



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



SALUTE E SVILUPPO

rivista quadrimestrale
di cooperazione e politica
sanitaria internazionale
dicembre 2021 — n° **83**

Resistere, oltre le emergenze



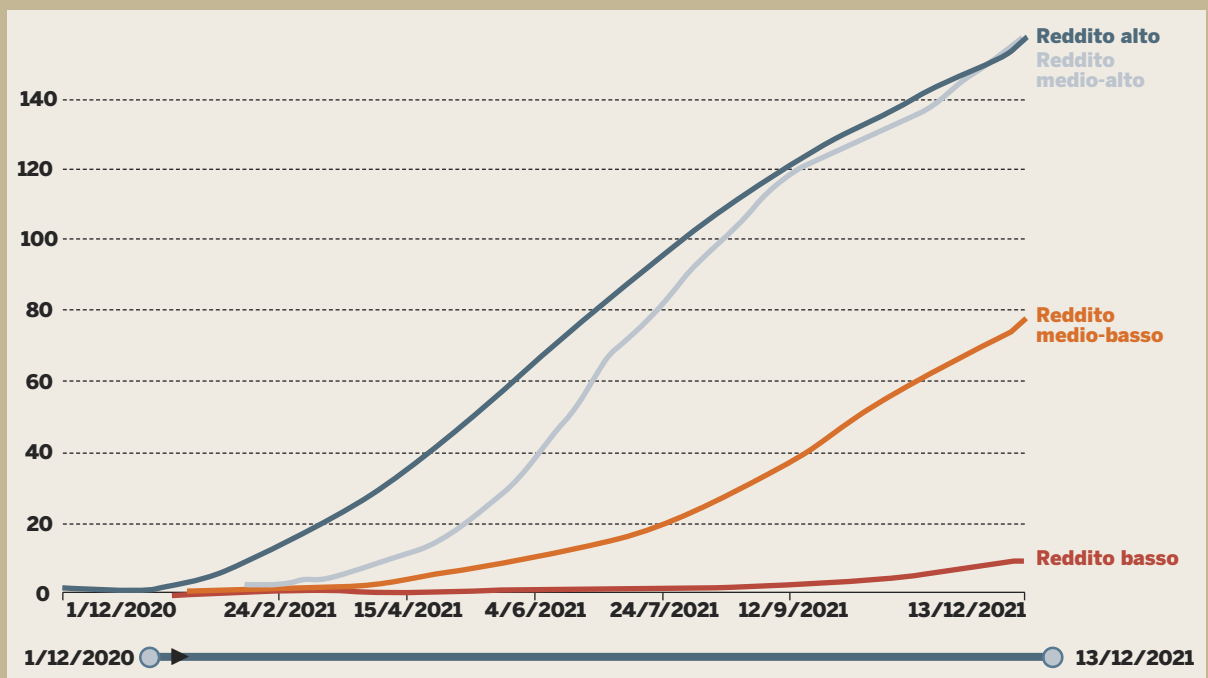
LA NOTIZIA

La pandemia e il mercato

Sono enormi le diseguaglianze globali nella distribuzione del vaccino anti Covid (**Figura 1**). Ma dai Paesi dove il virus circola più diffusamente, anche a causa della carenza di vaccini, arrivano le varianti più pericolose: la variante Delta dall'India la scorsa primavera e più recentemente la variante Omicron dal Sudafrica. Era il 25 novembre e quando si è diffusa la notizia gli azionisti della Pfizer, principale casa farmaceutica produttrice del vaccino anti Covid, hanno brindato (**Figura 2**).

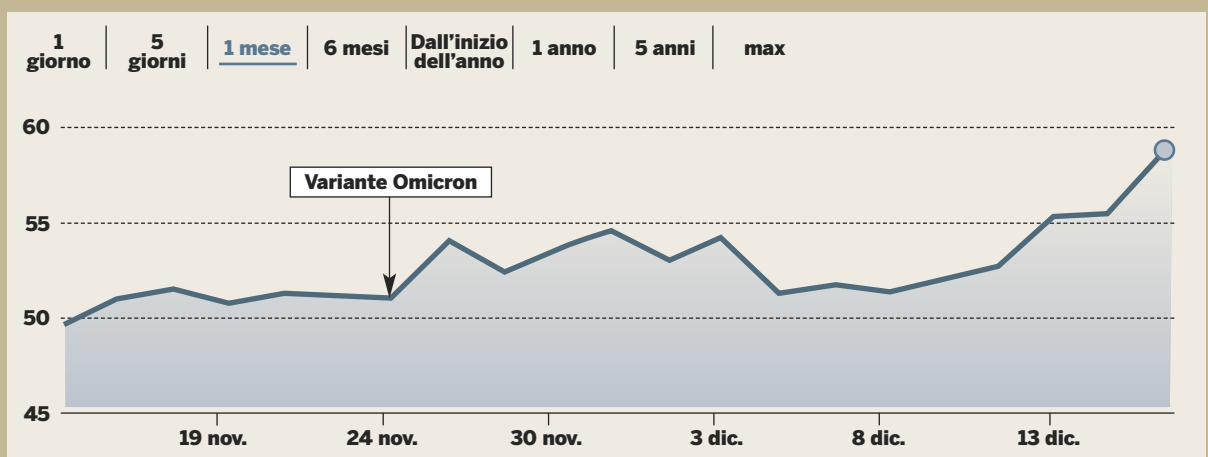
FIGURA 1 / DOSI VACCINO ANTI COVID-19 SOMMINISTRATE PER 100 INDIVIDUI, IN BASE AL LIVELLO DI REDDITO

Tutte le dosi, *booster* inclusi, vengono conteggiate individualmente. Perciò il numero totale può superare quello della popolazione (ogni individuo può ricevere più di una dose).



Fonte: Dati ufficiali raccolti da Our World in Data, Banca Mondiale.
 Nota: Gruppi di reddito nazionali secondo la classificazione della Banca Mondiale.

FIGURA 2 / QUOTAZIONE AZIONARIA DI PFIZER IN US\$ DAL 15 NOVEMBRE AL 15 DICEMBRE 2021



INDEX

DIRETTORE

Gavino Maciocco

COMITATO DI REDAZIONE

Andrea Atzori, Dante Carraro, Adriano Cattaneo, 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

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

Illustrazione di copertina

Resistere, oltre le emergenze

Le emergenze in Africa sembrano farsi sempre più strutturali e protratte nel tempo, a volte sono crisi climatiche e ambientali, altre volte economiche, politiche, sociali. In questo contesto resistiamo "con" l'Africa e cerchiamo di integrare l'emergenza in una dimensione di sviluppo.


 | **DIALOGO**

PAG. 2

LA RISORSA PIÙ IMPORTANTE: LE PERSONE

Testo di / don Dante Carraro

PAG. 3

APARTHEID VACCINALE

Testo di / Gavino Maciocco

 | **FORUM**

PAG. 6

ALLERTA PRECOCE E RESILIENZA

Testo di / Claudia Fernandez de Cordoba Farini e Carina Fearnley
Richard Gordon

PAG. 8

QUEL LEGAME TRA CRESCITA ECONOMICA E SVILUPPO

Chiara Di Benedetto intervista Giovanni Carbone

 | **ESPERIENZE DAL CAMPO**

PAG. 10

LA VISIONE STRATEGICA PER GESTIRE LE EMERGENZE

Testo di / Andrea Atzori

PAG. 11

GLI OSPEDALI AFRICANI DI FRONTE ALL'EMERGENZA

Testo di / Fabio Manenti

PAG. 12

CERCARE RIFUGIO NEL PROPRIO PAESE: IL MOZAMBICO

Testo di / Giovanna De Meneghi

PAG. 14

L'IMPATTO DEL CLIMA SULLA MALNUTRIZIONE

Testo di / Maria Brighenti, Marta Piccolo

PAG. 15

SUD SUDAN: TRA GUERRE, ALLUVIONI, EPIDEMIE

Testo di / Chiara Scanagatta

 | **RASSEGNA**

PAG. 17

IL PAZIENTE CRITICO IN AFRICA

Testo di / Luigi Pisani e Rashan Haniffa

PAG. 18

COSA ALLONTANA LE MADRI DALL'ALLATTAMENTO?

Testo di / Adriano Cattaneo

PAG. 19

EPIDEMIC ILLUSIONS SULLA SALUTE PUBBLICA

Testo di / Giovanni Putoto



DIALOGO

LA RISORSA PIÙ IMPORTANTE: LE PERSONE

In uno scenario in cui le crisi emergenziali si fanno sempre più persistenti e strutturali, Medici con l'Africa Cuamm risponde cercando di integrare l'approccio alla crisi nel proprio modo di lavorare: conoscenza delle realtà locali, fiducia nelle persone, investimento nelle comunità. Questo permette una visione resiliente che consente di andare e pensare "oltre l'emergenza".

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

Se guardo all'anno che si sta per concludere, vedo le tante sfide che come Cuamm siamo stati chiamati ad affrontare: nella situazione già fragile che l'Africa da sempre vive, soprattutto nelle zone d'ombra, dimenticate, in cui operiamo, sono andate sommandosi negli ultimi tempi ulteriori emergenze: la siccità in Angola e le inondazioni in Sud Sudan con esiti drammatici sulla malnutrizione, i conflitti armati in Etiopia, Mozambico, Repubblica Centrafricana con la loro scia dolente di sfollati e rifugiati che non trovano pace e rifugio. E la cornice di una pandemia che non indietreggia e che in Africa manifesta tutto il peso della disuguaglianza: nel continente in cui vive il 17% della popolazione mondiale, solo una minoranza è vaccinata.

Ecco, se penso a quanto abbiamo vissuto in questo 2021, ma anche negli anni precedenti, riconosco la fatica ma sento più forte la capacità di reagire, tenendo saldo il timone di una visione di salute per i più fragili. I nostri obiettivi di rafforzamento della *Primary Health Care* e dei sistemi sanitari sono sempre gli stessi, anche nel turbine delle emergenze, come se su un programma ordinario avessimo dovuto innestare una capacità di intervento stra-ordinario.

D'altronde le crisi emergenziali sembrano farsi sempre più strutturali e protratte nel tempo, toccando con forza aree diverse e scatenate da fattori diversi: a volte climatici e ambientali, altre volte economici, politici, sociali; o spesso da una combinazione di tutti questi.

Nonostante tutto ciò, o forse proprio "chiamati" a rispondere a tutto ciò, abbiamo potuto contare come sempre sulla nostra forza più grande, quello che viene spesso chiamato capitale umano, e che noi di Cuamm preferiamo chiamare "le persone". Sono le persone che con le loro competenze innanzitutto ma anche con la passione ci permettono giorno dopo giorno di vivere queste sfide e mantenerci saldi in un disegno di cooperazione che costruiamo da più di settant'anni.

Da qui sono partiti Canova, Dal Lago, don Luigi – i padri fondatori del Cuamm, visionari e concreti al tempo stesso – nella costruzione di un'organizzazione competente, capace di fare cooperazione sul campo mantenendo vivo il legame con la formazione e in special modo con l'università e i suoi saperi, così fondamentali affinché la medicina per i poveri non sia una medicina povera.

E qui continuiamo a esserci noi, il Cuamm di oggi che crede nelle relazioni come forza primaria: relazioni che da un lato riguardano il rapporto di comprensione, rispetto, coinvolgimento delle popolazioni africane, dall'altro investono nel valore di chi sceglie di andare nel nostro ultimo miglio, mettendo a servizio dei più poveri la propria competenza. Ma anche relazioni con i territori e le loro istituzioni – italiane, africane, internazionali – come rete con cui costruire prospettive solide.

Sta proprio qui il lavoro di sintesi che facciamo ed è il cuore del nostro *modus operandi*: riuscire a cucire queste parti insieme e integrare le competenze in un sistema più resiliente.

È quello che abbiamo cercato di fare in questi anni sollecitati da ogni tipo di emergenza, a partire da Ebola nel 2014, fino ai cicloni e a Covid. Sono le persone a fare la differenza, sono loro che forniscono assistenza, cura ai singoli e alle popolazioni; sono loro che con la ricerca indagano le cause e valutano gli interventi; sono loro infine che dialogano con le comunità e le agenzie e che formano l'elemento chiave nella continuità tra emergenza, riabilitazione e sviluppo.

Lo sviluppo delle relazioni e delle competenze sarà il cuore della nostra strategia quinquennale.

È da questa determinazione che nasce questo numero di Salute e Sviluppo: una presa d'atto dell'intensità delle situazioni di emergenza nei nostri territori africani e il desiderio di condividere la prospettiva con cui li affrontiamo, mantenendoci aderenti al nostro modo di fare cooperazione, contando sulle persone e sulle competenze che ci hanno portati fin qui e innestando le emergenze su un modo di operare consolidato, in cui la cooperazione dialoga con le istituzioni locali. Abbiamo deciso di raccontarlo in un numero che coniuga esperienze dal campo – dalla siccità in Angola (pag. 14) ai conflitti del Mozambico (pag. 12) – e riflessioni sullo scenario globale delle emergenze e sul ruolo che organizzazioni come la nostra possono giocare, ad esempio costruendo processi di *preparedness*, attrezzandosi cioè, per quanto possibile, per arrivare preparati e solidi di fronte a situazioni critiche. Un esempio lo porta Fabio Manenti, raccontando come si attrezza un ospedale perché sia resistente e resiliente di fronte a stati emergenziali.

Guardo all'anno che inizia con questa fiducia nelle persone che sono "con" noi e "con" l'Africa, continuando a camminare e ad affrontare a testa alta quello che verrà.



DIALOGO

APARTHEID VACCINALE

Con solo il 6,6% dei vaccinati nel continente africano, possiamo considerare l'attuale quadro una sorta di *apartheid* vaccinale. Vaccinazioni mancate per il sud del mondo e accordi bilaterali disattesi hanno conseguenze per tutti, con nuove varianti che minacciano anche i Paesi che avevano fatto il "pieno di vaccini".

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

Fino a quando le popolazioni in tutto il mondo non saranno protette dalla minaccia del virus, continueremo a vedere emergere nuove varianti a livello internazionale.

«L'iniquità è il denominatore comune di molte delle sfide che devono affrontare gli operatori di sanità pubblica, e questo suona particolarmente vero se guardiamo alla pandemia di Covid-19», scrive sul *BMJ* Maggie Rae, presidente della *Faculty of Public Health*. Mentre l'80% della popolazione del Regno Unito è completamente vaccinato, questa cifra si attesta solo al 6,6% per il continente africano. Mentre siamo ancora alla ricerca dell'origine della variante Omicron, quello che è certo è che fino a quando le popolazioni in tutto il mondo non saranno protette dalla minaccia del virus, continueremo a vedere emergere nuove varianti a livello internazionale. Il nostro appello più importante ai governi, quindi, è quello di sostenere gli sforzi di vaccinazione globale attraverso la sospensione dei brevetti, ma anche con il supporto finanziario ai programmi di somministrazione di vaccini nei Paesi a basso reddito»¹.

È dall'ottobre del 2020 che si discute la questione della deroga ai brevetti e agli altri diritti di proprietà intellettuale in relazione a farmaci, vaccini, dispositivi di protezione personale, e le altre tecnologie medicali per tutta la durata della pandemia. Furono i governi di Sudafrica e India a proporla davanti all'Organizzazione mondiale del commercio (Omc), per garantire l'equa distribuzione su scala globale degli strumenti per combattere la battaglia contro il Covid-19, ottenendo il sostegno della grande maggioranza dei Paesi dell'Omc, delle agenzie delle Nazioni Unite (Oms, Unicef, Unaid, Unitaid), della Santa Sede, di economisti come Joseph Stiglitz, di oltre 400 organizzazioni della società civile impegnate nel mondo per l'accesso ai farmaci essenziali. La proposta trovò invece la ferma opposizione dei Paesi industrializzati, gli stessi Paesi che avevano finanziato lo sforzo della ricerca con imponenti contributi pubblici, senza peraltro negoziare con l'industria del farmaco la benché minima condizione sui prezzi, sulla trasparenza degli studi clinici, sul trasferimento di tecnologie.

Tale opposizione creò una situazione di stallo con il continuo rinvio delle decisioni dell'Omc. Nei primi mesi del 2021 l'opposizione di Usa, Unione Europea, Regno Unito, Svizzera, Canada e Norvegia sembrò incrinarsi. Il Parlamento Europeo approvò una risoluzione che sosteneva l'urgenza di una «deroga temporanea del Trips (il trattato che regola i brevetti) per consentire l'equo accesso ai vaccini e risolvere i limiti nella loro produzione e la conseguente carenza dell'approvvigionamento». Anche alcune prese di posizione di Ursula von der Leyen e di Mario Draghi («I vaccini sono un bene comune globale. È prioritario aumentare la loro produzione, garantendone la sicurezza, e abbattere gli ostacoli che limitano le campagne vaccinali») e una dichiarazione di John Biden a favore della temporanea sospensione dei brevetti, lasciavano sperare. Ma si trattava di un'illusione.

Con l'arrivo della variante Delta nella primavera del 2021 l'interesse dei Paesi più ricchi fu quello di fare il pieno dei vaccini con accordi bilaterali con l'industria farmaceutica che non andava infastidita con discorsi del tipo "vaccino bene comune". Infatti, nonostante la risoluzione del Parlamento Europeo, la Commissione Eu nel luglio 2021 chiude ogni porta a soluzioni che mettano in discussione, anche temporaneamente, la validità dei brevetti. Da quel momento l'industria farmaceutica, e in particolare la più potente Pfizer, diventa l'arbitro assoluto nella distribuzione dei vaccini, stabilendo le priorità (in testa i Paesi più ricchi) e i tempi di consegna (in coda i più poveri, ma anche Paesi in grado di pagare come il Sudafrica). Con il contemporaneo fallimento del programma di cooperazione volontaria a favore di Paesi più poveri, Covax, (l'obiettivo era la consegna di 2 miliardi di dosi entro la fine del 2021, ne arriveranno solo un quarto) si realizza un'inaccettabile, scandalosa *apartheid* vaccinale a danno dei Paesi africani, che alla fine, come stiamo vedendo con la variante Omicron, si ribalta come una beffa contro quei Paesi che, pur avendo fatto il pieno di vaccini, devono fronteggiare una crisi violenta e inaspettata con migliaia di morti e pesanti, imprevedute restrizioni.

NOTE

¹ Rae M, Omicron: a failure to act with a global focus will continue the proliferation of new variants of covid-19, *BMJ* 2021;375:n3095



UN RIFUGIO PER I SUD-SUDANESI IN FUGA

Il campo profughi di Nguenyiel è uno dei più recenti a Gambella, in Etiopia, costruito per accogliere principalmente persone in fuga dal Sud Sudan e dalla sua instabilità politica e condizione di insicurezza. Una donna sta intonacando la propria abitazione, che probabilmente diventerà definitiva, sapendo che intorno sono garantiti dei servizi di base, come latrine e scuole.



D-07-06-09

121014





ALLERTA PRECOCE E RESILIENZA

I sistemi di allerta precoce sono stati riconosciuti a livello internazionale come strumento integrato di monitoraggio, previsione e anticipazione dei rischi e attivazione della risposta. Il loro uso a livello comunitario, con il coinvolgimento delle popolazioni, può essere fondamentale per la prevenzione dei rischi e l'attivazione in caso di emergenze, anche nei Paesi del sud del mondo.

TESTO DI / CLAUDIA FERNANDEZ DE CORDOBA FARINI E CARINA FEARNLEY / UCL WARNING RESEARCH CENTRE, DEPARTMENT OF SCIENCE AND TECHNOLOGY STUDIES, UCL, UK
RICHARD GORDON MBE / BOURNEMOUTH UNIVERSITY DISASTER MANAGEMENT CENTRE, BU, UK

L'IMPEGNO A RIDURRE I RISCHI

Spesso si pensa ai sistemi di allerta precoce semplicemente come allarmi antincendio oppure sms di allerta. Sono invece sistemi molto più complessi. L'Ufficio delle Nazioni Unite per la Riduzione del Rischio di Disastri (UNDRR) li definisce «un sistema integrato di monitoraggio, previsione e anticipazione di pericoli, valutazione del rischio di disastri, attività di comunicazione»: si tratta cioè di un insieme integrato di informazioni che possono aiutare i governi e le comunità a prepararsi e agire tempestivamente per ridurre i rischi di disastri. Anticipandoli.

Dal 2015 inoltre, i rappresentanti di 187 governi nazionali hanno firmato il Quadro di Riferimento di Sendai per la Riduzione del Rischio di Disastri 2015-2030. Si sono così impegnati in maniera formale a migliorare la valutazione e la riduzione del rischio dai pericoli naturali o di origine antropica, rafforzando così i sistemi e le procedure nazionali, regionali e locali di *governance* del rischio. Si è riconosciuto che l'allerta precoce va incorporata in modo chiaro nelle strategie e nelle attività nazionali di riduzione del rischio.

APPROCCIO INTEGRATO PER ALLERTA COMUNE

I sistemi di allerta precoce nazionali dipendono da canali di comunicazione fidati istituiti per la consultazione e l'informazione sui rischi a tutti i livelli della società. I firmatari del Quadro di Riferimento di Sendai hanno riconosciuto che ridurre il rischio in ciascun Paese richiede un approccio e una collaborazione di "tutta la società". Questo richiede un dialogo affidabile con le comunità locali, le organizzazioni del settore privato e i principali *stakeholder* nazionali infrastrutturali (sia nazionali che internazionali). I ministeri e le agenzie governative incaricate dell'*accountability* e/o della responsabilità per i rischi o pericoli nazionali devono quindi confrontarsi regolarmente con una platea più ampia di *stakeholder*, scambiando informazioni affinché i registri nazionali, regionali e locali del rischio rimangano "attivi" e rilevanti.

I sistemi di allerta precoce internazionali operano attraverso un protocollo di allerta comune (Cap) e includono sistemi per l'os-

servazione della terra con sensori e satelliti per il monitoraggio di cambiamenti ambientali su scala diversa, fino a quelle locale e nazionale. Questi sistemi cercano di integrare enormi set di dati – ad esempio il *Famine Early Warning System*, ossia il Sistema di Allerta Precoce della Carestia, <https://fews.net> –, o sono necessari per attivare sistemi di gestione dell'emergenza, ad esempio, alzando barriere contro le inondazioni o togliendo la corrente/interruendo l'erogazione del gas.

UN ESEMPIO AFRICANO

Anche se questa tecnologia offre opportunità per il monitoraggio a distanza di probabili impatti meteorologici e geologici, i meccanismi comunitari (*community-based*) di allerta precoce offrono un meccanismo più efficace ed efficiente per imminenti pericoli, impatti e perdite.

Ne è un esempio l'*Africa multi-hazard early warning and early action system for disaster risk reduction* (Sistema africano multi-rischio per l'allerta e l'azione precoci per la riduzione del rischio di disastri) validato in ottobre 2021: si tratta di un sistema comunitario (*community-based*) di allerta precoce che rafforza il ruolo delle comunità locali, in alcuni casi privilegiando le conoscenze tribali tradizionali sulla scienza moderna. Un altro esempio importante è il programma di sorveglianza comunitario (*community-based*) della Croce Rossa (CR) che mira a preparare le persone alle epidemie ed è già stato implementato in Indonesia, Kenya, Sierra Leone e Uganda. Il programma comprende il sistematico rilevamento e segnalazione da parte dei membri di una comunità di eventi significativi in termini di salute pubblica della comunità. Un'ampia rete di volontari viene selezionata da sottogruppi locali della popolazione in base a criteri chiave di diversità, tra cui etnia/tribù, genere, livello di alfabetizzazione e lingua/dialetto.

I volontari vengono formati per inviare segnalazioni tramite applicazioni di servizi di messaggistica breve (sms) e altri moduli di dati elettronici, utilizzando cellulari già esistenti, un minimo di risorse in contesti molto eterogenei. Le relazioni sono pensate per essere utilizzate anche da persone con livelli elementari di alfabetizzazione e telefoni analogici molto semplici.

I messaggi di allerta vengono ricevuti e verificati dai supervisori, che includono i leader del team CR, il personale del distretto CR, i supervisori del team sanitario del villaggio e i funzionari di sorveglianza del governo locale. Le allerte vengono inserite in un database che funziona in tempo reale, che attiva poi iniziative di risposta appropriate, per esempio azioni rapide da parte di volontari e famiglie per l'assistenza sanitaria di base o il contenimento rapido per limitare il diffondersi del contagio o azioni celeri da parte di autorità locali per approfondire o condurre test clinici/di laboratorio per contenere un focolaio.

Il programma CR ha dimostrato alti livelli di accuratezza in Sierra Leone (96%), Indonesia (90%) e Uganda (73%). Alcuni Paesi, però, hanno dimostrato livelli di accuratezza più bassi (35%), sottolineando l'importanza di adattare ai contesti locali i sistemi di allerta precoce comunitari (*community-based*). Ciononostante, il programma CR ha avuto un impatto in termini di tempestività complessivamente positivo, assicurando così una diagnosi e risposta rapida ai focolai.

LA NECESSITÀ DEL LAVORO IN RETE

Tra le sfide comuni che impattano i sistemi di allerta precoce ci sono la fiducia nel processo decisionale e quella nei protocolli di comunicazione che sono stati messi in atto. Tipicamente i governi sviluppano i propri approcci operativi nazionali alle emergenze e ai disastri. I sistemi di allerta precoce dovrebbero essere incorporati all'interno di essi in conformità al Quadro di Riferimento di Sendai. Tuttavia, spesso i Paesi meno sviluppati chiedono assistenza a organizzazioni estere o del settore privato nello sviluppo

di questi piani e sistemi. Il risultato è che vengono sviluppate soluzioni in conflitto tra loro e mentre si tenta di adattare queste soluzioni esterne alle realtà locali, spesso l'esito è un ibrido operativo di teorie e risorse in conflitto tra di loro.

Questo può vanificare la tempestività e l'impatto di qualsiasi meccanismo di allerta precoce, specialmente quando si sta operando in un contesto complesso caratterizzato dalla presenza di più agenzie. Questo a sua volta influisce sulla fiducia nei processi decisionali e nella comunicazione. Per esempio, l'arrivo rapido di agenzie internazionali e attori umanitari che partecipano a un progetto di assistenza bilaterale o multilaterale guidato dalle Nazioni Unite può complicare ulteriormente un quadro già complesso di processi decisionali contrastanti e modalità comunicative in conflitto. Inoltre, è possibile che molte agenzie umanitarie, come Cuamm stessa, possano essere già operative nel Paese interessato e abbiano già rapporti e canali di comunicazione locali ben consolidati nelle regioni e le comunità.

Quindi una delle componenti chiave per il successo dei sistemi di allerta precoce è una migliore integrazione e comprensione tra reti governative e umanitarie nazionali e internazionali e comunità locali. L'allerta precoce nazionale dovrebbe basarsi su processi sociali di lungo termine che integrino la preparazione, la risposta, il recupero e la mitigazione tra una molteplicità di *stakeholder*, dalle comunità locali ai governi nazionali. Inoltre, la risposta ai disastri e l'allerta precoce internazionale dovrebbero coordinarsi e integrarsi all'interno dei sistemi nazionali di allerta precoce del Paese interessato, in modo da massimizzare l'efficienza operativa e minimizzare interruzioni ai canali già consolidati di consapevolezza e alle relazioni consolidate di fiducia e affidabilità.



FORUM

QUEL LEGAME TRA CRESCITA ECONOMICA E SVILUPPO

La fotografia attuale del continente africano ci mostra Paesi e aree fortemente debilitate da guerre, instabilità politica, fenomeni climatici come siccità o alluvioni, e a cui negli ultimi anni si è aggiunta la crisi portata da Covid-19. Qual è l'impatto sulla crescita economica? Ne parliamo con Giovanni Carbone.

CHIARA DI BENEDETTO INTERVISTA GIOVANNI CARBONE, UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO E ISPI

o Quando ebbe inizio la pandemia da Covid-19 si diceva che in quel momento eravamo tutti uguali, che non c'era differenza tra Cina, Africa o Europa perché quel piccolo virus avrebbe raggiunto tutti allo stesso modo. E nel nord del mondo si faceva, forse per la prima volta dopo molti anni, esperienza di vulnerabilità. A distanza di quasi due anni però non possiamo certo dire che siamo tutti uguali. Covid-19 come è intervenuto sugli equilibri e sulle fragilità africane?

Guardando dal punto di vista economico, l'anno scorso in Africa subsahariana c'è stata la prima recessione da molto tempo, che ha interrotto un lungo periodo di crescita: da 25 anni circa non si registrava un andamento così negativo. Quest'anno si registra una ripresa, ma non così energica come si sarebbe potuto sperare. È inferiore all'andamento di altre aree o gruppi di economie e questo significa concretamente che va a crescere ulteriormente la disuguaglianza con altri Paesi, che è una dinamica che negli scorsi 20 anni era inversa.

I fattori sono tanti, ma una delle ragioni purtroppo è anche quella della pandemia stessa, lo vediamo quotidianamente che le ondate di incertezza attorno alla pandemia agitano i mercati. Per quanto riguarda i Paesi africani c'è questa aggravante dell'incertezza su che cosa accada nella diffusione e sulle campagne di vaccinazione, perché sappiamo che stentano e sono a livelli minimali. Non ci sono i presupposti per aspettarsi che si faccia a breve un balzo in avanti.

Questo andamento critico si riflette sulla popolazione e sugli indicatori sociali: sta infatti aumentando il numero di nuovi poveri dovuti alla pandemia. Questo per dire che non si tratta solo di percentuali in cui si muove in positivo e negativo il Pil, ma anche che ci sono poi delle conseguenze più tangibili, sulle persone.

o Oltre al Covid, pensando anche alle esperienze di Cuamm, ci sono state emergenze anche recenti, come il ciclone in Mozambico, l'instabilità in Etiopia, la siccità in Angola. Se dovessimo, e se fosse possibile, creare una mappa delle emergenze che l'Africa si trova a gestire, quali sono, secondo la sua esperienza, quelle che hanno avuto un impatto sull'Africa in questi tempi?

La prima emergenza è la sfida economica della crescita. Il rischio quando si parla di Africa è di fare un calderone e assimilarli uno all'altro. Adesso c'è un rallentamento economico che per Paesi di questo tipo è più pesante che per noi ma è necessaria però una precisazione: ci sono Paesi che stanno continuando a fare bene (Ghana, Tanzania, Costa D'Avorio e Kenya), e altri che rallentano (Nigeria, Zambia, Angola).

Il secondo rischio è quello dei conflitti, che sono in una situazione di diffusione crescente ed è giusto inquadrala, perché non è sempre stato così. Non si è mai arrivati a pacificare l'intero continente, ma ci sono stati anni (che in parte coincidono con quelli di miglioramento economico), in cui i conflitti si erano un po' ritirati, contenuti ad aree più limitate e un numero inferiore di Paesi. Il conflitto più noto e monitorato è quello etiopico, la guerra in Tigray, che tocca un Paese particolare per peso specifico come dimensione demografica, per un'economia in crescita, per collocazione geopolitica. È quindi un problema doppio, oltre ad esserci il problema delle popolazioni che vivono questo orrore, c'è l'aspetto delle conseguenze economiche. Un Paese che faceva molto bene in termini di crescita ben distribuita e riduzione della povertà, sta facendo un'inversione di rotta.

L'altra grande area di espansione, di allargamento della conflittualità è il Sahel, partita dal Mali si è estesa al Niger, al Burkina Faso e minaccia di estendersi ancora nonostante gli interventi esterni. Ci sono poi conflitti più nuovi come quello nel nord del Mozambico. Proprio quest'ultimo, che riguarda almeno per ora un'area molto limitata del Paese, invita a tenere a mente che spesso queste crisi toccano aree specifiche e non tutto il territorio nazionale.

I conflitti sono in crescita, ma non siamo ancora a livelli di vittime paragonabili agli anni di conflitti più intensi, anni '90 e la primissima fase degli anni 2000. Bisogna tener conto poi che una conseguenza di tali conflittualità e instabilità è il deterioramento delle libertà, di quel po' di democrazia che era maturata in una parte dei Paesi di quest'area; e anche su questo fronte siamo purtroppo in una fase di regressione.

Infine c'è l'emergenza del cambiamento climatico. Quando si parla di Africa si dice sempre che non ha colpe, che è il continente che ha contribuito di meno dal punto di vista dell'accumulo in atmosfera di emissioni ed è quella che contribuisce di meno attualmente. Però è la più esposta alle conseguenze in modi diversi, attraverso i processi di desertificazione, oppure i rischi di fenomeni estremi

anche per alcune capitali costiere o stati isolani (inondazioni, ondate di caldo). Non si tratta solo di una questione di esposizione però. Il tema è anche quello della partecipazione dell'Africa alla lotta al cambiamento climatico, alla transizione o crescita verde. Questa sfida ha dei costi, richiede finanziamenti. Nelle economie avanzate questi possono aprire anche nuove opportunità (conversione di aziende ad esempio). Ma nei Paesi africani sostituire ciò che si è costruito è un po' più ostico, perché è più fragile e richiede risorse che almeno in parte non ci sono.

Mi viene in mente il titolo di un vecchio libro di studi di sviluppo, che si intitolava *Kicking away the ladder*, dare un calcio alla scala, come se noi occidentali avessimo utilizzato quella scala inquinante per arrivare al livello di sviluppo a cui siamo ora, e volessimo sottrarla a chi vuole utilizzarla ora per fare altrettanto. È evidente che i Paesi africani devono far parte delle strategie per far fronte al mutamento del clima, ma è necessario che il costo di ripulire il mondo venga sostenuto dai Paesi che l'hanno inquinato.

o Quindi, in questo contesto in cui di fatto possiamo dire che c'è un aggravarsi di molte situazioni, economiche, sociali, lei vede in prospettiva una possibilità di ripresa? Il famoso PNRR, Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza di fatto non cita l'Africa e le relazioni con l'Africa come motore di sviluppo.

Forse è mancata la spinta politica – da parte di rappresentanti eletti o di ong – per fare entrare l'Africa nel PNRR. Noi come Italia, in questi ultimi anni, a partire dal 2013-14, abbiamo prestato maggiore attenzione all'Africa sub-sahariana, quindi non siamo rimasti statici e abbiamo modificato il nostro approccio. A parte l'immigrazione, una delle motivazioni principali era proprio il potenziale economico dell'Africa, che penso rimanga e debba essere una leva positiva. Solo sviluppando di più – e in maniera migliore – i legami economici tra i Paesi africani e le economie emergenti, con scambi commerciali e investimenti, si può creare una leva per la crescita economica e il benessere delle popola-

zioni africane. Lo sviluppo non si riduce alla crescita economica, ma passa anche da quella.

Qui c'è una linea sottile, perché è evidente come questi scambi siano basati anche sull'interesse occidentale, orientato a una certa razionalità economica. In riferimento all'Africa, ma anche ad altre aree, ciò dovrebbe auspicabilmente avere dei paletti, ma io non vedo comunque una strada diversa da questa. È auspicabile una maggiore integrazione con altre parti del mondo che forniscano quegli strumenti che aiutano a spingere più velocemente la ruota della crescita.

In questa prospettiva poi si inseriscono gli interventi di cooperazione e gli aiuti allo sviluppo, che sono essenziali, soprattutto in certi ambiti e situazioni, ma da soli non possono certo essere il "muscolo" principale per sostenere una crescita rapida e inclusiva in Africa.

o Ha detto che la cooperazione allo sviluppo da sola non basta. Nella sua visione complessiva dell'universo africano, le ong come Medici con l'Africa Cuamm che ruolo giocano e che ruolo possono favorire per uno sviluppo dei Paesi anche in questi quadri di continue emergenze?

Dal punto di vista dei processi di sviluppo, sono dei ruoli importanti, spesso essenziali, che vanno a inserirsi in specifiche nicchie, situazioni, settori – spesso anche raggiungendo angoli remoti o fasce sociali lasciate indietro. Per quanto riguarda i fenomeni climatici, immagino per il terzo settore un ruolo che andrà espandendosi, perlomeno dal punto di vista della frequenza delle crisi alle quali far fronte.

La mia speranza è che la fase attuale – di difficoltà economiche e politiche accresciute rispetto a qualche anno fa – lasci presto spazio a una fase più virtuosa e positiva, con una crescita economica più sostenuta di quella di questi anni e la diminuzione di conflitti armati, colpi di stato e tendenze autoritarie, che ora stanno attraversando un preoccupante momento di ritorno. Conto che nel medio-lungo termine si riprenda il cammino che si è interrotto.



ESPERIENZE DAL CAMPO

LA VISIONE STRATEGICA PER GESTIRE LE EMERGENZE

È sempre maggiore il numero di Paesi dell'Africa a sud del Sahara che si trovano a gestire una o più emergenze – climatiche, sanitarie, politiche – andando a sommare i disagi emergenziali alle già gravi fragilità.

Un approccio strategico di lungo respiro, basato su reti solide nei Paesi e conoscenza della realtà, che sono per Cuamm la risposta alle crisi, per proseguire verso una visione di sviluppo e resilienza.

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

Nel 2011, 22 dei 48 Paesi dell'Africa sub-sahariana sono stati classificati dalla Banca Mondiale come fragili, cioè Paesi in cui le istituzioni o i governi sono così instabili da non riuscire a garantire alla popolazione sicurezza o servizi pubblici di primaria importanza¹. Questa fragilità è uno dei freni maggiori per lo sviluppo dell'Africa: mentre il continente cresce rapidamente, alcune comunità al contrario sono bloccate da stati di estrema povertà, instabilità governativa, persistenti disuguaglianze socio-economiche, conflitti e forme di violenza.

A ciò si aggiungono le emergenze che, con intensità crescente, affliggono il Paese: pensiamo ai recenti disastri naturali, alle epidemie o all'attuale pandemia da Covid-19, con impatti diretti e indiretti sulla popolazione. O ancora, i conflitti: nel 2019, sono stati 25 quelli interni ai Paesi, quattro in più rispetto al 2018. Sempre nel 2019 in Africa si è registrato un numero record di 13 conflitti per dispute territoriali tra stati e 19 Paesi hanno avuto conflitti collegati con lo stato islamico all'interno dei loro territori².

Gli effetti dei disastri naturali e ambientali – ad esempio i cambiamenti delle precipitazioni in alcuni territori – hanno contribuito all'aggravarsi dell'insicurezza alimentare, con conseguenze su povertà e migrazioni. Nel 2021 Afdb (*African Development Bank*) ha riportato che sette dei 10 Paesi maggiormente a rischio per il cambiamento climatico sono in Africa, con il Mozambico al primo posto³.

La situazione è resa ancor più grave dal fatto che buona parte dei Paesi africani è costretta ad affrontare una o due di queste crisi allo stesso tempo, condizione riconosciuta come "emergenza complessa", nella quale le situazioni critiche di natura politica, ambientale, demografica o sanitaria accadono contemporaneamente⁴.

Ne è esempio il Mozambico che, già colpito nel 2019 da due cicloni tropicali (Idai e Kenneth), dal 2020 vive una profonda crisi umanitaria a Cabo Delgado⁵.

In uno scenario come questo, Medici con l'Africa Cuamm ha continuato il proprio lavoro sul campo con una visione di sviluppo a lungo termine ma affrontando di volta in volta le situazioni critiche che

ogni Paese riportava. Negli scorsi tre anni, nel pieno della pandemia da Covid-19, Cuamm è stato chiamato a intervenire in situazioni differenti:

- in Etiopia: per rendere disponibili i servizi sanitari di base ai rifugiati sud-sudanesi nell'area di Gambella e nel Tigray, sede oggi di guerra civile;
- in Mozambico per portare servizi sanitari di base e risposta umanitaria ai cosiddetti *International Displaced People*, in fuga dal terrorismo islamico dell'area di Cabo Delgado, mentre si stava anche rispondendo all'emergenza conseguente a Idai e Kenneth;
- in Angola, dove a causa della siccità persistente nella regione del Cunene, i casi di malnutrizione infantile sono aumentati;
- in Paesi come Repubblica Centrafricana e Sud Sudan dove i conflitti stanno causando un'instabilità crescente con interruzione dei servizi.

Cuamm ha sempre investito nella creazione di sistemi sanitari resilienti, profondamente connessi alle risorse locali necessarie in tempi di crisi. E questo approccio inizia considerando ogni crisi su 4 livelli⁶: *preparedness*; insorgenza del trauma e segnale dall'allarme; impatto dello *shock* e gestione; ripresa e apprendimento. Dalla capacità di arrivare "preparati" – cioè con un sistema in cui competenze finanziarie, logistiche e di risorse umane siano pronte quando capita un'emergenza – alla risposta a quanto accade, capaci di assorbirlo, adattarsi e trasformarlo⁷.

Per queste ragioni, Cuamm indirizza le proprie risorse per il rafforzamento a lungo termine dei sistemi sanitari, lavorando continuamente sul campo e costruendo così relazioni solide con la popolazione e le reti civili da un lato e *partnership* positive e strategiche con autorità locali dall'altro. E investendo poi nella ricerca operativa come strumento capace di migliorare l'intervento sul campo, rendendolo più efficiente ed equo.

Per fronteggiare instabilità e crisi del continente africano si rende necessaria una visione lungimirante da implementare attraverso progetti di sviluppo e investimenti di lungo periodo, che poi sono il modo migliore di garantire solidità e creare le basi per risposte pronte, rapide ed efficaci di fronte alle emergenze.

NOTE

¹ <https://blogs.worldbank.org/developmenttalk/what-fragile-state>

² <https://reliefweb.int/report/world/conflict-trends-africa-1989-2019>

³ *Climate change triggers mounting food insecurity, poverty and displacement in Africa*, Published 19 October 2021, Press Release Number: 19102021

⁴ D Keen - 2008 - books.google.com

⁵ <https://reliefweb.int/report/mozambique/mozambique-humanitarian-crisis-grows-cabo-delgado-conflict-continues>

⁶ [file:///C:/Users/aa/Desktop/SG-NAEC\(2019\)5_Resilience_strategies.pdf](file:///C:/Users/aa/Desktop/SG-NAEC(2019)5_Resilience_strategies.pdf)

⁷ https://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf

<https://www.afdb.org/en/cop25/climate-change-africa>

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332441/Policy-brief%2036-1997-8073-eng.pdf>



ESPERIENZE DAL CAMPO

GLI OSPEDALI AFRICANI DI FRONTE ALL'EMERGENZA

Di fronte alla pandemia da Covid-19, i 23 ospedali africani in cui Cuamm opera hanno risposto applicando dei processi volti a garantire da un lato la pronta risposta ai casi di emergenza, dall'altro a mantenere continuità di cure "ordinarie" ed evitando che l'urgenza pandemica andasse ad arrestare i servizi sanitari. Un modello imparato da Ebola e che potrà essere utile anche in scenari futuri.

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

Medici con l'Africa Cuamm supporta 23 ospedali in 8 Paesi africani. Come è noto, la pandemia da Covid-19 ha colpito, ed è stata affrontata, in modo diverso dai Paesi, in termini di misure di contenimento, così come di capacità diagnostiche.

I dati del numero di casi sospetti, testati e morti attribuiti al Covid sono perciò largamente non rappresentativi della realtà, dipendendo dalla disponibilità di risorse, più che dai bisogni diagnostici.

La risposta negli ospedali, nella fase iniziale, è stata quella dell'attivazione di *triage* specifico all'ingresso, con lavaggio delle mani e rilievo della temperatura, formazione specifica del personale e rapido approvvigionamento di Dpi al fine della protezione del personale. Utilizzando le conoscenze del momento e le linee guida internazionali, si sono sviluppati modelli di *triage* e isolamento dei sospetti, in spazi appositi, pur sapendo delle difficoltà enormi a ottenere dei test diagnostici. In generale possiamo affermare che le capacità e la preparazione di rispondere a tale evento hanno messo in evidenza l'estrema fragilità organizzativa e di risorse disponibili di tali strutture, per rispondere in modo rapido ed efficace. Da subito è stata anche evidente la difficoltà, in mancanza di appropriato *testing*, di differenziazione, tra i moltissimi casi di malaria soprattutto negli adulti, dove la sintomatologia può essere molto simile.

Va comunque detto che, dopo i primi mesi di grande attenzione al *triage* e alle misure di protezione, queste, per il basso numero di casi e soprattutto di quelli complicati, sono andate progressivamente diminuendo. Le misure di protezione del personale hanno garantito la continuità dei servizi, anche se l'accesso, complessivamente, si è ridotto per paure della popolazione e misure di contenimento messe in atto dai governi.

Un vero aumento dei casi registrati e complicati, con anche un

certo numero di morti, almeno nei nostri ospedali, si è avuto solo nel 2021.

Nella **tabella 1** ci sono i dati a confronto tra 2020 e 2021 in 5 ospedali. L'andamento appare molto diverso da contesto a contesto, sicuramente condizionato dalla capacità diagnostiche e/o di attenzione al problema stesso. I dati più significativi, in termini di gravità, sono 5 morti a Wolisso in aprile 2021, e 82 morti adulti con insufficienza respiratoria grave a Tosamaganga, anche se solo 18 accertati con test**, tra giugno e agosto 2021.

Va infatti anche ricordato che le capacità curative dell'insufficienza respiratoria grave da Covid-19, sono molto limitate e fondamentalmente legate a concentratori di ossigeno che al massimo garantiscono una erogazione di 5l/min. Così pure è la capacità di organizzare degli spazi di isolamento, oltre ai normali disponibili (2-3 letti), per questi pazienti per assisterli in condizioni di sicurezza per gli altri.

In conclusione si può affermare che, nonostante le difficoltà, gli ospedali hanno garantito una certa risposta al contenimento dell'epidemia almeno all'interno degli ospedali, anche se aiutati dalla relativa minor gravità registrata rispetto ai "nostri" contesti. La strutturazione di un sistema di *triage* e di filtro sugli ingressi è ormai presente in tutte le strutture, per cui questa sarà immediatamente disponibile nel caso di epidemie future. Invece la capacità di avere stock di materiali protettivi resta ancora poco realistica, per la mancanza di risorse per accumularli e mantenerli. Quindi possiamo dire che la pandemia ha insegnato come rispondere a una potenziale minaccia, cercando di mantenere la continuità dei servizi. Tuttavia ha dimostrato i limiti dei sistemi sanitari, dove l'accesso, anche ai servizi di base, è largamente condizionato dalle scelte degli utenti: questo si è ridotto per paure e limitazione ai movimenti delle comunità.

TABELLA 1 / DATI A CONFRONTO TRA 2020 E 2021 IN 5 OSPEDALI

PAESE	OSPEDALE	2020			2021		
		CASI SOSPETTI	CASI CONFERMATI	%+	CASI SOSPETTI	CASI CONFERMATI	%+
ETIOPIA	WOLISSO	30	1	3%	130	56	43%
SIERRA LEONE	PUJEHUN	306	28	9%	223	24	11%
SUD SUDAN	RUMBEK	61	29	48%	287	82	28%
TANZANIA	TOSAMAGANGA	41*	5	12%	286	18**	6%
TANZANIA	SONGAMBELE	1*	0	0%	5	1	20%

*Casi sospetti e testati fino a maggio 2020, poi sospesi per decreto Presidenziale di negazione dell'esistenza del Covid-19

** I testati sono stati solo 20 per mancanza di test legata alla recente riorganizzazione dei servizi dopo la morte del Presidente negazionista



ESPERIENZE DAL CAMPO

CERCARE RIFUGIO NEL PROPRIO PAESE: IL MOZAMBICO

A Cabo Delgado i fenomeni di insicurezza sono iniziati a ottobre 2017 aumentando nel 2020 e le Nazioni Unite stimano siano 744.949 le persone costrette a fuggire e cercare rifugio altrove: chiamati *Internally Displaced People* (IDPs), sono mozambicani che migrano all'interno del proprio stesso Paese e per i quali Cuamm è attivo per offrire assistenza sanitaria, supportando un modello di accoglienza integrato nelle comunità locali.

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

NEXUS: UN APPROCCIO INTEGRATO ALL'EMERGENZA

Anche nel mondo della cooperazione, emergenza è una parola che oramai non può più essere legata solo a fatti eccezionali. Ultimamente infatti si parla sempre più spesso di emergenze radicate e prolungate e di emergenze croniche in contesti in cui l'emergenza umanitaria, per risultare efficace, deve accompagnarsi necessariamente a una cooperazione allo sviluppo e alla pace. È quello che, in termini tecnici, chiamiamo *humanitarian - development - peace nexus*: un approccio integrato fra vari settori umanitari volto a rispondere a una crisi non in maniera verticale, bensì olistica, capace di coinvolgere appieno il contesto esistente, con un dialogo e uno scambio costante fra le autorità, le popolazioni e gli attori umanitari al fine di proporre soluzioni che rispondano ai diversi fattori che causano/alimentano una emergenza¹.

Questo perché nell'attuale scenario di emergenza climatica diffusa e conseguenti catastrofi naturali come cicloni o carestie, guerre civili radicate, malattie infettive endemiche che riemergono ciclicamente, molti Paesi nei contesti *Low-Middle Income Countries* (LMICs) devono rispondere a emergenze divenute costanti, mantenendo altresì attive le attività di routine. E i governi e le popolazioni locali, assieme agli attori umanitari, si sono adattati a questo fenomeno cercando di proporre attività in emergenza che sono sempre volte a rafforzare il sistema esistente, evitando così di proporre strutture verticali poco sostenibili, incentivando invece forme spontanee di risposta, che provengono dalle esigenze delle popolazioni a cui loro stesse rispondono autonomamente, rafforzando dinamiche comunitarie di accoglienza.

GLI INTERNALLY DISPLACED PEOPLE IN MOZAMBICO

A partire dal 2017, Cabo Delgado, nel nord-est del Mozambico, è tornato agli onori della cronaca non solo perché sono stati identificati vasti giacimenti di gas nei distretti del nord che hanno portato grandi multinazionali straniere a investire nel Paese, ma anche perché dall'ottobre 2017 è diventato territorio di scontri armati contro civili e obiettivi governativi. Dai primi mesi del 2020 gli attacchi si sono intensificati per numero e crudeltà delle azioni: sgozzamenti, rapimenti, case incendiate e violenze di vario tipo.

Ad oggi si contano 1.081 attacchi e 3.578 morti, di cui 1.575 solo fra i civili², che hanno causato, secondo le stime delle Nazioni Unite, 744.949 *Internally Displaced People* (IDPs)³ in una provincia che conta poco più di 2 milioni di abitanti. Sono soprattutto i distretti del sud della stessa provincia di Cabo Delgado a essere meta di chi cerca rifugio, ma anche le provincie di Niassa, Nampula, Sofala e Zambézia. Si tratta di un conflitto di cui non sono state ancora dichiarate apertamente le ragioni da parte dei cosiddetti *Non-State Armed Groups* (NSAGs), che stanno perpetrando gli attacchi.

In questo contesto, l'ong Medici con l'Africa Cuamm – già presente a Cabo Delgado dal 2014 – ha mantenuto le proprie attività sanitarie ordinarie adattandole al nuovo contesto, in modo da poter assicurare che anche agli IDPs abbiano accesso ai servizi sanitari di base, senza dimenticarsi, allo stesso tempo, della popolazione autoctona. Ha poi incrementato gli sforzi per rispondere alle molteplici emergenze che sono andate a sommarsi alla violenza: Covid-19 e focolai di colera, lavorando soprattutto con attori comunitari come attivisti sanitari e *Community Health Workers* (CHWs), spesso, a loro volta, IDPs, attraverso attività di sensibilizzazione e *awareness*, grazie ad un supporto di Unicef.

Inoltre, consapevoli degli enormi bisogni che un sistema sanitario già fragile come quello mozambicano aveva, il Cuamm ha deciso di supportarlo aprendo dei centri di prima assistenza chiamati, in inglese, *Temporary Advanced Medical Posts* (TAMPs). Si tratta di posti di salute primaria costruiti con delle tende mobili, aperti dal Cuamm in collaborazione con le autorità sanitarie del Paese, all'interno dei siti di accoglienza degli IDPs più densamente popolati e distanti più di 10 chilometri dal primo centro sanitario governativo.

In questo modo, l'appoggio del Cuamm aumenta le capacità del governo di offrire prestazioni sanitarie di base in zone isolate della Provincia, a beneficio degli IDPs e delle circostanti *"host communities"* senza pesare sulle esistenti capacità governative di offrire servizi.

UN'ASSISTENZA INTEGRATA PER IL BENESSERE PSICO-SOCIALE

Cuamm infine, in collaborazione con UNHCR, si sta poi impegnando nell'offrire assistenza psico-sociale alle sopravvissute di

violenza di genere e agli IDPs con bisogni particolari di appoggio psico-sociale, a causa dello stress post-traumatico vissuto durante gli attacchi. Un approccio olistico che prova a guardare al sistema sanitario da varie prospettive volte a migliorare il benessere tanto degli IDPs come delle "host communities" che spesso ospitano e accolgono quest'ultimi nelle loro case, ma, più in generale, nelle loro comunità, mettendo al centro gli IDPs, spesso coinvolti in prima persona nell'offerta di servizi sanitari come *Community Health Workers* (CHWs) o attivisti, o, in alcuni casi, come medici e infermieri presso i TAMPs o centri di salute governativi. Perché chi scappa sono persone, professionisti di vari settori che si trovano a dover ricominciare una vita in un nuovo contesto.

IL MODELLO DELLE HOST COMMUNITIES

Lavorando profondamente con le autorità e la popolazione, gli attori umanitari presenti nella zona si sono resi conto che, in un contesto come la provincia di Cabo Delgado, la maggior parte degli IDPs viene accolta presso le famiglie delle cosiddette *host com-*

munities: ovvero le popolazioni autoctone (famiglie, istituzioni, governi, etc.) delle zone in cui gli IDPs si sono rifugiati e presso le quali hanno trovato accoglienza⁴.

Questo ha permesso di sviluppare modelli d'intervento maggiormente affini al contesto, evitando la creazione massiva di campi di accoglienza, supportando invece l'accoglienza delle famiglie locali nei confronti degli IDPs. È importante sottolineare che, molto spesso, gli IDPs che fuggono dai distretti attaccati al nord vengono ospitati da parenti, familiari o amici nei distretti del sud o nelle altre province dove hanno cercato rifugio. Ed è proprio questo aspetto di fraternità spontanea che il mondo umanitario deve fare proprio, supportandolo. È chiaro infatti che una famiglia che normalmente conta al proprio interno un nucleo di 6 persone, ha bisogno di un aiuto esterno per assicurare che le nuove 6 persone che stanno ospitando all'interno della propria casa abbiano il minimo per nutrirsi e per vivere in ambienti dignitosi.

Il settore umanitario si sta dunque avvicinando a queste forme di accoglienza integrate, in cui la comunità è la chiave nonché l'attore principale per il funzionamento di questo approccio, mentre le organizzazioni internazionali sono solo il mezzo attraverso il quale l'accoglienza può funzionare.

NOTE

¹ Inter-Agency Standing Committee and UN Working Group on Transitions, Workshop, 20-21 October 2016.

² ACLED, 22-28 novembre 2021 (<https://www.cabodelgado.com/reports/cabodelgado-weekly-22-28-november-2021>).

³ IOM, DTM Round 13 Report, settembre 2021.

⁴ UNHCR, UNHCR-NGO *Toolkit for Practical Cooperation on Resettlement. Community Outreach - Outreach to Host Communities: Definitions and FAQs*, June 2011.



ESPERIENZE DAL CAMPO

L'IMPATTO DEL CLIMA SULLA MALNUTRIZIONE

Nel sud dell'Angola si stima che 1,3 milioni di persone vivano in uno stato di grave insicurezza alimentare, condizione dovuta agli effetti dell'emergenza climatica e alla conseguente siccità prolungata.

In questo contesto gli interventi del Cuamm mirano a intercettare chi presenta condizioni di malnutrizione e a supportarlo a livello sanitario, garantendo le cure.

TESTO DI / MARIA BRIGHENTI / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM
MARTA PICCOLO / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

DAL CAMBIAMENTO CLIMATICO ALLA SICCIÀ

Nelle province del sud dell'Angola il cambiamento climatico è realtà, con conseguenze visibili e concrete per la popolazione locale. La zona è caratterizzata dall'alternanza di stagioni secche e stagioni delle piogge (novembre-marzo), ma a causa della mancanza di piogge significative dal 2018 si sta entrando nel quarto anno consecutivo di siccità, la peggiore degli ultimi 40 anni. Dal report emesso dall'Istituto Meteorologico e Geofisico nazionale (Inamet), l'ultimo trimestre del 2021 è stato caratterizzato da precipitazioni al di sotto della media. Le conseguenze della siccità sono multifaccettate, causa ed effetto continuano ad alimentarsi vicendevolmente. La scarsità di acqua ha come conseguenza diretta la mancanza di cibo, una bassa diversificazione della dieta e scarsa igiene; la mancanza di cibo aumenta i prezzi sul mercato e le mancate eccedenze del raccolto diminuiscono a loro volta il potere d'acquisto delle famiglie. Inoltre durante il 2020 si sono creati, in alcune aree del sud, campi di sfollati interni, generalmente popolazioni pastorizie che si spostavano con il loro bestiame in cerca di campi rigogliosi e fonti di acqua per sé stessi e le loro mandrie.

Secondo un recente studio dell'Ufficio delle Nazioni Unite per il Coordinamento degli Affari Umanitari (Ocha), oltre 1,3 milioni di persone nelle province di Cunene, Huila e Namibe vivono in uno stato di grave insicurezza alimentare e questo numero è destinato ad aumentare a 1,58 milioni nel periodo ottobre 2021-marzo 2022¹.

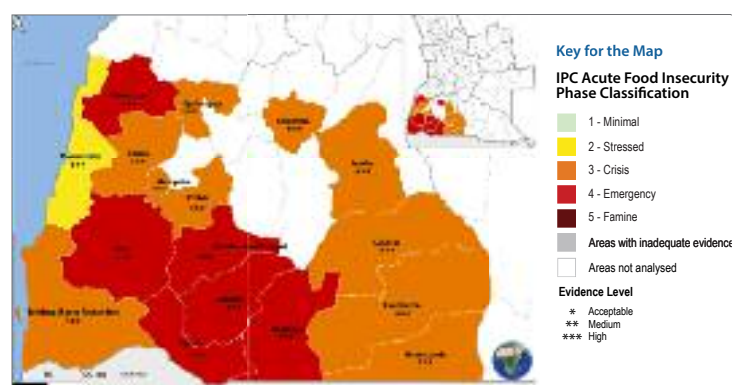
SCREENING NUTRIZIONALI SUL CAMPO

È proprio in una di queste province, il Cunene, che Medici con l'Africa Cuamm opera dal 2000, attraverso un intervento di rafforzamento del sistema sanitario, sia a livello ospedaliero – in particolare per le sezioni di maternità, pediatria e unità di malnutrizione – sia a livello comunitario attraverso attività di prevenzione e sensibilizzazione su temi quali parto sicuro, malaria, igiene e nutrizione.

NOTE

¹ https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/IPC_Angola_FoodSecurity%26Nutrition_2021July2022Mar_Snapshot_English.pdf

FIGURA 1 / LO STATO DI INSICUREZZA ALIMENTARE, LUGLIO-SETTEMBRE 2021



Per rispondere a questa emergenza e mitigare gli effetti negativi della siccità, Cuamm continua a garantire i servizi sanitari essenziali, al fianco delle autorità locali, principalmente attraverso due interventi. Il primo è l'identificazione dei casi di malnutrizione a livello comunitario attraverso l'uscita di una équipe sanitaria mobile, composta da 3 infermieri, che si reca in 33 aree della provincia per effettuare lo *screening* nutrizionale dei bambini e delle donne gravide, e riportare quando necessario ai centri sanitari più vicini i casi di malnutrizione moderata e acuta. Negli stessi centri sanitari viene fatta mensilmente una supervisione di supporto ai tecnici di salute, al fine di rafforzare le loro conoscenze sulla gestione della malnutrizione. Le distanze tra le zone di intervento sono elevate, ma è fondamentale raggiungere chi vive nell'ultimo miglio.

KIT ALIMENTARI PER MAMME E BAMBINI

Il secondo intervento è la distribuzione di kit alimentari alle famiglie dei bambini ricoverati nell'unità di malnutrizione a livello ospedaliero, in modo che non abbandonino le cure; ai bambini in trattamento ambulatoriale nei centri periferici, in modo tale che la famiglia abbia un appoggio alimentare e non divida i supplementi nutrizionali con i membri della famiglia; e alle donne presenti nella *casa d'espera*, un'area accanto all'ospedale dove le donne nelle ultime settimane di gravidanza, accompagnate generalmente dai figli piccoli, possono attendere il momento del parto, ricevendo visite prenatali ed assistenza in caso di emergenza.



ESPERIENZE DAL CAMPO

SUD SUDAN: TRA GUERRE, ALLUVIONI, EPIDEMIE

Una situazione di ormai cronica instabilità quella del Sud Sudan, in cui un approccio puramente emergenziale e verticale non è sufficiente. Anche in questa fase di crescente allarme umanitario, Cuamm adotta nel Paese una visione collaborativa, per costruire insieme alle autorità locali un sistema che possa rispondere ai bisogni di salute primaria.

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

A inizio 2021, Ocha¹ ha dovuto constatare come, a due anni dalla firma dell'ultimo accordo di pace, il Sud Sudan debba ancora essere considerato un contesto di emergenza, con bisogni umanitari che crescono a causa del persistere dell'instabilità politica, dell'alta conflittualità interna, dei pesanti fenomeni ambientali. Si tratta di eventi che spingono a continue migrazioni interne più di un milione di persone, per la maggior parte costrette a cercare rifugio e accoglienza presso le comunità che incontrano nei loro spostamenti e cui finiscono col sottrarre parte delle già poche risorse a loro disposizione. Una simile situazione si traduce in una preoccupante insicurezza alimentare, in un tessuto sociale troppo labile per assicurare protezione alle categorie più vulnerabili, a servizi sanitari che non riescono a garantire assistenza di base e non possono quindi arginare alcuna epidemia. Ad oggi, un reale sviluppo sembra essere impossibile.

Da quando Medici con l'Africa Cuamm ha iniziato a lavorare in Sud Sudan, nel 2006, ha assistito a una guerra civile protrattasi per più di 5 anni, a continui e violenti scontri tra clan per il controllo del territorio, a epidemie di colera e morbillo (cui si è ora aggiunto Covid-19), a vaste alluvioni. Si sono dovute ricostruire e/o riequipaggiare strutture sanitarie saccheggiate, organizzare cliniche mobili per raggiungere le famiglie sfollate e rifugiatesi nelle aree più remote, indire campagne massive di vaccinazione, affrontando insicurezza e difficoltà logistiche e senza far venire meno l'assistenza sanitaria e nutrizionale di routine. Costruire, distribuire farmaci e supplementi alimentari, muoversi sul territorio per offrire e supervisionare servizi... tutto diventa più difficile e dispendioso, in termini di tempo e risorse, se le strade sono per lo più impraticabili e il territorio circostante è teatro di attacchi e imboscate. Questo non solo complica la risposta immediata all'emergenza nei siti maggiormente colpiti ma anche il mantenere

pienamente funzionanti e operativi i servizi esistenti su tutto il territorio, anch'essi chiamati a rispondere ad una domanda crescente, effetto dell'emergenza in sé ma anche della chiusura di strutture nei territori confinanti e del termine di programmi umanitari avviati nelle fasi più acute e repentinamente chiusi.

Un approccio puramente emergenziale non è sufficiente a rispondere a una situazione di ormai cronica instabilità; limitati nel tempo, frammentati, verticali e settoriali nel loro essere concentrati su problemi specifici e a beneficio di particolari gruppi di individui come da priorità dettate dai grandi donatori internazionali, gli interventi umanitari non riescono a creare le condizioni per un superamento della crisi che si traduca in un sistema locale nuovo e duraturo e finiscono con l'indebolire ulteriormente quanto in essere.

Medici con l'Africa Cuamm risponde alle emergenze che si presentano di volta in volta nei territori in cui è presente adottando lo stesso approccio che caratterizza il suo impegno nel supportare lo sviluppo del sistema sanitario locale e facendo così della risposta all'emergenza una componente di questo stesso sistema e un'occasione per svilupparlo ulteriormente, integrando i due aspetti. Tale approccio si basa sul lavorare in stretta collaborazione con le autorità statali e distrettuali, ridando loro quella responsabilità decisionale e di guida che per anni è stata delegata a donatori e ong.

Il tentativo è quello di aiutare le autorità a individuare poche ma chiare priorità su cui far convogliare le proprie risorse e quelle che i partner possono allocare, ridimensionando le aspettative rispetto al supporto esterno a favore di un proprio ruolo maggiormente attivo, nella quotidianità e anche in situazioni di urgenza.

NOTE

¹ Humanitarian Needs Overview 2021, OCHA.



COSA RIMANE DOPO UN CICLONE?

Un'immagine che documenta quel che resta dopo il passaggio di un ciclone in Mozambico. Cuamm ha risposto alla crisi con prontezza, memore della lezione appresa negli anni di Ebola, riuscendo a contare su una rete di attivisti che si è data da fare per portare in sicurezza i più fragili.





RASSEGNA

IL PAZIENTE CRITICO IN AFRICA

Si registra una crescente attenzione, anche in Africa, verso i pazienti critici. L'iniziativa "Critical Care Asia Africa" mira a sistematizzare l'uso di un registro clinico informatizzato: un registro di terapia intensiva può essere adattato all'ospedale con carenza di risorse per fornire dati epidemiologici e clinici in tempo reale.

TESTO DI / LUIGI PISANI E RASHAN HANIFFA / CRITICAL CARE ASIA AFRICA NETWORK, MAHIDOL OXFORD TROPICAL RESEARCH UNIT (MORU), BANGKOK, THAILAND

LA SFIDA DELLA MALATTIA CRITICA

La malattia critica è definita come uno stato di salute caratterizzato da una grave compromissione del funzionamento degli organi vitali e da un alto rischio di morte imminente, situazione molto diffusa negli ospedali africani¹. Emergenze ostetriche, malaria grave, traumi, complicanze postoperatorie e sepsi sono tutte condizioni potenzialmente reversibili che in Africa però si scontrano con la mancanza di unità di terapia intensiva.

Nei confronti dei pazienti critici però c'è una crescente attenzione, volta a trattarli con interventi semplici, efficaci e a basso costo²⁻³.

L'INIZIATIVA "CRITICAL CARE ASIA AFRICA"

Medici con l'Africa Cuamm ha raccolto questa sfida e a partire da settembre 2020 è diventata una delle principali organizzazioni ad aderire a *Critical Care Africa Asia* (CCAA), un'iniziativa internazionale finalizzata a realizzare una rete di mutua assistenza attraverso l'utilizzo di una piattaforma digitale di "critical care registry", una sorta di registro clinico informatizzato.

Sebbene lo strumento del registro sia stato poco considerato nella gerarchia delle evidenze cliniche, le cose stanno cambiando. Il progetto CCAA prevede un focus iniziale su quattro gruppi di pazienti: donne con complicanze ostetriche, pazienti pediatriche con quadri clinici gravi, neonati complicati e pazienti chirurgici.

Attualmente la piattaforma è attiva in 7 Paesi africani⁴ e 8 asiatici⁵ ed è coordinata da un gruppo interdisciplinare di clinici e ricercatori dell'Università di Oxford. Medici con l'Africa Cuamm ha aderito al progetto attraverso due reparti pediatriche degli ospedali di Pujehun in Sierra Leone e di Rumbek, Sud Sudan; un'unità ostetrica di cure intermedie presso il Princess Christian Maternity Hospital, Freetown, Sierra Leone e due unità di terapia intensiva neonatale degli ospedali di Wolisso, Etiopia e di Beira, Mozambico.

NOTE

¹ Adhikari NKJ, Fowler RA, Bhagwanjee S, Rubenfeld GD. Critical care and the global burden of critical illness in adults. *Lancet Lond Engl* 2010; 376: 1339-46.

² Losonczy LI, Papali A, Kivlehan S, et al. White Paper on Early Critical Care Services in Low Resource Settings. *Ann Glob Health* 2021; 87: 105.

³ Schell CO, Khalid K, Wharton-Smith A, et al. Essential Emergency and Critical Care: a consensus among global clinical experts. *BMJ Glob Health* 2021; 6: e006585.

⁴ Pisani L, Waweru-Siika W, Sendagire C, Beane A, Haniffa R. Critically ill

IL VALORE DEI DATI IN AFRICA

Perché preoccuparsi di sperimentare l'implementazione di un registro di terapia intensiva negli ospedali sostenuti da Medici con l'Africa Cuamm? In primo luogo, per descrivere con precisione la popolazione specifica, comprenderne le caratteristiche epidemiologiche e le condizioni cliniche di base. I dati devono servire per capire come viene gestito al momento il paziente critico. Ad esempio, attraverso i dati del registro al Princess Christian Maternity Hospital (Freetown, Sierra Leone), ci siamo resi conto che le pazienti ostetriche complicate e affette da anemia falciforme mostravano al momento del ricovero una gravità simile a quella delle pazienti non affette da questa malattia ematica, ma la mortalità era poi più del doppio. In secondo luogo, l'interpretazione dei dati di registro dovrebbe guidare iniziative locali di miglioramento della qualità, con rivalutazione dei dati post-intervento. Nell'esempio descritto sopra, la risposta del team locale è stata quella di migliorare la *triage* attraverso un test rapido per anemia falciforme al momento del ricovero e si sta lavorando per ottimizzare l'accesso alle trasfusioni per le pazienti gravemente anemiche. I dati di esito e di processo verranno quindi rivalutati nei prossimi mesi. In terzo luogo, un registro di terapia intensiva consente studi clinici a livello locale, nazionale, o studi internazionali che vengono quindi chiamati "registry-embedded". Un esempio concreto al riguardo sono i noti studi Recovery e Remap-Cap di valutazione randomizzata delle terapie Covid-19 realizzato da diversi team della CCAA che utilizzano la stessa piattaforma⁶. Sono in corso anche altre analisi osservazionali a cui partecipano i siti africani del Cuamm, mentre si studia come poter arrivare anche a realizzare studi randomizzati.

La fase iniziale del progetto ha dimostrato che un registro di terapia intensiva può essere adattato all'ospedale con carenza di risorse per fornire dati epidemiologici e clinici in tempo reale. La sfida attuale e futura è quella di promuovere l'uso di questi dati *patient-level* per migliorare concretamente processi clinici in modo sostenibile.

COVID-19 patients in Africa: it is time for quality registry data. *Lancet Lond Engl* 2021; 398: 485-6.

⁵ CRIT CARE ASIA. Establishing a critical care network in Asia to improve care for critically ill patients in low- and middle-income countries. *Crit Care Lond Engl* 2020; 24: 608.

⁶ CRIT Care Asia, Hashmi M, Beane A, Murthy S, Dondorp AM, Haniffa R. Leveraging a Cloud-Based Critical Care Registry for COVID-19 Pandemic Surveillance and Research in Low- and Middle-Income Countries. *JMIR Public Health Surveill* 2020; 6: e21939.



RASSEGNA

COSA ALLONTANA LE MADRI DALL'ALLATTAMENTO?

Quali sono le ragioni di tassi ancora troppo bassi di allattamento? Una ricerca condotta dal Cuamm in Sierra Leone ne analizza le motivazioni: dal mancato sostegno familiare al timore di non avere latte a sufficienza, e si spinge oltre, a definire possibili interventi futuri. Un commento alla ricerca di Dorothee van Breevoort.

TESTO DI / ADRIANO CATTANEO / EPIDEMIOLOGO, TRIESTE

Uno studio pubblicato sull'*International Breastfeeding Journal* mostra come i tassi di allattamento esclusivo nei primi 6 mesi di vita siano ancora lontani da quanto raccomandato dall'Oms. Lo studio è stato realizzato nel distretto di Pujehun, in Sierra Leone, su un campione casuale di 194 madri (età media 25 anni, 43% senza istruzione formale, 56% contadine o piccole commercianti). L'obiettivo dello studio era capire quali fattori fossero associati a un allattamento inadeguato, per sviluppare efficaci strategie di promozione.

Le madri del campione sono state identificate nel corso dei controlli di salute periodici dei loro figli nelle 5 aree in cui è diviso il distretto; 113 avevano un figlio minore di 6 mesi, 81 tra 6 e 23 mesi. Dopo aver ottenuto il consenso informato, le madri sono state sottoposte a un questionario in lingua locale. In parallelo, 20 madri scelte in base alle loro pratiche di allattamento hanno risposto a un'approfondita intervista semi-strutturata sulle ragioni delle loro pratiche e sui fattori che avevano influito sulle loro decisioni. Anche 6 operatori sanitari per ognuna delle 5 aree del distretto sono stati sottoposti ad approfondite interviste sul loro ruolo e quello dei servizi sanitari nel promuovere e sostenere l'allattamento. Infine, per ottenere altri dettagli, le ricercatrici hanno organizzato 7 *focus group* di discussione: 2 con madri, 2 con padri, 2 con membri della comunità e 1 con operatori sanitari. Tutte le madri, meno due, avevano partorito in una struttura sanitaria e tutte avevano allattato il figlio almeno una volta; il 72% aveva attaccato il neonato al seno entro un'ora dal parto; 22 (11%) avevano avuto problemi con l'allattamento, di cui 18 (9%) dolore ai capezzoli. Tra quelle con un bambino sotto i 6 mesi, il 63% lo aveva allattato in maniera esclusiva nelle 24 ore precedenti: 74% a 0-1 mese, 66% a 2-3 mesi, 33% a 4-5 mesi. Le interviste approfondite e i gruppi focali hanno permesso di identificare i fattori che facilitano l'allattamento: le informazioni in gravidanza, il sostegno da parte delle operatrici sanitarie subito dopo il parto e nel periodo post-natale, l'appoggio dei padri e il buon esempio in famiglia e tra le amiche. I principali ostacoli identificati dalla ricerca sono il mancato incoraggiamento da parte dei padri, e la percezione di feci alterate nel bambino e di non produrre latte a sufficienza da parte delle madri.

Lo studio ha permesso di identificare alcuni interventi da inserire in futuri programmi per la promozione dell'allattamento. In particolare, sembra fondamentale migliorare le conoscenze e le

Breevoort et al. *International Breastfeeding Journal* (2021) 16:42
<https://doi.org/10.1186/s13006-021-00390-4>

International Breastfeeding Journal

RESEARCH Open Access

Determinants of breastfeeding practice in Pujehun district, southern Sierra Leone: a mixed-method study

Dorothee van Breevoort^{1,2*}, Francesca Tognon³, Arne Beguin¹, Amara S. Ngegbai⁴, Giovanni Putoto² and Ankie van den Broek⁵

Abstract

Background: It is well established that exclusive breastfeeding can play a critical role in reducing child morbidity and mortality. Limited research has been done thus far on the practice and perceptions of breastfeeding in Sierra Leone, where more than 10% of children die before the age of five. This study aimed to gain understanding into and explore both matters in order to develop recommendations for effective strategies to promote breastfeeding practice in Pujehun District, Southern Sierra Leone.

Methods: This exploratory mixed-method study included a cross-sectional survey of 194 mothers, semi-structured interviews and focus group discussions. Logistic regression analysis was used calculated odds ratios of factors associated with primarily breastfeeding practice, defined as 'Children under six months of age who are fed with breast milk only and children older than six months of age that were exclusively breastfed up to six months', based on recall from birth. Exclusive breastfeeding rate was based on breastfeeding practice 24 h prior to the survey. Qualitative data was analysed through a deductive approach, using a pre-determined framework on determinants of breastfeeding.

Results: This study revealed an exclusive breastfeeding rate of 62.8% (95% CI 53.9, 71.7); dropping from 74% in the 0–1-month age group to 33% in the 4–5 months group. Triangulation of qualitative and quantitative data revealed enabling factors for primarily breastfeeding practice included mothers receiving support during their first breastfeeding, pregnant women being provided with information on the benefits of the practice, counselling by nurses, support from husbands, and women's awareness of how their friends and family members fed their own babies. The main barriers were a lack of encouragement by husbands, women's perception that their infants' stools were abnormal or that they were not producing enough breast milk.

Conclusions: Although the exclusive breastfeeding may have risen over recent years, a gap remains compared to World Health Organization recommendations. According to the breastfeeding determinants identified in this study, promotion of counselling by a nurse, encouragement of husbands' support, and improve knowledge of mothers on breastfeeding are recommended to be incorporated in the design of future health programs.

Keywords: Breastfeeding, Determinants, Sierra Leone, Child health, Mix-method

* Correspondence: dorotheevanbreevoort@gmail.com

¹Doctors with Africa CUAMM, Pujehun-Freetown, Sierra Leone

²Doctors with Africa CUAMM, Via San Francesco, 126, 35121 Padua, Italy

Full list of author information is available at the end of the article

© The Author(s). 2021 **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

abilità di *counselling* del personale sanitario, incoraggiare la partecipazione attiva dei padri, e accrescere le conoscenze delle future madri, sfatando false idee.

Per consultare lo studio:
 van Breevoort, D., Tognon, F., Beguin, A. et al., *Determinants of breastfeeding practice in Pujehun district, southern Sierra Leone: a mixed-method study*. *Int Breastfeed J* 16, 42 (2021).
<https://doi.org/10.1186/s13006-021-00390-4>.



RASSEGNA

EPIDEMIC ILLUSIONS SULLA SALUTE PUBBLICA

Un commento al testo di Eugene Richardson "Epidemic Illusions" per farsi domande più che trovare risposte: troppo spesso oggetto di mode del momento e modelli preconfezionati, la narrazione della salute pubblica rischia di perdere il senso più profondo, dimenticandosi come sempre gli ultimi.

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

Critico fino all'irriverenza, irritante nei toni e spiazzante nella logica. *Epidemic Illusions, on the coloniality of Global Public Health*, è un libro difficile da leggere, da accettare e da archiviare¹. Il suo autore, Eugene Richardson, è un ramingo, appassionato di salute globale e giustizia sociale; viaggia molto, studia biologia, antropologia e salute pubblica; indaga le religioni orientali e la filosofia occidentale e intanto lavora in Sierra Leone, nelle Ande del Perù, in Sud Sudan e in Congo, occupandosi di salute pubblica, ricerca sociale ed epidemie (Hiv, Colera, Ebola, Covid-19). Nel suo vagabondare tiene sempre i contatti con l'Università di Harvard dove insegna Salute Globale e Medicina Sociale.

La tesi del libro è abrasiva: le pratiche correnti della salute pubblica, soprattutto i nuovi strumenti della scienza epidemiologica come la modellistica matematica e computazionale, l'uso dei *big data* e delle inferenze causali, sono permeati di concezioni, pensieri, logiche che si rifanno a un sistema patriarcale e colonialista. Insomma, dietro a questo sofisticato apparato apparentemente neutrale e scientifico che si propone come l'unica verità interpretativa in tema di cause e meccanismi di trasmissione delle malattie infettive, c'è un sistema di potere, iniquo e razzista, che si perpetua e che trova nelle università occidentali e nel mercato delle pubblicazioni scientifiche la sua massima propagazione.

Per sostenere le sue argomentazioni, Richardson adotta uno stile letterario volutamente ironico, "carnevalesco", ricco di spunti immaginifici e curiosità semantiche, basato su una prosa sferzante per smontare, smitizzare, l'aurea di scientificità e di rigore intellettuale proprie dell'ambiente di chi si occupa di salute pubblica globale. In realtà, dietro e dentro questo periodare ci sono solidi riferimenti e saldature a pensatori politici, critici del colonialismo e antropologi come Mikhail Bakhtin, Bertolt Brecht, Antonio Gramsci, Richard Rorty, Edward Said e Franz Fanon.

Degli otto racconti brevi (*redescriptions*) di cui si compone la parte centrale, il sesto e il settimo sono i meno ironici e vanno dritti al punto. È il caso dell'epidemia di Ebola in Sierra Leone nel 2014-15. L'applicazione prevalente degli studi epidemiologici basati sull'inferenza causale avrebbero favorito, secondo Richardson, un'interpretazione univoca, focalizzata esclusivamente sulle cause a valle (*downstream*) di tipo biologico-medico (ad

esempio, i fattori di rischio individuale, le pratiche funerarie, ecc.). L'aver escluso dall'analisi le cause a monte (*upstream*) non ha consentito di identificare con chiarezza e incisività il razzismo strutturale, la rete degli interessi politici, la disuguaglianza nella ripartizione delle risorse, l'assenza di *accountability* delle istituzioni locali e internazionali che si sono palesati prima, durante e dopo l'epidemia.

A riprova di ciò, basta eseguire una ricerca sulla piattaforma di *pub med*. Se alle parole chiave "Ebola", "malattia", "morte", "modelli matematici", si aggiungono parole come "colonialismo" e "razzismo" non si genera alcun risultato. Richardson condanna questa visione miope dell'epidemiologia come una forma di ingiustizia ermeneutica, interpretativa, che pur realizzata da sostenitori convinti della Salute Globale, in realtà contribuisce a diffondere un modello ideologico egemonico, quello del nord, basato su rapporti di forza ad oggi inattaccabili.

Nell'ottavo racconto, l'autore si avvale di una ricerca empirica, tra l'altro pubblicata a seguito del libro, in cui lega in termini epidemiologici le dovute e mai applicate riparazioni politiche, monetarie e sociali a favore dei discendenti degli schiavi americani con la trasmissione Sar-Cov-2 ottenendo potenziali effetti benefici sia per la salute delle comunità nere, le più colpite duramente dall'epidemia negli USA, che per l'intera società².

Le conclusioni sono un appello a guardare in profondità con occhi disincantati i fenomeni epidemiologici dietro i quali pesa ancora un'eredità nascosta, ma influente, di disuguaglianze storiche, razzismo inveterato, ingiustizie sociali mai riparate. Ma, aggiunge, non basta la coscienza: bisogna andare oltre ed esplorare nuove dimensioni, applicare nuovi lessici, dare spazio a una nuova euristica, a forme creative di indagine e ricerca che evitino risposte facili a problemi complessi.

L'opera, come era prevedibile, è stata subito celebrata e criticata. Alla fine della lettura, fatta la tara di qualche eccentricità stilistica e contraddizione personale (sì, anche l'autore, per sua stessa ammissione, è bianco, epidemiologo e accademico del ricco nord!), rimane un messaggio forte e condivisibile di non appiattare la salute pubblica globale sui modelli e sulle mode del momento.

NOTE

¹ Eugene T. Richardson. *Epidemic Illusions: On the Coloniality of Global Public Health*. Cambridge, Mass.: MIT Press, 2020. 224 pp.

² Richardson et al., "Reparations for American Descendants of Persons Enslaved in the US and Their Potential Impact on SARS-CoV-2 Transmission", *Social Science & Medicine* (Feb. 2021): 113741.



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 oltre **70** anni di storia:

- o oltre **200** i programmi realizzati;
- o **2.100** le persone coinvolte nei progetti;
- o **43** i Paesi d'intervento;
- o **239** gli ospedali serviti;
- o **1.160** gli studenti ospitati dal collegio di cui 874 italiani e 286 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 **162 progetti** di cooperazione principali e un centinaio di micro-realizzazioni di supporto, con i quali appoggia:
 - 23 ospedali;
 - 80 distretti (per attività di sanità pubblica, assistenza materno-infantile, lotta all'Aids, tubercolosi e malaria, formazione);
 - 955 strutture sanitarie;
 - 3 scuole infermieri (Lui e Rumbek- Sud Sudan, Wolisso - Etiopia);
 - 1 università (Beira - Mozambico);
- o **4.581 risorse umane** di cui 493 sono operatori africani.

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.

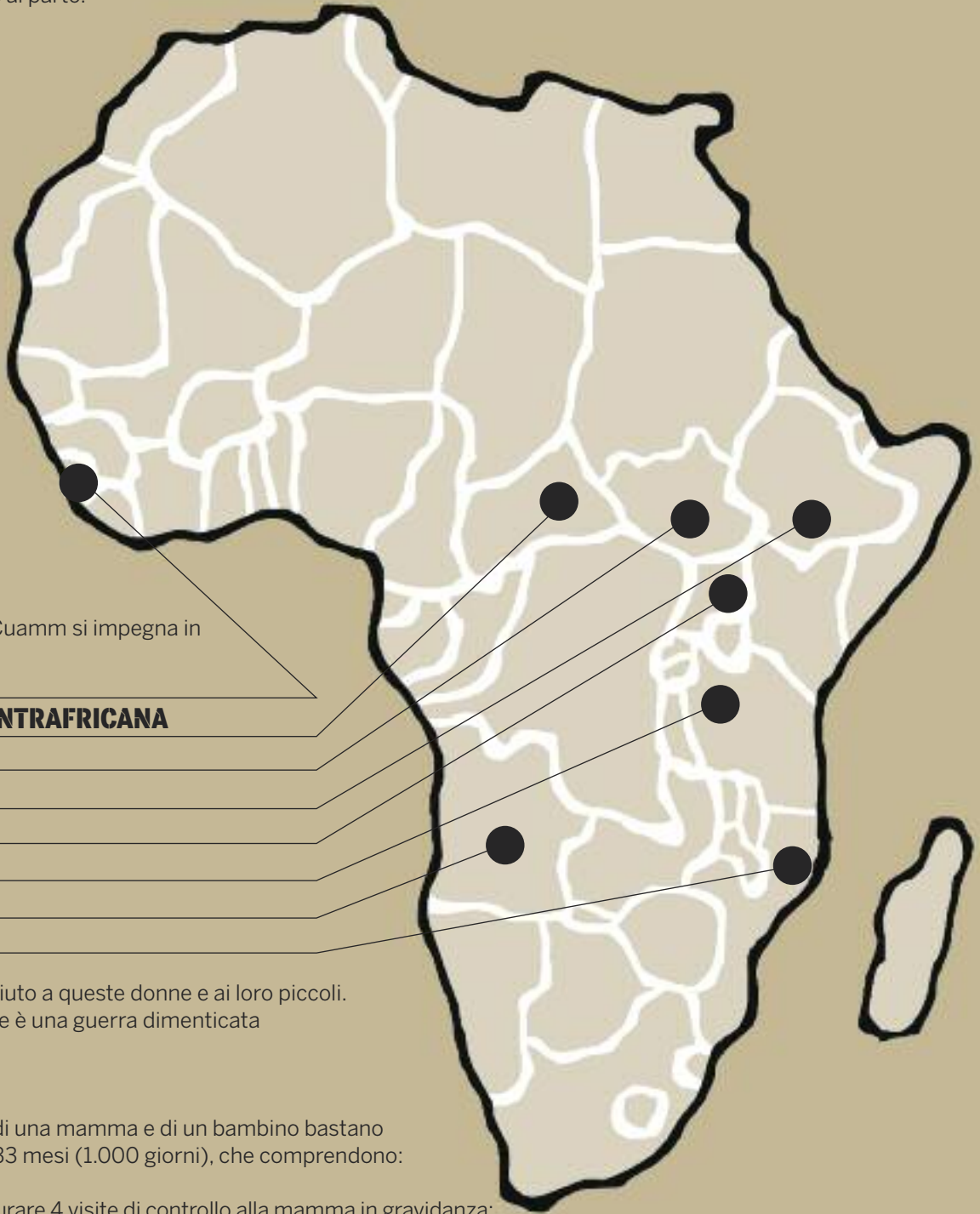
La nostra pubblicazione ha bisogno dell'appoggio di tutti i lettori e amici di Medici con l'Africa Cuamm.



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 2021 — n° **83**
www.mediciconlafrica.org

«Nonostante tutto ciò, o forse proprio “chiamati” a rispondere a tutto ciò, abbiamo potuto contare come sempre sulla nostra forza più grande, quello che viene spesso chiamato *capitale umano*, e che noi di Cuamm preferiamo chiamare “le persone”»

