



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



SALUTE

E SVILUPPO

rivista quadrimestrale
di cooperazione e politica
sanitaria internazionale
giugno 2019 — n° 78

*Custodire le mamme,
creare il futuro*





LA NOTIZIA

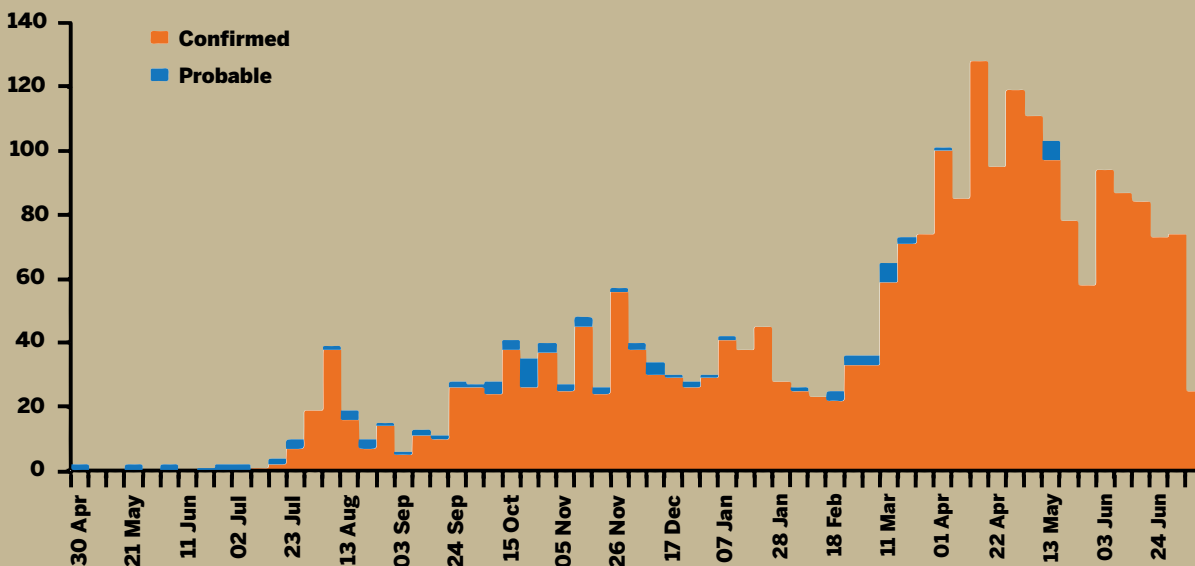
Ebola in Repubblica Democratica del Congo

L'epidemia di Ebola è iniziata nel luglio 2018 e l'attuale bilancio – al 7 luglio 2019 – è di 2.418 casi e 1.630 decessi (Figura 1, fonte WHO).

L'epidemia è localizzata nelle province nord-orientali di North-Kivu e Ituri, confinanti con l'Uganda, dove è stata messa in atto una vasta operazione di monitoraggio e prevenzione.

Al momento in Uganda sono stati segnalati tre decessi di persone provenienti dalla RDC.

FIGURA 1 / CONFIRMED AND PROBABLE EBOLA VIRUS DISEASE CASES BY WEEK OF ILLNESS ONSET, OF 7 JULY 2019



Fonte: WHO

INDEX

DIRETTORE

Gavino Maciocco

COMITATO DI REDAZIONE

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

DIRETTORE RESPONSABILE

Anna Talami

PROPRIETÀ

Medici con l'Africa Cuamm

AMMINISTRAZIONE

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

COORDINAMENTO DI REDAZIONE

Chiara Di Benedetto

ILLUSTRAZIONE DI COPERTINA

Lorenzo Gritti

IMPAGINAZIONE E STAMPA

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

COPYRIGHT

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

REGISTRAZIONE E AUTORIZZAZIONE

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

SPEDIZIONE

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

Con il sostegno di



Illustrazione di copertina

Custodire le mamme, creare futuro

Prendersi cura di mamme, neonati, bambini attraverso un approccio sanitario e comunitario, che possa "custodirli" e permettere loro di sviluppare al meglio le proprie potenzialità, nonostante le dure condizioni di vita africane. È questo il nostro investimento per creare futuro.



DIALOGO

PAG. 2

L'ORIZZONTE SI ALLARGA

Testo di / don Dante Carraro

PAG. 3

DAGLI AL SAMARITANO

Testo di / Gavino Maciocco

FORUM

PAG. 6

LA FORMAZIONE COME VALORE FONDANTE

Testo di / Chiara Di Benedetto

PAG. 7

LA FORMAZIONE MEDICA SPECIALISTICA IN ITALIA

Testo di / Stefano Guicciardi

PAG. 8

AFRINEWS: IL NOSTRO SGUARDO SULLA STORIA AFRICANA

Testo di / Maurizio Murru

ESPERIENZE DAL CAMPO

PAG. 11

LE CASE D'ATTESA A LIVELLO PERIFERICO IN ETIOPIA

Testo di / Teresa Dalla Zuanna, Angelica Valz Gris e Carlo Resti

PAG. 13

EARLY CHILD DEVELOPMENT: CONCETTI E IMPLICAZIONI

Testo di / Giorgio Tamburlini

APPROFONDENDO

PAG. 16

CAMBIAMENTO CLIMATICO E DISEGUAGLIANZE

Testo di / Samantha Pegoraro e Benedetta Rossi

RASSEGNA

PAG. 18

PREGNANT IN THE TIME OF EBOLA

Testo di / Ranieri Guerra



DIALOGO

L'ORIZZONTE SI ALLARGA

Sempre al fianco di mamme e bambini, vicini ai più fragili, ma anche attenti a un intervento sul campo fatto di studio, ricerca, *expertise* supportata da partner scientifici che ci permettono anno dopo anno di ampliare l'orizzonte del nostro lavoro: presenteremo le nuove sfide e i traguardi raggiunti il prossimo 9 novembre a Firenze durante il nostro Annual Meeting. Vi aspettiamo!

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

Questo numero 78 di *Salute e Sviluppo*, come avrete già avuto modo di notare, è doppio. Porta con sé, infatti, un inserto speciale per celebrare i 30 anni della nostra rivista, senza intenzioni auto-commemorative ma come una riflessione longitudinale, guardando da dove siamo partiti e come la rivista abbia rappresentato le vicende storiche e sociali di questi tre decenni. Cooperazione, formazione, solidarietà internazionale sono le tre grandi aree, semantiche e di azione, che hanno fatto da denominatore comune a questi trent'anni, vedendo però, necessariamente, mutare le forme per rispondere in modo concreto ai bisogni di una società in rapida evoluzione. Ed è per questo che nell'inserto e anche in questo stesso numero, troverete vari contributi, alcuni di firme storiche della rivista, altri con citazioni di pubblicazioni passate, che guardano la strada fatta aprendo però al futuro.

Ed è proprio in una prospettiva di crescita che si inserisce un altro dei temi affrontati nel numero, quello dell'*Early Child Development* (Tamburlini G., p. 14): potremmo definirlo un paradigma a cui ci avviciniamo ora e di cui già il nostro piano strategico faceva menzione, nel quale si vanno a innestare tutte le componenti di lavoro già acquisite da Cuamm in campo di salute materno-infantile. Semplicemente, si allarga l'orizzonte e si arricchisce di nuove accezioni lo schema concettuale che vede lo sviluppo evolutivo del bambino come bilancio complessivo di aree differenti: cognitiva, comunicativa, motoria, emotiva e sociale. La salute, il benessere e la produttività sono influenzati dal percorso di sviluppo e dai problemi sperimentati nei primi 2-3 anni di vita del bambino. Qui giocano un ruolo fondamentale gli stimoli ricevuti, a livello educativo sì, ma principalmente familiare, cosa non scontata in regioni del mondo dove la cura dell'infanzia è spesso trascurata a fronte di contesti di miseria, economica e sociale. È guardando con queste "lenti" che l'approccio tenuto finora nel lavoro sul campo – dove al centro ci sono il parto, la nutrizione, le cure primarie – si allarga e include nuove competenze da promuovere a livello familiare, sociale e sanitario.

In questo quadro, diventa rilevante occuparsi anche della diagnosi precoce di eventuali difficoltà, con la consapevolezza che un intervento tempestivo è fondamentale. In questa direzione vanno i primi studi, ora in corso in Tanzania in collaborazione con l'IRCCS Stella Maris di Pisa, per la diagnosi precoce di lesioni neurologiche attraverso l'osservazione dei movimenti "anormali" del neonato. Si apre così la strada alla disabilità come area di intervento, potremmo definirlo il terreno degli ultimi tra gli ultimi in Africa, che il Cuamm non vuole lasciare indietro.

La salute di mamme e bambini, cuore pulsante del nostro lavoro sul campo, si è arricchita dal 2012 – anno di avvio del primo programma "Prima le mamme e i bambini" – ad oggi di *expertise* importanti, che hanno permesso di superare gli obiettivi che ci eravamo prefissati e ampliare il nostro modo di operare in una prospettiva gradualmente sempre più articolata. Era il 2017 quando al programma si è aggiunta la componente fondamentale della nutrizione: oltre al parto sicuro, abbiamo lavorato per garantire una nutrizione adeguata nei primi mille giorni di vita, dal concepimento ai due anni del bambino, tema fondamentale che porta ricadute positive ad ampio raggio: la malnutrizione cronica può portare, se non curata, ad alterazioni cerebrali, con possibili ricadute intergenerazionali; la malnutrizione acuta porta con sé il rischio di morte.

Ed è così che ci ritroviamo ora a vedere quasi concluso l'ottavo anno di intervento "Prima le mamme e i bambini", e possiamo considerarlo un progetto *generativo*. Mi piace particolarmente questo termine perché descrive pienamente lo spirito di lavoro del Cuamm: interventi che hanno una visione a lungo termine e che sono aperti al cambiamento; da un progetto ne nasce un altro, migliorativo dove possibile, ascoltando i bisogni della popolazione e considerando le competenze di chi lavora con noi e ci è partner. Ed è così che anno dopo anno, accanto a chi ha bisogno, il nostro intervento cresce, genera nuove linee di azione, con un'ambizione che definirei concreta. Ci piace imparare dai migliori, ma restando con i piedi ben saldi nella nostra Africa. Presenteremo il nostro lavoro, come ormai è per noi consuetudine, nell'evento annuale che si terrà a Firenze il prossimo sabato 9 novembre. Poter condividere quella giornata con voi è importante: ed è per questo che vi invito con sincerità a partecipare! E non vogliamo dimenticare quanto accade in questi nostri giorni: la barbarie del linguaggio e degli atteggiamenti verso i poveri che cercano approdo nelle nostre terre e verso quanti prestano soccorso! Abbiamo bisogno di parole e fatti di fraternità, capaci di futuro.

Tutte le informazioni per registrarsi sul nostro sito <https://www.mediciconlafrica.org/>



DIALOGO

DAGLI AL SAMARITANO

«Signor Presidente, se la solidarietà sta divenendo in Italia un reato allora noi le comunichiamo che vogliamo compiere ogni reato di umana solidarietà e che ci associamo a quanto ha fatto la comandante Rackete». Un richiamo al nostro “essere umani” che giunge da più parti, ripercorso qui attraverso le voci di canali di informazione diversi.

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

«Che *Dagli al samaritano* potesse diventare l'incitamento più diffuso nei media e in politica nel pieno dell'Occidente cristiano è davvero uno shock imprevisto» (Marco Revelli, *Manifesto*, 5 agosto 2017). «Di questa estate italiana resterà una svolta nel senso comune dominante, dove per la prima volta il sentimento umanitario è finito in minoranza. E ciò peserà sul futuro» (Ezio Mauro, *Repubblica*, 9 agosto 2017).

Queste dichiarazioni vengono battute all'indomani del luglio 2017, quando il governo Dem, Ministro dell'interno Marco Minniti, decide di innalzare un muro nel Mediterraneo per impedire gli sbarchi di migranti nelle coste italiane, finanziando generosamente i libici con l'espansione delle loro acque territoriali per bloccare le partenze e riportare nei lager libici i malcapitati che tentavano la traversata e tagliando le vele alle Ong, impedendogli di fare il loro mestiere (salvare vite umane in mare), attraverso l'imposizione di un inaccettabile codice di comportamento. Una decisione quella del governo Dem che veniva dopo mesi di martellamento da parte di Lega e M5S contro gli immigrati e contro le Ong (Salvini: «Affondare navi Ong»; Di Maio: «Ong, taxi del Mediterraneo»).

A distanza di due anni la situazione si è ulteriormente aggravata con l'avvento di un ministro dell'Interno, Matteo Salvini, il cui livello di crudeltà nei confronti dei disperati che cercano salvezza attraversando il Mediterraneo non ha limiti, come non ha limiti il suo odio nei confronti di chi cerca di salvarli, lo abbiamo visto con il caso Sea Watch (che non è neppure l'ultimo). In difesa della capitana della Sea Watch, Carola Rackete, sono intervenuti gli insegnanti della Pontificia Facoltà Teologica dell'Italia Meridionale, con una lettera al Presidente della Repubblica, di cui riportiamo ampi brani¹.

«Signor Presidente, le scriviamo per manifestarle la nostra totale condivisione con le scelte compiute da Carola Rackete – comandante della piccola nave “Sea Watch” – sia per aver salvato la vita a dei naufraghi nel Mediterraneo sia per aver deciso, dopo 17 giorni di vana attesa, di farli sbarcare in Italia dopo le lunghissime sofferenze patite nei loro viaggi precedenti e in una nazione in guerra come la Libia. Signor Presidente, se la solidarietà sta divenendo in Italia un reato allora noi le comunichiamo che vogliamo compiere ogni reato di umana solidarietà e che ci associamo a quanto ha fatto la comandante Rackete e desideriamo essere indagati e processati anche noi per apologia di reato e ci offriamo di ricevere la pena prevista per questo reato. Troviamo inaccettabili le parole dell'attuale ministro dell'Interno il quale, mentre agita a scopo elettorale il Vangelo e il Rosario, parla di atto di guerra compiuto dalla comandante Rackete. È inverosimile e anche ridicolo, infatti, sostenere che una minuscola unità navale, totalmente disarmata e con a bordo dei poveri naufraghi voglia e possa far guerra all'Italia. Non vi è nessuna minaccia e nessuna guerra in atto se non quella scatenata da mesi nei confronti di esseri umani bisognosi di soccorso e desiderosi di vivere. Non si fa guerra ai poveri e il nostro posto di insegnanti di una Facoltà Teologica è lì dove la vita viene offesa e negata. (...) Come insegnanti, signor Presidente, siamo molto allarmati da questo crescente clima di odio e di aggressione continua soprattutto nei confronti di impoveriti, indeboliti e sfruttati. Questo clima non potrà non avere conseguenze gravissime nella formazione di un comune sentire degli italiani, soprattutto dei più giovani nei cui confronti abbiamo il dovere di dire la verità, di promuovere il dialogo e l'accoglienza, di mostrare il bene della nonviolenza e non favorire e sostenere la mistificazione e l'intolleranza che sfociano inevitabilmente nell'odio. (...) E proprio perché rifiutiamo la paura vogliamo fino in fondo svolgere il nostro ruolo di insegnanti e ci associamo a quanto ha scelto di fare la comandante Rackete, perché il primato della coscienza e dell'umanità resterà sempre superiore a tutte le leggi umane, soprattutto quelle leggi che fomentano paure e aprono la strada alle persecuzioni. Facciamo questo proprio ispirandoci a quanto ancora ci ha detto papa Francesco il 21 giugno: “È importante che i teologi siano uomini e donne di compassione – sottolineo questo: che siano uomini e donne di compassione –, toccati dalla vita oppressa di molti, dalle schiavitù di oggi, dalle piaghe sociali, dalle violenze, dalle guerre e dalle enormi ingiustizie subite da tanti poveri che vivono sulle sponde di questo mare comune”».

NOTE

¹ Avvenire, *Il dovere di salvare e obiettare*, pag. 2 del 5 luglio 2019.



IL CUAMM IN REPUBBLICA CENTRAFRICANA

Nel 2018 Medici con l'Africa Cuamm amplia il proprio operato e la Repubblica Centrafricana (RCA) diventa l'8° Stato di intervento. Un paese al 185° posto su 187 secondo lo *Human Development Index* delle Nazioni Unite, precedendo la Repubblica Democratica del Congo e il Niger. La fragilità politico-sociale si proietta anche nel sistema sanitario: scarsa copertura vaccinale, scarso accesso all'acqua potabile, inattive pratiche igieniche e insicurezza, fattori che comportano un rischio epidemico permanente. L'azione di Cuamm si focalizza sul Complesso ospedaliero universitario pediatrico (CHUPB) di Bangui, per mantenere il supporto all'ospedale. I risultati intermedi del primo anno hanno dimostrato un aumento del numero di ricoveri e di visite, e una diminuzione della mortalità generale.







LA FORMAZIONE COME VALORE FONDANTE

Fin dagli inizi Medici con l'Africa Cuamm ha creduto fortemente nella formazione, come strumento per creare valore umano e professionale. In occasione dei trent'anni della rivista desideriamo fare una riflessione su ciò che la formazione è stata e sulla sua evoluzione: da Collegio per aspiranti medici missionari fino alle attuali proposte per studenti e specializzandi di Medicina.

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

FIN DAGLI INIZI

La vocazione del Cuamm alla formazione sta già nel suo nome: Collegio Universitario Aspiranti Medici Missionari, un collegio che nasce nel 1950 per ospitare studenti italiani e stranieri che avrebbero poi prestato servizio in paesi poveri. E da allora intervento sul campo e formazione si intrecciano indissolubilmente, nella piena espressione di quello che è il modello di cooperazione della ong: un approccio di sviluppo a lungo termine, lontano dalle soluzioni "espresse" ma basato sulla costruzione di un sistema solido, di integrazione con i governi locali, in una relazione di fiducia con la popolazione. In un quadro di questo genere, si è discusso da sempre il tema della formazione dei cooperanti ed è stata proprio la rivista *Salute e Sviluppo* a ospitare parte delle riflessioni, volte in modo costruttivo a capire le reali esigenze di un medico espatriato che si trovi per la prima volta in un paese in via di sviluppo. Come scriveva infatti Ranieri Guerra su queste pagine nel 1991, «esiste una profonda discrepanza tra le capacità professionali del personale sanitario, i bisogni di salute delle comunità ed i mezzi per affrontare correttamente tali bisogni».

LA FORMAZIONE DEL PERSONALE

Buona parte del dibattito riguarda proprio i temi oggetto di formazione, che senza dubbio sono quelli professionali e specifici dei contesti sanitari africani – dalle malattie infettive alla *primary health care* – ma che d'altra parte, come evidenzia Giovanni Putoto (n. 1, 1991), dovrebbero riguardare anche gli aspetti motivazionali e culturali. Il loro fine principale è quello di «fornire un bagaglio di conoscenze di base critico elementare, sufficiente a interpretare quei fattori ambientali, etnici, religiosi, politici ed economici che plasmano, per così dire, le condizioni di salute e sviluppo di una comunità ed evitare così un atteggiamento di pregiudizio», riprendendo il concetto di *ampiezza concettuale* espresso da Ranieri Guerra (n. 1, 1991).

La formazione diventa quindi un canale fondamentale di avvicinamento del cooperante all'Africa: dal 1972 iniziano al Cuamm i primi corsi di formazione che negli anni '80 diventano regolari, affiancati per certi periodi anche da tirocini, e che continueranno fino ad oggi, evolvendosi nei temi e nelle metodologie, per rispondere a uno scenario in movimento e alla crescente complessità dei progetti. Fare formazione e creare un confronto su di essa è una reale esigenza: ri-

porta Adriano Cattaneo in un suo articolo del 1993 che il materiale bibliografico formativo per chi si occupa di sanità in *developing countries* è sempre stato carente. E, prima della condivisione e disseminazione resa possibile da internet, lo era ancora di più. Spesso è ai medici rientrati che viene affidato l'incarico di formatore, cosa che avviene anche oggi, per unire le competenze settoriali all'esperienza sul campo, prestando attenzione anche ai bisogni rinnovati espressi dall'Africa. Da Ranieri Guerra a Vinicio Manfrin, Marzia Franzetti e Gian Pietro Donà, le riflessioni sulle necessità formative per un medico in Africa sono molte e toccano anche l'ambito linguistico e quello metodologico che «si apre a una metodologia attiva» (n. 1, 1991).

CON STUDENTI E SPECIALIZZANDI

A partire poi dal 2009 trova spazio nelle pagine della rivista un filone nuovo dedicato alla formazione, ed è quello che vede Cuamm al fianco di RIISG - Rete Italiana Insegnamento Salute Globale. Il dibattito che si avvia in quegli anni vuole portare l'attenzione da un paradigma della medicina sempre più clinica a una visione globale, dove salute, società, economia, ambiente si toccano e si influenzano l'un l'altro. Iniziano in quegli anni i corsi di formazione in salute globale rivolti agli studenti di Medicina, che hanno portato oggi il Cuamm a essere presente in 24 dei 28 corsi di laurea sul suolo nazionale. «La salute globale, analizzando le cause delle disuguaglianze in salute anche attraverso la lente della giustizia sociale, risponde a quelle esigenze di riposizionamento etico richiesto ai professionisti sanitari dell'attuale panorama globale e locale», scrivono Tarsitani, Civitelli e Rinaldi nel 2012, evidenziando anche la complementarità di questo approccio rispetto al curriculum di studi tradizionale. E in questa stessa visione la formazione in salute globale trova espressione pratica anche nelle due esperienze che Cuamm offre a studenti e specializzandi di Medicina: un tirocinio – di un mese per i primi e fino a 12 mesi per i secondi – volto proprio a guardare da vicino la medicina in un paese a risorse limitate e formarsi sul campo. E anche su questi temi dal 2006 a oggi la rivista ha riportato ampiamente esperienze e riflessioni di personale rientrato. A guardare le cose oggi, dopo quasi settant'anni di Cuamm e trenta di *Salute e Sviluppo*, appare evidente quel profilo di "accademia da campo" – come la definì il giornalista e amico Pietro Veronese – che è proprio dell'organizzazione, in cui la formazione è parte stessa dell'approccio operativo del cooperante, un processo continuo per costruire salute e sviluppo a lungo termine.



LA FORMAZIONE MEDICA SPECIALISTICA IN ITALIA

Una situazione critica quella attuale in Italia per decine di migliaia di specializzandi, che richiedono una condizione lavorativa e un percorso formativo adeguati. Oltre all'insufficienza di risorse atte a garantire sufficienti contratti, si evidenzia l'assenza di linee guida per ogni specializzazione, che permettano ai giovani medici di acquisire le graduali competenze teoriche e pratiche della professione.

TESTO DI / STEFANO GUICCIARDI / PRESIDENTE NAZIONALE DI FEDERSPECIALIZZANDI

UN PERCORSO A OSTACOLI

Diventare medici specialisti in Italia è ormai una vera e propria impresa. Le criticità che gravano sul sistema formativo sono tante e possono essere classificate, a grandi linee, in quantitative e qualitative.

Le prime sono quelle che più risaltano agli onori della cronaca e sono legate al cosiddetto "imbuto formativo", lo storico gap tra candidati al concorso nazionale per l'accesso alle Scuole di Specializzazione mediche e il numero di contratti di formazione disponibili. Solo nel 2018 si sono presentati al concorso circa 16.046 candidati per 6.934 contratti ministeriali, a fronte di un fabbisogno di specialisti espresso dalla conferenza Stato-Regioni di 8.569 unità e un potenziale formativo dichiarato della rete universitaria-ospedaliera di 11.100 posti.

Una condizione purtroppo cronica, che da anni tradisce le speranze dei giovani medici e che rappresenta un inspiegabile paradosso: servono medici specialisti, esiste un *surplus* di medici da formare accumulatosi negli anni, c'è una rete formativa potenzialmente capace di accoglierne di più di quelli attuali, ma non vengono fornite le risorse adeguate a garantire abbastanza contratti. Per eliminare "l'imbuto" la strada è obbligata, occorre finanziare con urgenza, per i prossimi anni, un numero di contratti di formazione specialistica che copra appieno il potenziale della rete formativa.

Ci sono poi le criticità qualitative, meno conosciute tra i non addetti ai lavori, ma che spesso rappresentano davvero il cuore del problema. Molti medici fuggono perché bloccati nel limbo, altri perché pensano che il sistema non sia adeguatamente formativo, e questo è vero soprattutto per alcuni ambiti, come le chirurgie.

Sulla carta, infatti, uno specializzando dovrebbe ottenere una progressiva autonomia e ciò come conseguenza dell'acquisizione graduale di competenze teoriche e pratiche. All'atto pratico, invece, a volte si finisce solo a smaltire burocrazia o, all'estremo opposto, guardie senza il personale strutturato, arrivando a mandar avanti interi reparti già a corto di personale, anche se la legge dice chiaramente che "in nessun caso l'attività del medico in formazione specialistica è sostitutiva del personale di ruolo".

LA NECESSITÀ DI CURRICULA REGIONALI

Il problema è che non abbiamo strumenti adeguati a verificare questa crescente autonomia, perché mancano dei veri e propri *curricula nazionali* per Scuola di Specializzazione, cioè piani strutturati, in cui per ogni singola competenza vengano indicati gli obiettivi formativi, i processi di valutazione, e le metodologie didattiche.

Nel Regno Unito, solo per dare uno sguardo all'estero, esistono documenti simili di più di 300 pagine per ogni specializzazione, che mettono paletti ben precisi e forniscono di fatto una bussola che guida il medico passo passo nel proprio percorso.

Da noi invece quando uno specializzando chiede di fare lezione, di partecipare a un congresso, di seguire dei corsi, si storce il naso perché ci sono i reparti che devono portare avanti il lavoro e perché "tanto si impara facendo", niente di più lontano dal concetto di formazione.

L'EQUILIBRIO TRA TEORIA E PRATICA

Occorre potenziare drasticamente i sistemi di controllo sulle Scuole, per verificare che le strutture a disposizione siano davvero impiegate per far crescere professionalmente uno specialista: è inutile vantare reparti di eccellenza se poi non c'è la possibilità di ruotarci o se la didattica è scarsa. Bisogna poi dare voce agli specializzandi, raccogliendo i loro *feedback* con strumenti capillari facendo in modo che la loro opinione abbia un impatto positivo su tutte le Scuole.

Dobbiamo fare questo integrando ospedali, università e territorio e creando con un'unica cabina di regia, senza cedere in tifoserie senza senso. Uno specializzando, per essere completo, deve formarsi prendendo il meglio che c'è di tutte le realtà: non deve essere né un teorico puro incapace di operare o di essere autonomo clinicamente, né un "praticone" che snobba la produzione scientifica. O la formazione è di qualità o non è formazione.

C'è ancora molto su cui intervenire e serve di certo una forte volontà politica per cambiare il sistema, ma tanti semi sono stati piantati nel corso degli anni. Spetta alla nostra generazione farli crescere per garantire un futuro al nostro Servizio Sanitario Nazionale.



FORUM

AFRINEWS: IL NOSTRO SGUARDO SULLA STORIA AFRICANA

In questo numero speciale, che cade nel trentennale di *Salute e Sviluppo*, desideriamo ripercorrere la Storia africana guardando ai nomi e agli avvenimenti più significativi, da noi raccontati negli anni. Un cammino tortuoso, spesso irrisolto, che ci racconta di un continente complesso e porta con sé la fatica di guerre ed epidemie ma anche la forza umana di chi lo abita.

TESTO DI / MAURIZIO MURRU / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

UNO SGUARDO ALLA STORIA DI UN CONTINENTE

La rubrica "Afrinews" ha fatto la sua comparsa su *Salute e Sviluppo* nel 1991 e fino all'ottobre del 2009 ha raccontato i principali avvenimenti del continente. Di mese in mese, di anno in anno, abbiamo raccontato la Storia nel suo svolgersi: il vento di democrazia che ha percorso il continente nei primi anni '90 del secolo scorso, finita la Guerra Fredda, rivelatosi più formale che reale; la nascita, per secessione, di due nuovi stati (Eritrea e Sud Sudan); la scarcerazione, l'elezione alla presidenza e la morte di Nelson Mandela; la fine dell'apartheid legale in Sudafrica; un genocidio abortito in Burundi, nel 1993, e uno "riuscito" in Rwanda un anno dopo; la proliferazione di gruppi terroristici nei paesi del Sahel; la crescente penetrazione economica cinese; la crescita di internet e della telefonia cellulare; le migrazioni di massa; i cambiamenti climatici; guerre civili decennali che si sono chiuse (Angola, Eritrea, Mozambico, Sudan), altre che sono iniziate e terminate (Costa d'Avorio, Liberia, Sierra Leone); alcuni despoti usciti di scena (Jammeh, Menghistu, Mobutu, Mugabe, Siad Barre), altri entrati (Kabila, Nkurunziza, Kagame, Afewerki), altri sostituiti dai figli (Bongo, Eyadema, Kabila) e altri ancora restati saldamente al loro posto (Museveni, Biya, Deby, Al Bashir, Nguema, Nguesso). In una dozzina di paesi sono ancora al potere gli stessi partiti che lo erano all'indipendenza.

GLI ANNI NOVANTA: CONFLITTI, SECESSIONI E LA CHIMERA DELLA DEMOCRAZIA

Il 1991 segnò la fine del regime di Siad Barre in Somalia e anche la fine della Somalia come Stato: si accese infatti una guerra di tutti contro tutti, che rimane ancora irrisolta. Era il 18 maggio di quell'anno quando il Somaliland dichiarò la propria indipendenza

che dura di fatto da allora anche se non riconosciuta dalla comunità internazionale.

Nello stesso anno l'Eritrea People's Liberation Front conquistò Asmara e collaborò con l'Ethiopian People's Revolutionary Democratic Front alla sconfitta di Menghistu e alla caduta del suo regime. Due anni dopo il popolo eritreo votò plebiscitariamente per l'indipendenza. Fu il primo caso di secessione riconosciuta

come legittima dalla comunità internazionale, inclusa l'Organizzazione dell'Unità Africana che, pure, aveva dichiarato inviolabili i confini ereditati dalla colonizzazione. Nel 1992, con gli accordi di Roma, terminò la guerra civile in Mozambico. Il movimento di liberazione, FRELIMO (Frente de Libertação do Moçambique), vinse tutte le successive elezioni. Si dovette attendere un'altra decina di anni per vedere la fine della guerra civile in Angola, dopo che, nel 2002, venne ucciso il capo dell'UNITA, Jonas Savimbi. Nel dicembre del 1989, nell'Africa occidentale, iniziarono a porsi le basi di guerre civili che tormentarono la regione per anni, dalla Liberia alla Sierra Leone alla Costa d'Avorio.

Nei primi anni '90 del secolo scorso, dopo la caduta del muro di Berlino e la fine della Guerra Fredda, sembrò che l'Africa fosse percorsa dal "vento della democrazia". Nelson Mandela fu scarcerato nel febbraio del

1990. Vari regimi a partito unico si aprirono al multipartitismo: dal Benin alla Tanzania, dalla Costa d'Avorio al Burundi, dallo Zambia al Kenya. Nella maggior parte dei casi tali aperture si rivelarono solo formali: la democrazia non è fatta di sole elezioni. Come disse Nyerere *«Quando il voto è un diritto e il pane un privilegio, la democrazia è una presa in giro»*.

Che elezioni "democratiche" non bastassero a realizzare la "democrazia" fu tragicamente dimostrato anche da quanto accadde in Burundi: nel giugno del 1993 vi si tennero libere elezioni vinte dal candidato di opposizione, di etnia Hutu, Melchior Ndadaye. Durò poco. Ndadaye fu assassinato tre mesi dopo in un golpe militare. Il paese sprofondò in una guerra civile che durò 12 anni e dalla quale uscì formalmente solo nel 2005. A tutt'oggi, il paese è tenuto in scacco da una classe politica inetta e vorace che





suo ultimo mandato costituzionale fosse scaduto nel 2016. Le elezioni, più volte rimandate, si sono tenute il 30 dicembre scorso. Il 10 gennaio 2019 è stato dichiarato vincitore Felix Tshisekedi, figlio di Etienne, storico oppositore di Mobutu.

Mentre la guerra nella RDC faceva più di cinque milioni di morti nell'Africa Centrale, un altro conflitto esplodeva nell'Africa Orientale, fra Eritrea ed Etiopia. La guerra, scoppiata per una contesa territoriale riguardante l'insignificante territorio di Badme, ma con radici politiche ed economiche più profonde, durò un paio di anni e fece più di 80.000 morti. Una pace precaria fu firmata nel 2000. Una pace vera, forse, è stata raggiunta solamente nel 2018, con l'avvento al potere, in Etiopia, del Primo Ministro Abiyi, il primo di etnia Oromo, che ha stupito tutti con una serie di aperture senza precedenti.

sfrutta la carta etnica per mantenersi al potere e saccheggiare il paese.

Il 1994 fu marcato da due avvenimenti di enorme portata: il genocidio in Rwanda, dove in tre mesi furono massacrati circa un milione di persone, e la fine dell'apartheid legale in Sudafrica: Nelson Mandela venne eletto Presidente della Repubblica Sudafricana.

Il genocidio fu fermato dal Rwanda Patriotic Front di Paul Kagame, l'esercito del regime che aveva pianificato e perpetrato il genocidio fuggì nel vicino Zaire assieme alle milizie *interahamwe*, costringendo circa un milione di rwandesi a seguirlo. Un altro milione di rwandesi si rifugiò in Tanzania. Dallo Zaire, gli autori del genocidio continuarono per mesi a compiere attentati sul suolo rwandese, fino a quando, nell'ottobre del 1996, gli eserciti di Rwanda e Uganda invasero lo Zaire mettendo alla testa di una sedicente ribellione Laurent Desiré Kabila. In circa sette mesi l'esercito regolare fu sbaragliato. Kabila entrò a Kinshasa il 17 maggio 1997 e fu nominato presidente. Mobutu fuggì e il paese fu ribattezzato Repubblica Democratica del Congo (RDC). Quando, nel 1998, Kabila tentò di affrancarsi dalla tutela rwando-ugandese, ebbe inizio un conflitto di enormi proporzioni che, con una espressione poco felice e poco sensata, venne definito *"la prima guerra mondiale africana"*. Da una parte c'erano Rwanda e Uganda, in una alleanza turbolenta che sarebbe durata poco. Dall'altra, schierati al fianco di Kabila, c'erano Angola, Namibia, Zimbabwe e persino il lontano Ciad che inviò uno sfortunato contingente. Nel 2001 Kabila venne assassinato da una sua guardia del corpo. Al suo posto venne nominato uno dei suoi numerosi figli: Joseph Kabila. Fra il 1999 e il 2003 vennero firmati vari accordi di pace fra i tanti attori coinvolti nella guerra. Vaste aree di questo immenso paese sono ancora in mano a decine di gruppi armati. Joseph Kabila ha appena lasciato il potere nonostante il

GLI ANNI DUEMILA: TERRORISMO E ANCORA CONFLITTI INTERNI

La "guerra al terrorismo" iniziata dopo gli attacchi alle torri gemelle dell'11 settembre 2001 ha interessato anche l'Africa. Già nel 1998 attacchi terroristici avevano devastato le ambasciate americane a Dar es Salaam e Nairobi. Da allora, vari movimenti "jihadisti" sono nati in vari paesi del continente, dalla Tunisia al Mozambico, ma specialmente nell'Africa occidentale. Oltre a Boko Haram in Nigeria, decine di movimenti sono attivi nella fascia del Sahel e sono protagonisti di sanguinosi attacchi in Mali, Costa d'Avorio, Burkina Faso, Ciad e Cameroon.

Il 9 luglio del 2011 si è avuta la seconda secessione riconosciuta dalla comunità internazionale sul suolo africano: dopo una guerra pluridecennale, il Sud Sudan si è staccato dal Sudan. Le speranze di un futuro migliore sono durate meno di due anni. Dal 2013 il paese è in preda a una guerra intestina che ha già fatto circa 400.000 vittime e ha reso ancora più povera la popolazione di un paese ricco di acqua, terre fertili e petrolio. Lo scorso settembre è stato firmato un accordo in base al quale i due maggiori contendenti, il Presidente Salva Kiir e l'ex Vicepresidente Riek Machar, *"governeranno assieme"* fino alle prossime elezioni, nel 2022. È legittimo temere che tale accordo non terrà così a lungo.

LA CRESCITA ECONOMICA E LA PRESENZA CINESE

Gli ultimi due decenni hanno anche visto la crescita significativa dell'influenza cinese in Africa. La Cina è oggi il più importante partner economico del continente: gli scambi commerciali sono

umentati da 10 a 174 miliardi di dollari fra il 2000 e il 2017 e gli investimenti da 10 a 60 miliardi dal 2010 al 2017¹. Includendo i flussi finanziari informali si arriva a cifre superiori di almeno il 15%. Secondo il Presidente della *African Development Bank*, i cinesi in Africa sono circa 1.300.000. Secondo uno studio pubblicato da McKinsey, operano in Africa più di 10.000 imprese cinesi, il 90% delle quali posseduto da privati².

Secondo uno studio della *African Development Bank*, negli ultimi 30 anni la classe media africana è triplicata e rappresenta circa il 34% della popolazione totale. Ciò è dovuto soprattutto ad una forte e sostenuta crescita economica. Una crescita non senza problemi: crescono le disuguaglianze fra paesi e all'interno dei paesi. Una nuova e grave crisi debitoria africana è alle porte. Il debito estero africano ammonta a circa 470 miliardi di dollari e la Cina ne possiede un quinto. La cifra è trascurabile se paragonata al debito dei paesi industrializzati. Ma anche il PIL africano è "trascurabile" se paragonato a quello di quei paesi: nel 2016, il PIL annuale medio per persona nell'America del Nord era pari a 37.477 \$, in Europa a 25.851 \$, e in Africa 1.809 \$³.

Negli ultimi 30 anni l'Africa ha conosciuto 26 epidemie di Ebola, di cui sette nella Repubblica Democratica del Congo. I casi, fra probabili e confermati, sono stati 30.087 e le vittime 12.216^{4,5}. L'ultima epidemia, dichiarata il 1° agosto 2018, è tuttora in corso nelle Province di Ituri e Nord Kivu nella RDC. Le operazioni di controllo sono ostacolate dal fatto che Ituri e Nord Kivu sono infestate da gruppi armati, hanno circa un milione di sfollati e vedono un continuo movimento di sfollati e rifugiati verso i paesi vicini (Uganda, Rwanda e Sud Sudan)⁶.



GUARDANDO AVANTI: LA SFIDA DEMOGRAFICA DI UN CONTINENTE GIOVANE

Nel 2019 si terranno elezioni presidenziali in otto paesi: Botswana, Malawi, Mauritania, Mozambico, Namibia, Nigeria, Senegal e Sudafrica. In Mauritania il presidente uscente, secondo Costituzione, non può candidarsi. Probabilmente, seguendo il "modello Putin", già adottato da Kabila nella RDC, sosterrà un suo fantoccio. Oppure, seguendo un modello molto più frequente in Africa, cambierà la Costituzione. Negli altri sette paesi, i presidenti uscenti saranno nuovamente candidati e, con tutta probabilità, saranno rieletti. In Namibia e in Sudafrica la questione terriera sarà uno dei temi più caldi. A 29 anni dall'indipendenza, in Namibia, e 24 dalla fine dell'apartheid, in Sudafrica, la distribuzione

delle terre è ancora iniqua e fonte di tensioni.

Trent'anni fa la popolazione africana era di 635 milioni: circa il 13% di quella mondiale.

Oggi gli africani sono circa 1.320.000.000: il 17% della popolazione mondiale. Secondo le stime delle Nazioni Unite, fra 30 anni saranno 2.528.000.000: il 26% della popolazione mondiale⁷.

Degli stimati 258 milioni di migranti nel mondo, circa 25 sono africani. La maggior parte di essi (circa 19 milioni) migra all'interno del continente, non verso l'Europa. L'Africa, come il resto del mondo, si trova di fronte a numerose sfide, alcune antiche (povertà, malattie, governi inadeguati, arretratezza economica), altre nuove (terrorismo, crescita demografica, migrazioni). Quella demografica sarà la sfida più importante e complessa, con ricadute sulle altre e con conseguenze anche per il resto del mondo.

NOTE

¹ African Development Bank Group, September 5th 2018, "Africa is the place to be" African Development Bank tells Chinese business leaders at the China Africa Forum, <https://www.afdb.org/en/news-and-events/africa-is-the-place-to-be-african-development-bank-president-tells-chinese-business-leaders-at-the-china-africa-forum-18457/>

² McKinsey&Company, June 2017, Dance of the lions and dragons, How are Africa and China engaging and how will the partnership evolve?, <https://www.africa-newsroom.com/files/download/b9733284e4a7e81>

³ Worldatlas, The Continents of the World per capita GDP, <https://www.worldatlas.com/articles/the-continents-of-the-world-by-gdp-per-capita.html>

⁴ WHO, Ebola Virus Disease, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ebola-virus-disease>

⁵ Center for Disease Control and Prevention, Years of Ebola Virus Disease Outbreaks, <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/history/chronology.html>

⁶ WHO, Ebola Virus Disease, Democratic Republic of Congo, External Situation Report 21, 27 December 2018, <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277405/SITREP-EVD-DRC-20181227-eng.pdf?ua=1>

⁷ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). *World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables*. Working Paper No. ESA/P/WP/248.



LE CASE D'ATTESA A LIVELLO PERIFERICO IN ETIOPIA

Uno studio comparato prima e dopo l'attuazione del programma *Prima le mamme e i bambini* che ha inteso analizzare copertura, servizi offerti e utilizzo delle case d'attesa nei distretti di Wolisso, Goro e Wonchi in Etiopia da parte delle future mamme: ne emerge da un lato un miglioramento dei servizi, dall'altro la criticità legata all'uso effettivo.

TESTO DI / TERESA DALLA ZUANNA / SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA, UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA, ANGELICA VALZ GRIS / UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO, CARLO RESTI / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

LA MOTHER WAITING HOME

Le Case d'attesa (in inglese *Mother Waiting Home*-MWH) sono strutture residenziali, situate nelle vicinanze di un centro medico, dove una donna in gravidanza a rischio può attendere il momento del parto ed essere trasferita nel centro medico al momento del travaglio o all'insorgere di una complicanza¹. Fin dai primi del '900 strutture simili sono state create in aree remote prive di servizi ostetrici¹, attualmente vengono utilizzate nelle aree rurali dei paesi a risorse limitate². In Etiopia le prime MWH nacquero a partire dal 1985 a carico delle organizzazioni no profit tra cui, nel 2000, la MWH dell'ospedale Saint Luke (SLH) di Wolisso, costruita con il contributo del Cuamm. Successivamente anche il governo etiope ha iniziato a supportarne l'implementazione fino a sceglierle come indirizzo strategico dal 2014³, prevedendone la costruzione oltre che a livello ospedaliero, anche a fianco di ciascun centro di salute periferico (Health Centre-HC) che fornisce assistenza al parto. L'obiettivo della MWH è quello di ridurre la distanza delle donne gravide dalle strutture sanitarie in grado di gestire le emergenze ostetriche, e contribuire così alla riduzione della mortalità perinatale e materna⁴. Gli studi condotti hanno infatti evidenziato una riduzione del 73% della natimortalità, e dell'80% della mortalità materna⁵. La maggioranza degli studi, fino ad ora, è stata condotta a livello ospedaliero, poco si sa ancora in merito all'efficacia e alla qualità percepita delle MWH dei centri di salute periferici.

IL PROGETTO CUAMM E LA VALUTAZIONE DELLE MWH PERIFERICHE (2015 E 2018)

Dal 2012 il Cuamm ha implementato progetti di sviluppo a livello territoriale a sostegno dei servizi sanitari per mamme e bambini (tra cui le MWH) a Wolisso e nei tre distretti periferici di Wolisso Rural, Goro e Wonchi in Oromia Region, Etiopia. Nei primi 3 anni sono stati sostenuti 8 HC periferici, dal 2015 al 2018 il progetto si è allargato a 12 ulteriori HC, arrivando al sostegno di tutti e 20 gli HC dell'area. Nel 2015 è stata quindi condotta una valutazione generale sui 12 HC che entravano per la prima volta nel progetto, che ha coinvolto anche le MWH periferiche. 11 su 12 HC erano dotati di MWH, tutte situate all'interno della struttura dell'HC, tutte

con il pavimento in cemento e le pareti in mattoni. In tutte eccetto una MWH era presente una cucina, e in 9 su 11 anche letti con coperte. Gli altri servizi erano più carenti, in particolare i bagni, l'acqua e l'elettricità (**Tabella 1**). Era stato inoltre appurato che 133 madri avevano utilizzato le 11 MWH nei sei mesi precedenti. Infine, 4 su 7 operatori intervistati avevano affermato che le madri non erano soddisfatte, per la distanza da casa e l'assenza di supporto dei loro parenti, e per l'assenza del materiale essenziale per la preparazione del cibo.

Ad aprile 2018, in conclusione dei progetti *Prima le mamme e i bambini* di 3+3 anni, si è deciso di condurre una valutazione finale dello stato delle MWH periferiche e il loro livello di utilizzo in tutti i 20 HC. Oltre alle domande di tre anni prima, si è indagata anche la raccolta e registrazione dei dati di utilizzo delle MWH. Tutti i 20 HC erano dotati di una MWH interna alla struttura dell'HC. La gran parte era stata costruita tra il 2014 e il 2018, 17 finanziate con fondi governativi, 3 da ONG (MWH di Obi, Dire Duleti e Wolisso 2). I muri erano tutti in mattoni, i tetti in lamiera (19) o cemento, i pavimenti in cemento (9) o rivestiti di mattonelle (11). In 19/20 MWH era disponibile una cucina fornita di utensili, e in tutte le strutture era disponibile un bagno. Anche nella fornitura dell'acqua e di energia elettrica c'era stato un grande miglioramento: 18 HC erano provvisti di acqua, 16 di energia elettrica. I materassi e le coperte erano sempre disponibili, anche se 3 HC non avevano letti. Le MWH valutate potevano ospitare da 1 a 6 madri in contemporanea. Il cibo era disponibile in metà delle MWH (11). I parenti delle donne ricoverate potevano entrare e alloggiare all'interno dell'HC in 11/20 casi.

Sul versante dell'utilizzo, 17 delle 20 MWH erano state utilizzate negli ultimi 3 anni. Le ragioni per cui 3 MWH non erano mai state utilizzate erano la carenza di strumenti e possibilità di assistenza al parto e, per quanto riguarda un HC situato in città, il fatto che fosse così vicino all'ospedale (per entrambe le ragioni, le donne preferivano recarsi direttamente in ospedale). In due HC (Goro e Wayu), inoltre, la MWH veniva utilizzata solo per l'attesa diurna. In merito alle MWH utilizzate, è stato molto difficile recuperare i dati concernenti il numero di madri transitate, in quanto il registro previsto o non era mai stato utilizzato (4 casi), o era andato perso (5) o, se disponibile, spesso non era adeguatamente compilato (5). Di conseguenza, il numero di madri ammesse nel 2017 è stato spesso riferito a voce risultando pertanto poco affidabile. È stato riportato un totale di 730 donne ammesse nel 2017, con una media di 43 donne per MWH, ma il numero di donne in

TABELLA 1 / MATERIALI E STRUTTURE DELLA MWH NELLA VALUTAZIONE DEL 2015 (SU 12 HC) E DEL 2018 (SUGLI STESSI 12 HC E SUL TOTALE DEGLI HC)

STRUTTURE/ MATERIALI	VALUTAZIONE 2015 (12)	VALUTAZIONE 2018 (12)	VALUTAZIONE 2018 (TUTTE)
N° MWH	11	12	20
CUCINA	10	12	19
BAGNI	4	12	20
ACQUA	3	10	18 - tubature (14) - pozzi con pompa (3) - fiume a un'ora (1)
LETTI	8	9	17
MATERASSI	9	12	20
COPERTE	9	12	20
ENERGIA ELETTRICA	5	8	16 - pannelli solari (4) - aggancio linea comunale (4) - solare + linea comunale (7) - generatore (1)
CIBO	9	6	11 (sempre farina per porridge)
UTENSILI DA CUCINA	/	12	19

ciascuna MWH andava da zero a 147. Sempre secondo l'ostetrica intervistata in ciascuna MWH, in tutti i casi tranne due le donne erano soddisfatte del servizio ricevuto. I motivi di questa soddisfazione erano principalmente l'essere vicine alla sala parto, aver ricevuto un buon trattamento e adeguati servizi, e la buona assistenza sanitaria. Le ragioni più frequenti per cui, sempre secondo le ostetriche, altre donne non sceglievano la MWH, erano la distanza dalla famiglia e il fatto che nessuno potesse sostituirsi a loro nelle incombenze domestiche. Altre motivazioni erano l'assenza di cibo nell'HC e la mancanza dell'acqua corrente e della corrente elettrica. In tre casi è stato sottolineato che le madri vivono molto vicino all'HC o, di nuovo, che l'HC stesso è molto vicino al SLH, e quindi non vale la pena pianificare una permanenza nella MWH periferica. Secondo 14 delle

ostetriche intervistate se il servizio migliorasse in futuro (con riguardo particolare al cibo, all'acqua e all'elettricità), probabilmente potrebbe aumentare il numero di mamme che si affidano alla MWH. È stato invece possibile raccogliere le opinioni dirette solo di 3 madri presenti al momento della supervisione: tutte e tre si sono dichiarate soddisfatte, in particolare per il buon servizio e la buona assistenza sanitaria ricevuta. Due donne hanno evidenziato come problema principale la distanza da casa e dalla famiglia, e due hanno affermato che l'approvvigionamento di cibo potrebbe essere migliorato.

CONCLUSIONI

Si può affermare quindi che, al termine dei due progetti, le MWH periferiche sono disponibili, approvvigionate con i materiali e gli alimenti di base e fornite di acqua ed energia elettrica. Tuttavia il servizio sembra essere sottoutilizzato, e in 3 casi addirittura inutilizzato. In alcuni casi lo stesso personale sanitario ha manifestato dubbi riguardo all'utilità dello strumento, e la percezione circa l'importanza di una buona registrazione dei dati di utilizzo appare decisamente scarsa. In entrambe le valutazioni il primo ostacolo per le madri è la distanza da casa, e per alcuni HC anche la posizione (molto vicina alle case delle madri o molto vicina al SLH) rende poco utile una MWH. La MWH dell'ospedale garantisce un'assistenza sanitaria certa h 24 e la possibilità di intervenire in qualunque caso di emergenza (compreso il taglio cesareo e le trasfusioni di sangue).

È ragionevole pensare che alcune donne, se convinte dell'utilità della MWH e in grado di recarvisi, preferiscano recarsi direttamente in questa struttura rispetto ad una periferica.

Il miglioramento del servizio delle MWH, sia in termini di approvvigionamento che di servizi ostetrici, è sicuramente fondamentale per migliorare la quota di parti assistiti, ma prima di tutto sarebbe utile domandarsi se tutte le strutture sono realmente utili, se vi è la convinzione nel mantenerle attive e funzionali da parte del personale ostetrico, e infine se ci siano strumenti alternativi e/o complementari, come ad esempio il trasporto in ambulanza, il cui potenziamento potrebbe avere risultati migliori.

NOTE

1 World Health Organisation, *Maternity waiting homes: a review of experiences*, 1996 http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_RHT_MSM_96.21.pdf?ua=1 (accessed: 29th November 2018).

2 Eckermann, E. & Deodato, G., *Maternity waiting homes in Southern Lao PDR: The unique 'silk home' in Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 34, 767–775, 2008.

3 Ethiopian FMOH, *MWA Policy Document: National requirements of MWA to standardize services at the PHCUs*, 2014.

4 Van Lonkhuijzen, L., Stekelenburg, J. & van Roosmalen, J., *Maternity waiting facilities for improving maternal and neonatal outcome in low-resource countries*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, doi:10.1002/14651858.CD006759.pub3

5 Dadi, T. L., Bekele, B. B., Kasaye, H. K. & Nigussie, T., *Role of maternity waiting homes in the reduction of maternal death and stillbirth in developing countries and its contribution for maternal death reduction in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis in BMC Health Services Research* 18, 2018.



ESPERIENZE DAL CAMPO

EARLY CHILD DEVELOPMENT: CONCETTI E IMPLICAZIONI

When you pay attention to the beginning of the story, you can change the whole story (Raffi Cavoukian). I primi anni di vita sono i più critici, il cervello si sviluppa molto rapidamente e ha maggiori possibilità di cambiamento. Per questo è fondamentale un approccio sensibile alla salute del bambino, agli stimoli, ai bisogni nutrizionali, cognitivi e motori. Ma come consentire a tutti i bambini e tutte le bambine di poter “partire bene” nella vita?

TESTO DI / GIORGIO TAMBURLINI / CENTRO PER LA SALUTE DEL BAMBINO - ONLUS

UN NUOVO CONCETTO ALLA BASE DI TUTTE LE POLITICHE

Lo sviluppo precoce del bambino o *early child development* (ECD) indica, letteralmente, lo sviluppo cognitivo, fisico, linguistico, motorio, sociale ed emotivo del bambino nei primi anni di vita¹. A partire soprattutto dai primi anni 2000, grazie al lavoro di molti pionieri tra i quali in particolare Jack Shonkoff² e James Heckmann³, il concetto di ECD si è espanso a significare una visione molto più ampia: quella che dalla consapevolezza dell'importanza di quanto accade nei primissimi periodi della vita, in particolare nei primi due o tre anni^a, fa discendere una grande attenzione per gli interventi precoci, o *early interventions*⁴⁻⁶. In

meno di vent'anni, il concetto di ECD ha acquistato, grazie alle ricerche in diversi campi disciplinari e alla crescente attenzione dedicatagli dalla comunità scientifica e dalle agenzie internazionali, una rilevanza che oggi non è esagerato definire enorme ai fini delle politiche e degli interventi riguardanti le dimensioni dei diritti umani, dell'economia e dello sviluppo umano, della salute, dell'educazione, delle politiche sociali e ambientali (**Tabella 1**).

IL PESO DEL PROBLEMA SU SCALA GLOBALE E IN AFRICA SUBSAHARIANA

Gli ultimi dati resi disponibili dal “sistema” Global Burden of Disease fa ammontare al 43% del totale la proporzione di bambini che per vari motivi, spesso combinati (i più importanti restano gli *outcome* perinatali sfavorevoli e in particolare il basso peso e la prematurità, le malattie e la malnutrizione, il mancato accesso all'educazione precoce e a volte anche a quella primaria, i conflitti e la violenza, la mancanza di cure attenzioni e affetto), non possono raggiungere il proprio potenziale di sviluppo, determinando per se stessi, le proprie famiglie e le comunità una perdita drammaticamente importante. Nel caso dei paesi dell'Africa Sub Sahariana, la proporzione di bambini che non raggiungono il loro pieno potenziale di sviluppo a causa di una o più delle condizioni già citate può arrivare al 60%¹⁻⁵. Ciò che cambia, da un paese all'altro, a volte da un distretto all'altro o zona della stessa città, è la combinazione e l'intensità relativa dei rischi, quindi delle politiche e degli interventi da mettere in campo per consentire a tutti i bambini e tutte le bambine di poter “partire bene” nella vita. L'analisi di questi rischi e la definizione di questi interventi, in tutti i casi ma a maggior ragione in paesi caratterizzati da tradizioni e norme che influenzano molto il modo in cui famiglie e comunità crescono i propri figli, richiede un approfondimento socio-antropologico non banale.

TABELLA 1 / LA RATIO DELLE IMPLICAZIONI DI POLICY DELL'ECD

DIRITTI UMANI	Il diritto dei bambini a realizzare pienamente il proprio potenziale di sviluppo e il diritto dei genitori a essere supportati nel loro ruolo rientrano a pieno titolo tra quelli sanciti dalle convenzioni internazionali
ECONOMIA	L'investimento nel capitale umano ha nei primi anni di vita il suo periodo di maggior efficacia, producendo ritorni economici dell'ordine di molte volte i costi iniziali
SALUTE	Nei primi anni di vita si definiscono una buona parte delle basi biologiche (<i>pattern</i> metabolici, competenze di <i>literacy</i> , ecc.) che determinano lo stato di salute nel corso della vita
EDUCAZIONE	Le basi neurobiologiche delle competenze cognitive e non cognitive e dello stesso apprendimento vengono create a partire dal primo anno di vita e devono essere sostenute
POLITICHE SOCIALI	Le disegualianze e lo svantaggio sociale si creano molto precocemente e si aggravano in assenza di interventi precoci
AMBIENTE	I primi periodi dello sviluppo sono particolarmente sensibili alle esposizioni chimico-fisiche ambientali

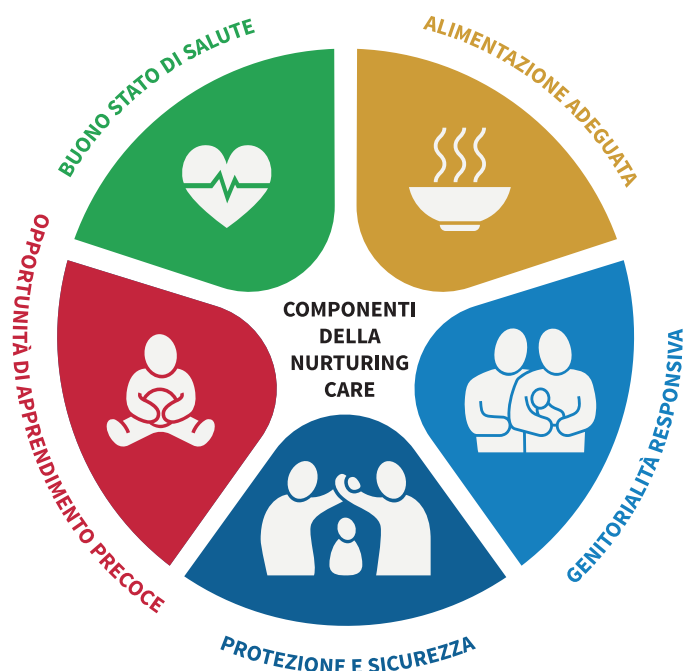
NOTA

^a Viene molto utilizzata a questo proposito la dizione “i primi 1000 giorni” che comprende il periodo che va dal concepimento alla fine del secondo anno. Questa terminologia è evocativa ed efficace, tuttavia è a rischio di semplificazione: molte delle esposizioni e degli interventi che hanno effetto sullo sviluppo precoce agiscono anche prima del concepimento e possono prolungarsi per tutta l'età prescolare e oltre. Non esiste un tempo x in cui tutto inizia o tutto finisce, esistono *periodi di massima opportunità e vulnerabilità ai fini delle diverse dimensioni dello sviluppo*, con implicazioni per il corso della vita. Molti di questi hanno il loro acme nei primi due-tre anni.

DALL'ECD AL NURTURING CARE FRAMEWORK

Se le cause della perdita di potenziale umano conseguente alle mancate opportunità nei primissimi periodi della vita sono molte e diverse, la risposta non può che coinvolgere più settori, anzi,

FIGURA 1 / COMPONENTI DELLA NURTURING CARE



deve riguardare i governi nel loro assieme sia a livello nazionale che a livello locale. Assumere la prospettiva ECD implica di fatto dare una direzione nuova a tutte le politiche, non solo a quelle di aiuto allo sviluppo, e non solo a quelle che riguardano l'infanzia. Questa prospettiva è stata composta in un tutto organico nel documento *Nurturing Care Framework for Early Child Development* (NCF), che fornisce indicazioni ai Governi, alle organizzazioni professionali, alle ONG, ai donatori, alle imprese, su come investire nelle prime epoche della vita, a partire dalla gravidanza fino al terzo anno di vita¹. L'NCF, prodotto dall'OMS, dall'Unicef, dalla Banca mondiale e dalla Partnership per la Salute materno-infantile – una coalizione che raggruppa centinaia di enti di ricerca, fondazioni, ONG e società professionali – attraverso un processo di consultazione che ha coinvolto anche un ampio gruppo di esperti, individua 5 dimensioni in cui agire: la salute, la nutrizione, la genitorialità, l'educazione precoce e la protezione sociale (Figura 1), con politiche e interventi specifici per ciascun settore e che richiedono molto spesso politiche integrate di più ampio respiro.

In questo quadro è il caso di sottolineare la novità rappresentata dall'introduzione della genitorialità responsiva come elemento a sé stante, meritevole di interventi specificamente rivolti a sostenere i *caregiver* nel loro ruolo, non solo dal punto di vista della nutrizione e della salute, ma come agenzia primaria dello sviluppo del bambino, in cui le "cure che nutrono" dalla nascita in poi, svolgono un ruolo fondamentale. È questa una delle novità definite nel documento: se l'obiettivo non deve essere solo la salute del bambino ma anche il suo sviluppo ottimale, i servizi e gli interventi di salute vanno ridisegnati alla luce della *nurturing care*, che

TABELLA 2a / TEMPI, AZIONI E PUNTI DI ATTACCO PER L'INTRODUZIONE DI COMPONENTI ECD NEI SERVIZI DI SALUTE

TEMPI	AZIONI	SERVIZI
GRAVIDANZA	Introduzione tematiche ECD negli incontri pre-natali (dal 6° mese)	Centri di salute e <i>waiting homes</i> , ambulatori ospedalieri
NASCITA	Contatto precoce e proposta precoce del latte materno, <i>kangaroo care</i>	Punti nascita nei Centri di salute e nelle maternità ospedaliere, unità neonatali
POST-PARTO	Introduzione di buone pratiche per lo sviluppo (BPS) ^b	Centri e posti di salute, attività di <i>outreach</i> realizzate con <i>community health workers</i> (CHW)
1-36 MESI	Informazione e <i>recall</i> sulle BPS utilizzando ogni tipo di <i>job aid</i> e di comunicazione (video, app) e con esempi pratici (ad es. nelle cure al bambino con SAM, Severe Acute Malnutrition)	Ambulatori <i>outpatient</i> , reparti ospedalieri, centri e posti di salute, attività di <i>outreach</i> tramite CHW
OSPEDALIZZAZIONI PROLUNGATE (PREMATURITÀ, PATOLOGIE SEVERE E CRONICHE)	Integrare sistematicamente gli aspetti medici con il supporto a genitorialità e promozione di BPS	Ospedali, servizi <i>outpatient</i>

TABELLA 2b / ATTIVITÀ DA CONSIDERARE IN SEDI E SERVIZI EXTRASANITARI

SETTORI	ATTIVITÀ	LUOGHI
SERVIZI EDUCATIVI	Proposta di BPS con dialogo e coinvolgimento delle famiglie	servizi di <i>day care</i> per la prima infanzia e l'età prescolare
COMUNITÀ	Informazione e proposta di BPS	Villaggi, esercizi commerciali, media e social media, associazioni sportive e religiose
IMPRESE	Coinvolgimento imprese su formazione lavoratori in quanto genitori	Ovunque si trovino famiglie e genitori

richiede cibo, farmaci e vaccini ma anche parole, carezze, gioco⁷. L'intera strategia relativa alle cure neonatali e al bambino viene ridefinita. Tra l'altro, il settore sanitario, in quanto luogo che consente contatti più precoci e universali, offre una serie di opportunità imperdibili non solo per interventi di salute "ridisegnati" ma anche per promuovere interventi in altri settori. Le Tabelle 2a e 2b indicano i diversi punti di contatto che possono essere utiliz-

NOTA

^b Le BPS, Buone Pratiche di Sviluppo, sono illustrate nel materiale e nei corsi *Care for Child Development*, che in molti paesi sono stati adattati e tradotti a cura di Unicef e altre INGO.

zati per introdurre elementi ECD nelle attività in atto nei servizi sanitari e per considerare attività a livello distrettuale.

FARE DI PIÙ O FARE DIVERSAMENTE?

Una delle questioni che più spesso vengono sollevate e discusse, quando la prospettiva ECD/NCF viene presentata e introdotta nei paesi e nei singoli programmi, è la preoccupazione di dovere, ancora una volta, aggiungere altri interventi a servizi e sistemi di *management* spesso deboli e spesso sovraccaricati. In realtà, tra gli interventi che sono stati nel tempo aggiunti alla lista delle cose che i servizi sanitari dovrebbero fare, l'implementazione dell'ECD richiede solo in parte attività aggiuntive: prevede certamente la formazione dei vari operatori, dal medico e infermiere dell'ospedale al *community health worker* o figure analoghe; prevede un forte impegno nella comunicazione, materiali, competenze nel *behaviour change*, e quindi attenzione alla comprensione di norme e tradizioni locali in materia di crescita ed educazione dei bambini e di atteggiamenti nei confronti di bambini prematuri o affetti da disabilità. Non prevede un apparato di *commodities* specifico, se non qualche libro e materiali anche di recupero per il gioco. Nelle gran parte dei casi, si tratta di fare diversamente quanto già si faceva, con una attenzione maggiore, se si può, a menti e cuori rispetto ai corpi fisici.

IL PROBLEMA DEL MONITORAGGIO

L'NCF indica le componenti essenziali da assicurare per realizzare in ogni paese politiche finalizzate a supportare l'ECD: dalla *leadership* alla formazione del personale, dall'integrazione tra servizi al monitoraggio. Quest'ultimo merita un breve commento. Vi è oggi una grande e giustificata attenzione a come "misurare" lo sviluppo, per capire, su base di popolazione, quali siano gli aspetti su cui concentrare gli sforzi e per monitorare e valutare gli interventi.

Esiste un gran numero di strumenti che diverse agenzie internazionali e gruppi accademici hanno sviluppato, naturalmente non compatibile con un utilizzo comune e comparabile. L'OMS ha preso l'iniziativa di sviluppare, dopo un lungo lavoro di revisione dell'esistente, uno strumento, la *Global Scale for Early Development* o GSED, che ora è in corso di validazione in una serie di paesi⁹. Si tratta di uno strumento basato sul dialogo con i *care-giver* nella sua forma semplice, e anche su una componente di interazione con il bambino nella sua forma completa.

Esistono poi strumenti concepiti per il lavoro individuale, ai fini di valutare e allo stesso tempo promuovere lo sviluppo come parte delle visite al bambino nei primi anni. In questo caso è stato individuato lo strumento che allo stato è il più appropriato per un dialogo con le famiglie (*Guide for Monitoring Child Development*, GMCD)¹⁰⁻¹².

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- 1 World Health Organization, United Nations Children's Fund, World Bank Group. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Geneva, World Health Organization, 2018 (disponibile in versione italiana su www.csbonlus.org)
- 2 Shonkoff JP. From neurons to neighborhoods: old and new challenges for developmental and behavioral pediatrics. *J Dev Behav Pediatr*. 2003 Feb;24(1):70-6.
- 3 Carneiro PM, Heckmann JJ. Human Capital Policy. *IZA Discussion Paper No. 821, 2003*.
- 4 Britto PR, Lye SJ, Proulx K, Yousafzai AK, Matthews SG, Vaivada T et al. Nurturing care: promoting early childhood development. *The Lancet*, 2016:389.
- 5 Black ME, Walker SP, Fernald LCH, Andersen CT, DiGirolamo AM, Lu C et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. *The Lancet*, 2016:389.
- 6 Richter LM, Daelmans B, Lombardi J et al. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. *The Lancet*, 2016:389.

- 7 UNICEF. Unicef standards for parenting programmes for low and middle-income countries. 2017
- 8 Engle P, Young ME, Tamburlini G. The role of health sector in early child development. In: Britto P, Engle P, Super B (Eds) Handbook of early child development research and its impact on global policy. Oxford Univ Press, 2013.
- 9 Richter L, Black M, Britto P, et al. Early childhood development: an imperative for action and measurement at scale. *BMJ Glob Health* 2019;4:i154–i160. doi:10.1136/bmjgh-2018-001302.
- 10 Ertem I, guide for monitoring child development in low- and middle-income countries. *Pediatrics*, 2008;121(3):e581-9.
- 11 Ertem IO, Krishnamurthy V, Mulaudzi M, et al. The development of healthy children in the first three years: similarities and differences across genders and countries: a cross-sectional observational study. *Lancet Glob Health* 2018;6:e279–e291.
- 12 Boggs D, Milner KM, Chandna J et al. Rating ECD outcomes measurement tools for routine health programme use. *ADC*, 2019:104, 22-33.

FONTI UTILI

- Il sito www.nurturing-care.org per materiali, esempi-paese (e sono in corso di preparazione e pubblicazione profili paese ECD/NCF nello stesso formato dei profili countdown).
- WHO and UNICEF. *Care for child development: improving the care of young children*. Geneva, 2012 (per linee guida e formazione di operatori). Esiste anche

materiale analogo in italiano, per operatori (Alusahj A, Tamburlini G *Nutrire la mente*. CSB onlus, 2018).

- Le serie ECD su *Lancet* (2007, 2011, 2016), per dati, evidenze, linee strategiche.
- Numero speciale *Archives of Disease in Childhood* 2019:104, per questioni e strumenti di implementazione.



APPROFONDENDO

CAMBIAMENTO CLIMATICO E DISEGUAGLIANZE

Il caso studio del ciclone Idai in Mozambico. Gli eventi estremi legati ai cambiamenti climatici agiscono come detonatori delle diseguaglianze: colpiscono chi ha meno strumenti per prevenirli o per sopportarli, rendendo più estreme le condizioni di povertà. Dalla malnutrizione alla diffusione di malattie infettive fino alla perdita del lavoro e della casa, generano uno stato di miseria da cui diventa difficile risollevarsi.

TESTO DI / SAMANTHA PEGORARO E BENEDETTA ROSSI / ITALIAN CLIMATE NETWORK

Per quanto diversi gli uni dagli altri, alluvioni, ondate di calore, siccità prolungate e cicloni rappresentano alcuni degli eventi estremi che secondo il Pannello Intergovernativo sui Cambiamenti Climatici (IPCC) – l'ente internazionale di riferimento per le valutazioni sul cambiamento climatico – sono sempre più frequenti e di maggiore intensità proprio a causa del riscaldamento globale. In Mozambico per esempio, Idai e Kenneth sono i nomi di due diversi cicloni che, da inizio marzo il primo e da fine aprile il secondo, stanno infliggendo danni socio-economici e sanitari nella regione centro settentrionale del paese e negli stati limitrofi.

Le ultime evidenze scientifiche riportano come sembri non essere confermato un aumento del numero di cicloni in relazione al riscaldamento globale. Quello che però la crisi climatica è in grado di scatenare è una maggiore intensità di questi fenomeni, come vento più forte o potere distruttivo maggiore¹. Kenneth ha soffiato a 220km/h, rappresentando il ciclone più intenso che abbia mai colpito la regione africana. Senza contare le conseguenti e devastanti alluvioni che ne sono seguite. Quando eventi estremi di questo tipo si verificano in paesi già di per sé vulnerabili, come il Mozambico, dove le capacità di adattamento dei sistemi sanitari a situazioni di tale emergenza sono ancora inefficienti, è facile intuire come lo

stato salute della popolazione colpita sia ancora più a repentaglio. E a pagarne il costo più alto, come mettono in risalto Pelling e Garschagen in un recente articolo pubblicato su *Nature*², sono le fasce di popolazione più vulnerabili: proprio guardando al caso Mozambico, i due geografi evidenziano come le zone più colpite dal ciclone siano state quelle costiere a rischio di inondazioni e quelle rurali, che sono proprio le aree dove spesso vivono i più poveri. «I più poveri devono affrontare un doppio peso della diseguaglianza: uno sviluppo impari cui si sommano le conseguenze del clima». È evidente infatti che siano proprio le fasce più vulnerabili della popolazione ad avere meno strumenti e risorse per fronteggiare i danni di cicloni e altri disastri ambientali. Rispetto ad altre fasce di popolazione perdono spesso quasi tutto ciò che hanno: i più poveri raramente hanno risparmi o beni di altro genere e conseguentemente vengono a mancare le basi di una possibile "ricostruzione"; l'accesso a forme assicurative ha costi proibitivi, spesso inaffrontabili o causa di forte indebitamento per gli anni a venire; infine, se i più poveri decidono di migrare, come riferiscono Pelling e Garschagen, ciò dipende da una crisi ambientale che non consente altra possibilità.

Secondo i dati riportati sui bollettini settimanali dell'ufficio della regione africana dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, il ciclone Idai ha provocato fino ad ora 602 morti, 1.641 feriti e circa 400.000 sfollati nella regione centrale, la provincia di Sofala, ai quali si aggiungono i 45 morti, i 91 feriti e i 4.000 sfollati causati da Kenneth nella provincia di Cabo Delgado, regione settentrionale del Paese³. Inoltre, la massiva distruzione di infrastrutture, abitazioni, terre e campi da coltivare e strade, continuerà a creare gravi conseguenze sanitarie alle comunità che vivono in queste aree, che per lo più, rimangono isolate, rendendo ancora più difficile l'accesso ai servizi sanitari.

 GUEST HOUSE CUAMM ALLAGATA DOPO IL PASSAGGIO DEL CICLONE KENNETH
 (ARCHIVIO CUAMM)



Fra i maggiori problemi di salute di queste due regioni, bisogna sottolineare:

- lo sviluppo di epidemie di colera in diverse aree della regione di Sofala con 6.358 casi riportati (di cui 8 decessi) e i 187 casi sospetti nella regione di Cabo Delgado;
- la diffusione di altre forme di diarrea veicolate da acque stagnanti e non sanificate;
- la diffusione di malattie infettive causate da vettori come per esempio la malaria con un totale cumulativo di casi riportati pari a 4.668, e la dengue;
- malnutrizione³.

I disastri naturali sono per la maggior parte legati all'acqua. Le conseguenze di tali eventi sul sistema idrico possono essere definite dirette – danni agli edifici e alle infrastrutture, come al raccolto agricolo – e indirette, tra le quali figurano anche gli impatti sulla salute. Eventi come le alluvioni possono infatti alterare la qualità dell'acqua e favorire la diffusione di batteri e virus che finiscono per essere causa di numerose patologie, *water-born diseases*, tra cui il colera.

«Dell'arrivo del ciclone Idai, il Ministero della Salute era a conoscenza – riporta Elena Villalobos Prats, funzionario tecnico del team Cambiamento Climatico e Salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità a Ginevra –. Quello che però non era chiaro era l'effetto dell'alluvione che ha seguito il ciclone. A disposizione del personale sanitario solo 300 vaccini anti-colera. Ne servivano almeno 1 milione». Agire in maniera preventiva quando si parla di impatti sulla salute dovuti alla crisi climatica, ciò che in gergo tecnico si definisce *adaptation and disaster preparedness*, è essenziale. «I sistemi sanitari necessitano di connettersi in maniera molto più efficiente con i servizi meteorologici. È proprio questo uno degli obiettivi di lavoro dell'Organizzazione Mondiale della Salute». In piano anche un adattamento dei *Water Safety Plans* (piani per la sicurezza dell'acqua) nelle strutture sanitarie integrando ad essi le considerazioni climatiche che sono alla base di una migliore gestione della rete idrica.

In questa stessa direzione guarda la prossima agenda delle Nazioni Unite sull'adattamento al cambiamento climatico: un forum a New York il prossimo settembre ne discuterà per identificare politiche e interventi che tengano conto degli obiettivi di sviluppo sostenibile e dell'equità. Di fronte ai cambiamenti inevitabili che il cambiamento climatico porta, è necessario mettere in primo piano l'equità perché di fronte a tali disastri a rimanere più indietro sono ancora una volta i più poveri.

COP24 SPECIAL REPORT: HEALTH AND CLIMATE CHANGE.
GENEVA: WORLD HEALTH ORGANIZATION; 2018.

([HTTPS://CREATIVECOMMONS.ORG/LICENSES/BY-NC-SA/3.0/IGO/](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/))

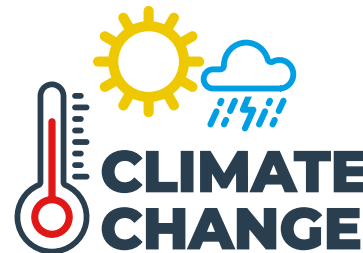
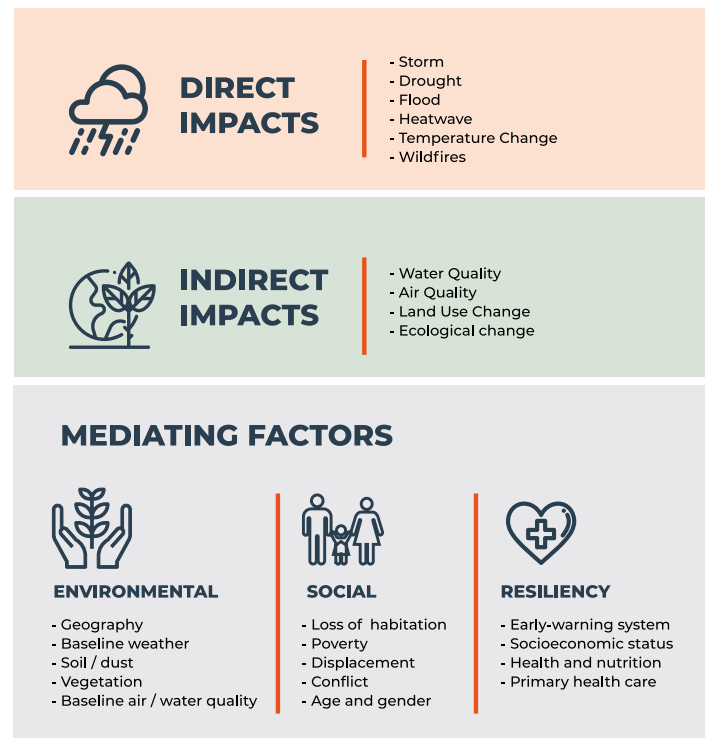


Figure 3

Climate change impacts health both directly and indirectly, but is strongly mediated by environmental, social and public health determinants. From references (14, 28-32).



NOTE

¹ IPCC, 2014: Climate Change 2014: Synthesis Report. Contribution of Working Groups I, II and III to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change [Core Writing Team, R.K.

Pachauri and L.A. Meyer (eds.)]. IPCC, Geneva, Switzerland, 151 pp.

² Pelling M., Garschagen M., *Put equity first in climate adaptation*, in *Nature*, May 2019.

³ Weekly bulletins on outbreaks and other emergencies, Week 16. World Health Organization, Regional Office for Africa.



RASSEGNA

PREGNANT IN THE TIME OF EBOLA

Un libro pubblicato da Springer a inizio 2019 che raccoglie le voci di ong, centri di ricerca, operatori che hanno vissuto Ebola da vicino. Come un mosaico rappresenta da punti di vista diversi la più grande epidemia di Ebola che abbia mai colpito l'Africa: tra queste voci c'è anche Cuamm. Qui una recensione del Dottor Ranieri Guerra.

TESTO DI / RANIERI GUERRA / ASSISTANT DIRECTOR-GENERAL, ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ

UN LIBRO CHE "RACCONTA" EBOLA CON LA VOCE DI CHI L'HA VISSUTA

Un libro interamente dedicato alla più grave epidemia da virus Ebola, quella che ha colpito Liberia, Guinea e Sierra Leone nell'Africa Occidentale nel 2014/16, con quasi trentamila casi e più di undicimila morti registrati – e probabilmente sottostimati – dalle statistiche ufficiali. Si guarda alle modalità con cui la fertilità, la gravidanza, il parto, il puerperio sono stati affrontati e gestiti sia dalla popolazione generale che dal personale sanitario che ha prestato la propria opera in condizioni estreme e, ci si augura, irripetibili, data l'esperienza professionale e strategica maturata, purtroppo, a un costo umano eccezionalmente elevato.

Il racconto è affidato alla narrazione di medici, ostetriche, antropologi che, piuttosto che fornire una mera analisi del dato clinico numerico, pure impressionante, ricostruiscono la storia e gli eventi dell'epidemia attraverso la testimonianza diretta, affascinante nella sua brutalità. L'unica analogia proponibile, infatti, come sottolineato in alcuni capitoli del testo, è con l'AIDS: al di là della letalità iniziale, anche se più dilatata nel tempo con una progressione e una mortalità molto simili, ha avuto un impatto altrettanto drammatico sulla sfera sessuale e riproduttiva, al centro delle nostre relazioni sociali.

UN'ANALISI ATTRAVERSO LO STATO DI SALUTE DELLE DONNE E DEI BAMBINI

Articolato su capitoli diversi, alcuni di valore generale, altri dedicati a situazioni specifiche, il libro ha un denominatore comune: la salute delle donne e, in maniera più marginale, quella dei bambini, con uno sguardo soprattutto ai fenomeni di stigma ed esclusione da essi vissuti durante l'epidemia. La premessa del testo, infatti, è che la salute della donna gravida e quella del neonato e

del bambino, soggetti tra i più vulnerabili nelle nostre società, sono valori fondamentali che la sanità pubblica e la medicina clinica devono proteggere dall'attacco delle malattie, esacerbate dalla povertà, dalla scarsa alfabetizzazione, spesso dal pregiudizio in un quadro dove un approccio di genere deve essere ancora pienamente assimilato. In tempo di Ebola però questo atteggiamento di cura e protezione è stato trascurato, evidenza che non sorprende data la storia di abusi e violenza, anche culturale, che accompagnano costantemente la donna e il bambino nelle situazioni di crisi, belligeranza, ogni volta che le norme della convivenza sociale e del diritto vengono indebolite, soprattutto in contesti a risorse limitate.

L'epidemia, infatti, è riuscita a distruggere le connessioni umane e lo ha fatto anche indebolendo le risorse della fede e dell'etica della solidarietà, particolarmente sviluppate nelle comunità colpite.

LO STIGMA E LE SUE DRAMMATICHE CONSEGUENZE

Durante Ebola la diffidenza verso le donne gravide è diventata giustificazione per l'allontanamento, per la prescrizione di pratiche quarantenali, sebbene come il libro rileva non ci sia alcuna evidenza che le gravide siano più suscettibili al contagio, ma anzi ne sono vittime, con un 30% di eccesso di mortalità rispetto alle non gravide.

La narrazione riporta testimonianze drammatiche di rifiuto di assistenza, di isolamento forzato, di abbandono, di diniego all'accesso a qualsiasi tipo di servizio prenatale e puerperale che i sistemi dei paesi colpiti stavano cercando faticosamente di rafforzare con l'assistenza internazionale. Basti pensare alle condizioni ostetriche di facile gestione quando diagnosticate e affrontate in maniera tempestiva, che però l'isolamento quarantenale ha spesso impedito di avviare alla terapia medica o chirurgica salvavita (dalle trasfusioni, alla terapia antipertensiva, al parto cesareo), laddove in ogni caso l'analisi retrospettiva ha rivelato che oltre il 90% delle gravide quarantenate era negativa alla diagnosi di Ebola. Questa situazione ha portato a una mortalità specifica elevata tra donne gravide, a cui si sommano le storie dei villaggi dove le donne di età fertile sono scomparse perché coinvolte nella gestione di riti funebri su deceduti per Ebola, in analogia ai villaggi della regione dei Grandi Laghi dei primi anni Ottanta, desertifi-



cati dall'epidemia di AIDS dilagante all'epoca. Il messaggio chiarissimo che emerge da tutti gli autori è che, ancora una volta, i bisogni di salute specifici legati alla gravidanza, al parto, alla primissima infanzia in una situazione epidemica non sono stati pienamente compresi né, tanto meno, considerati in maniera adeguata. Solo verso la conclusione dell'epidemia sono state costruite zone di sicurezza per la gestione della gravidanza e per il parto nelle aree quarantenali, che prima ne erano prive. Questa specifica carenza ha convinto, secondo gli autori, la donna gravida a evitare il ricorso alle zone di trattamento per timore che l'isolamento quarantenale potesse influire negativamente sulla propria salute e su quella del nascituro, oltre che sulla stabilità di coppia, diventando causa di abbandono coniugale. Con importanti conseguenze sulla disponibilità di mezzi di sussistenza per sé e il neonato.

UN ESEMPIO DI MEDICINA NARRATIVA

Sebbene ci sia una certa frammentarietà nella composizione dei singoli capitoli, il valore del testo è evidente e sta nella storia raccontata, un approccio di medicina narrativa corredato da eccellenti esempi e temi portati all'attenzione: dallo stigma che ha accompagnato l'evoluzione dell'epidemia – concentrato soprattutto su mamme e bambini – all'esclusione della vaccinazione, ancorché sperimentale, per motivazioni etiche formali di difficile comprensione da parte degli operatori di prima linea che ne avevano intuito le ovvie potenzialità; dalla sfiducia anche verso gli operatori sanitari percepiti come possibili untori alla difficoltà semantica e comunicativa nei confronti delle comunità e dei leader tradizionali, con ricadute pesanti su pratiche come quelle funerarie che non hanno fatto altro che aggravare ulteriormente la situazione.

IL CONTRIBUTO DI CUAMM PER IL SISTEMA SANITARIO

Gli autori fanno giustamente riferimento alla tempesta perfetta di povertà, fragilità del sistema sanitario, instabilità politica che ha travolto i tre Paesi, con l'orrore medico e sociale che ne è derivato. Al tempo stesso, tuttavia, l'epidemia è stata domata grazie alla mobilitazione collettiva, alla conoscenza accumulata attraverso errori e dedizione spesso spinta fino al sacrificio, alla scienza e alla ricerca che hanno permesso di colmare progressivamente le vulnerabilità.

Una sezione è interamente dedicata all'analisi dei sistemi sanitari:

il collasso del sistema e la chiusura o la saturazione dei servizi sanitari hanno indotto un innalzamento della morbo-mortalità da patologie persistenti, come la malaria, le diarree, le polmoniti, con un impatto sicuramente maggiore in termini numerici rispetto alla patologia da Ebola. E su questo si dispiega in particolare l'impegno del Cuamm, testimoniato in uno dei capitoli del libro, che ha cercato di garantire l'erogazione dei servizi ordinari, rafforzandoli e mettendoli in sicurezza, pur gestendo, ovviamente, la diagnostica e il riferimento ai centri di trattamento per la casistica Ebola.

QUEL CHE L'EPIDEMIA CI HA INSEGNATO

Concludendo, si può certamente affermare, in base all'evidenza raccolta e descritta nei singoli capitoli del libro, che la ricerca qualitativa, le armi della comunicazione strategica di base con individui e comunità, l'indagine etnografica e la ricostruzione storica, basata sulla valorizzazione dei dati clinici e sociali raccolti, possono farci capire come prepararci meglio alla gestione di fenomeni epidemici. Questi vanno mitigati con il rafforzamento dei servizi sanitari di diagnosi e terapia, basate su laboratori funzionanti e su personale formato adeguatamente, ma anche con l'integrazione delle conoscenze e delle competenze a supporto dell'atto medico sia clinico che di sanità pubblica. Infatti, mai come in un contesto drammatico come quello disegnato da Ebola, gli interventi sanitari rischiano di rimanere inutili, o, addirittura, dannosi, se non calati in un ecosistema comunitario, culturale e sociale dove la salute della gravida, del neonato e del bambino devono recuperare una centralità sostanziale e non formale, come è stato bene descritto nel testo.

Dal punto di vista politico, invece, l'epidemia è un indicatore, sia pure indiretto, del fallimento delle politiche di aggiustamento strutturale perseguite dal Fondo Monetario e dalla Banca Mondiale nella decade trascorsa, che prevedevano un'allocazione settoriale sanitaria compresa tra 9 e 20 USD pro capite/anno nei tre Paesi, incompatibile con gli obiettivi di sviluppo sostenibile e con quelli, nello specifico, di copertura sanitaria universale entro il 2030. Basti pensare, ad esempio, che il 35% delle famiglie liberiane ha un capofamiglia donna e che l'87% delle donne era disoccupato (a fronte del 27% di maschi) con impatti di lungo termine sulla resilienza sociale ed economica dei tre paesi.

Il libro è, pure nella sua sintesi piuttosto sbilanciata e a tratti ripetitiva, una lettura essenziale per la comprensione di una realtà tragica che è ancora tristemente attuale con l'epidemia in corso nella Repubblica Democratica del Congo, e che, certamente, viste le caratteristiche del virus, non ci abbandonerà né rapidamente né facilmente.



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 60** anni di storia:

- o **163** i programmi realizzati;
- o **1.911** le persone coinvolte nei progetti;
- o **43** i paesi d'intervento;
- o **232** gli ospedali serviti;
- o **1.053** gli studenti ospitati nel collegio: di questi 688 italiani e 280 provenienti da 34 paesi diversi;
- o **4.885** gli anni di servizio effettuati, con una media di 2,5 anni per ciascuna persona inviata.

ISTANTANEA

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

- o **Oltre 70 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)
 - 1.083 strutture sanitarie;
 - 3 scuole infermieri (Lui - Sud Sudan, Matany - Uganda, Wolisso - Etiopia);
 - 1 università (Beira - Mozambico);
- o **2.915 risorse umane** di cui 331 sono operatori internazionali.

IN EUROPA

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

AVVISO AI LETTORI

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

- **c/c postale:** n. 17101353 intestato a Medici con l'Africa Cuamm
- **bonifico bancario:** IBAN IT 32 C 05018 12101 000011078904 presso Banca Popolare Etica Padova
- **carta di credito:** telefonando allo 049.8751279
- **online:** www.mediciconlafrica.org
- **5x1000:** con la tua firma e il nostro codice fiscale 00677540288

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

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

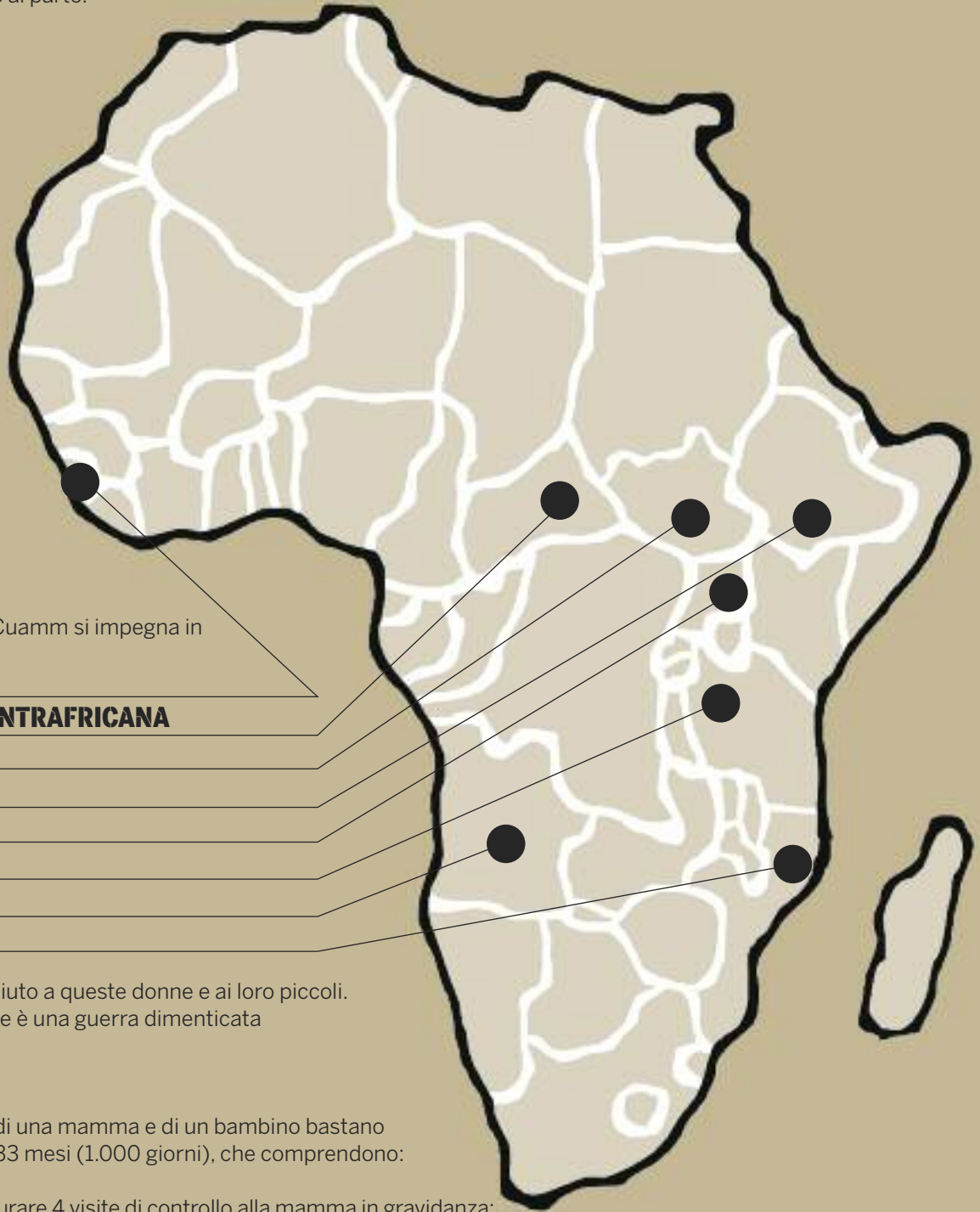
La nostra pubblicazione ha bisogno dell'appoggio di tutti i lettori e amici di Medici con l'Africa Cuamm.



L'AFRICA DEI BISOGNI

OGNI ANNO NELL'AFRICA A SUD DEL SAHARA:

- 4,5 milioni di bambini muoiono prima di aver compiuto cinque anni, per malattie prevenibili e curabili a basso costo;
- 1,2 milioni di neonati muoiono nel primo mese di vita per mancanza di cure;
- 265 mila 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
giugno 2019 — n° **78**
www.mediciconlafrica.org

