



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

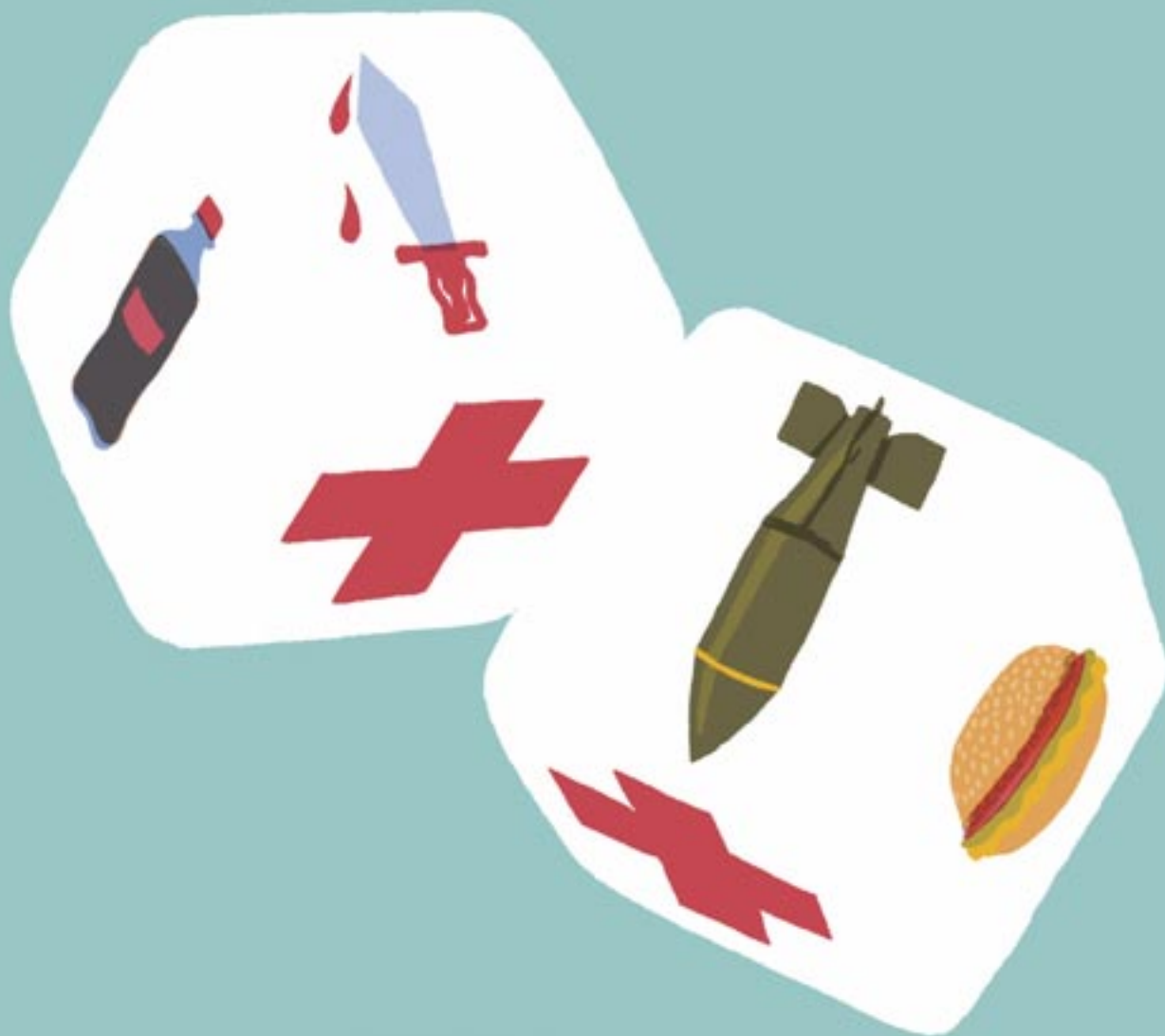


SALUTE

E SVILUPPO

rivista quadrimestrale
di cooperazione e politica
sanitaria internazionale
febbraio 2024 — n° **88**

La salute in bilico



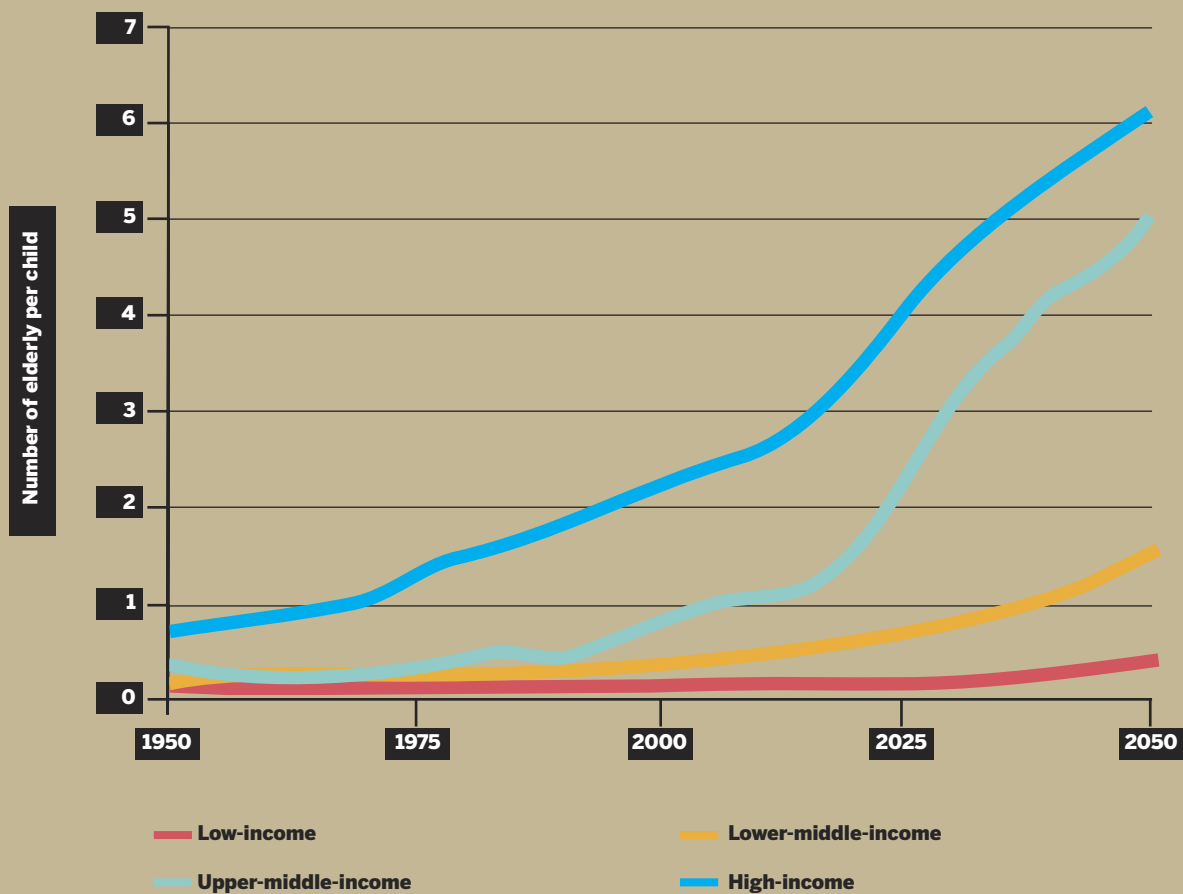


LA NOTIZIA

I Paesi a reddito più elevato stanno invecchiando rapidamente, mentre quelli a reddito più basso rimangono giovani

Il mondo nel suo complesso sta invecchiando rapidamente. A livello globale, il numero di persone di età superiore ai 65 anni è già maggiore del numero di bambini sotto i 5 anni. Entro il 2050, sarà il doppio di quello dei bambini sotto i 5 anni e supererà quello dei giovani tra i 15 e i 24 anni.

FIGURA 1 / ANZIANI (65 ANNI E PIÙ) PER BAMBINI (MENO DI 5 ANNI) PER CLASSI DI REDDITO DEI PAESI, 1950-2050



Fonte: World Bank. 2023. *World Development Report 2023: Migrants, Refugees, and Societies*. Washington, DC: World Bank. WDR 2023 team calculations, based on the medium fertility scenario of World Population Prospects 2022 applied to country income groups. (Tratto da Neodemos)

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 Pennella, 70 - 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

La salute in bilico

La salute delle persone e la tenuta dei sistemi sanitari nei Paesi a basse risorse sono continuamente messi alla prova e indeboliti da conflitti armati e crisi interne, violenza di genere, diffusione crescente delle malattie croniche non trasmissibili. L'equilibrio della salute dipende da moltissimi fattori che vanno considerati e gestiti in modo integrato.



DIALOGO

PAG. 2

LA SALUTE IN BILICO

Testo di / don Dante Carraro

PAG. 3

SOLO L'AFRICA CI SALVERÀ

Testo di / Gavino Maciocco



FORUM

PAG. 4

LA VIOLENZA DI GENERE NEI PAESI FRAGILI

Testo di / Giovanni Putoto

PAG. 8

L'ETICA DELLA DISSIDENZA

Testo di / Benedetto Saraceno

PAG. 9

GAZA. SE NON È GENOCIDIO...

Testo di / Gavino Maciocco

PAG. 10

LA RICERCA OPERATIVA PER COSTRUIRE SALUTE

Testo di / Francesca Tognon, Jerry Icho



ESPERIENZE DAL CAMPO

PAG. 12

NCDs NELL'AFRICA SUB-SAHARIANA

Testo di / Gavino Maciocco

PAG. 13

UNO STUDIO PER L'ECO DELL'EDEMA IN SIERRA LEONE

Testo di / Serena Crisci, Simone Di Filippo, Michele Orsi, Luigi Pisani

PAG. 14

VIOLENZA DI GENERE: TRAGEDIA E SFIDA DA COGLIERE

Testo di / Michele Orsi, Laila Giorgia Micci, Edgardo Somigliana,

Giussy Barbara

PAG. 15

GESTIONE E TRATTAMENTO DELLE NCDs: IL CASO TANZANIA

Testo di / Noemi Bazzanini

PAG. 16

GBV AND MHPSS RESPONSE A CABO DELGADO

Testo di / Vittoria Tani



RASSEGNA

PAG. 17

LA SFIDA DELLE NCDs TRA I RIFUGIATI UCRAINI IN MOLDAVIA

Testo di / Emanuela Parotto

PAG. 19

"AFRICA ANDATA E RITORNO": UN RACCONTO CORALE

Testo di / Francesco Vladimiro Segala



DIALOGO

LA SALUTE IN BILICO

Il diritto alla salute è messo duramente alla prova da conflitti, crisi economiche e politiche e instabilità, con ricadute su singoli e comunità. Per questo lo sguardo del Cuamm continua a rivolgersi verso gli ultimi, perché, in questi tempi turbolenti, sia garantito anche a loro quello stato di benessere fisico, psichico e sociale che chiamiamo salute.

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

Iniziamo questo 2024 nella sofferenza delle guerre, con quella profonda lacerazione che portano con sé le continue stragi di persone innocenti: uomini, donne e bambini che perdono la vita in modo disumano o vivono sofferenze indicibili, a Gaza, in Ucraina, nel conflitto dimenticato del Tigray o nel tormentato Yemen. Situazioni che abbiamo visto già troppe volte e continuiamo a vedere anche nella nostra Africa.

Dietro a queste morti si celano altrettante situazioni di difficoltà, che nei territori di guerra sono amplificate: le strutture sanitarie diventano target militari; l'assistenza al parto e i servizi per mamme e bambini vengono scardinati, la cura dei malati cronici perde di importanza mentre la violenza, inclusa quella di genere, si amplifica.

La conosciamo bene questa "bilancia", dove il peso di conflitti, crisi economiche e politiche, instabilità sociale toglie qualunque equilibrio personale e comunitario. Dove ci sono pesi di questo tipo, il prezzo da pagare per la salute è altissimo: le traiettorie di vita si interrompono, l'identità della persona e del gruppo sono lacerate, la salute ne esce compromessa per generazioni. Il nesso è chiaro: laddove non c'è rispetto per l'uomo, non c'è rispetto neanche per gli aspetti fondamentali della condizione umana come la salute.

È proprio in questa situazione prolungata e di profonda lacerazione globale, in cui la salute così intesa sembra a rischio, che abbiamo deciso di dedicare questa uscita della rivista alle grandi sfide di chi come noi si trova a operare in contesti di fragilità. Da un lato l'importanza di garantire attenzione e servizi per chi soffre di malattie croniche (NCDs): malattie che ogni anno uccidono 41 milioni di persone, corrispondenti al 74% dei decessi a livello globale, e di cui il 77% dei decessi complessivi è nei Paesi a basso e medio reddito (WHO, 2023). In questi Paesi spesso provati anche da situazioni di emergenza umanitaria e conflitti, i trattamenti delle malattie croniche, che richiedono continuità delle cure e monitoraggio costante, vengono interrotti per primi a favore degli interventi sulle patologie con carattere di emergenza-urgenza. Un fenomeno che abbiamo toccato con mano anche durante la missione Cuamm in Moldavia, nei centri di accoglienza per i profughi ucraini (pag. 17): nell'attività ambulatoriale diurna che abbiamo gestito sono state assistite principalmente persone con problemi di salute non direttamente correlati al conflitto, a dimostrazione della rilevanza di questo problema sanitario anche in contesti di emergenza.

Sempre rimanendo in contesti critici e di conflitto, abbiamo fortemente voluto dedicare un approfondimento al tema della violenza di genere (GBV) che assume contorni ancora più drammatici in assenza di stabilità. Ne troviamo conferma nell'articolo di Orsi et. al. (pag. 14), che porta una riflessione sul tema a partire dalle stime dell'OMS secondo cui nei Paesi a risorse limitate e con conflitti la prevalenza di donne vittime di violenza negli ultimi 12 mesi e nel corso della propria vita è rispettivamente del 22% e 37% (WHO, 2018); e anche nell'articolo di Putoto (pag. 4) che prova a tracciare i contorni, i fattori di rischio e le strategie in atto per contrastare un fenomeno di portata globale.

E ancora, in questo numero si tocca un altro dei temi che sempre più intercettiamo, quello della salute mentale come fattore determinante nel benessere degli individui, presentando l'ambulatorio mobile con cui Cuamm Bari fornisce servizi di assistenza sanitaria ai migranti del foggiano, integrando assistenza medica di base a un servizio di salute mentale e di sostegno psicosociale.

Il nostro sguardo verso gli ultimi e, più in generale, verso ciascuno, continua a tener fede a quel principio della Dichiarazione universale dei diritti umani del 1948 e al Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali del 1966 che sempre risuonano attuali: la salute come stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non la semplice assenza di malattia o infermità; la salute come diritto umano.

Come operatori di salute, continuiamo batterci perché la salute possa essere un diritto di ciascuno, anche in questo tempo turbolento.



DIALOGO

SOLO L'AFRICA CI SALVERÀ

Mentre l'Italia e l'Europa invecchiano e sembrano perdere quello slancio verso il futuro che ha segnato la loro storia nel XX secolo, l'Africa di oggi pulsa di energie e risorse che disegneranno i prossimi scenari a livello globale. Pur nelle molte difficoltà, il continente africano va ormai considerato un interlocutore cruciale con cui costruire nuove relazioni.

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

Sgomento e sdegno sì, ma non stupore, ha suscitato la proposta di AfD (*Alternative für Deutschland*) di deportare dalla Germania tutti gli immigrati, sia quelli irregolari che quelli regolarmente residenti, e anche quelli che hanno ottenuto la cittadinanza tedesca. Non stupore perché AfD è un partito di estrema destra neo-nazista di cui sono note le tendenze razziste, islamofobe, antisemite, xenofobe e identitarie. Alle elezioni federali del 2021 AfD ha ottenuto il 10% e 83 deputati, ma in alcuni Länder della Germania orientale ha raggiunto percentuali superiori al 20%. Alle europee del 2019 AfD ha ottenuto 11 seggi e aderisce al gruppo parlamentare "Identità e Democrazia", di cui fa parte anche la Lega.

Altra idea indecente era stata la decisione di Boris Johnson di stabilire un accordo con il Ruanda per deportare gli "irregolari" nel Paese africano. La partenza del primo volo era prevista per giugno 2022 ma è stata cancellata dopo un intervento della Corte europea dei diritti dell'uomo. L'ultima sentenza della Corte Suprema – la più alta corte del Regno Unito – ha stabilito che il piano di deportazione (già costato 140 milioni di sterline) è illegale. Nessun richiedente asilo è stato inviato in Ruanda.

Anche l'Italia ha recentemente scelto la strada della deportazione degli "irregolari", destinazione Albania. Del resto due dei partiti del governo in carica hanno in passato propugnato idee razziste e xenofobe simili a quelle dell'AfD. Poi una volta al governo hanno cercato di darsi una patina di rispettabilità (Piano Mattei). Ma le politiche sull'immigrazione continuano a essere chiuse e vessatorie, rese ancora più dure dopo il Decreto Cutro: zero accoglienza e integrazione, periodi più lunghi di detenzione nei famigerati CPR e – infine, ciliegia sulla torta – la deportazione in Albania (costo 673 milioni di euro in dieci anni).

Un'operazione costosa e inutile, questa dell'Albania – ammesso che sia lecita – perché si trasferiscono sull'altra sponda dell'Adriatico le procedure di riconoscimento di asilo e dei periodi di detenzione dei migranti, ma poi questi torneranno tutti in Italia o per essere accolti o respinti al Paese di origine (evento raro, meno dell'1% degli "irregolari" l'anno). Ma è un'operazione che si deve sbandierare in vista delle elezioni europee. Mentre sarà regolarmente rimosso un dato che demografi ed economisti da anni non si stancano di evidenziare: l'Italia è destinata a un inarrestabile declino demografico con conseguenze catastrofiche sull'economia e sui livelli di *welfare*. Nel 2050 l'Italia avrà perso complessivamente 4,5 milioni di residenti. È quanto emerge dal 57esimo rapporto del Censis. La flessione demografica sarà il risultato di una diminuzione di 9,1 milioni di persone con meno di 65 anni e di un contestuale aumento di 4,6 milioni di persone over 65. Il 34,5% della popolazione sarà anziana e sola.

Abbiamo detto che il governo ha cercato di darsi un contegno, proponendo per il futuro un piano di aiuti nei confronti dell'Africa (mentre oggi gli Africani si fanno morire in mare e si torturano a terra), il cui obiettivo sotteso, neppure troppo velato, è che mediante gli aiuti si possano fermare le migrazioni dall'Africa verso l'Europa. «Certo, l'Europa, e l'Italia, – scrive lo storico Andrea Graziosi¹ – hanno di che dare all'Africa ed è giusto lo facciano, in un rapporto privo di sensi di superiorità e ricordi di passata protervia. Ma è in Africa che ci sono oggi la vita e l'energia che animavano l'Italia e l'Europa occidentale del "miracolo". (...) Non siamo più solo e tanto noi che aiutiamo loro a crescere, giovandocene, ma sono loro che crescendo possono aiutare noi, traendo da ciò, come facemmo noi allora, dei benefici. (Si può aggiungere che, oltre a essere il continente più giovane del pianeta, con un'età media di 20 anni, l'Africa possiede il 30% delle risorse minerarie mondiali e il 60% delle terre coltivabili inutilizzate a livello planetario). Non è facile accettarlo, riconoscere di aver bisogno di quel "bastone della vecchiaia". Ma questa incapacità di fare i conti con la realtà è alla radice della retorica dell'"aiutiamoli a casa loro per non farli venire qui", una retorica che è purtroppo riecheggiata anche attorno al Piano Mattei, e che è sbagliata non solo e non tanto perché totalmente irrealistica nei suoi dati di partenza ma soprattutto perché, nelle condizioni attuali, siamo noi ad avere bisogno dell'aiuto altrui».

NOTE

¹ Graziosi A, *Così s'è ribaltato il rapporto con l'Africa: oggi siamo noi che abbiamo bisogno di lei*. Il Foglio del 30 gennaio 2024.



FORUM

LA VIOLENZA DI GENERE NEI PAESI FRAGILI

È un fenomeno globale che mina la salute fisica e mentale di chi la subisce, a qualsiasi latitudine si verifichi. Ma in alcuni Paesi a basso reddito, molti dei quali in Africa e già coinvolti in emergenze umanitarie o in conflitti, la violenza di genere assume contorni ancora più critici, innestandosi su fattori socio-culturali, comportamentali e ambientali che aumentano le dimensioni e l'impatto del fenomeno.

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

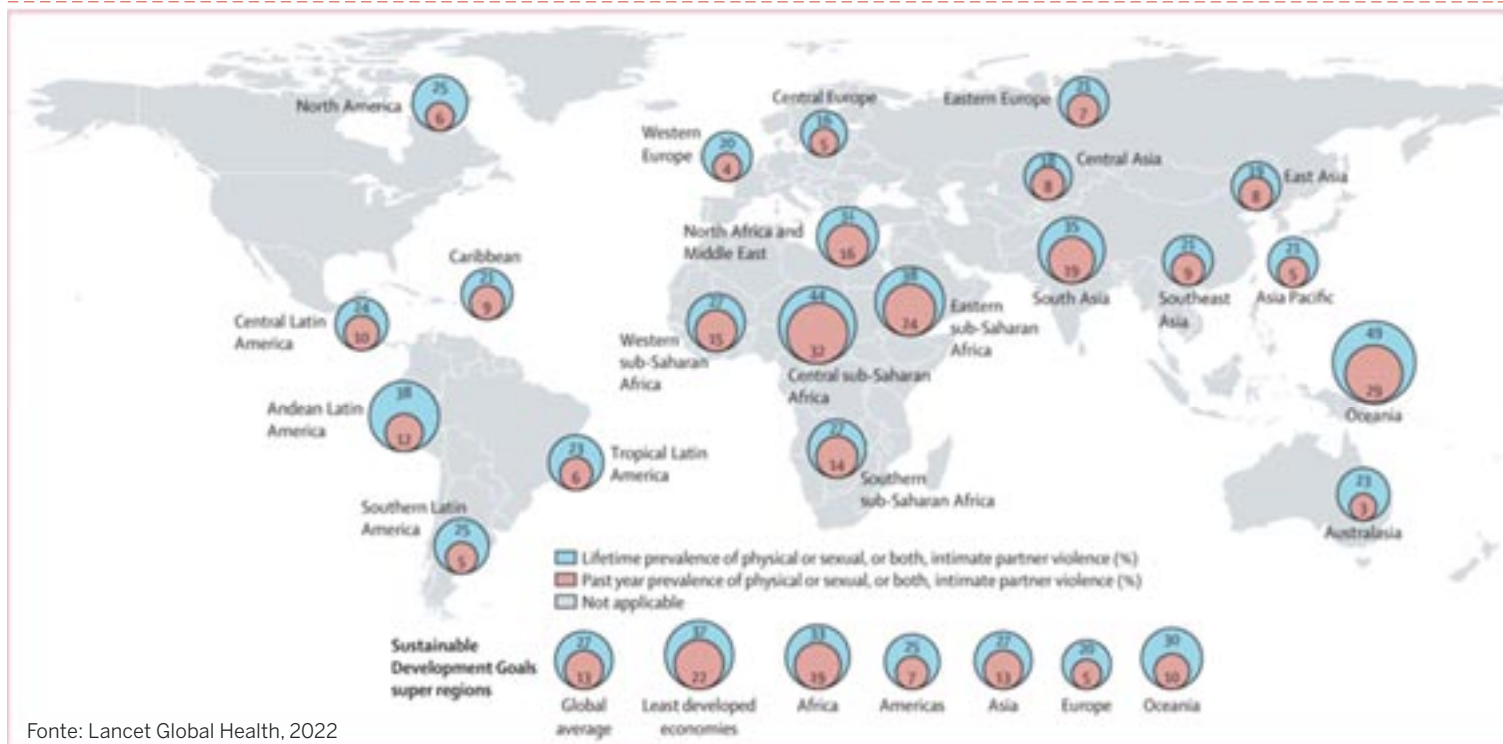
UN FENOMENO GLOBALE

Parlare di violenza in questi giorni è parlare di donne. E di conflitti ed emergenze complesse. La violenza contro le donne o violenza di genere (*Gender Based Violence*), è un problema grave di interesse globale. Il tema è relativamente nuovo, non poggia, però, su una definizione concettuale universalmente riconosciuta né si avvale di strumenti e metodi standardizzati di raccolta e analisi dei dati. La misurazione delle GBVs è ancora complessa e insoddisfacente. Le fonti più accreditate rimangono il *WHO Global Database on Prevalence of Violence Against Women* e le *Demographic and Health Surveys*. La violenza psicologica del partner intimo è raramente misurata e l'effetto di misurazioni dell'*empowerment* delle donne è saltuariamente determinato. Le cifre che si riportano, quindi, vanno trattate con la dovuta cautela.

LA VIOLENZA DI GENERE (GENDER BASED VIOLENCE)

La violenza di genere è una violazione dei diritti umani perpetrata da un aggressore contro una persona a causa del suo genere o sesso. Le Nazioni Unite definiscono la violenza contro le donne come "qualsiasi atto di violenza basata sul genere (*Gender Based Violence*) che provoca o è probabile che provochi danni fisici, sessuali o mentali alle donne, comprese minacce di tali atti, coercizione o privazione arbitraria della libertà, che avvenga in pubblico o in privato"¹. La forma prevalente della violenza di genere è quella perpetrata dal partner intimo (*Intimate Partner Violence*). A livello globale, si stima che, in media, il 27% delle donne dai 15 ai 49 anni abbia subito violenza da parte di un partner intimo (IPV) o da parte di un non partner durante la loro vita e milioni siano quelle colpite da altre forme di violenza di genere, come il matrimonio infan-

FIGURA 1 / MAP OF 2018 LIFETIME VERSUS PAST YEAR PREVALENCE OF PHYSICAL OR SEXUAL, OR BOTH, INTIMATE PARTNER VIOLENCE AMONG EVER-PARTNERED WOMEN AGED 15-49 YEARS BY GLOBAL BURDEN OF DISEASE REGION AND SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS SUPER REGION



Fonte: Lancet Global Health, 2022

tile, precoce e forzato (*Child, Early and Forced Marriage*), il traffico sessuale e le pratiche tradizionali dannose. Le prevalenze più elevate della GBV rispetto alla media globale si riscontrano nelle regioni dell'Africa e in Oceania (**Figura 1**)².

GLI EFFETTI

La violenza del partner intimo può avere gravi effetti sulla salute fisica e mentale a breve e lungo termine, tra cui lesioni, depressione, ansia, gravidanze indesiderate, aborti, infezioni sessualmente trasmissibili, e altri ancora. La GBV può influire sul benessere sociale, portando a solitudine, ritiro sociale e una mentalità di vittima nella persona colpita. Inoltre, può portare anche alla morte. Si stima che globalmente il 38-50% degli omicidi di donne sia commesso dai partner intimi³. La violenza del partner intimo comporta anche notevoli costi sociali ed economici per governi, comunità e individui. Ad esempio, le donne in Tanzania che subiscono violenze guadagnano il 29% in meno rispetto a quelle che non subiscono alcun abuso; questa cifra aumenta al 43% per le donne sottoposte a forme più gravi di violenza⁴.

LA VIOLENZA DI GENERE NEI CONTESTI DELLE EMERGENZE COMPLESSE E DEI CONFLITTI ARMATI

GBV si caratterizza come un fenomeno complesso, ubiquitario, ma con differenze significative rispetto ai contesti. Una recente *survey* pubblicata dal *Lancet Global Health* sulla prevalenza nazionale, regionale e globale, della GBV che ha coinvolto 161 Paesi, identifica 28 Paesi con valori significativamente superiori alla media globale. Molti di questi Paesi sono a basso reddito e coinvolti in emergenze umanitarie complesse o in conflitti armati. Gran parte di loro si trovano in Africa⁵.

Durante le emergenze complesse e i conflitti armati, la GBV colpisce in modo sproporzionato le donne e in particolare le ragazze sebbene anche uomini, ragazzi e popolazioni lesbiche, gay, bisessuali, transgender e intersessuali subiscano diverse forme di violenza⁶. In contesti tipici come i campi di rifugiati la GBV può essere perpetrata da membri della famiglia (ad esempio, padri, fratelli, zii) o da altri nella comunità più ampia (ad esempio, insegnanti, leader comunitari, datori di lavoro, estranei, operatori umanitari). Le sedi dove si perpetra la violenza sono le più svariate come l'ambiente domestico, la scuola, i campi di lavoro, le fonti dell'acqua, il mercato, gli uffici e così via. Alcuni studi hanno documentato una frequenza di GBV che interessa fino a tre su quattro donne⁷.

Una forma particolarmente grave e odiosa è la cosiddetta “*Sexual and GBV*” (SGBV). Con l'aumentare dei conflitti armati e delle guerre, cresce anche la violenza sessuale perpetrata su vasta scala come “arma di guerra e terrorismo”⁸. In altre parole, durante e dopo i conflitti armati le donne e le ragazze vengono intenzionalmente violentate, intimidite, abusate sessualmente e fisicamente, rapite e costrette a forme di schiavitù sessuale, a

gravidanze indesiderate, ad abortire e/o uccise da parte di gruppi armati statali e non statali.

I pochi studi indipendenti condotti in alcuni Paesi hanno riportato una prevalenza di violenza sessuale che varia dal 2,6% nella attuale crisi bellica in Ucraina al 21,3% nel Sud Sudan durante la guerra civile tra il 2005 e il 2011; al 9,7% in Tigray-Etiopia nel 2021. Da notare che tra l'80 e il 90% delle donne sopravvissute alla SGBV non ha ricevuto alcuna forma di assistenza medica e psicologica⁹.

Secondo il più recente rapporto del Segretario delle Nazioni Unite “*Sexual and Conflict-Related Sexual Violence*” relativo all'anno 2022, i Paesi dove più diffusa è questa violazione dei diritti umani sono Repubblica Centrafricana, Sud Sudan, Repubblica Democratica del Congo, Mozambico, Etiopia, Libia, i Paesi della fascia del Sahel e del Corno d'Africa assieme a Ucraina, Afghanistan, Siria, Yemen e Colombia¹⁰.

Per la particolare efferatezza di questo reato, le Nazioni Unite hanno designato la SGBV come crimine di guerra penalmente perseguibile nell'articolo 8 dello statuto di Roma della Corte Penale Internazionale.

I FATTORI DI RISCHIO

Sono molteplici, concomitanti e aggravanti i fattori di rischio alla base della GBV. Una revisione sistematica focalizzata sui Paesi ad alta prevalenza di GBV¹¹, li distingue in i) fattori personali, tra cui la giovane età, l'analfabetismo e il non essere sposati; ii) fattori socio-culturali come povertà, disoccupazione, sfollamento, stress e i disaccordi coniugali, residenza in aree rurali, assenza di supporto/protezione sociale, occupazioni rischiose, rotture delle norme sociali sulla violenza e cultura patriarcale; iii) fattori comportamentali come l'uso di alcol e altre sostanze e infine, iv) fattori ambientali come le emergenze complesse, i conflitti armati, l'impunità. Allo stesso modo, molti di questi sono stati osservati aumentare anche dopo le catastrofi naturali o sanitarie come l'epidemia di Covid-19, suggerendo che i tassi di violenza aumentino anche in contesti di questo tipo.

La conoscenza di questi fattori e la loro combinazione risultano fondamentali per migliorare la comprensione della prevalenza, natura ed effetti della GBV, nonché per capire come questa differisca tra gruppi di età, Paesi e regioni. Molti di questi fattori segnalano come alla base delle GBV ci siano ragioni di carattere culturale (es. il ruolo della donna nella famiglia e nella società) associate a disuguaglianze strutturali come il ridotto accesso delle ragazze all'istruzione, alla sanità e al reddito. È dalla conoscenza di questi fattori e dalla loro interazione nelle diverse situazioni che si sviluppano gli interventi e le politiche di prevenzione.

LA GESTIONE DEI CASI DI GBV, LE POLITICHE E I PROGRAMMI DI PREVENZIONE

In contesti emergenziali e di conflitto, gli interventi essenziali da

porre in essere per la gestione dei casi di GBV sono complessi, multisettoriali e richiedono competenze differenziate¹² e un approccio di sistema¹³. Riguardano la creazione di luoghi "sicuri" per le vittime e l'offerta di servizi dedicati e ritagliati sui bisogni quali: l'assistenza sanitaria, il supporto psicologico, sociale ed economico, la protezione e l'assistenza legale, il sistema di riferimento a centri per la gestione delle emergenze e infine il coordinamento fra le parti interessate¹⁴. Il caso di Cabo Delgado in Mozambico presentato in questo numero fa da riferimento a questa tipologia di intervento.

Sul piano delle politiche e dei programmi finalizzati alla prevenzione della GBV, l'Agenda 2030 delle Nazioni Unite per gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDGs) prevede l'Obiettivo 5 sulla parità di genere e l'*empowerment* delle donne. Il Target 5.2 mira all'eliminazione di ogni forma di violenza contro le donne e le ragazze nei contesti pubblici e privati, compresi il traffico, lo sfruttamento sessuale e altri tipi di violenza.

Questo obiettivo riflette l'impegno della comunità internazionale nell'affrontare ed eliminare la violenza di genere come parte degli sforzi più ampi per promuovere la parità di genere e l'*empowerment* delle donne.

Il raggiungimento di questo obiettivo richiede politiche e azioni a livello nazionale e globale.

Il quadro di riferimento per lo sviluppo e l'implementazione delle politiche nazionali in tema di prevenzione delle GBV è il programma

RESPECT dell'OMS che propone 7 strategie di prevenzione basate sulla evidenze, quali: Potenziamento delle competenze relazionali; Autonomia delle donne; Garanzia dei servizi; Riduzione della povertà; Creazione di ambienti sicuri; Prevenzione dell'abuso sui bambini e sugli adolescenti; Trasformazione di atteggiamenti, credenze e norme¹⁵. Almeno 118 Paesi hanno stabilito leggi contro la violenza del partner intimo e ancor più Paesi hanno sviluppato o aggiornato linee guida nazionali per le risposte del settore sanitario alla violenza contro le donne e le ragazze basate sulle strategie proposte dell'OMS¹⁶.

Nonostante alcuni miglioramenti nel corso degli ultimi due decenni, la situazione attuale della violenza tra partner intimi rimane preoccupante nei Paesi a basso e medio reddito (LMICs), e in alcuni Paesi si è addirittura registrato un peggioramento della prevalenza della violenza tra partner intimi¹⁷. In definitiva, rimane tutt'ora enorme e inaccettabile lo scarto tra le politiche e le pratiche. Ma la sfida più profonda riguarda i cambiamenti di quei tratti culturali e comportamentali, presenti in tutte le società, che si frappongono al pieno rispetto della dignità della donna e al suo *empowerment* nella comunità.

Motivi, questi, per continuare a lavorare con serietà su tutti i fronti, soprattutto sul campo, affrontando i problemi e adottando iniziative di valutazione e ricerca, *lobby* e *advocacy*, al fine di tenere alta l'attenzione su un tema, quello della violenza contro le donne, che interpella la coscienza di tutti, cittadini e operatori sanitari.

NOTE

1 Resolution 48/104: Declaration on the Elimination of Violence against Women. Forty-eighth session of the General Assembly, 20 December 1993. New York (NY): United Nations; 1993.

2 Lynnmarie Sardinha, Mathieu Maheu-Giroux, Heidi Stöckl, Sarah Rachel Meyer, Claudia García-Moreno *Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018* Lancet 2022; 399: 803–13.

3 *Gender-related killings of women and girls (femicide/feminicide): Global estimates of female intimate partner/familyrelated homicides in 2022*. UNODC. <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2023/11/gender-related-killings-of-women-and-girls-femicide-feminicide-global-estimates-2022>.

4 Atalay R, Ayele G, Clarke S and Michael M (2022) *The quarantine paradox: The economic cost of the increase in violence against women and girls in Sub-Saharan Africa*. Front. Public Health 10:1029823.

5 Sardinha L, Maheu-Giroux M, Stöckl H, Rachel Meyer S, García-Moreno C, *Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018* Lancet 2022; 399: 803–13.

6 Kiss, L., et al., *Male and LGBT survivors of sexual violence in conflict situations: a realist review of health interventions in low-and middle-income countries*. *Conflict and health*, 2020. 14(1): p. 1-26.

7 *A Systematic Review of Prevalence Studies of Gender-Based Violence in Complex Emergencies* Lindsay Stark and Alastair AgerView all authors and affiliations Volume 12, Issue 3 <https://doi.org/10.1177/1524838011404252>.

8 Stark L, Wessells M. *Sexual violence as a weapon of war*. *Jama*. 2012;308(7):677–8. doi: 10.1001/jama.2012.9733.

9 Fisseha G, Gebrehiwot TG, Gebremichael MW, et al. *War-related sexual and gender-based violence in Tigray, Northern Ethiopia: a community-based study*. *BMJ Glob Health* 2023;8:e010270. doi:10.1136/bmjgh-2022-010270.

10 Conflict-related sexual violence - Report of the Secretary-General (S/2023/413) [EN/AR/RU/ZH].

11 Mannell J, Lowe H, Brown L, et al. *Risk factors for violence against women in high-prevalence settings: a mixed methods systematic review and meta-synthesis*. *BMJ Global Health* 2022;7:e007704. doi:10.1136/bmjgh-2021-007704.

12 Inter-Agency Standing Committee (IASC), *Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing risk, promoting resilience and aiding recovery*. 2015.

13 <https://www.who.int/news/item/25-11-2021-gender-based-violence-is-a-public-health-issue-using-a-healthsystems-approach>

14 IMC. IRC. UNFPA. UNICEF. UNHCR. USAID, *Interagency Gender-Based Violence Case Management Guidelines. Providing care and case management services to Gender-Based Violence survivors in Humanitarian Settings*. January 2017.

15 <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/07/respect-women-implementation-package>

16 Chandra-Mouli V, Ferguson BJ, Plesons M, et al. *The political, research, programmatic, and social responses to adolescent sexual and reproductive health and rights in the 25 years since the International Conference on Population and Development*. *J Adolesc Health* 2019; 65: S16–S40.

17 Ning Ma, Shaoru Chen et al *Prevalence and changes of intimate partner violence against women aged 15 to 49 years in 53 low-income and middle income countries from 2000 to 2021: a secondary analysis of population-based surveys* *Lancet Glob Health* 2023; 11: e1863–73.



IL DIRITTO ALLA CURA AI BRACCIANTI DEL FOGGIANO

Dal 2015 in Puglia Medici con l'Africa Cuamm Bari, con il supporto della Regione, fornisce servizi di assistenza sanitaria ai migranti del foggiano grazie a un camper clinico multidisciplinare attrezzato per le visite mediche. I bisogni di salute dei migranti sono quelli tipici dei braccianti agricoli sottoposti a lavori pesanti, usuranti e faticosi. Gli insediamenti informali in cui vivono sono spesso lontani dai centri abitati e privi di servizi di base adeguati, come l'acqua corrente, i servizi igienici, l'elettricità, il riscaldamento. In questo contesto i volontari del Cuamm offrono assistenza medica di base e integreranno ulteriormente questa attività con un servizio di salute mentale e di sostegno psicosociale.





FORUM

L'ETICA DELLA DISSIDENZA

Una riflessione su un certo fanatismo di pensiero – strisciante ma non meno dannoso – diffuso in una parte del nostro “mondo occidentale”. E un invito a non perdere di vista, soprattutto i medici, la necessità morale che ci ricorda come le persone sono sempre più importanti delle idee assolute e la salute è un diritto per tutti, senza distinzioni.

TESTO DI / BENEDETTO SARACENO / LISBON INSTITUTE OF GLOBAL MENTAL HEALTH

SE IL FANATISMO È “IN BORGHESE”

Qualche breve riflessione sul fanatismo oggi imperante in Europa e negli Stati Uniti. Fanatismo che preoccupa perché non si manifesta in forme rumorose, estreme e facilmente condannabili ma piuttosto con i toni pacati del buon senso e del richiamo a valori universali di pace e democrazia. Possiamo definirlo un fanatismo in borghese, ossia espresso dalle classi dominanti che si appellano ai “valori”. Già, i “valori”: valori occidentali, valori europei, valori universali eccetera. Quali siano questi valori non è chiaro e se guardiamo alle guerre in Iraq scatenate da USA e Gran Bretagna, alle dittature sudamericane sostenute dagli USA negli ultimi cento anni, alla acquiescenza europea verso l'occupazione della Palestina da parte di Israele, agli affari che UE e USA fanno ogni giorno con dittature e stati canaglia, facciamo fatica a vedere i valori europei e occidentali incarnarsi in politiche e scelte difendibili ed eticamente accettabili. E questo fanatismo in giacca e cravatta lo vediamo bene oggi applicato quotidianamente al conflitto fra lo Stato di Israele e lo Stato negato della Palestina.

NEL CONFLITTO TRA ISRAELE E PALESTINA

Oggi, i fascisti di Hamas sono al servizio dei fascisti violenti dell'Iran. Il popolo palestinese dovrebbe riuscire a liberarsi di Hamas e dovrebbe ritrovare le radici laiche della propria storica lotta contro l'occupazione illegale di Israele.

Il consenso di cui gode Hamas è il frutto di anni di indebolimento delle lotte per la creazione di uno Stato palestinese e tale indebolimento è dovuto non solo alla corruzione dei leaders di Fatah ma anche all'appoggio interessato che Israele ha dato ad Hamas in funzione antipalestinese.

I fascisti di Netanyahu sono al servizio di una ideologia coloniale, espansionista e razzista che nega ai palestinesi il diritto a essere cittadini liberi e padroni delle loro terre e indipendenti come popolo / nazione. È urgente che il popolo ebraico in Israele e nel mondo riesca finalmente ad accettare la critica alla politica coloniale di apartheid imposta ai palestinesi senza tacitare questa critica come «antisemitismo».

Israele ha diritto di esistere sicura e in pace. I palestinesi hanno di-

ritto a territori e indipendenza. I diritti dei palestinesi non giustificano il terrorismo islamico contro innocenti cittadini israeliani. Deve cessare l'uso politico e strumentale dell'antisemitismo per giustificare la violenza di Israele. La carneficina in atto a Gaza non solo non è accettabile per ogni diritto umanitario internazionale ma è resa ancor più disumana dalla continua evocazione della Shoah da parte del governo di Israele come se il genocidio perpetrato dai nazisti costituisse una immunità e impunità per i governi dello Stato di Israele. Deve inoltre cessare l'uso politico e strumentale della critica al sionismo per giustificare la violenza di Hamas e sdoganare ogni tentazione antisemita.

Che l'odio verso Israele non alimenti nuovo antisemitismo. Che la vendetta contro Hamas non uccida un intero popolo. Che i coloni israeliani cessino le violenze contro i palestinesi della Cisgiordania illegalmente occupata da insediamenti che distruggono la possibilità di un legittimo Stato palestinese. Che chi davvero vuole la pace non esponga le bandiere israeliane o palestinesi ma promuova la ripresa degli accordi di Oslo.

PER UN'ETICA DELLA DISSIDENZA

Ma chi pronunciasse il contenuto qui riassunto in poche righe oggi sarebbe condannato o come mostruoso antisemita oppure come imperialista filoisraeliano. Condannato da tutte le parti. Semplicemente perché chi pronunciasse il contenuto qui riassunto in poche righe non sarebbe un Fanatico ma piuttosto un Dissidente dai *mainstream* di destra e di sinistra. Una destra tradizionalmente antisemita che espone bandiere israeliane in funzione antipalestinese e una sinistra spesso anche antisemita che espone bandiere palestinesi in funzione antisraeliana. Fanatismo dominante a cui pochi cercano di sottrarsi.

Ogni medico accetta l'impegno del giuramento di Ippocrate («In tutte le case che visiterò entrerò per il bene dei malati...»). Dunque, “tutte le case”, senza distinguere fra amici o nemici, fra uguali o diversi, fra ricchi o poveri. Chissà se quando i medici giurano comprendono che stanno adottando una guida morale contro quel fanatismo che separa con una lama netta i “loro” dai “noi”, i buoni dai cattivi e non riesce mai a interrogarsi e a guardare l'uomo, la donna e il bambino costretti a interpretare come attori il tragico ruolo dell'“altro”, del nemico.

Noi medici dovremmo trasmettere a tutti l'idea che gli esseri vi-



GAZA. SE NON È GENOCIDIO...

La situazione a Gaza è sempre più drammatica, il livello dello scontro con Israele continua a salire e una risoluzione del conflitto in corso appare una prospettiva ancora distante.

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

Franz Fanon (1926-1961), medico e psichiatra, è autore di un fondamentale libro sul colonialismo: *I dannati della terra*. Quando, in questo testo, si tratta del rapporto tra coloni e colonizzati si rivedono esattamente i rapporti tra israeliani e palestinesi. «A volte tale manicheismo spinge fino in fondo la sua logica e disumanizza il colonizzato. A rigor di termini, lo animalizza. E difatti il linguaggio del colono, quando parla del colonizzato, è un linguaggio zoologico». Come quando, all'indomani del 7 ottobre, Yoav Gallant, ministro della difesa israeliano, annunciò: «Stiamo mettendo un assedio completo a Gaza. Niente elettricità, niente cibo, niente acqua, niente gas: è tutto chiuso». «Stiamo combattendo gli animali umani», ha aggiunto, «e ci comportiamo di conseguenza». Anche per queste frasi pronunciate da un membro del governo israeliano, la Corte internazionale di giustizia ha accolto, sebbene in parte, le richieste di «misure urgenti» presentate dal Sudafrica che accusa lo Stato ebraico di violare la Convenzione contro il genocidio nella sua guerra contro Hamas. I giudici dell'Aja hanno quindi riconosciuto che esiste un caso da valutare – respingendo così la richiesta di archiviazione avanzata da Israele – e che la situazione umanitaria a Gaza necessita di un intervento tempestivo a protezione dei civili. Ma non si sono spinti fino a imporre un immediato cessate il fuoco, che era la prima richiesta di Pretoria.

È trascorso quasi un mese da quando, era il 26 gennaio, la Corte dell'Aja ha deciso di non archiviare il caso contro Israele, al cui governo è stato richiesto di prevenire atti genocidari e di adottare misure immediate per consentire la fornitura dei servizi di base e dell'assistenza umanitaria nella Striscia. La sentenza del 26 gennaio non ha modificato il corso della guerra: è continuata la carneficina di civili, sono continuati gli attacchi alle poche strutture sanitarie ancora funzionanti, sono enormemente peggiorate le condizioni di vita della popolazione a causa dell'assoluta carenza di beni essenziali, è sempre più diffusa la malnutrizione tra i bambini. Mentre scrivo queste poche righe leggo sulla BBC che «The World Food Programme has paused "life-saving" food deliveries to northern Gaza», lasciando senza cibo le 300.000 persone rimaste nella parte nord della Striscia. Come vogliamo chiamare tutto ciò?

venti sono più importanti delle idee grandi e assolute. Dovremmo imparare e insegnare a essere dissidenti.

Dissidenti dalle Etiche, dai Valori, dalle Ideologie, dalle Fedi. Sono quelle maiuscole che devono insospettirci. Abbiamo bisogno di un manuale del dissidente che ci ricordi come il bene non è avere "tutte" le ragioni e che la "giusta battaglia" (e ce ne sono e ce ne sono state di giuste e sacrosante battaglie) rimane giusta a misura in cui rimane umana.

La Dissidenza radicale ci chiama. Non c'è altra scelta che quella della verità e dei dubbi ad essa connessi. Abbiamo bisogno di una etica della dissidenza.

Noi medici abbiamo un compito alto, ossia quello di ricordare a tutti che prima della storia vi sono le case di tutti («...in tutte le case che visiterò entrerò per il bene dei malati...»).

Perché le ragioni della storia spesso sono soltanto carrarmati che schiacciano ogni vita che incontrano.



LA RICERCA OPERATIVA PER COSTRUIRE SALUTE

Come integrare meglio la ricerca sul campo con la programmazione sanitaria nei Paesi in via di sviluppo? E come far dialogare i diversi attori impegnati in questo ambito? Medici con l'Africa Cuamm ne ha discusso insieme a partner internazionali durante un evento organizzato in occasione della CPHIA 2023, la Conferenza Internazionale Africana di Salute Pubblica.

TESTO DI / FRANCESCA TOGNON E JERRY ICHTO / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

UNA RISORSA STRATEGICA

Lo scorso 22 novembre si è svolto l'incontro "*Operational research and civil society contributions to enhance Universal Health Coverage: the experience of Doctors with Africa Cuamm*", il *side event* ideato da Cuamm e inserito nel programma ufficiale della Conferenza Internazionale Africana di Salute Pubblica – CPHIA 2023¹. L'evento ha coinvolto oltre 50 partecipanti di diverso profilo – medici, istituzioni, ong, *stakeholder*, studenti – alternando momenti di approfondimento e dialogo attivo tra i partecipanti con l'obiettivo di mettere in luce il ruolo della ricerca operativa da diversi punti di vista.

Un'occasione importante per discutere su un tema in cui Cuamm investe con determinazione, convinto che la ricerca sia uno strumento strategico e di programmazione imprescindibile da affiancare alle azioni sul campo, come dimostrano le oltre 240 pubblicazioni su riviste scientifiche a cui ha contribuito dal 2013 a oggi. Anche per questo si ritiene necessario dare sempre maggiore spazio alla voce della ricerca operativa nelle decisioni strategiche e nella costruzione di politiche sanitarie che siano realmente efficaci, durature e adatte alla specificità dei contesti a cui sono destinate.

GAP DA COLMARE E CRITICITÀ

Com'è noto, però, parlare di ricerca operativa nei Paesi a basse risorse non è affatto semplice: sono molti i *gap* strutturali con cui fare i conti e che si vorrebbero colmare, agendo in modo sistematico e con una prospettiva di medio termine. Come ha sottolineato in apertura Giovanni Putoto, responsabile della ricerca e programmazione Cuamm, ci sono alcuni punti critici che risultano più evidenti ad un'analisi generale: la necessità di coinvolgere le comunità e gli *stakeholder* locali nella ricerca operativa; l'importanza di rendere più efficace il trasferimento di conoscenza tra ricercatori e *practitioners*; la scarsa considerazione delle esperienze e delle esigenze di chi opera sul campo nel definire le priorità di ricerca; infine, l'esigenza di rendere più usabili e accessibili gli strumenti e i dati sanitari disponibili. Si tratta di criticità che si innestano in contesti già complessi ma che possono indicare delle direttrici possibili sulle quali intervenire e gli

attori pubblici e privati da coinvolgere in questo processo di cambiamento e integrazione tra le parti.

BUONE PRATICHE DAL CAMPO

Perché il contributo della ricerca operativa sia ancora più incisivo e integrato, il percorso da fare è lungo e complesso, come hanno evidenziato i rappresentanti dell'Università di Makerere in Uganda, di UNICEF Mozambico e Cuamm confrontandosi in un *panel* su questi temi. Una prima risposta condivisa però è emersa e ribadisce la necessità che comunità locali, *practioners* e accademia si confrontino per definire le linee di intervento. Diventa fondamentale quindi che gli attori coinvolti nella programmazione e implementazione delle ricerche si riuniscano in tavoli di lavoro tecnici per condividere approcci e priorità. È solo consolidando un *network* di questo tipo che la ricerca operativa può trovare un suo spazio e contribuire allo sviluppo di sistemi e azioni a beneficio della salute di tutti.

Un altro aspetto rilevante che è emerso nella discussione è che nell'ambito della ricerca operativa le Organizzazioni Non Governative possono giocare un ruolo chiave nel creare evidenze e portarle all'attenzione delle Università e dei Ministeri al fine di migliorare le linee guida e le *policies*, poiché possono disporre di piattaforme, contatti e capacità di *advocacy* che le mettono in una posizione privilegiata per unire gli altri *stakeholder* nei Paesi. Come già accade, per esempio, in Uganda dove esistono già questi "tavoli tecnici" in cui le organizzazioni contribuiscono a sviluppare le *research agenda* nazionali nelle aree tematiche in cui l'organizzazione sta lavorando.

NUOVE PROSPETTIVE E TEMI

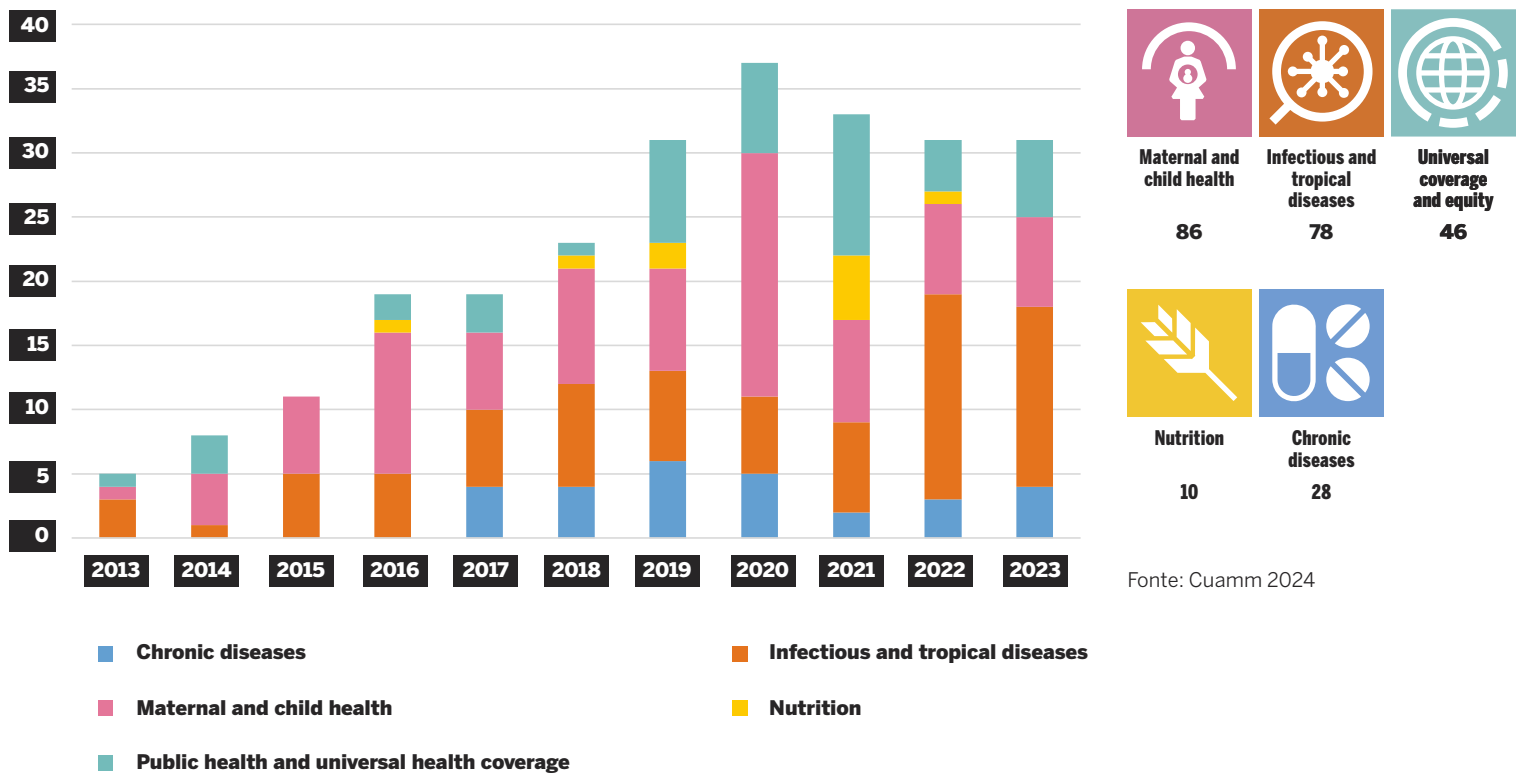
Di grande interesse sono stati anche i diversi contributi condivisi dai partecipanti durante i gruppi di lavoro in cui sono stati coinvolti nel *side event*. A partire da alcuni punti critici e da tre filoni specifici – malattie infettive, salute materno - infantile e malattie croniche – si è discusso di possibili soluzioni e buone pratiche per aumentare l'impatto della ricerca operativa nei Paesi a basse risorse dell'Africa sub-sahariana.

All'interno delle discussioni tematiche si è cercato di portare alla luce, da un lato, i possibili interessi di ricerca da approfondire nei vari ambiti, dall'altro le modalità e gli approcci concreti da adottare per rendere le ricerche operative sempre più efficaci nel migliorare la salute della popolazione. Tra i temi di ricerca emersi in modo più netto si segnalano in particolare: la violenza di genere (GBV) e la malattie mentali e il loro impatto sulla sfera della salute materno-infantile in tutte le diverse fasi di gravidanza, parto e post partum; la necessità di un approccio multidisciplinare nelle NCDs; la necessità di comprendere i determinanti socio-culturali che orientano i comportamenti e i loro cambiamenti.

Infine, è stata discussa la necessità di coinvolgere maggiormente nella ricerca i *community and field practioner*, cioè il personale sanitario impegnato nelle cure primarie, già dalle prime fasi di pianificazione e di definizione della domanda di ricerca. In una seconda fase, poi, questi stessi soggetti devono essere resi protagonisti e portavoce nella disseminazione dei risultati a vari livelli (ospedaliero, distrettuale, ministeriale).

Tutto questo per rendere la ricerca operativa uno strumento ancora più incisivo per facilitare il dialogo tra diversi *stakeholder* e contribuire un reale miglioramento dei servizi sanitari.

FIGURA / LA RICERCA OPERATIVA CUAMM 2013-2023 - LE AREE TEMATICHE



NOTE

1 Conference on Public Health in Africa (CPHIA 2023) - <https://cphia2023.com/>



ESPERIENZE DAL CAMPO

NCDs NELL'AFRICA SUB-SAHARIANA

I livelli di diffusione delle malattie non trasmissibili in Africa sub-Sahariana sono diventati simili a quelli di Paesi a più alto reddito ma la quantità di risorse destinate alla sanità nei due diversi mondi – quello più povero e quello più ricco – rimane enormemente diseguale. Con un impatto sanitario, socio-economico e politico di grande rilevanza.

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

I NUMERI DI UN PROBLEMA MONDIALE

Le malattie non trasmissibili (NCD) rappresentano la principale causa di morte in tutto il mondo, uccidendo 41 milioni di persone ogni anno, equivalente al 71% di tutti i decessi a livello globale. Tra le malattie non trasmissibili, i quattro principali killer, che insieme rappresentano oltre l'80% di tutte le morti premature per malattie non trasmissibili comprendono le malattie cardiovascolari (17,9 milioni di decessi ogni anno), tumori (9,0 milioni), malattie respiratorie (3,9 milioni) e il diabete (1,6 milioni). Ogni anno, più di 15 milioni di persone muoiono a causa di malattie non trasmissibili di età compresa tra 30 e 69 anni; l'85% di queste morti "premature" si verificano nei Paesi a basso e medio reddito.

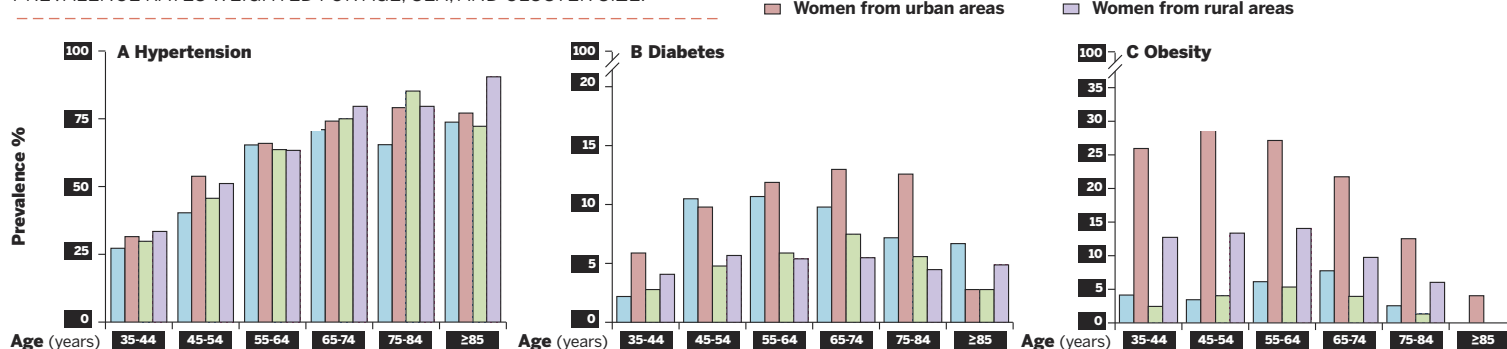
Negli ultimi due decenni c'è stata un'impennata del carico delle malattie non trasmissibili nell'Africa sub-sahariana, spinta da una crescente incidenza dei fattori di rischio cardiovascolare come diete non salutari, ridotta attività fisica, ipertensione, obesità, diabete, dislipidemia e inquinamento atmosferico. Si stima che nell'Africa sub-Sahariana entro il 2030 le malattie non trasmissibili siano destinate a superare quelle trasmissibili, le malattie materne e neonatali, e le malattie nutrizionali, messe insieme, come principale causa di mortalità¹. L'impennata di malattie non trasmissibili nell'Africa sub-Sahariana solleva una molteplicità di problemi, non solo di tipo sanitario, ma anche di carattere socio-economico e politico. C'è innanzitutto una generale povertà dei dati, una scarsa informazione

pubblica, una sottovalutazione del problema e una conseguente mancanza o ritardo di diagnosi delle varie situazioni patologiche.

IL CASO DEL GAMBIA

Tuttavia si stanno cominciando a produrre studi su scala nazionale, come quello recentemente pubblicato su *The Lancet* sulla prevalenza delle malattie non trasmissibili in Gambia, sulla popolazione adulta di età di 35 anni e oltre² (**Figura 1**). La prevalenza dell'ipertensione è del 47% (49,3% donne, 44,7% uomini), che cresce dal 30% nella fascia 35-45 anni al 75% nelle persone di età 75 anni e oltre. La prevalenza del diabete è del 6,3% (7,0 donne, 5,6% uomini) che cresce dal 3,8% nella fascia 35-45 anni al 9,1% nella fascia 65-75 anni, per poi declinare. La prevalenza del diabete è più marcata nelle aree urbane rispetto a quelle rurali. La maggiore prevalenza di ipertensione e diabete nelle donne è influenzata da maggiore prevalenza di obesità nelle donne (20,2%) che negli uomini (3,9%). Se da una parte si constata che i livelli di diffusione delle malattie non trasmissibili in Africa sub-Sahariana sono in poco tempo diventati simili a quelli di Paesi a più alto reddito, dall'altra la quantità di risorse destinate alla sanità nei due diversi mondi – quello più povero e quello più ricco – continua ad essere enormemente diseguale: mediamente 37\$ pro-capite l'anno nel mondo povero e 5.251\$ pro-capite l'anno nel mondo ricco (dati della Banca Mondiale riferiti al 2014).

FIGURA 1 / PREVALENCE OF OBESITY, HYPERTENSION, AND DIABETES BY AGE GROUP AMONG ADULTS AGED 35 YEARS OR OLDER IN THE GAMBIA. PREVALENCE RATES WEIGHTED FOR AGE, SEX, AND CLUSTER SIZE.



NOTE

¹ Bigna JJ, Noubiap JJ. *The rising burden of non-communicable diseases in sub-Saharan Africa*. www.thelancet.com/lancetgh Vol 7 October 2019.

² Jobe M. et Al. *Prevalence of hypertension, diabetes, obesity, multimorbidity, and related risk factors among adult Gambians: a cross-sectional nationwide study*. *Lancet Glob Health* 2024;12:e55–65.



ESPERIENZE DAL CAMPO

UNO STUDIO PER L'ECO DELL'EDEMA IN SIERRA LEONE

La Sierra Leone registra uno dei tassi più alti al mondo di mortalità materna, dovuto principalmente a complicazioni legate alla gravidanza. Il Cuamm lavora da anni nel Paese supportando le madri e i bambini sul campo e attraverso progetti di ricerca operativa, come lo studio TiPER focalizzato sulle pazienti eclamptiche e sulla diagnosi precoce di edema polmonare.

TESTO DI / SERENA CRISCI / UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE, ROMA; SIMONE DI FILIPPO / UNIVERSITÀ DELL'INSUBRIA; MICHELE ORSI / POLICLINICO DI MILANO; LUIGI PISANI / MAHIDOL OXFORD TROPICAL RESEARCH UNIT, BANGKOK

MORTALITÀ MATERNA IN SIERRA LEONE

La Sierra Leone registra uno dei tassi più alti al mondo di mortalità materna, con 1.120 decessi ogni 100.000 nati vivi. Questo tragico record è principalmente dovuto a complicazioni legate alla gravidanza, facilitate dal ritardo nel riconoscere i segnali di pericolo durante la gravidanza, alla difficoltà nel raggiungere le strutture sanitarie in tempo e alla mancanza di cure adeguate. Questo sottolinea l'importanza di una diagnosi tempestiva per garantire esiti positivi sia per la madre che per il bambino. Medici con l'Africa Cuamm collabora dal 2016 con le autorità sanitarie distrettuali presso il Princess Christian Maternity Hospital (PCMH), un nosocomio terziario di riferimento per casi ostetrico-ginecologici.

I disturbi ipertensivi in gravidanza rappresentano la seconda causa di mortalità materna dopo le emorragie ostetriche. La preeclampsia insorge dopo la ventesima settimana di gestazione ed è accompagnata da manifestazioni di tipo sistemico, come proteinuria o segni di danno d'organo. Eclampsia è la manifestazione conclusiva dello spettro dei disordini ipertensivi della gravidanza, definita come insorgenza de novo di convulsioni o coma in una paziente preeclamptica e in assenza di altri fattori causali.



edema polmonare. L'ecografia *point of care*, eseguita con apparecchi portatili e a basso costo, rappresenta una tecnica diagnostica con alcuni tratti da "tecnologia frugale". Lo studio, concepito e implementato da specializzandi *Junior Project Officers* (JPO) nell'ambito di tesi di specializzazione in Anestesia e Rianimazione presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore e Università dell'Insubria, si è focalizzato sulle pazienti con preeclampsia severa o eclampsia e rappresenta un *follow up* rispetto a un precedente studio ecografico nello stesso *setting*².

Lo studio prevede l'esecuzione di un'ecografia polmonare a 12 campi in due distinti momenti, quello antecedente e quello successivo al parto - entro 72 ore. L'obiettivo primario consiste nel registrare l'incidenza e gravità dell'edema polmonare. I punti di forza includono le caratteristiche di studio prospettico e longitudinale, con il ricorso a una metodica diagnostica a basso costo nonché l'utilizzo di procedure operative standardizzate. Inoltre, l'integrazione di parametri clinici renderà possibile l'incrocio tra il dato ecografico

con l'impatto clinico reale dovuto alle alterazioni polmonari osservate.

RISULTATI PRELIMINARI E PROSPETTIVE

Dopo l'arruolamento di 83 pazienti, 30 (36.6%) sono risultate compatibili con la diagnosi ecografica di edema polmonare. Tuttavia, la gravità di tale edema stimata con il *lung ultrasound score* è lieve e la maggior parte delle pazienti con quadro ecografico di impegno interstiziale non presentava distress respiratorio. Nessuna paziente ha presentato aree di consolidamento o versamenti pleurici.

Il termine previsto per l'arruolamento è aprile 2024. In un contesto di risorse limitate questi dati faciliteranno l'intercettazione precoce di pazienti pre-eclamptiche ed eclamptiche con impegno polmonare severo, incidendo su scelte terapeutiche precoci quali inizio precoce di diuretici o dialisi, passaggio alla ventilazione non invasiva o invasiva e ammissione in terapia intensiva - con l'obiettivo di ridurre gli esiti sfavorevoli.

IL GAP DI RICERCA E LO STUDIO TIPER

Ciò che in letteratura non è chiaro è quanto frequente e severo sia il concomitante coinvolgimento polmonare e se impatta realmente il quadro prognostico nella paziente ostetrica severa affetta da preeclampsia o eclampsia. Prove limitate riguardano anche l'eziologia e l'evoluzione dell'edema polmonare¹.

Lo studio TiPER, acronimo di *SeveritY of Pulmonary Edema and timing of Resolution in patients with severe pre-eclampsia and eclampsia*, nasce dalla considerazione che una valutazione accurata dei pazienti con coinvolgimento polmonare combinata con ecografia polmonare potrebbe portare a una diagnosi precoce di

NOTE

¹ Dennis AT, Solnordal CB. *Acute pulmonary oedema in pregnant women. Anaesthesia*. 2012 Jun;67(6):646-59.

² Pisani L, De Nicolo A, Schiavone M, Adeniji AO et al. *Lung Ultrasound for Detection of Pulmonary Complications in Critically Ill Obstetric Patients in a Resource-Limited Setting. Am J Trop Med Hyg*. 2020 Dec 14;104(2):478-486



ESPERIENZE DAL CAMPO

VIOLENZA DI GENERE: TRAGEDIA E SFIDA DA COGLIERE

La salute è un equilibrio definito dall'OMS come benessere bio-psico-sociale: la violenza di genere intacca profondamente tutte e tre queste componenti. Un fenomeno trasversale e dai contorni ancora drammatici, specialmente nei Paesi a basse risorse in cui spesso si intreccia con situazioni di conflitto e sociali che ne esasperano le caratteristiche e la diffusione.

TESTO DI / MICHELE ORSI / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM; LAILA GIORGIA MICCI / FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO, MILANO; EDGARDO SOMIGLIANA / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM; GIUSSY BARBARA / FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO, MILANO

ISTANTANEA DI UN FENOMENO

La violenza di genere è un fenomeno trasversale, diffuso in tutte le parti del mondo, non conosce barriere né anagrafiche né sociali. La violenza sessuale in particolare è tra le peggiori atrocità del repertorio umano. Lo stupro collettivo è immancabile nei genocidi e frequente nei conflitti armati ed è utilizzato come una vera e propria arma di guerra. Fino ad anni recenti, all'onnipresenza dello stupro nella storia umana si associava l'invisibilità delle vittime nel trattamento giuridico. Basti ricordare che fino agli anni Settanta lo stupro coniugale non era reato in nessuno Stato. Negli ultimi 50 anni la situazione è molto migliorata nel mondo occidentale. I casi di violenza sessuale si sono ridotti di oltre l'80% e il tasso di femminicidio ha raggiunto livelli minimi. In Italia, il tasso di femminicidio si è ulteriormente dimezzato negli ultimi 20 anni, ed è oggi di circa 0.3 x 100,000 donne all'anno, tra i più bassi al mondo. Il grande clamore mediatico che oggi sollevano i femminicidi in Italia nonostante questi miglioramenti rispecchia il profondo mutamento della sensibilità della società nei confronti di questa forma di violenza.

LA SITUAZIONE CRITICA NEI PAESI A RISORSE LIMITATE

La situazione è purtroppo molto peggiore nelle aree a risorse limitate e ancor più nelle aree in cui ci sono conflitti. Secondo stime dell'OMS, la prevalenza di donne vittime di violenza negli ultimi 12 mesi e nel corso della propria vita è del 22% e 37%, rispettivamente (WHO, 2018). La gravidanza non è un periodo esente, in particolare nelle giovanissime. Una recente *review* riporta nei Paesi dell'area Sub-Sahariana un'incidenza di violenza sessuale tra le adolescenti gravide tra l'8% e il 43% (Adjimi Nyem-gah et al., 2024). La violenza in Paesi a risorse limitate assume anche connotati scomparsi o eccezionali nel mondo occidentale. Infanticidio selettivo delle neonate femmine, mutilazioni genitali, matrimoni forzati, tratta delle bambine da avviare alla prostituzione e alla schiavitù sessuale, delitti d'onore, punizioni corporali contro mogli disobbedienti e stupri di

BIBLIOGRAFIA

- 1 Adjimi Nyemgah C. et al. *Intimate partner violence during pregnancy against adolescents in sub-Saharan Africa: a systematic review*. *Inj Prev*. 2024.
- 2 Barbara G. et al. *Sexual violence against women: a multidisciplinary integrated care model*. *BMJ*. 2019.
- 3 Mukwege D. et al. *A call to action: Drawing a red line to end conflict-related sexual*

violenza durante guerre o genocidi. Le situazioni di guerra esacerbano infatti ancor più questa tragedia per lo più silenziosa. Sono di estrema attualità le testimonianze di donne violentate nei conflitti in corso in Europa e in Medio Oriente. Violenze sessuali, mutilazioni, video degli stupri inviati con i cellulari delle vittime a parenti e amici, colpi di arma da fuoco sulle parti intime. In senso figurato, c'è chi parla di "femminicidio" di massa. Di recente è stata avviata una campagna intitolata *Red Line Initiative* finalizzata al riconoscimento dello stupro in periodo di guerra come crimine contro l'umanità, un crimine che non può andare in "prescrizione", anche dopo il termine del conflitto, e per il quale è doverosa una persecuzione legale ed un riconoscimento alle vittime (Mukwege e Conry, 2023). È necessaria, tuttavia, un'analisi sistematica delle prove degli stupri di guerra, raccogliendo testimonianze, campioni di liquido seminale sui corpi delle vittime o richiedendo l'autopsia dei corpi delle persone decedute, che spesso si ha invece l'urgenza di identificare e poi sotterrare o bruciare (*Physician for Human Rights*, 2023).

LA SFIDA DI UN'ASSISTENZA MULTIDISCIPLINARE

La gestione clinica dei casi di violenza di genere è complessa. È un'assistenza multidisciplinare che prevede la presenza di psicologhe, ginecologhe, assistenti sociali e legali. Questo modello di assistenza è condiviso da tutti i Centri antiviolenza occidentali (Barbara et al., 2019), ed è sostenuto anche nei Paesi a risorse limitate. Denis Mukwege, ginecologo della Repubblica Democratica del Congo e Nobel per la pace nel 2018, ha avuto un ruolo fondamentale nel diffondere questo modello integrato di assistenza. Lo ha implementato a Bani dove operava ai suoi inizi, ma poi lo ha diffuso in molte altre aree dell'Africa Sub-Sahariana. La violenza sulla donna è una problematica complessa che necessita una risposta articolata, non ci sono scorciatoie. La salute è un equilibrio che l'OMS ben definisce come benessere bio-psico-sociale. La violenza di genere intacca drammaticamente tutte e tre le componenti. Non si può oggi parlare di salute riproduttiva senza affrontare la sfida della violenza di genere. È una sfida immensa, ma non si può abbassare lo sguardo.

violence. *Int J Gynaecol Obstet*. 2023.

4 *Physician for Human Rights. Position Paper: Sexual & Gender based violence as a weapon of war. During the October 7, 2023. Hamas attacks*. <https://www.phr.org.il>. November 2023.

5 Pinker S. *Il declino della Violenza*. Mondadori, 2017.

6 WHO, VAW-IAWGED. *Violence Against Women Prevalence Estimates*, 2018.



ESPERIENZE DAL CAMPO

GESTIONE E TRATTAMENTO DELLE NCDs: IL CASO TANZANIA

Le NCDs (*Non Communicable Diseases*) rappresentano un fenomeno nuovo e con un impatto crescente in Africa, come numero di pazienti e morti premature. In Tanzania il Cuamm gestisce centri di salute che accolgono pazienti con patologie croniche, agendo sia sugli aspetti clinici e strutturali sia sull'aumento di consapevolezza della popolazione rispetto alle NCDs.

TESTO DI / NOEMI BAZZANINI / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

NCDS IN AFRICA

È ormai noto il fatto che le malattie croniche non trasmissibili (NCDs) rappresentino un tema di salute urgente a livello globale. Quello che forse è meno noto è il ruolo che le NCDs hanno come causa di malattia e morte nei Paesi africani. Se nel 2000 in Africa ci si ammalava e si moriva prevalentemente di malattie infettive, nel 2023 ci si ammala e si muore meno di malattie infettive mentre ci si ammala sempre di più di NCDs e si muore prematuramente a causa loro. I dati evidenziano che tre quarti delle morti globali per NCDs sono localizzate nei Low - Low Middle Income Countries (L-LMIC) e, elemento ancora più rilevante, l'86% delle morti premature per NCDs si localizza nei L-LMIC¹.

IL CASO TANZANIA

Medici con l'Africa Cuamm ha iniziato a occuparsi di NCDs in Tanzania nel 2016, aprendo un ambulatorio dedicato nell'*Outpatients Department* dell'ospedale di Tosamaganga e dal 2019 il progetto si è esteso alla rete dei centri di salute del distretto. Sia nella clinica sia nei 9 centri di salute vengono seguiti i pazienti con ipertensione e diabete, due patologie estremamente diffuse in Tanzania: il 33,2% della popolazione adulta è ipertesa (WHO)² mentre la prevalenza del diabete è passata dal 2,8% nel 2011 al 12,3% nel 2021, la più alta in Africa (*International Diabetes Federation, 2021*).

Nella maggior parte dei casi però, si rilevano scarsa consapevolezza e conoscenza delle patologie da parte della popolazione, carenza dei servizi e barriere economiche e di accesso che rendono più complessa la gestione del fenomeno. Secondo i dati (*The Tanzania NCDI Poverty Commission, 2020*), il 3% della popolazione ipertesa è a conoscenza di esserlo, è sottoposta a un trattamento e la gestione è efficace, mentre per il diabete il dato è del 6%. La

maggior parte della popolazione, invece, non sa di essere malata o, pur sapendolo, non è sottoposta a un trattamento o, anche se in trattamento, questo non è efficace.

Dal 2019 ad oggi sono stati oltre 2000 i pazienti registrati alla clinica dell'ospedale di Tosamaganga: circa il 60% di loro rimane in trattamento per sei mesi. Analizzando i dati è emerso che la barriera principale che impedisce ai pazienti di rimanere in follow up è quella della distanza tra la propria casa e l'ospedale, a causa del costo insostenibile degli spostamenti. Per questo, da giugno 2023, i medici Cuamm coinvolti nel progetto si spostano in ognuno dei centri di salute una volta al mese in modo da raggiungere i pazienti e non interrompere i loro trattamenti.

In parallelo, per affrontare il problema della scarsa conoscenza di queste problematiche nella comunità è stata creata una rete di *peer supporters*, ovvero pazienti che si occupano di aiutare i propri pari e di diffondere consapevolezza e conoscenza del problema.

UNA PROBLEMATICAZIONE NUOVA

La problematica NCDs è ancora nuova in Africa e gli aspetti su cui lavorare sono molti, tra cui l'aumento di consapevolezza nella popolazione e un migliore accesso alle medicine, garantendone l'approvvigionamento e riducendo al minimo la barriera economica.

In termini di consapevolezza, prevenzione e gestione delle NCDs è interessante notare anche un aspetto nuovo legato al cambiamento degli stili di vita. In particolare, risulta che il 29% dei pazienti seguiti nei centri di salute Cuamm è in sovrappeso e il 26% francamente obeso. Un dato che si collega al consumo eccessivo di bevande zuccherate vendute a prezzi più bassi dell'acqua e in ogni remoto villaggio della Tanzania, senza alcuna limitazione da parte del Governo.

Un ulteriore elemento che si aggiunge a quelli da considerare nella gestione delle NCDs e impone un approccio integrato per costruire uno scenario di cura adatto per queste "nuove" patologie.

NOTE

¹ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

² <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-hypertension-among-adults-aged-30-79-years>



ESPERIENZE DAL CAMPO

GBV AND MHPSS RESPONSE A CABO DELGADO

Dalla provincia di Cabo Delgado in Mozambico, tormentata da un conflitto e da crisi umanitarie e strutturali persistenti, un'esperienza Cuamm in cui la ricerca operativa e le azioni sul campo si integrano per garantire supporto psicologico (MHPSS) e assistenza integrata, clinica e legale, ai soggetti vittima di violenza di genere (GBV).

TESTO DI / VITTORIA TANI / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

TRA CONFLITTI ED EMERGENZE

Da 7 anni la provincia di Cabo Delgado è zona di conflitto, con circa 834.304 sfollati interni¹, una insicurezza diffusa, crisi economica e gravi violazioni dei diritti umani. In questo contesto di sfollamento e conflitto la violenza di genere è uno dei principali problemi di protezione: per questo UNHCR e Cuamm, con altri partner sul territorio, hanno condotto una serie di valutazioni per comprendere meglio le diverse forme di violenza di genere presenti – fisica, psicologica, sessuale, economica – e identificare i gruppi più vulnerabili, i fattori di rischio e le capacità di risposta secondo gli standard globali.

FATTORI DI RISCHIO E SOGGETTI ESPOSTI

Gli *assessment* condotti si sono basati sulla metodologia descritta in "A rapid assessment of the gender-based violence situation and response in Cabo Delgado, Mozambique"² e messa a punto dalla *London School of Hygiene and Tropical Medicine* con UNHCR.

Un metodo di analisi qualitativo basato sulla raccolta di dati ed informazioni ottenute con interviste e *focus group discussion* (FGDs).

I *GBV safety audit* condotti hanno confermato rischi allarmanti, in particolare tra le donne e le ragazze sfollate che risultano le più esposte. Le ragazze adolescenti, le famiglie con donne sole, le *sex workers* e le donne e le ragazze con disabilità sono state identificate come gruppi a maggior rischio. La discriminazione di genere, le usanze e pratiche culturali e la maggiore vulnerabilità socio-economica di donne e ragazze durante lo sfollamento aggravano i pericoli. Una situazione molto complessa esacerbata dalle condizioni non sicure dei rifugi, dalla limitata partecipazione delle donne al processo decisionale della comunità e dalla presenza di attori armati.

NOTE

¹ <https://reliefweb.int/attachments/0fac553a-f76a-4aac-847b-f8aaa551a243/UNHCR%20Mozambique%20E2%80%93%20Cabo%20Delgado%20ID%20P%20Response%20July%202023%20%28English%29.pdf>

GLI INTERVENTI SUL CAMPO

Sulla base dei risultati ottenuti dagli *assessment*, Cuamm ha progettato diversi interventi, dal 2021 a oggi, per mitigare i rischi di GBV e migliorare la risposta per i sopravvissuti, coinvolgendo attivamente le comunità, sensibilizzando l'opinione pubblica e affrontando la necessità urgente di fornire servizi integrati. Tutto questo per garantire un accesso sicuro e inclusivo e un supporto psico-sociale per i sopravvissuti e per le persone a rischio di GBV e SEA (*Sexual Exploitation and Abuse*). Oggi sono 12 gli spazi sicuri supportati a Cabo Delgado che offrono assistenza, sostegno psicosociale e informazioni per altri servizi legati ad esigenze di sicurezza e salute. Le persone prese in carico nel 2023 per GBV o MHPSS (*Mental Health and Psychosocial Support*) sono state 900. Nel programma è inclusa anche l'assistenza legale dei sopravvissuti, in coordinamento con i servizi legali governativi e attuata grazie alla partnership con l'associazione Mozambicana Muleide, impegnata nel promuovere l'uguaglianza di genere e i diritti delle donne e nel fornire loro assistenza legale. Finora le donne prese in carico e assistite legalmente sono state più di 60. Dall'inizio del 2023, inoltre, oltre 60.000 persone sono state coinvolte in interventi di sensibilizzazione su prevenzione e mitigazione del rischio, poiché la stigmatizzazione e la discriminazione della comunità sono un pesante deterrente per le donne nella ricerca di supporto.

CRITICITÀ E AZIONI FUTURE

Per garantire una risposta completa agli sfollati interni e alle comunità ospitanti il lavoro è ancora lungo. Tra le priorità individuate: lo sforzo in tema di MHPSS, dato che tra le maggiori difficoltà risaltano un servizio di supporto psico-sociale debole e un *follow-up* inappropriato dei casi registrati; il sostegno al supporto legale dei sopravvissuti; il miglioramento delle capacità e competenze degli attori governativi e comunitari per promuovere l'uguaglianza di genere e prevenire, mitigare e rispondere a questo fenomeno.

² <https://www.lshtm.ac.uk/media/56321>



RASSEGNA

LA SFIDA DELLE NCDs TRA I RIFUGIATI UCRAINI IN MOLDAVIA

Tra giugno e dicembre 2022 Cuamm ha prestato assistenza ai rifugiati ucraini in Moldavia, lavorando in due centri per rifugiati a Chişinău. In questo periodo sono stati assistiti oltre 1000 pazienti, la maggior parte dei quali ha presentato necessità sanitarie legate alla presenza di patologie croniche non trasmissibili.

TESTO DI / EMANUELA PAROTTO / MD, MSC AZIENDA OSPEDALE - UNIVERSITÀ DI PADOVA

UNA MISSIONE PER ASSISTERE I RIFUGIATI

L'escalation del conflitto armato in Ucraina, iniziato con l'invasione militare del Paese da parte della Russia nel febbraio del 2022, ha costretto milioni di rifugiati ad attraversare le frontiere dei paesi limitrofi come Polonia, Repubblica Ceca, Romania e Moldavia. Le condizioni fragili delle infrastrutture sanitarie di questi Paesi, l'assenza di personale medico dedicato e la scarsità di forniture mediche adeguate non solo hanno reso difficile l'accesso della popolazione ai servizi sanitari essenziali ma hanno anche comportato l'interruzione dei servizi di prevenzione, diagnosi e trattamento per la cura delle malattie non trasmissibili (*Non Communicable Diseases* - NCDs) come patologie cardiovascolari, malattie respiratorie croniche, diabete e tumori. Nel maggio 2022 il Ministero della Salute della Moldavia, in accordo con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha richiesto l'intervento di Medici con l'Africa Cuamm per supportare la sanità del Paese e assistere la popolazione di rifugiati ucraini stabilitisi temporaneamente in Moldavia. Cuamm ha risposto

positivamente alla richiesta, gestendo un'attività ambulatoriale diurna in qualità di *Emergency Medical Team* (EMT) di tipo 1 (**Tabella 1**) nei due centri per rifugiati "Moldexpo" e "Testemitanu" presenti nella capitale Chişinău.

Le attività sanitarie sono state garantite da un team composto da un medico volontario Cuamm e da due infermieri locali, preziosi sia per la copertura dei turni in supporto al medico presente in ambulatorio, sia come veri e propri mediatori per il rapporto tra medico e paziente. Al medico volontario Cuamm è stata richiesta una permanenza minima di circa 2 settimane, in modo da garantire una continuità nella visita dei pazienti e un adeguato passaggio di consegne con il medico successivo.

GESTIONE DELLE NCDs IN CONTESTI DI EMERGENZA

Nel periodo compreso tra giugno e dicembre 2022, il Cuamm *Emergency Medical Team* ha visitato 1.173 pazienti in totale, di cui la maggior parte adulti (70,8%) con un'età media di 51,9 anni. Tra questi, 569 (68,5%) erano femmine e 258 (31%) maschi.

TABELLA 1 / CLASSIFICAZIONE DEGLI EMERGENCY MEDICAL TEAMS SECONDO L'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ

EMERGENCY MEDICAL TEAMS (EMTS)

Definizione	Gruppi di operatori sanitari, tra cui medici, infermieri, paramedici, operatori di supporto, logistici, che trattano pazienti coinvolti in un disastro
EMT Tipo 1 mobile	Team sanitario mobile dedicato alla stabilizzazione primaria extraospedaliera dei pazienti e al loro trasferimento in caso di necessità alle strutture sanitarie di competenza
EMT Tipo 1 fisso	Team sanitario che lavora in una sede fissa (non mobile) e si occupa della stabilizzazione primaria extraospedaliera e del trasferimento dei pazienti critici alle strutture ospedaliere di competenza
EMT Tipo 2	Team sanitario in grado di garantire cure mediche, chirurgiche e ostetriche. È dotato di pronto soccorso, letti di degenza e sale operatorie
EMT Tipo 3	Team sanitario in grado di garantire cure mediche, chirurgiche ed ostetriche per pazienti ad alta complessità. Rispetto agli EMTs di tipo 2, è dotato anche di terapia intensiva

La maggior parte delle persone assistite (88,7%, n=1040) presentava problemi di salute non direttamente correlati al conflitto: le diagnosi più frequenti sono infatti attribuibili a patologie cardiovascolari (23,4%, n=177), gastrointestinali (7,4%, n=56), muscolo-scheletriche (6,1%, n=46) e neoplastiche (4,7%, n=36).

I dati raccolti durante l'attività ambulatoriale offrono interessanti spunti di riflessione. In primo luogo, le malattie non trasmissibili hanno rappresentato un significativo problema sanitario per la popolazione assistita, a conferma del fatto che anche tali condizioni costituiscono un problema di rilievo nei contesti di emergenza umanitaria. Ad oggi però, nelle schede di valutazione del paziente messo a disposizione dall'OMS per gli EMT di tipo 1, le malattie non trasmissibili vengono catalogate indistintamente sotto il codice 29 - "altre malattie, non specificate in precedenza" (29 - "other diagnosis, not specified above"), una voce generica che non consente una classificazione precisa delle patologie riscontrate, a discapito quindi del trattamento puntuale del paziente e più in generale di una comprensione approfondita delle necessità sanitarie della popolazione colpita.

In secondo luogo, la scelta di integrare l'attività dei medici Cuamm

con l'esperienza di infermieri locali ha permesso di assicurare un'efficace assistenza sanitaria ai rifugiati ucraini, consentendo non solo di superare le barriere linguistiche esistenti ma anche di promuovere misure igienico-sanitarie nella popolazione e di pianificare strategie di gestione per garantire il *follow-up* dei pazienti cronici.

EMERGENZA-URGENZA VS CONTINUITÀ

Quando le risorse sanitarie a disposizione sono strettamente limitate, la priorità viene data alle patologie con carattere di emergenza-urgenza, a discapito della valutazione e del trattamento delle malattie non trasmissibili che richiedono una continuità delle cure e un monitoraggio costante nel tempo. Affrontare le NCDs durante le crisi umanitarie costituisce dunque una sfida globale crescente, che necessita di un approccio sanitario multidisciplinare e integrato con i sistemi sanitari locali per implementare percorsi di diagnosi, cura e *follow-up* dei pazienti vittime dei disastri umanitari.





RASSEGNA

“AFRICA, ANDATA E RITORNO”: UN RACCONTO CORALE

Trenta volontari del Cuamm – dalle provenienze e dalle aspirazioni più disparate – raccontano in formato epistolare la propria esperienza africana. “Africa andata e ritorno” (Editori Laterza) è un libro che illumina i molti volti del continente africano attraverso i racconti sinceri di chi in Africa vive e lavora sul campo.

TESTO DI / FRANCESCO VLADIMIRO SEGALA / UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BARI

Gli odori di qui. C'è l'odore di terra, innanzitutto, la terra rossa che entra nelle finestre e negli occhi e ti si attacca alla pelle, alla tua e quella dei tuoi pazienti, la terra che respiri quando vai a correre e che scende giù nella doccia la sera. Poi c'è l'odore dell'erba, che è diverso dall'erba nostra, e l'odore dolciastro delle sterpaglie bruciate, dei piccoli incendi che vengono accesi ogni giorno per preparare i campi alla pioggia e per noia. Fiori ce ne sono pochi, e quelli che ci sono sono rossi, come il cielo e la terra, e ogni tanto crescono su dei rami secchi come ferite e sono bellissimi. C'è odore di bestiame e letame. In casa, c'è odore di insetticida, detergente e delle cose che prepara Polly, che sono spesso fagioli, riso, tè nero, caffè, mango, avocado, pesce di fiume o stufato. Poi c'è l'ospedale, con il suo odore di terra, urina, feci e sudore. Il sudore sa di aria aperta e di qualcosa di simile al cuoio e al fieno sporco, oppure sa di fango e acqua ferma, che è l'odore della malaria. Non è un odore forte, però, perché le finestre sono sempre aperte, i pazienti vengono lavati ogni giorno dai familiari (che non si allontanano mai), e perché anche in ospedale ciò che prevale è la terra, che occupa i due metri più bassi dell'aria e al mattino colora il sole di rosso. Da quando sono arrivato ha piovuto di rado, e quelle volte si sono alzati odori diversi. La sera si sente odore di erba. Questo è l'odore che sento mentre ti scrivo.

(tratto da “Africa andata e ritorno”, Editori Laterza, 2023)



Subito dopo però sono arrivati i dubbi: avrei dovuto parlare dell'ospedale, della ricerca operativa, dei luoghi o del mio percorso? E con che toni? L'Africa – in particolare quando si parla di salute – è un luogo di vita e di gioia ma anche di sofferenza e ingiustizia.

La mia lettera era una delle 30 lettere scritte da altrettanti medici, volontari e cooperanti che negli anni sono partiti con il Cuamm e raccolte nel libro “Africa andata e ritorno” pubblicato nel 2023. Un ritratto collettivo in cui alternare punti di vista sfaccettati e diversi: chi avrebbe parlato di malattia, chi di famiglia, di viaggio, di fragilità e di cultura. Questo significava che avrei potuto scegliere di riportare un solo aspetto della mia esperienza, e così avrebbero fatto anche gli altri. Un episodio, un'idea o un'emozione capaci di riportare ai lettori, non solo a quelli coinvolti o già vicini al Cuamm, quello che per me era stato vivere e fare il medico ad Aber.

VOCI DIVERSE PER RACCONTARE L'AFRICA

Il tema della mia lettera, alla fine, è emerso da solo: avrei scritto della malaria. Una malattia che in Uganda è tutto, è parte dell'ecosistema stesso e riempie le pediatrie e i reparti di medicina nei mesi di pioggia. Una malattia che contrae una donna in gravidanza su tre e che per me, nel periodo in Uganda, è stata oggetto di studio e ricerca sul campo. E così la mia lettera parla di questo, prendendo forma nel dolore di un bambino ricoverato, di una ricerca, di una corsa a fine giornata.

“Africa andata e ritorno” è un mosaico di esperienze come la mia. In tutte c'è un cooperante, una volontaria, una medica che si immergono in Africa con i loro occhi, il loro cuore e le loro incertezze e le restituiscono con parole sincere. Un libro che riesce in un'impresa per nulla facile, ovvero restituire una delle caratteristiche più complicate e belle dell'Africa: non è una, ma tante Afriche.

LA GENESI DI UN PROGETTO

Raccontare la mia esperienza di medico in Uganda e farlo in forma di lettera: quando me l'hanno chiesto dal Cuamm, la prima reazione è stata la gratitudine.

L'invito era l'occasione per scrivere del mio lavoro ad Aber, cosa che volevo fare da tempo.



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 **73** anni di storia:

- o oltre **200** i programmi realizzati;
- o **2.200** le persone coinvolte nei progetti;
- o **43** i Paesi d'intervento;
- o **239** gli ospedali serviti;
- o **1.200** 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:
 - 21 ospedali;
 - 95 distretti (per attività di sanità pubblica, assistenza materno-infantile, lotta all'Aids, tubercolosi e malaria, formazione);
 - 761 strutture sanitarie;
 - 4 scuole infermieri (Lui e Rumbek - Sud Sudan, Wolisso - Etiopia, Matany - Uganda);
 - 1 università (Beira - Mozambico);
- o **3.459 risorse umane** di cui 256 internazionali (espatriati) europei.

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.

Prenditi cura di una mamma e un bambino:

- 10 euro per assicurare le vaccinazioni pediatriche a 10 bambini;
- 40 euro per garantire un parto sicuro e assistito;
- 60 euro per assicurare la terapia ambulatoriale per 6 mesi per un bambino con malnutrizione acuta;
- 80 euro per sostenere un corso di aggiornamento per un'ostetrica;
- 100 euro per sostenere un corso di aggiornamento per un medico locale (formazione continua)



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



rivista quadrimestrale
di cooperazione e politica
sanitaria internazionale
febbraio 2024 — n° **88**
www.mediciconlafrica.org

**«Come operatori di salute, continuiamo batterci
perché la salute possa essere un diritto di ciascuno,
anche in questo tempo turbolento».**