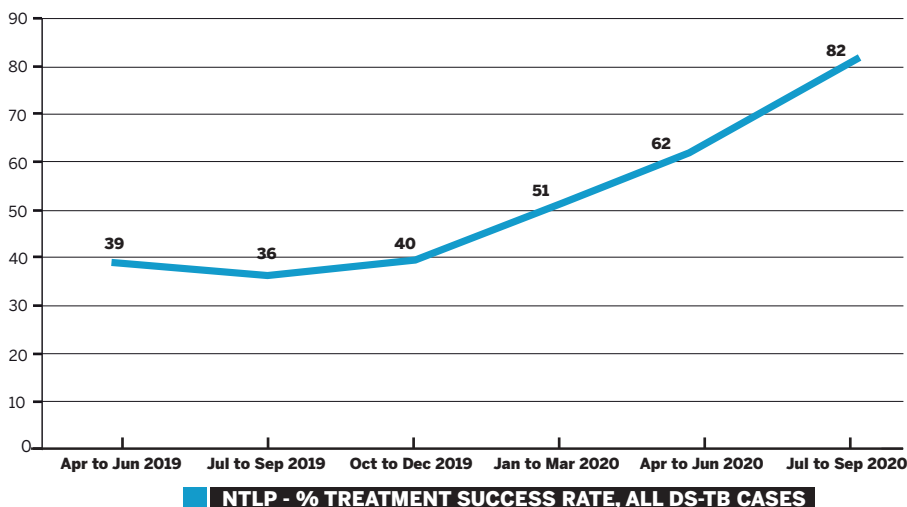
In Karamoja, regione nel nord-est dell'Uganda dove Cuamm dal 2018 implementa il programma di lotta alla tubercolosi, sono attesi 6.176 nuovi pazienti ogni anno che gravano su un sistema sanitario regionale già fragile dove le risorse per garantire l'attuazione e il monitoraggio dei servizi sanitari sono scarse. Inoltre, la situazione è peggiorata dall'alto tasso di inadempienza alle cure, dovuto principalmente alla cultura seminomade che caratterizza la popolazione e dalla poca predisposizione dei pazienti verso le terapie a lungo termine.

L'insorgenza dell'epidemia di Covid-19 ha complicato ulteriormente le cose impattando negativamente sull'accesso ai servizi sanitari e di conseguenza anche sui pazienti affetti da tubercolosi. Infatti, le misure restrittive imposte dal governo (blocco dei trasporti pubblici, coprifuoco, divieto di spostamento) hanno messo a serio rischio la capacità di avere accesso ai farmaci e alle visite cliniche mensili.

Per ovviare a questo problema è stato deciso di sviluppare un supporto *home based care* che ha permesso la distribuzione dei medicinali e la revisione clinica dei pazienti TB a domicilio. Questa misura, pianificata dal personale Cuamm insieme al Ministero della Salute ugandese e alle autorità distrettuali, ha permesso di mitigare gli effetti negativi dell'epidemia e di assicurare l'aderenza alle cure dei pazienti.

Grazie a questo intervento è stato possibile mantenere in cura i pazienti e non registrare significativi sbalzi negativi nei trend di completamento del trattamento: la percentuale di pazienti che ha completato il trattamento con successo è aumentata considerevolmente passando dal 39% di aprile 2019 all'82% di settembre 2020 e il tasso di abbandono delle cure è diminuito da una media del 42% nel 2019 all'11% nel 2020.

FIGURA 1 / SUCCESSO DI TRATTAMENTO DELLA TB IN KARAMOJA NEL 2020





ESPERIENZE DAL CAMPO

RIORGANIZZARE I SERVIZI: LA RISPOSTA DELLA SIERRA LEONE

L'esperienza di Ebola, da un punto di vista di organizzazione sanitaria ma anche di preparazione della popolazione, ha sicuramente giocato un ruolo importante nella gestione di Covid-19. Nonostante ciò, i dati mostrano nei centri sanitari gestiti da Cuamm un calo dei parti assistiti e un aumento della mortalità materna.

TESTO DI / CLAUDIA CARACCILO / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

2.406 casi accertati di Covid-19 da inizio pandemia: numeri contenuti rispetto ad altri paesi, nonostante il distanziamento sia socialmente difficile per la cultura locale e l'acqua corrente non sempre disponibile per il 47% della popolazione. Le cause di questa "resistenza" africana al virus Sars-CoV-2 sono oggetto di discussione, ma sicuramente possiamo riconoscere l'intervento tempestivo del governo. In febbraio, **il NACOVERC - National Covid-19 Emergency Response Center ha preparato un piano per una pronta risposta** all'emergenza sanitaria, adottando molte misure mutuare dall'esperienza di Ebola, che nel 2014 aveva messo in ginocchio il paese lasciando però un'eredità in termini di preparazione alle epidemie.

La preparazione dei *Community Care Centers* (CCCs), l'allestimento di *Covid 19 Treatment Centers* (CTCs) con un totale di 820 posti letto e un piano per sensibilizzare la popolazione e informare sulle misure di prevenzione (distanziamento fisico, lavaggio delle mani, corretto uso di mascherine). Inoltre, il paese ha subito adottato misure restrittive come il *lockdown* e la chiusura di frontiere e aeroporti.

Cuamm ha partecipato a livello nazionale agli incontri tecnici del NACOVERC, collaborando alla stesura delle linee guida della gestione del Covid-19 in gravidanza e dei protocolli per il lavoro dei *Community Health Workers* (HCWs), tra le figure più esposte al contagio. Operativamente Cuamm ha cercato di leggere le nuove necessità:

- o **il servizio di ambulanze del National Emergency Medical Service (NEMS)** è intervenuto con trasporti dedicati non soltanto per le emergenze ostetriche, come normalmente, ma anche per il trasporto di casi Covid-19 oppure di donne con gravidanze fisiologiche che, a causa delle misure restrittive (*lockdown*), non avrebbero altrimenti potuto recarsi in ospedale per un parto sicuro;
- o **in ospedale si è garantito il sostegno all'attività clinica**, con presenza continua di specialisti espatriati;
- o si è provveduto allo **stoccaggio e distribuzione di farmaci**, attrezzature e dispositivi di sicurezza (come mascherine);

- o **sono stati formati 540 operatori sanitari** con corsi teorici e pratici su Covid-19;
- o sono state **allestite tende all'ingresso degli ospedali** per lo screening delle pazienti e ristrutturate delle aree per isolare i casi sospetti;
- o a livello comunitario, **i Community Health Workers hanno trasmesso alla popolazione informazione** chiara e veritiera sulla pandemia, educando alla prevenzione.

Nonostante la risposta sanitaria, il clima percepito dalla popolazione all'avanzare di Covid-19 è stato di tensione, quella di un paese che porta la ferita di Ebola. Questo ha causato un **mancato utilizzo dei servizi sanitari da parte degli utenti**: in aprile nella sala parto del *Princess Christian Maternity Hospital (PCMH)* c'è stato un calo dei parti del 46,8% (aprile 2019 = 779, aprile 2020 = 414) rispetto allo stesso periodo del 2019.

Nei tre *Regional Hospitals* della Sierra Leone (PCMH, BO Hospital, Makeni Hospital) dove opera il Cuamm sono state **registrate 16 morti materne da causa indiretta tra aprile e giugno 2020 a confronto delle 4 nello stesso periodo del 2019**. Se si considera solo il PCMH, 11 morti materne da causa indiretta nel 2020 mentre 1 solo caso nel 2019 nei primi tre mesi della pandemia.

Le misure restrittive come il distanziamento hanno inoltre causato una diminuzione delle donazioni di sangue, compromettendo la tempestiva risposta alle emergenze ostetriche.

A questo si aggiunge anche il dato di contagio degli operatori sanitari nel paese, arrivato quasi all'11%. La quarantena di medici, infermieri e *cleaners* ha portato alla chiusura di alcuni reparti, come l'ospedale pediatrico di Freetown, con trasferimento dei neonati critici in strutture non idonee, chiusure di sale operatorie e conseguente aumento del carico di lavoro in altri ospedali.

Dall'emergenza ancora non siamo usciti ma il lavoro di Cuamm continua, come sempre, seguendo gli stessi principi, di presenza, garanzia di cure e fiducia nel rapporto con la popolazione locale.



ESPERIENZE DAL CAMPO

FUORI TRACCIA: IMPATTI DI COVID-19 SULLA SOCIETÀ

A distanza di nove mesi dai primi casi africani di Covid-19, gli effetti in Mozambico si misurano anche su fenomeni di natura sociale, come matrimoni prematuri, violenza, richiesta di guaritori tradizionali. Una risposta alla miseria che si manifesta nei comportamenti e che rimane fuori dalla traccia ufficiale, rischiando di compromettere salute e sviluppo.

TESTO DI / EDOARDO OCCA / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

I DATI CHE NON SI VEDONO

In Mozambico la pandemia di Covid-19 rappresenta non solo una sfida enorme per un sistema sanitario già molto fragile, ma anche un fattore che agisce sulle dinamiche sociali e culturali accentuando fenomeni spesso "sommersi" che incidono sulla salute delle comunità rurali.

Il ritorno preoccupante dell'istituzione culturale del matrimonio prematuro che vede coinvolte minorenni, l'aumento di donne che offrono prestazioni sessuali occasionali, leader e guaritori tradizionali che ritrovano autorità e autorevolezza diffondendo messaggi erranei su temi sanitari, l'aumento sensibile di casi di violenza di genere e domestica (fenomeno intercettato sporadicamente dalle strutture sanitarie e solo nei casi di estrema gravità), un generalizzato rafforzamento dell'identità etnica e linguistica contrapposta in particolare ai non-africani, interpretati come coloro che avrebbero portato la pandemia nel paese, rivitalizzano meccanismi di psicologia di massa e credenze visute anche nei confronti dell'HIV anni addietro e che più in generale tendono a manifestarsi ogni volta che un problema sanitario di vasta portata minaccia la già fragile e precaria sussistenza e mina la coesione sociale.

A causa soprattutto delle limitazioni imposte per la diffusione del contagio, si è verificato un rallentamento e a volte addirittura l'arresto dei flussi commerciali ed economici ed è in questo contesto di aumentata incertezza e povertà quotidiana che si manifestano tali fenomeni, spesso nemmeno captati dal sistema sanitario.

Risulta complesso farli emergere, tracciarli, documentarli e ricavarne evidenze in termini di dati e casistica, ma le molteplici testimonianze ricevute dalle centinaia di attivisti che lavorano per il Cuamm sul territorio si prestano a un'analisi complessiva imponendo una lettura strutturale della reazione sociale al peggioramento delle condizioni di vita causate indirettamente dalla pandemia di Covid-19.

LE RICADUTE SUI PIÙ FRAGILI

In questo scenario, le figlie anche molto giovani divengono un "bene rifugio" per dinamizzare economie di miseria: dagli attivi-

sti sono stati segnalati casi non di matrimonio celebrato, bensì di impegno formale tra famiglie, "ipotecendo" in promesse di matrimonio future figlie ancora troppo giovani per mariti che anticipavano così parte dei beni pattuiti.

Categorie particolarmente fragili e marginalizzate come le *sex workers*, comunque monitorate dai servizi sanitari di base, dichiarano un ulteriore inasprimento delle condizioni di vita a causa dell'incremento sensibile di donne che offrono prestazioni occasionali per indigenza, creando dunque tensioni e il rischio di aumento di problematiche relative alla salute riproduttiva non intercettate dal sistema.

IL RUOLO DEGLI ATTIVISTI

Il lavoro paziente degli attivisti attraverso interviste qualitative e *follow up door-to-door* – per quanto anche questa metodologia sia stata colpita dalla pandemia, limitandone l'efficacia – insieme al coinvolgimento delle istituzioni formali e informali – come i comitati di salute, i consigli degli anziani e i tribunali comunitari – diventa dunque metodo privilegiato per conoscere, informare, fornire servizi e mantenere agganciate al sistema sanitario quelle ampie fasce di popolazione *borderline* che rischiano altrimenti di venirne escluse.

LAVORARE "CON" LA POPOLAZIONE

"Leggendo" da una prospettiva anche sociale l'attuale situazione, si confermano due aspetti:

- il profondo radicamento sul territorio urbano, periurbano o rurale come strategia essenziale per raggiungere l'ultimo miglio, le marginalità, i più poveri;
- gli indicatori sanitari, in particolare la salute riproduttiva, come prisma attraverso il quale leggere la società, analizzarne i comportamenti e le attitudini di ricerca della cura per disegnare strategie di supporto ai sistemi locali che siano maggiormente pertinenti nel rispondere alle priorità oggettive, per intervenire in modo più rapido ed incisivo, andando "verso" la popolazione con competenza e sensibilità.



ESPERIENZE DAL CAMPO

MOZAMBICO: OLTRE LE EMERGENZE PER CREARE SVILUPPO

Non basta rispondere alle emergenze, bisogna farlo guardando in una prospettiva di lungo termine, pensando azioni radicate nei territori, con la popolazione e le organizzazioni coinvolte perché si possa creare comunità e spirito di resilienza. In Mozambico questo si fa con interventi mirati da un lato a rispondere a Covid-19, dall'altro a supportare i più fragili, anche oltre la pandemia.

TESTO DI / GIOVANNA DE MENEGHI / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

UN TERRITORIO FRAGILE

Cabo Delgado è una delle province del Mozambico più ricche di risorse naturali, ma purtroppo sofferente per un limitato investimento governativo in servizi e opportunità lavorative. Dall'ottobre del 2017 è diventata territorio di scontri armati e dai primi mesi del 2020 gli attacchi si sono intensificati per numero e crudeltà delle azioni (rapimenti, case incendiate e violenze di vario tipo). Ad oggi si contano più di 600 attacchi e 2.000 morti, di cui 1.100 solo fra i civili (ACLEDA, novembre 2020), che hanno causato, secondo le stime di Nazioni Unite, più di 350.000 *Internally Displaced People* (IDPs) in una provincia che conta 2.320.261 abitanti (CENSO Moçambique 2015).

LA DOPPIA RISPOSTA DI CUAMM

In un contesto così delicato, con un'emergenza che sempre di più si sta trasformando in guerra civile, il Cuamm – attivo a Cabo Delgado dal 2014 – ha deciso di rispondere in duplice forma: innanzitutto ha mantenuto le proprie attività di sviluppo ma adattandole al nuovo contesto, in modo da includere un numero maggiore di beneficiari, e potersi rivolgere anche agli IDPs; in secondo luogo ha incrementato gli sforzi per rispondere alle molteplici emergenze che si sono andate a sommare alla violenza: Covid-19, IDPs, epidemia di colera.

L'obiettivo è quello infatti di mantenere funzionante il sistema sanitario nazionale, evitando che collassi sotto il peso delle "emergenze acute", frequenti negli ultimi anni come nel caso delle epidemie di colera o di Covid-19: in questo modo si ambisce a garantire quei servizi che rispondono agli indicatori sanitari di base, come visite prenatali e post-natali per le gravide, copertura vaccinale dei bambini, mantenimento in trattamento dei pazienti cronici.

Si lavora sostanzialmente su due fronti, rafforzando le proprie risorse umane e finanziarie da un lato e sfruttando al meglio la pre-

senza dell'organizzazione, ormai consolidata e riconosciuta da beneficiari ed autorità nei distretti. Al momento infatti il Cuamm supporta l'Ospedale Rurale di Montepuez con farmaci ed *equipment*, ma anche con un medico responsabile della neonatologia, un tecnico di salute chirurgico inserito nel blocco operatorio e due infermiere di salute materno-infantile che si occupano di formazione in area materna, infantile e neonatale nei centri di salute afferenti all'ospedale.

GLI ATTIVISTI FINO ALL'ULTIMO MIGLIO

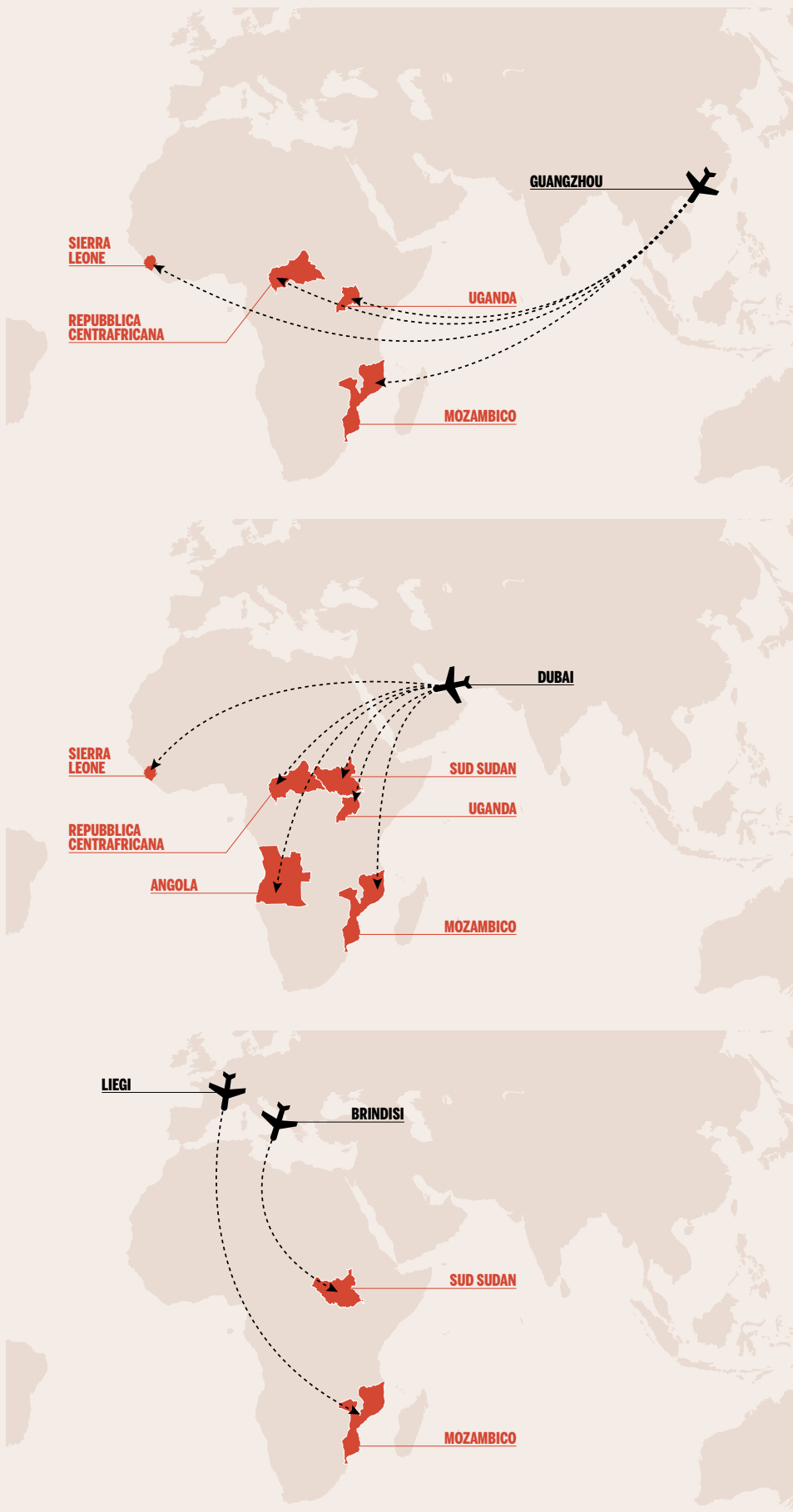
Un ruolo chiave nel sistema sanitario della provincia è poi quello rivestito dai 300 attivisti sanitari comunitari che si occupano di sensibilizzare la popolazione sulla prevenzione e informazione, come nel caso di Covid-19 ma anche di HIV, malaria, colera e malattie diarroiche.

Formalmente riconosciuti dalle autorità sanitarie, dai leader tradizionali e dalla popolazione in generale, gli attivisti giocano un ruolo essenziale nel processo che collega strutture sanitarie e popolazione e contribuiscono ad avvicinare i pazienti ai centri di cura e a mantenere controllati i piani terapeutici, ad esempio per i pazienti positivi all'HIV.

Le infezioni da HIV, infatti, sono ancora un tema importante nel paese: secondo il WHO, nel 2019, il Mozambico ha registrato 120.000 nuovi casi, il 4% della totalità in Africa, e si stima che il numero di morti aumenterà drasticamente nel 2020 a causa di limitato accesso dei pazienti alle unità sanitarie per iniziare il trattamento, come causa indiretta della pandemia di Covid-19.

Una sfida importante quella che vivono i paesi dell'Africa sub-sahariana in questo momento, dove la sola risposta all'emergenza non è sufficiente, perché rischierebbe di far perdere il cammino di progressi fatto fin qui. Al contrario, continuiamo a investire in un lavoro sistemico, capillare e in forte *partnership* con il sistema sanitario locale, l'unica strada, come dicono le Nazioni Unite, per "leave no one behind".

TRAGITTI DEI VOLI CARGO



FORNITORI
10

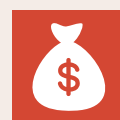
provenienti da tutto il mondo



VOLUME TOTALE DEL MATERIALE
102 METRI CUBI



PESO TOTALE DEI BENI SPEDITI
13.730 KG



VALORE TOTALE DEI BENI SPEDITI
629.000 USD



VALORE TOTALE DEI VOLI
135.000 USD



VOLI CARGO
16



PERSONALE UMANITARIO
36

PROCESSO OPERATIVO



**APPROVVIGIONAMENTO
INTERNAZIONALE**



**CREAZIONE
DEGLI STOCK**



**VOLO
UMANITARIO**



**LOGISTICA
LOCALE**



**CONSEGNA
AI BENEFICIARI**

LE PARTNERSHIP UMANITARIE

In situazioni di emergenza umanitaria, intervenire in maniera tempestiva per portare aiuti concreti è una grande sfida, in cui la logistica gioca un ruolo fondamentale. Per questo motivo, sin dai primi mesi di pandemia di Covid-19 Medici con l'Africa Cuamm è divenuto partner di *United Nations Humanitarian Response Depot* (UNHRD).

UNHRD è uno dei servizi comuni che l'agenzia ONU *World Food Programme* mette a disposizione gratuitamente alla comunità umanitaria globale attraverso sei basi logistiche dislocate in punti strategici del mondo: Brindisi in Italia e poi Accra in Ghana, Dubai negli Emirati Arabi Uniti, Kuala Lumpur in Malesia, Panama e Las Palmas in Spagna. Questa rete offre alle organizzazioni partner

un'ampia gamma di servizi logistici per la preparazione e la risposta alle emergenze, dall'immagazzinamento all'acquisto fino alla spedizione, permettendo a diverse agenzie e organizzazioni umanitarie di rispondere in tempi brevi negli scenari di crisi in tutto il mondo. Grazie alla partnership con UNHRD e *World Food Program*, Cuamm è riuscito ad agire tempestivamente e organizzare 16 voli cargo finalizzati ad inviare materiali di protezione in Sud Sudan, Repubblica Centrafricana, Sierra Leone, Uganda, Mozambico e Angola.

Già forte della conoscenza dei sistemi sanitari africani e della sua capacità di intervenire anche in situazioni di emergenza quando necessario, come accaduto con Ebola in Sierra Leone e con il ciclone Idai in Mozambico, Cuamm ora potrà contare anche sui servizi di UNHRD per rispondere ancora più rapidamente alle crisi umanitarie.

(Maria Brighenti, Medici con l'Africa Cuamm)





ESPERIENZE DAL CAMPO

LA RISPOSTA IN ITALIA A COVID-19

Non solo intervento africano, ma nel caso di Covid-19 Cuamm è prontamente intervenuto anche in Italia, forte dell'esperienza nei paesi sub-sahariani. Formazione del personale sanitario e dei giovani medici, sostegno delle strutture ospedaliere, assistenza alle fasce più deboli della popolazione: un progetto integrato che ci ricorda che di fronte alla pandemia si agisce tutti insieme.

TESTO DI / ANDREA ATZORI / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

UNA DOPPIA RISPOSTA A COVID-19: AFRICA E ITALIA

In un momento di profonda crisi globale, Medici con l'Africa Cuamm ha strutturato una doppia risposta alla pandemia di Covid-19, in Africa e in Italia. In Africa ha provveduto a mettere in sicurezza oltre 20 ospedali in 8 paesi, fornendo, con voli umanitari internazionali, materiale di protezione del personale (DPI) ed equipaggiamenti per il *triage* e la cura dei pazienti e ha fornito formazione al personale sanitario e sensibilizzazione sulle misure preventive alle comunità. In Italia ha voluto rispondere alle tante richieste provenienti dal personale sanitario che negli anni ha partecipato alle missioni in Africa, e che oggi, in servizio nel nostro paese, è in prima linea fin dalle prime settimane della pandemia. Richieste legate a problemi concreti come l'importanza di avere DPI¹ in giusta quantità e tipologia per la protezione e la sicurezza degli operatori², la necessità nelle strutture di percorsi "sporco/pulito" o la necessità di allestimento *triage* per lo *screening* all'accesso. Problemi che in parte Cuamm aveva già affrontato nella lotta a epidemie quali Marburg, Ebola, colera e morbillo.

UN PROGETTO INTEGRATO DI INTERVENTO, FORMAZIONE, ASSISTENZA

Vista l'esperienza pregressa e coscienti di avere una rete di operatori già sul campo anche in Italia, Cuamm ha avviato ad aprile il programma "4 respiratori per 4 ospedali", sostenendo così quattro posti di terapia intensiva: un gesto iniziale che insieme allo sforzo africano è servito come pilota per lo sviluppo di un programma più ampio sottoposto e successivamente approvato dall'Agenzia degli Stati Uniti per lo Sviluppo Internazionale (USAID). Programma dal titolo "IRC19 Italian Response to COVID19", di durata complessiva di 14 mesi (giugno 2020 - agosto 2021) che interviene su 3 grandi aree:

- la necessità di sostenere le strutture ospedaliere pubbliche e private anche con l'intervento da parte di operatori non tradizionali (es. ONG);
 - il bisogno di ripensare la formazione dei professionisti sanitari già in servizio e delle nuove generazioni in formazione;
 - considerati gli effetti collaterali di carattere socio-economico della pandemia, portare assistenza sociale e sanitaria a gruppi emarginati e vulnerabili che spesso non hanno accesso ai servizi di base.
- I problemi identificati, così come ogni attività e intervento proposto, sono stati pensati e realizzati attraverso il dialogo e il coordinamento costante con le autorità regionali, le associazioni nazionali, i re-

sponsabili delle strutture e i rappresentanti del personale sanitario e sono state definite quattro azioni differenti.

1. Il sostegno agli operatori sanitari nella risposta al Covid-19, attraverso interventi infrastrutturali e formazione in servizio.

Sono stati realizzati interventi infrastrutturali a favore di 15 realtà tra strutture sanitarie ospedaliere, residenziali e territoriali come, ad esempio la riorganizzazione dei flussi di entrata/uscita, i percorsi pulito/sporco, l'implementazione di aree *triage*, la creazione di spazi per la vestizione e svestizione del personale ecc. Si tratta di interventi volti all'umanizzazione delle cure, con l'obiettivo di ristabilire la possibilità di avere contatti con i propri cari, ridurre il senso di abbandono e di isolamento. Ed è sulla base della consapevolezza che i rapporti umani aiutano anche nel gestire la malattia e la sofferenza³, che il programma fornirà connessioni di rete, acquisto di tablet per effettuare videochiamate, avvio della telemedicina per il consulto psicologico e la costruzione, ad esempio nelle RSA, di spazi protetti per le visite con i familiari. Oltre all'intervento infrastrutturale Cuamm sta investendo nella formazione del personale sanitario (medici, infermieri e operatori sanitari) attraverso:

- lo sviluppo, in collaborazione con il *Centro di Ricerca in Medicina d'Emergenza e dei Disastri* (CRIMEDIM), di un pacchetto di formazione rivolto a tutti gli operatori sanitari sulla gestione dell'emergenza nelle strutture sanitarie e l'organizzazione del lavoro in contesti di emergenza (percorso pazienti, procedure di vestizione e svestizione dei DPI ecc.);
 - sviluppo di un pacchetto formativo focalizzato sul benessere degli infermieri e degli operatori socio-sanitari. A causa di Covid-19, le condizioni lavorative sono diventate più difficili e stressanti. Per sostenere tale personale, CUAMM svilupperà un *training package* gratuito, composto da video dedicati ai temi di Nutrizione, Psicologia, Preparazione Fisica e Respirazione.
- #### 2. La formazione delle nuove generazioni di operatori sanitari, integrando la formazione universitaria e superiore con moduli aggiornati sul tema della salute globale e delle epidemie / pandemie.

In questo campo continua e si rafforza il lavoro del Cuamm, in *partnership* con il Segretariato Italiano Studenti di Medicina, la Federspecializzandi, il Segretariato Italiano Giovani Medici e 39 Università su tutto il territorio nazionale, proponendo moduli formativi classici e *digital debates*, discussioni digitali, che mirano a coinvolgere e incentivare il dibattito e il confronto sulla salute intesa in senso lato.

3. Il rafforzamento della presenza Cuamm e il dialogo con il territorio, valorizzando il tema della salute come diritto



universale e l'impatto che sta avendo il Covid-19 in Italia e nel resto del mondo.

Il dialogo sul territorio è promosso attraverso 27 gruppi di supporto Cuamm, attivi in 11 regioni italiane, gruppi di volontari che organizzano campagne ed eventi di sensibilizzazione sui temi del Covid-19, della cooperazione e della globalità.

4. La protezione di specifici gruppi vulnerabili, assicurando assistenza sanitaria di base, interventi di prevenzione e fornendo un aiuto materiale immediato.

Ponendo sempre al centro di ogni progetto le fasce più povere e vulnerabili della comunità, Cuamm ha identificato due aree sul territorio italiano dove oltre all'emergenza sanitaria esistono situazioni di disagio sociale:

- in Puglia, a favore dei braccianti agricoli stagionali, nella popolosa area definita "Ghetto Pista" viene fornita un'assistenza sanitaria di base, grazie al lavoro di un team mobile di sanitari e psicologi (v. pag. 18)⁴;
- in Liguria, nell'area della città di La Spezia, sono distribuiti kit alimentari alle famiglie in difficoltà economica e servizi di ospitalità diurna (colazioni, cene, docce, servizi igienici e lavatrici) ai senza-tetto e ai poveri, aumentati a causa degli effetti secondari della pandemia (v. box a lato)⁵.

L'ESPERIENZA AFRICANA COME COMPETENZA TECNICA E CULTURALE PER LA GESTIONE DELLA PANDEMIA

La pandemia di Covid-19 rappresenta uno dei più grandi shock sanitari, economici e sociali dei nostri tempi. Per la prima volta i paesi in via di sviluppo e quelli più avanzati condividono problemi comuni e, forse per la prima volta in modo così esteso, le esperienze fatte in paesi in via di sviluppo da operatori sanitari sono diventate un valore aggiunto per la pratica sanitaria in Italia. La condivisione delle esperienze nel controllo delle epidemie pregresse anche in situazioni di scarsità di risorse, la lotta alla povertà sono temi che ONG come CUAMM affrontano da decenni e che possono rappresentare un bagaglio tecnico e culturale importante che giustifica anche un intervento in Italia, mantenendo i programmi africani e favorendo il giusto dialogo tra nord e sud del mondo, interrogandoci anche sul valore dello sviluppo sostenibile e dell'accesso alle cure per tutti, nessuno escluso.

NOTE

¹ European Parliament & Council of the European Union (2016). REGULATION (EU) 2016/425 OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL of 9 March 2016 on Personal Protective Equipment and repealing Council Directive 89/686/EEC. Official Journal of the European Union.

² Hashikura, M., & Kizu, J. (2009, November). Stockpile of personal protective equipment in hospital settings: Preparedness for influenza pandemics. *American Journal of Infection Control*, 37(9), pp. 703-707. doi:10.1016/j.ajic.2009.05.002

³ Melotti, R. M., & et. al. (2009). Progetto umanizzazione delle cure e dignità della persona in terapia intensiva della Regione Emilia-Romagna. *ANESTESIA FORUM*, p. 2; 75-82.

⁴ Jedwab, R., Khan, A. M., Damania, R., Russ, J., & Zaveri, E. D. (2020). *Pandemics, Poverty, and Social Cohesion: Lessons from the Past and Possible Solutions for COVID-19*. The George Washington University. Institute for International Economic Policy Working Paper Series.

⁵ Diwakar, V. (April 2020). *From pandemics to poverty Hotspots of vulnerability in times of crisis*. ODI.org.

VICINI AGLI ULTIMI A LA SPEZIA

Lavoro accanto a istituzioni e *decision maker*, presenza nelle comunità locali per garantire assistenza, attività di informazione e *awareness*: ecco i tre livelli di intervento anti-Covid-19.

TESTO DI / MARINA TRIVELLI / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

Avevo un poco di timore a immaginare il mio lavoro in Italia dopo 12 anni di vita come chirurgo con Medici con l'Africa Cuamm. Soprattutto la varietà delle attività che si svolgevano in Africa mi portava a temere la noia di un lavoro in un reparto chirurgico in Italia. Così ho deciso di rimettermi in gioco come medico di Pronto Soccorso, molto vario e stimolante dal punto di vista professionale e umano. Col vantaggio di avere una turnistica tale da permettermi di avere tempo per la famiglia e per le attività di volontariato, irrinunciabili data la vocazione missionaria.

E così a La Spezia ho avuto l'opportunità di conoscere altre persone con una vocazione per gli ultimi, al servizio dei poveri. È nata una Associazione Vincenziana che, col nome di "Colazioni col Sorriso", si è prodigata per accogliere e far sentire a casa chi una casa non ce l'ha. Inizialmente ci si limitava a servizi di bassa soglia, colazioni e fornitura di beni essenziali, poi si è passati a servizi altrimenti non presenti sul territorio: docce e igiene, servizio lavanderia e, soprattutto, deposito bagagli (andare ad un colloquio di lavoro con la casa sulle spalle non è certo di aiuto).

L'attività di segretariato sociale e di accompagnamento costante sul territorio (anche dal punto di vista sanitario con la creazione di un ambulatorio medico mobile in collaborazione con ordine dei medici, degli infermieri e dei farmacisti), sono diventate attività imprescindibili per supportare i nostri amici.

E infine, con l'emergenza Covid-19, da febbraio è iniziato il supporto a 96 famiglie, soprattutto lavoratori stagionali che hanno visto sfumare i loro contratti di lavoro e si sono ritrovati senza possibilità di sussistenza.

Tutto ciò, con il solo autofinanziamento e collette alimentari, stava diventando molto gravoso. Per tale ragione quando Medici con l'Africa Cuamm ha deciso di iniziare a sostenere gruppi marginalizzati e vulnerabili anche in Italia, partendo dalle attività già poste in atto dai volontari rientrati e dai gruppi di sostegno Cuamm, ho pensato che si fosse davvero chiuso un cerchio. E così, grazie al Cuamm è stato possibile sostenere non solo i servizi in atto, con fornitura mensile di circa 2.400 colazioni, 700 cicli di lavatrice, 640 docce erogate, ma anche supportare il servizio mensa serale di La Spezia con circa 3.000 cene distribuite. Le 96 famiglie, con circa 300 assistiti, ricevono bimestralmente alimenti a lunga conservazione e freschi.

È stato possibile creare altri punti doccia e acquisire una lavatrice ed una asciugatrice di tipo industriale oltre a elettrodomestici per garantire la catena del freddo dei prodotti alimentari.



RASSEGNA

L'ULTIMO MIGLIO "DIETRO CASA NOSTRA": IL FOGGIANO

Nei "ghetti" della Puglia, dove vivono migranti con occupazioni precarie in condizioni di grande povertà c'è maggiormente bisogno di assistenza. Un progetto Cuamm dal 2015 arriva in questo ultimo miglio italiano e, durante Covid-19, ha aumentato la propria presenza, garantendo cure essenziali e beni di prima necessità.

TESTO DI / LUCIA RAHO / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM BARI

Eravamo già lì quando è scoppiata l'epidemia di Covid-19, vicini agli ultimi della nostra provincia, il foggiano, per affermare il principio della salute come diritto fondamentale da garantire a tutti. Nata nel 2015 dal nostro desiderio di cambiare una realtà che esiste "dietro la porta di casa", Medici con il camper si è consolidata negli anni portando assistenza sanitaria ai più bisognosi nei cosiddetti "ghetti"¹. Lo scorso aprile, il progetto è entrato nella *task force* anti Covid-19 della regione Puglia, con il programma SUPREME FAMI. Obiettivo: raggiungere i migranti degli insediamenti informali per la prevenzione di Covid-19 e continuare a prestare assistenza sanitaria.

In primavera la popolazione è rimasta sostanzialmente invariata, senza registrare i classici aumenti stagionali. Il senso di urgenza era percepito in modo chiaro, anche grazie all'attivazione delle istituzioni locali e sanitarie e questo ha permesso di sbloccare criticità annose, mettendo in campo soluzioni per problemi che per anni erano sembrati irrisolvibili: spazzatura, acqua pulita, distribuzione di derrate alimentari, allestimento di unità abitative, luoghi per l'isolamento di casi sospetti, trasporti pubblici, facilitazioni alle ASL per rilascio STP (tessera per Stranieri Temporaneamente Presenti). Dei casi sospetti di Covid-19 segnalati nei primi mesi, nessuno è risultato positivo.

Passati i primi mesi, il timore del contagio è diventato secondario rispetto alle priorità lavorative, senso vero del progetto migratorio. Quando è ripreso il flusso di migranti che si spostavano sul territorio regionale, abbiamo visto moltiplicarsi le segnalazioni di casi sospetti con la relativa esigenza di tracciamento dei contatti, isolamento e sorveglianza clinica e sono comparse re-

sistenze alle misure restrittive previste, oltre che reali difficoltà logistiche: come tracciare i contatti di una popolazione che vive spesso in luoghi remoti? Come garantire l'isolamento nelle baraccopoli sovraffollate? Come sorvegliare il rispetto dell'isolamento senza venir meno ai principi dello stato di diritto? Dei 17 casi sospetti Covid-19 segnalati, tutti sono risultati positivi.

Ma è proprio in questo momento di alta precarietà sanitaria ed economica che abbiamo trovato una mobilitazione di solidarietà sul territorio: derrate alimentari da raccolta Caritas, qualche donazione di DPI, qualche fornitura di farmaci e materiali sanitari a prezzi calmierati. E a questo si aggiungono i contributi di partner importanti: USAID, che ha assicurato a cadenze fisse la distribuzione di kit alimentari, ANLAIDS, progetto di *screening* HIV già in corso prima della pandemia che è continuato.

Ora, sebbene ancora dentro alla pandemia, mi sento di condividere alcune riflessioni.

La prima riguarda la necessità di pensare al rapporto tra epidemie e fragilità, che come Covid-19 ci ha mostrato sono strettamente intrecciate: sono anziani e fasce di non garantiti, dal punto di vista socio-economico e non solo, le vittime principali del Covid-19.

Poi, il ruolo del sistema sanitario nazionale, che dovrebbe garantire salute pubblica per tutti, con priorità alle fragilità e al disagio. Infine, il ruolo della politica e la necessità di imboccare con decisione la strada del controllo più ampio possibile dei determinanti di salute: casa, acqua e impianti igienici, lavoro/ambiente di lavoro, scolarità, servizi sanitari. Senza un intervento deciso in questo senso, l'intervento sanitario è un'affannosa rincorsa a tamponare gli effetti, ma nulla può sulle cause.

NOTE

¹ I servizi sanitari sono prestati presso: due insediamenti supportati dalla Regione (Casa Sankara e Arena a San Severo), un insediamento informale

in Contrada Cicerone-San Marco in Lamis, un insediamento informale di Pozzo Terraneo-Cerignola.

ILlich RITROVATO

La pandemia di Covid-19 è il detonatore di una tempesta perfetta. Non basteranno gli investimenti e le riforme a rendere le nostre società più sostenibili, digitali e inclusive. Dobbiamo rivedere criticamente il modello socio-economico attuale e ricomporre un nuovo equilibrio etico e umano. Ritrovare il pensiero di Ivan Illich ci aiuta.

TESTO DI / GIOVANNI PUTOTO / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

LA CRITICA DEI LUOGHI COMUNI: NO AL PENSIERO UNICO

Ivan Illich è un *meticcio* per origine e percorsi. Dalmata, nato a Vienna nel 1926 da padre croato e madre ebrea sefardita, educato in Italia, prete eterodosso, messo da parte dalla gerarchia, ma profondamente credente e legato alla Chiesa, erudita enciclopedico e poliglotta, docente in varie università, tra cui Trento e Cuernavaca in Messico, e poi storico, scrittore, polemist sottile sino alla morte avvenuta nel 2002 per un tumore deformante al viso che gli tolse la parola. Il suo pensiero è ritenuto inclassificabile, controverso, singolare. Per Illich il punto di partenza di ogni ragionamento è esercitare l'arte della critica dei luoghi comuni e di aprirsi a prospettive diverse, minoritarie, periferiche. L'obiettivo non è la provocazione, ma il recupero di visioni insolite su ciò che è diventato talmente solito da averne smarrito l'evidenza problematica. Questo lo porterà a svelare la grande illusione moderna che «l'uomo nasca per consumare e possa raggiungere qualunque scopo acquistando beni e servizi».

LA CRITICA DELLE ISTITUZIONI: LE SOGLIE OLTREPASSATE

Emergenze sanitarie, disordine finanziario, grandi migrazioni, riscaldamento globale, disuguaglianze crescenti, involuzioni politiche hanno segnato in modo irreversibile le società del nostro tempo. Le istituzioni stesse si mostrano impreparate a governare la complessità e la globalità dei problemi. Se siamo arrivati fino a questo punto, in cui si rischia l'autodistruzione, non è per caso. Già negli anni '70 e '80 Illich, attraverso una serie memorabile di saggi, analisi e conferenze aveva esercitato una critica radicale alle istituzioni moderne, al dogma del produttivismo e dello sviluppo illimitati. La sua argomentazione centrale si basa sul concetto chiave di soglia. Quando le istituzioni e le tecnologie superano determinate soglie quantitative e qualitative finiscono per sfociare nel paradosso di ritorcersi contro lo scopo per cui sono sorte e di minacciare la distruzione dell'intero corpo sociale. Questi fenomeni producono esiti paradossali, controproducenti e disabilitanti. Vediamone qualche esempio.

In *Nemesi medica*, Illich denuncia l'iperspecializzazione sanitaria e individua tre forme di malattia generate dalla medicina stessa (iatrogenesi). La iatrogenesi clinica è insita in ogni atto medico:



infezioni ospedaliere, complicanze di interventi, effetti collaterali di farmaci. Nella iatrogenesi sociale il malato è succube, passivo, paziente perché dipende dalla clemenza dell'oligarchia medica. E infine con la iatrogenesi culturale la medicina, spacciando giovinezza e immortalità, inibisce la capacità di soffrire e ci rende impreparati alla morte.

In *Descolarizzare la società* Illich punta il dito contro una scuola puramente nozionistica che produce solo tecnocrati e genera élite di esperti asociali.

Nell'*Elogio della bicicletta* castiga come illogica una mobilità obbli-

gatoria e congestionata che crea nuove dipendenze, divora il tempo e inquina l'ambiente.

LA PROSPETTIVA CONVIVIALE, L'INCONTRO CON L'ALTRO, L'AMICIZIA, LA SPERANZA

Illich non propugna una decrescita felice, non è un passatista. *“La società conviviale”* che propone è uno spazio estraneo al mercato, dove le persone sono libere di modellare la materia e la conoscenza con e per gli altri secondo le proprie inclinazioni, dandosi dei limiti.

È soprattutto un ambiente di incontro, di relazioni autentiche d'amicizia con gli altri con i quali si intraprendono percorsi comuni di ricerca improntati alla credibilità reciproca, al rispetto, all'impegno. La pace e il senso di comunità, commenta, nascono in questo contesto e si rafforzano grazie a queste dinamiche. In questo clima conviviale si promuove la speranza come dono gratuito, imprevedibile, inaspettato, sorprendente. *«La sopravvivenza della specie umana – conclude Illich – dipende dalla riscoperta della speranza come forza sociale.»*

Ivan Illich, *Opera omnia*, Neri Pozza Editore, Milano, 2020



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 **70** anni di storia:

- o oltre **200** i programmi realizzati;
- o **2.080** le persone coinvolte nei progetti;
- o **43** i paesi d'intervento;
- o **239** gli ospedali serviti;
- o **1.139** gli studenti ospitati dal collegio di cui 854 italiani e 285 stranieri provenienti da 34 diversi paesi;
- o oltre **5.000** gli anni di servizio cumulativi effettuati.

ISTANTANEA

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

- o **151 progetti** di cooperazione principali e un centinaio di micro-realizzazioni di supporto, con i quali appoggia:
 - 23 ospedali;
 - 127 distretti (per attività di sanità pubblica, assistenza materno-infantile, lotta all'Aids, tubercolosi e malaria, formazione);
 - 855 strutture sanitarie;
 - 3 scuole infermieri (Lui - Sud Sudan, Matany - Uganda, Wolisso - Etiopia);
 - 1 università (Beira - Mozambico);
- o **4.777 risorse umane** di cui 434 sono operatori internazionali.

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 32 C 05018 12101 000011078904 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.

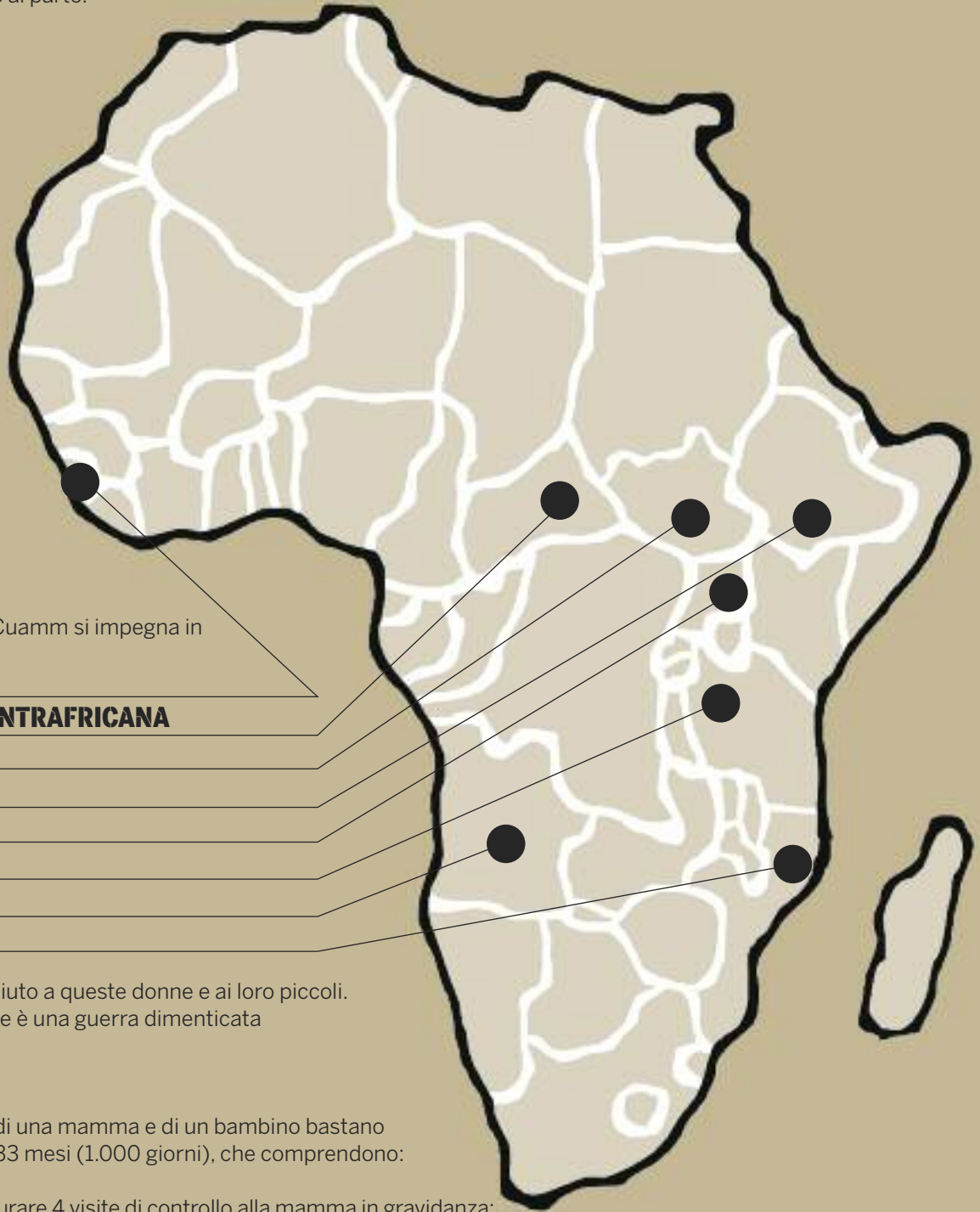
La nostra pubblicazione ha bisogno dell'appoggio di tutti i lettori e amici di Medici con l'Africa Cuamm.



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;
- 265.000 donne perdono la vita per cause legate alla gravidanza e al parto.



Medici con l'Africa Cuamm si impegna in

SIERRA LEONE

REPUBBLICA CENTRAFRICANA

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.

Per prendersi cura di una mamma e di un bambino bastano
6 euro al mese per 33 mesi (1.000 giorni), che comprendono:

- 50 euro per assicurare 4 visite di controllo alla mamma in gravidanza;
- 40 euro per garantire un parto assistito;
- 30 euro per accompagnare mamma e bambino nelle fase dell'allattamento al seno;
- 80 euro per garantire i vaccini e i controlli di crescita nella fase dello svezzamento.



**MEDICI
CON L'AFRICA**

Doctors with Africa



rivista quadrimestrale
di cooperazione e politica
sanitaria internazionale
dicembre 2020 — n° **81**
www.mediciconlafrica.org

**«Eravamo già lì quando è scoppiata l'epidemia di Covid-19,
vicini agli ultimi della nostra provincia, per affermare
il principio della salute come diritto fondamentale da garantire
a tutti.»**