



# SOCIAL NEWS

Rai

Con il patrocinio  
Segretariato Sociale

CULTURE A CONFRONTO - MENSILE DI PROMOZIONE SOCIALE

www.segretariatotosociale.rai.it

PREMIATO  
EURO-MEDITERRANEO 2008

@uxilia  
editore

[www.socialnews.it](http://www.socialnews.it)

Anno 13 - Numero 1  
Gennaio - Febbraio 2016

Gli operatori  
umanitari diventano  
ambasciatori  
di Davide Giacalone

Epidemie specchio  
delle disuguaglianze  
del mondo  
di Moira Monacelli

Ancora morti, ma  
non ci dobbiamo  
sorprendere  
di Marco Cochi

L'epidemia da Zika  
di Roberto Luzzati  
e Marta Mascarello

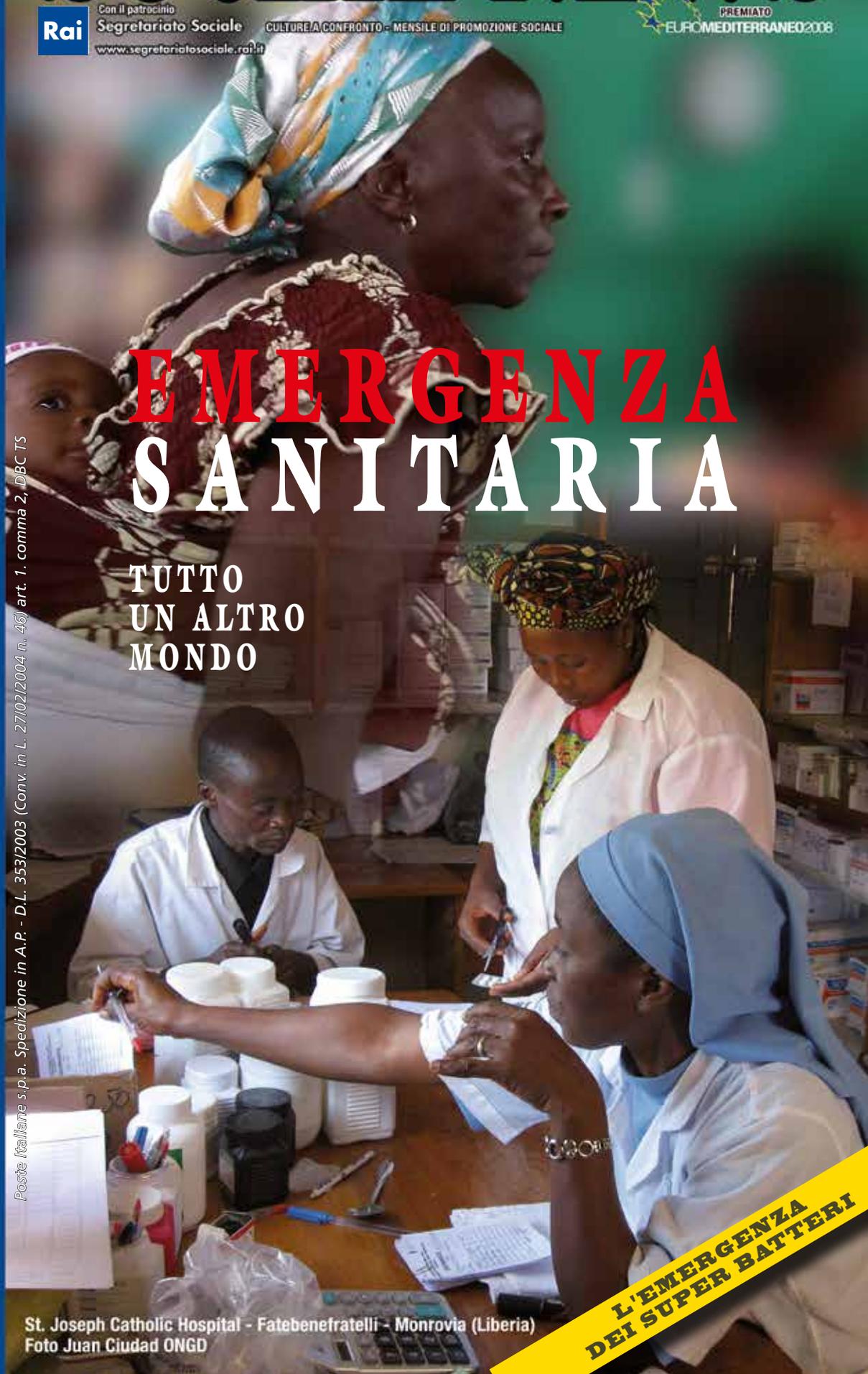
Il dramma  
delle malattie  
sessualmente  
trasmissibili  
di Damiano Pizzol

Nel cuore del Sud  
Sudan  
di Claudio Tommasini

Poste Italiane s.p.a. Spedizione in A.P. - D.L. 353/2003 (Conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 2, DBC TS

## EMERGENZA SANITARIA

### TUTTO UN ALTRO MONDO



St. Joseph Catholic Hospital - Fatebenefratelli - Monrovia (Liberia)  
Foto Juan Ciudad ONGD

realizzazione e distribuzione gratuita

L'EMERGENZA  
DEI SUPER BATTERI

Copertina a cura di:  
Paolo Maria Buonsante

In copertina: foto di Matthias Canapini

## INDICE

- 3. La medicina nell'emergenza**  
di Massimiliano Fanni Canelles
- 4. Epidemie specchio delle disuguaglianze del mondo**  
di Moira Monacelli
- 7. Gli operatori umanitari diventino ambasciatori**  
di Davide Giacalone
- 8. Dall'ebola alle migrazioni: è necessario uno sforzo comune**  
di Susanna Svaluto Moreolo
- 10. Ancora morti, ma non ci dobbiamo sorprendere**  
di Marco Cochi
- 12. Ebola: l'inizio della fine**  
di Antonio Irlando
- 13. L'epidemia da Zika**  
di Roberto Luzzati e Marta Mascarello
- 15. Zika virus: coinvolgimento mondiale**  
di Antonio Irlando
- 16. Il dramma delle malattie sessualmente trasmissibili**  
di Damiano Pizzol
- 18. A Dandora cambia la musica**  
di Marta Manini
- 20. Il super batterio più forte degli antibiotici**  
di Massimiliano Fanni Canelles
- 21. Nel cuore del Sud Sudan**  
di Claudio Tommasini
- 24. Dalla Toscana a Kinshasa per salvare madri e bambini nel ricordo di Mirko**  
di Egi Comuzzi De Luca
- 25. Malawi: crescono le speranze di vita per i bambini nel cuore dell'Africa**  
di Maria Grazia Sanna
- 26. Povertà e denutrizione nel mondo: un reale cambiamento?**  
di Aurora Tranti
- 28. Spose bambine: traumi psicologici e sanitari**  
di Riccardo Noury
- 29. Quando la puntura di una zanzara fa la differenza...**  
di Elisangela Annunziato
- 30. Dal Sud d'Italia al Sud del mondo**  
di Elisangela Annunziato
- 31. Emergenza sorrisi**  
di Fabrizio Massimo Abenavoli

Ringraziamo tutti coloro che hanno contribuito ad inviarci le foto ed in particolare Claudio Tommasini, Moira Monacelli per Caritas Italiana, Marta Manini per Alice for Children, Nicola Berti per Cuamm, Amnestej International Italia, Emergenza Sorrisi ONG e Taranta power.

I **SocialNews** precedenti. **Anno 2005:** Tsunami, Darfur, I genitori, Fecondazione artificiale, Pedopornografia, Bambini abbandonati, Devianza minorile, Sviluppo psicologico, Aborto. **Anno 2006:** Mediazione, Malattie croniche, Infanzia femminile, La famiglia, Lavoro minorile, Droga, Immigrazione, Adozioni internazionali, Giustizia minorile, Tratta e schiavitù. **Anno 2007:** Bullismo, Disturbi alimentari, Videogiochi, Farmaci e infanzia, Acqua, Bambini scomparsi, Doping, Disagio scolastico, Sicurezza stradale, Affidi. **Anno 2008:** Sicurezza e criminalità, Sicurezza sul lavoro, Rifiuti, I nuovi media, Sport e disabili, Energia, Salute mentale, Meritocrazia, Riforma Scolastica, Crisi finanziaria. **Anno 2009:** Eutanasia, Bambini in guerra, Violenza sulle donne, Terremoti, Malattie rare, Omosessualità, Internet, Cellule staminali, Carcere. **Anno 2010:** L'ambiente, Arte e Cultura, Povertà, Il Terzo Settore, Terapia Genica, La Lettura, Il degrado della politica, Aids e infanzia, Disabilità a scuola, Pena di morte. **Anno 2011:** Cristianesimo e altre Religioni, Wiki...Leaks... pedia, Musica, Rivoluzione in Nord Africa, Energie rinnovabili, Teleton, 150 anni dell'Unità d'Italia, Mercificazione della donna, Disabilità e salute mentale, Le risorse del volontariato. **Anno 2012:** Inquinamento bellico e traffico d'armi, Emergenza giustizia, Il denaro e l'economia, Gioco d'azzardo, Medicina riproduttiva, La Privacy, @uxilia contro il doping nello sport, Bambini Soldato, Una medicina più umana, Leggi e ombre sul lavoro. **Anno 2013:** Fuga di cervelli all'estero, La legge elettorale, Europa unita: limiti e possibilità, Costi e Riforma della Sanità, L'evasione fiscale, Maestri di strada, Siria, Malattie rare, "Per me si va nella città dolente", Doping. **Anno 2014:** L'Europa che verrà, Ucraina, Diritto d'asilo, Euro-balcani, Rom e Sinty, Guerra Fredda 2.0, Telemedicina, America Latina, Articolo 18, Giustizia Minorile. **Anno 2015:** 10 anni insieme, Cuore d'oro, Violenza negli stadi, Diritto al nome, Essere donna, Cibo, Carceri, Curdi, Autismo, Migranti.

**Direttore responsabile:**  
Massimiliano Fanni Canelles

#### Redazione:

**Capo redattore**  
Gabriele Lagonigro e Angela Caporale

**Impaginazione e stampa**  
La Tipografica srl

**Valutazione editoriale, analisi e correzione testi**  
Tullio Ciancarella

**Grafica**  
Paolo Buonsante

**Ufficio stampa**  
Angela Caporale

**Ufficio legale**  
Silvio Albanese, Roberto Casella, Carmine Pullano

**Segreteria di redazione**  
Cristina Lenardon

**Edizione on-line**  
Marta Zaetta, Valentina Tonutti

**Newsletter**  
Aurora Tranti

**Spedizioni**  
Alessandra Skerk

**Responsabili Ministeriali**  
Serenella Pesarin (Direttrice Generale Ministero Giustizia),  
Enrico Sbriglia (Dirigente Generale Penitenziario con ruolo di Provveditore Penitenziario)

**Responsabili Universitari**  
Cristina Castelli (Professore ordinario Psicologia dello Sviluppo Università Cattolica),  
Pina Lalli (Professore ordinario Scienze della Comunicazione Università Bologna),  
Maurizio Fanni (Professore ordinario di Finanza Aziendale all'Università di Trieste),  
Tiziano Agostini (Professore ordinario di Psicologia all'Università di Trieste)

Periodico  
Associato



QR CODE



Questo periodico è aperto a quanti desiderino collaborarvi ai sensi dell'art. 21 della Costituzione della Repubblica Italiana che così dispone: "Tutti hanno diritto di manifestare il proprio pensiero con la parola, lo scritto e ogni mezzo di diffusione". Tutti i testi, se non diversamente specificato, sono stati scritti per la presente testata. La pubblicazione degli scritti è subordinata all'insindacabile giudizio della Redazione: in ogni caso, non costituisce alcun rapporto di collaborazione con la testata e, quindi, deve intendersi prestata a titolo gratuito.

Tutte le informazioni, gli articoli, i numeri arretrati in formato PDF li trovate sul nostro sito: [www.socialnews.it](http://www.socialnews.it) Per qualsiasi suggerimento, informazioni, richiesta di copie cartacee o abbonamenti, potete contattarci a: [redazione@socialnews.it](mailto:redazione@socialnews.it)

Ufficio stampa: [ufficio.stampa@socialnews.it](mailto:ufficio.stampa@socialnews.it)  
Regist. presso il Trib. di Trieste n. 1089 del 27 luglio 2004 - ROC Aut. Ministero Garanzie Comunicazioni n° 13449. Proprietario della testata: Associazione di Volontariato @uxilia onlus [www.uxilia.fvg.it](http://www.uxilia.fvg.it) - e-mail: [info@uxilia.fvg.it](mailto:info@uxilia.fvg.it)

Stampa: LA TIPOGRAFICA srl - Basaldella di Camporomido - UD - [www.tipografica.it](http://www.tipografica.it)  
Qualsiasi impegno per la realizzazione della presente testata è a titolo completamente gratuito. Social News non è responsabile di eventuali inesattezze e non si assume la responsabilità per il rinvenimento del giornale in luoghi non autorizzati. È consentita la riproduzione di testi ed immagini previa autorizzazione citandone la fonte. Informativa sulla legge che tutela la privacy: i dati sensibili vengono trattati in conformità al D.L.G. 196 del 2003. Ai sensi del D.L.G. 196 del 2003 i dati potranno essere cancellati dietro semplice richiesta da inviare alla redazione.

**Per contattarci:**  
[redazione@socialnews.it](mailto:redazione@socialnews.it), [info@uxilia.fvg.it](mailto:info@uxilia.fvg.it)

**SCARICA  
GRATUITAMENTE  
DAL SITO**

[www.socialnews.it](http://www.socialnews.it)



## TELEMEDICINA

Anno 11, Numero 7 - Settembre 2014

### Hanno scritto:

Massimiliano Fanni Canelles, Davide Giacalone, Massimo Casciello, Francesco Gabbiellini, Paolo Silvestri, Angela Caporale, Andrea di Lenarda, Donatella Radini, Kira Stellato, Matteo Apuzzo, Andrea Di Lenarda, Mauro Farina, Gloria Aita, Eleonora Guglielmann, Angela Caporale, Sergio Carpenteri e Diana Scardanzan, Mohamed Maa-lal, Gabriele Chiarandini, Antonio Irlando, Fabio Benfenati e Guglielmo Lanzani, Gustavo Petti, Antonio Longo, Michele Viel, Vincenzo Carrieri e Cinzia Di Novi, Cristina Sirch.



## MIGRANTI

Anno 12, Numero 10, Dicembre 2015

### Hanno scritto:

Massimiliano Fanni Canelles, Lucio Caracciolo, Sandra Zampa, Susanna Svaluto Moreolo, Massimiliano Fedriga, Davide Giacalone, Franco Codega, Maria Immacolata Maciotti, Franco Maccari, Pierluigi Musarò, Gabriella Russian, Sabrina Mansutti, Marta Vuch, Francesca Adelaide Garufi, Matthias Canapini, Paolo Parisini, Juan Martin Baigorria e Lisa Tormena, Anna Pasotti, Angela Caporale, Chiara Pacini.

## La medicina nell'emergenza

di Massimiliano Fanni Canelles

Per ogni malattia ci dovrebbe essere un medico, un ricercatore, un'équipe pronta a cercare una cura. Dovrebbe andare così per ogni epidemia, ogni morte, ogni emergenza, in qualsiasi parte del mondo. Le emergenze sanitarie, invece, ci preoccupano solo quando bussano alla nostra porta.

È stato così con il recente virus Zika, con l'Ebola e, prima ancora, con l'influenza aviaria e la SARS, solo per citare alcuni esempi di cattura dell'attenzione mediatica. Eppure, si tratta di patologie che hanno causato decine di migliaia di morti e che, soprattutto nel caso dell'Ebola, hanno messo in ginocchio interi Paesi, colpendo in maniera trasversale la popolazione e logorando il tessuto sociale. Tutto ciò è accaduto di fronte ai nostri occhi, ma lontano dalle nostre case (in realtà, neanche troppo). Una distanza comunque sufficiente perché l'epidemia non ci preoccupasse.

Adesso tutto sembra passato (attenzione, però, a definire l'Ebola una malattia debellata). L'attenzione viene rivolta altrove, le priorità cambiano, i riflettori si spostano. Le persone continuano a soffrire mentre un manipolo di coraggiosi si impegna nella ricerca di una cura e nell'assistenza di chi è malato e, magari, non dispone neppure di un ospedale facilmente raggiungibile. Un caso emblematico è rappresentato dal Congo. @uxilia ha scelto di costruire qui un ospedale pediatrico, dedicato a Mirko Mori, per permettere a decine di bambini di accedere alle cure. Vi sono, poi, i volontari del Cuamm: in Mozambico hanno sviluppato dei progetti che coinvolgono direttamente i giovani quali motori del cambiamento, soprattutto in tema di AIDS. Anche Alice for Children ha deciso di non starsene con le mani in mano di fronte alla discarica di Dandora: il mare di rifiuti logora le vite dei bambini che non hanno alternativa a lavorarvi. La scuola edificata dalla Ong italiana non assume solo una valenza educativa e sociale, ma esercita un forte impatto sanitario sul miglioramento della vita delle persone.

Vi è anche chi non smette mai di investire nella ricerca e non si rassegna a considerare le malattie come mostri che ci assalgono a tradimento e da cui non c'è scampo. Mi riferisco a World Extreme Medicine, un progetto internazionale varato nel 2000 che si pone l'obiettivo di formare il personale medico e paramedico. Gli operatori vengono istruiti per agire al meglio nelle situazioni di difficoltà, causate dall'imprevedibilità dell'emergenza o dalla complessità del sito in cui operano.

I corsi di formazione di World Extreme Medicine permettono anche agli altri membri delle missioni umanitarie di acquisire una metodologia d'azione efficace nel fornire supporto sanitario in situazioni difficili e ben lontane dalla realtà alla quale siamo abituati. Il WEM propone anche corsi ed esercitazioni riservati agli operatori umanitari: in questo caso, l'obiettivo è quello di assicurare le abilità pratiche e le conoscenze necessarie richieste da una spedizione in aree remote. In novembre ricercatori, formatori, medici ed operatori sanitari parteciperanno ad una conferenza di quattro giorni ad Edimburgo. Condivideranno il lavoro svolto, le best practices e le principali sfide. Si tratta di un ambito in costante mutamento ed i volontari sono sottoposti a continue forme di stress.

Il motto che guida l'azione di World Extreme Medicine è "Where man goes, medicine must follow". Di fatto, riassume un approccio condivisibile. Tuttavia, il primo step per seguire l'uomo ovunque vada è maturare la consapevolezza di ciò che accade, dei bisogni concreti, delle priorità. Tutto ciò spogliandoci del punto di vista eurocentrico ed aprendoci al mondo. Anche nel settore sanitario gli elementi necessari a superare le emergenze possono affiorare dall'ascolto, dalla conoscenza, dallo scambio reciproco. ■

## Epidemie specchio delle disuguaglianze del mondo

La lezione di ebola e le violazioni del diritto alla salute raccontate nel dossier pubblicato dalla Caritas Italiana

di **Moira Monacelli**, operatrice della Caritas Italiana nell'Africa Occidentale e curatrice del dossier "Salute negata. Epidemie, specchio delle disuguaglianze del mondo. La lezione di Ebola"



SIERRA LEONE\_Freetown\_Moira Monacelli Caritas Italiana.



LIBERIA Ospedale Fatebenefratelli Monrovia\_ asciugatura materiale protezione\_Copia Juan Ciudad ONGD.



GUINEA\_lavaggio mani\_OCPH Caritas Guinea.

La salute è un diritto umano fondamentale, strettamente legato allo sviluppo e alla pace. Non c'è pace senza diritti, non c'è sviluppo senza salute. Ma l'accesso ai servizi sanitari è ancora oggi negato a gran parte della popolazione residente nelle "periferie del mondo".

Epidemie come quella di ebola che ha colpito l'Africa occidentale nel 2014 mostrano come una delle grandi sfide di oggi sia la lotta alle disuguaglianze attraverso un impegno globale e costante.

Per molto tempo le malattie infettive hanno rappresentato le prime cause di mortalità nel mondo. Oggi restano una minaccia globale la pressione demografica, il cambiamento climatico, l'incremento della mobilità umana, ma i rischi maggiori sono per i Paesi i cui sistemi sanitari sono fragili.

Le malattie infettive sono annualmente causa del 16% dei decessi nel mondo, percentuale che raggiunge il 40% nei Paesi in via di sviluppo e si riduce all'1% in quelli industrializzati. L'Africa è il continente in cui i dati sono più allarmanti.

Nonostante tra il 2000 e il 2014 nell'Africa sub-sahariana il numero di nuove infezioni da HIV/AIDS sia diminuito del 41% e quello dei decessi del 34%, il 70% delle nuove infezioni nel 2014 si è verificato proprio in quest'area.

Il territorio detiene l'89% dei casi di malaria e il 91% dei decessi a livello mondiale. Nonostante i progressi significativi verificatisi nel mondo tra il 2000 e il 2015, con la diminuzione dell'incidenza della malattia del 37% e del tasso di decessi del 60%, i numeri delle Nazioni africane preoccupano perché sproporzionalmente più elevati rispetto al resto del mondo.

Tali patologie sono strettamente legate alla povertà. Basti pensare che, secondo l'Indice di Sviluppo Umano 2014, gli ulti-

mi 17 posti della classifica sono occupati da Stati appartenenti all'Africa sub-sahariana.

L'epidemia senza precedenti di ebola che ha colpito Guinea, Liberia e Sierra Leone nel biennio 2014-2015, con più di 28.600 casi e 11.300 vittime, rappresenta un caso emblematico. Inizialmente è stata ignorata e sottovalutata da autorità pubbliche e comunità internazionale. Dichiarata ufficialmente nel marzo del 2014, i media internazionali non ne hanno praticamente parlato fino all'estate, quando sono stati contagiati i primi cittadini europei e statunitensi. Nel successivo mese di settembre la questione è diventata globale, con la dichiarazione della direttrice dell'OMS M. Chan: "Ebola non è solo un'epidemia e un'emergenza sanitaria, ma una crisi umanitaria, sociale ed economica e una minaccia alla sicurezza nazionale anche al di là dei Paesi direttamente colpiti".

Ebola ha sconvolto la vita di milioni di persone: città e villaggi hanno cambiato volto, con case di famiglie in quarantena recintate e sorvegliate da militari, strutture sanitarie e scuole chiuse, migliaia di bambini rimasti orfani, spostamenti limitati. Il virus ha trovato terreno fertile in Nazioni povere, dalle Democrazie fragili e dai servizi limitatissimi.

Ma perché una crisi di tale portata? La risposta potrebbe essere, semplicemente: povertà. Per capirne le ragioni vanno però analizzati alcuni fattori.

### Il contesto socio-economico

Secondo l'Indice di Sviluppo Umano 2014, Guinea, Liberia e Sierra Leone occupano, rispettivamente, il 177°, 182° e 181° posto della classifica su 188 Stati considerati. In Sierra Leone, le persone collocate sotto la soglia di povertà raggiungono il

70%. In questi Paesi vi sono economie di sussistenza, molte famiglie non vanno al di là di un pasto quotidiano con riso, salsa di foglie e pesce secco, la carne è un lusso, il latte in polvere per bambini una rarità. Nelle zone più remote, famiglie numerose vivono in capanne, senza luce, né acqua, con pozzi a chilometri di distanza. Sono esposte a molteplici choc a livello sanitario, economico, sociale, lavorativo: una spirale della vulnerabilità che le indebolisce e le induce alla continua ricerca di soluzioni alternative. L'emergenza diventa normalità.

Le condizioni igienico-sanitarie sono problematiche e ciò ha acuito i rischi di contagio. Per questo ci si è mobilitati in distribuzioni di kit igienico-sanitari e sensibilizzazioni porta a porta con animatori in grado di parlare lingue e dialetti locali e attraverso radio e telefoni. Lo testimonia il direttore di Caritas Guinea, padre Loua: "Formare persone che vivevano all'interno delle comunità e renderle responsabili delle attività di sensibilizzazione è stato essenziale: erano volti sconosciuti, nei quali la gente riponeva fiducia. Accanto ad essi, i leader di ogni religione hanno svolto un ruolo cruciale nel far capire la necessità di cambiare alcune abitudini appartenenti alla cultura locale".

### Il fattore sanitario

La direttrice OMS ha dichiarato: "Una delle più grandi lezioni che abbiamo appreso da ebola è che avere sistemi sanitari ben funzionanti non è un lusso".

Il sistema sanitario pubblico nei tre Paesi più colpiti, invece, era fragile già prima della crisi. Una questione centrale concerne il numero dei medici: l'OMS raccomanda almeno 100 medici ogni 100.000 abitanti; il dato medio in Guinea, Liberia e Sierra Leone prima della crisi era di 4,5. A livello di risorse strutturali e materiali, la situazione è altresì drammatica: po-

chissime sono le strutture sanitarie dotate di aree di isolamento, inadeguati erano le misure di protezione per il personale, i protocolli di controllo delle infezioni e le procedure di monitoraggio. I laboratori di analisi sono presenti in numero limitato e non sono adeguatamente attrezzati. Molti centri sanitari non dispongono di acqua corrente, né elettricità; i mezzi logistici sono limitati, i medicinali possono andare regolarmente in rottura di stock. Si deve investire di più in prevenzione e interventi strutturali. Anche per questo, accanto ad interventi di prima emergenza che hanno visto la fornitura di protezioni per il personale sanitario e la creazione di aree d'isolamento, si è scelto di sostenere gli ospedali per riqualificare le infrastrutture, migliorare le attrezzature, allestire laboratori in grado di diagnosticare ebola e altre infezioni, formare personale locale, rafforzare centri periferici di salute, soprattutto per consentire parti in sicurezza.

### Il fattore antropologico-culturale

La gente comune ha impiegato molto tempo prima di riconoscere l'esistenza del virus e accettare le misure imposte: per molti era importato dall'esterno, una malattia mandata dal diavolo. In presenza di un caso sospetto, alcuni preferivano rivolgersi al guaritore tradizionale o fuggire nella foresta anziché recarsi al centro medico più vicino. La persona contagiata, invece, va isolata. Il corpo del defunto non può essere toccato. Deve essere tumulato in sicurezza. La casa va disinfettata. Queste sono state misure-chiave per sconfinare il virus, prima osteggiate dalla popolazione, poi accettate grazie al coinvolgimento di autorità religiose e tradizionali. La cultura africana, infatti, fa perno sul concetto di "comunità": si vive insieme, si condividono gioie e dolori, il malato è assistito da famiglia e vicini, l'addio al defunto

è un evento comunitario. L'isolamento l'ha impedito e ha creato ferite e smarrimento. "Cultura locale e tradizioni sono stati una grande sfida durante la crisi e molti non hanno attribuito a questo fattore la dovuta importanza" afferma padre Miranda, camilliano, sottolineando la centralità di interventi di supporto psicosociale e accompagnamento post-trauma.

### Il fattore politico

Si è agito in modo frammentato e non tempestivo. All'inizio, le popolazioni hanno mal visto le numerose forze militari dispiegate dai Governi per far rispettare le consegne di quarantena. D'altronde, però, hanno risposto con ciò che avevano: soldati e non medici. Gli investimenti per il settore sanitario sono limitati e dipendenti da donatori esterni. Mentre la spesa pubblica raccomandata per servizi sanitari essenziali è di almeno 86 dollari a persona all'anno, nel 2012 il Governo liberiano ne ha spesi 20, quello sierraleonese 16, quello guineano 9.

Ora è necessario mantenere una vigilanza elevata e operare affinché i sistemi di protezione e sorveglianza restino operativi. Lo dimostrano i nuovi, per ora isolati, casi di ebola verificatisi in Sierra Leone e Guinea, così come l'espandersi del virus zika.

È necessario continuare ad investire nella sanità, nell'educazione e nelle infrastrutture per rendere non solo i sistemi sanitari, ma anche i sistemi-paese più resilienti. "Altrimenti non potremo parlare di vera crescita. La parola chiave per uno sviluppo umano integrale è formazione" ammonisce padre Tu-

ray, rettore dell'Università cattolica di Makeni, Sierra Leone. Ebola ci ha insegnato che servono interventi integrati e multisettoriali e che è necessario agire non sugli effetti, ma sulle cause dei problemi. Altrimenti, la storia ci condannerà.

A livello locale, è fondamentale combattere la corruzione, rafforzare i sistemi fiscali per ridurre l'evasione e l'elusione e accrescere il budget pubblico da destinare al comparto socio-sanitario e adottare politiche di accesso gratuito alle cure per le fasce più vulnerabili.

A livello internazionale, è indispensabile migliorare i meccanismi di coordinamento nella risposta alle emergenze e spostare dal profitto al bene comune la motivazione alla base di molte ricerche nell'ambito di vaccini e medicinali, senza trascurarne alcune solo perché destinate a porzioni limitate di popolazione, peraltro povere.

Negli interventi di cooperazione internazionale, ebola ha ribadito la centralità del contesto socio-culturale per costruire azioni che non contrastino con le tradizioni locali, l'importanza di coinvolgere attivamente istituzioni, autorità, leader religiosi e comunità locali come protagonisti degli interventi e la necessità di comunicare in modo mirato e adattato ai contesti.

I rischi, in Paesi poverissimi, restano elevati. Ma, proprio per questo, il mondo di oggi non può dimenticare le lezioni di ebola. Non deve ripetersi, per una questione di umanità e giustizia. Per il bene comune. ■

Per approfondimenti: [http://www.caritas.it/materiali/Mondo/Africa/ddt12\\_africasahariana2016.pdf](http://www.caritas.it/materiali/Mondo/Africa/ddt12_africasahariana2016.pdf)

## Gli operatori umanitari diventano ambasciatori

**Al netto di allarmismi esagerati e apici grotteschi, diffondere ovunque il valore della vita insegna a difenderla anche dalle malattie**

di **Davide Giacalone**, Editorialista di RTL 102.5 e Libero

**G**li ambasciatori dell'Italia, nel mondo, non sono solo i diplomatici. Si tratta di una funzione importante, ma non diversa da quella di ciascun altro Paese. I nostri ambasciatori più efficaci, quelli che tengono alto il buon nome dell'Italia, sono i militari impegnati all'estero, gli imprenditori del made in Italy e le organizzazioni umanitarie. Queste ultime, pertanto, non devono essere viste solo come gli strumenti operanti nel campo della bontà e del soccorso, ma come dei pezzi indispensabili della nostra politica estera. Con implicazioni anche nel campo della ricerca e della politica sanitaria. Nella nostra storia recente non mancano pagine di allarmismi esagerati, relativamente al diffondersi di presunte epidemie. In qualche caso hanno raggiunto apici grotteschi, contabilizzando decessi totalmente nella norma, senza alcuna significativa varianza statistica, quali evidenze di un flagello che ci avrebbe presto sterminati tutti. Ridicolo, certo. Ma la voglia di ridere passa d'un colpo se si va a fare il conto di quanti denari pubblici sono stati spesi per far fronte a pericoli inesistenti. Con un doppio effetto negativo:

- soldi buttati in vaccini che restano inutilizzati;
- polemiche demenziali sull'utilità dei vaccini (generalizzando), al punto da fornire alibi a quanti pensano sia saggio evitarli.

Quanti operano dentro le ferite aperte della povertà, delle guerre e delle persecuzioni, tali errori non li commettono. Troppo forti la pressione e il peso del reale per gingillarsi con l'immaginario. So che molti, a questo punto, staranno pensando agli affari delle "case farmaceutiche", naturalmente vissuti come immonde speculazioni. Gli affari, per come la vedo io, sono una cosa buona. Un mondo che fa gli affari è più ricco, più colto e più sano di uno che non li fa (e non esiste un mondo senza affari: in quel caso, è solo un mondo in cui gli affari li fanno in pochissimi). Né mi convincono le definizioni onnicomprensive, come, appunto, "case farmaceutiche". Sono convinto, altresì, che, in un mondo più aperto e meno squilibrato, si fanno affari più numerosi e migliori, anche in campo sanitario. Diffondere ovunque il valore della vita insegna a difenderla anche dalle malattie, con quel che segue. Per queste ragioni è una buona cosa, e un buon affare, lasciare che le organizzazioni umanitarie divengano anche le ambasciatrici della nostra concezione della vita e della nostra capacità di difenderla. Quei tre ambasciatori, meglio ancora se con l'aiuto della diplomazia professionale, possono e devono lavorare in sinergia. Dimostrando che la forza, la voglia di far crescere la ricchezza e la bontà camminano assieme. ■



LIBERIA Ospedale Fatebenefratelli Monrovia\_accoglienza e triage\_Copia Juan Ciudad ONGD.



GUINEA\_Centro medicochirurgico Gouéké attesa\_Moira Monacelli Caritas Italiana.



GUINEA\_Sala operatoria Centro medicochirurgico Gouéké\_Moira Monacelli.



GUINEA\_esami di laboratorio\_Moira Monacelli Caritas Italiana.



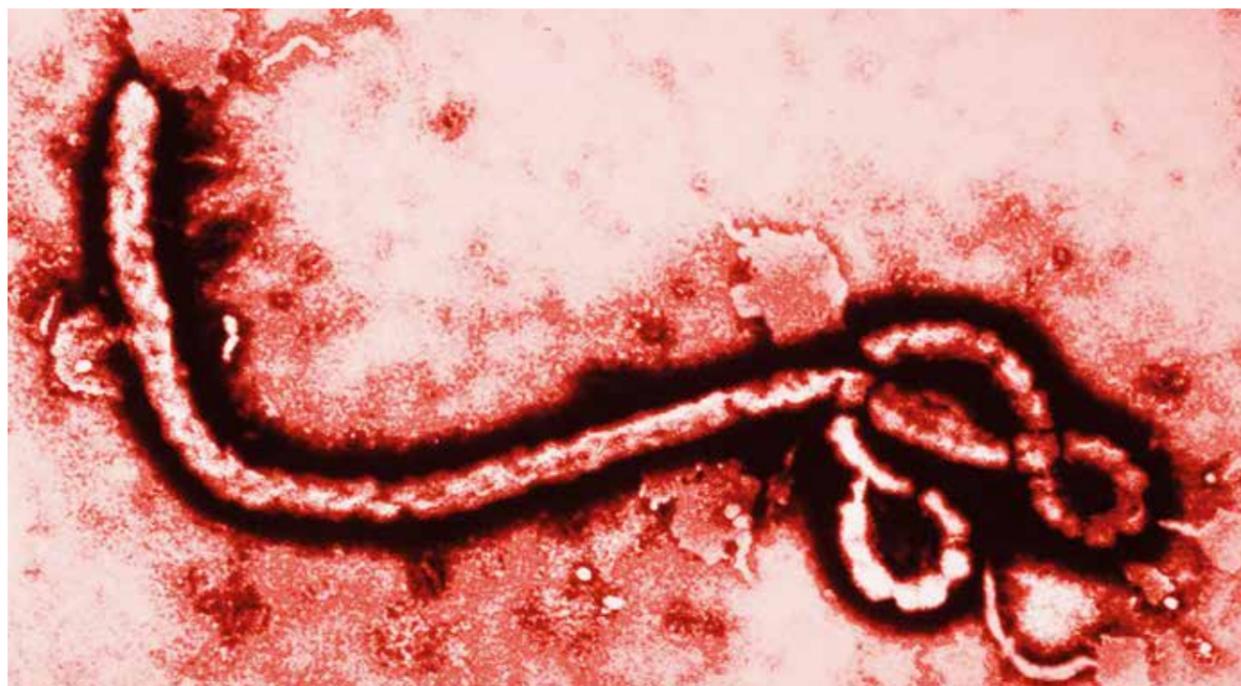
SIERRA LEONE\_Makeni Holy Spirit Hospital dimostrazione nuovi macchinari laboratorio\_Moira Monacelli Caritas Italiana.



## Dall'ebola alle migrazioni: è necessario uno sforzo comune

**È importante ricordare che le patologie di cui si tratta non sono nuove, ma collegate a virus che circolano da anni. Quando si parla di un focolaio di malaria a rischio di diventare epidemico, non significa che questa non sia già presente in loco**

di Susanna Svaluto Moreolo, Cooperante e collaboratrice di SocialNews



Nel gennaio scorso, Medici Senza Frontiere Italia ha rilasciato un comunicato stampa in cui indicava una breve lista di malattie che potrebbero costituire una minaccia, dando luogo a delle vere e proprie epidemie, se non si interverrà con una strategia appropriata. Le patologie a rischio sono tutte malattie note: colera, malaria, morbillo, meningite, dengue, ebola. Sottolinea la dottoressa Vittoria Gherardi, coordinatrice medico dell'Organizzazione, "è importante ricordare che le patologie di cui si parla non sono nuove, ma collegate a virus che circolano da anni e possono dare luogo a focolai epidemici. Quando si parla di un focolaio di malaria a rischio di diventare epidemico, non significa che questa non sia già presente in loco". Significativo è il caso dell'ebola, epidemia scoppiata nel marzo del 2014 che ha coinvolto diversi Paesi dell'Africa Occidentale (Guinea, Liberia, Sierra Leone, Mali, Nigeria, Senegal; recentemente in questi ultimi è stata dichiarata conclusa l'emergenza) infettando oltre 25.000 persone e causando la morte di 10.000 di esse. Nonostante i numerosi appelli lanciati dall'Organizzazione, la risposta a livello internazionale è rimasta inadeguata, lasciando i Paesi coinvolti, spesso carenti dal punto di vista delle strutture e delle competenze in ambito sanitario, male equipaggiati e impreparati a gestire l'emergenza. Ci sono già state precedenti epidemie o propagazioni di ebola:

**“È necessario un impegno collettivo, a livello internazionale, di sorveglianza attiva per evitare le epidemie e un investimento costante per lo sviluppo di sistemi di individuazione e di una mappatura degli agenti patogeni e del loro sviluppo”.**

il virus è stato scoperto nel 1976 contemporaneamente nel Sudan meridionale e nella Repubblica Democratica del Congo. Da quel momento ci sono state diverse epidemie, sebbene di portata minore. La dottoressa Gherardi precisa: "In seguito alla diffusione dell'ebola, è maturata una maggiore attenzione. In questo, Medici Senza Frontiere si è impegnata affinché vengano stilati programmi specifici in modo tale da essere pre-

parati e poter fornire assistenza tecnica per tempo, evitando che si verifichino ulteriori epidemie". Il dilagare dell'ebola, così come delle altre malattie, è il risultato della mancanza di azioni preventive legate, soprattutto, alla ricerca scientifica specifica, direttamente collegata all'assenza di interesse a livello internazionale. "È necessario un impegno collettivo, a livello internazionale, di sorveglianza attiva per evitare le epidemie e un investimento costante per lo sviluppo di sistemi di individuazione e di una mappatura degli agenti patogeni e del loro sviluppo".

Nell'era della globalizzazione, risulta ancora più necessario l'impegno internazionale per quel che riguarda la ricerca e le condizioni di accesso alle cure, soprattutto i vaccini, che rappresentano un tema di forte discussione per due motivi: il costo troppo elevato per i Paesi in via di Sviluppo e la scarsità in termini



**Un supporto nel favorire l'accesso ai vaccini ed un programma di copertura immunologica è offerto dal Gavi (the Global Alliance for Vaccines and Immunisation), che svolge un ruolo di mediatore nella negoziazione dei prezzi con le case farmaceutiche e sostiene economicamente i costi dei programmi di immunizzazione per i Paesi più poveri.**

di quantità. A questo proposito, MSF ha attivato una campagna per chiedere alle case farmaceutiche Pfizer e GlaxoSmithKline (GSK), produttrici del vaccino contro la polmonite, da cui le due aziende hanno ricavato circa 30 miliardi di dollari di profitto, di abbassare il costo a 5 dollari a bambino per i Paesi in via di Sviluppo e le organizzazioni umanitarie. La polmonite costituisce, infatti, una delle malattie che miete più vittime a causa della scarsa attenzione con cui viene trattata e della mancanza dei farmaci per la profilassi. Nel 2015, circa 920.000 bambini di età inferiore ai 5 anni sono deceduti per averla contratta. Questa patologia rappresenta il 15% delle morti dei bambini compresi in questa fascia d'età. Le aree maggiormente esposte sono l'Africa sub-sahariana e l'Asia Meridionale (WHO, 2016). Un supporto nel favorire l'accesso ai vaccini ed un programma di copertura immunologica è offerto dal Gavi (the Global Alliance for Vaccines and Immunisation), che svolge un ruolo di mediatore nella negoziazione dei prezzi con le case farmaceutiche e sostiene economicamente i costi dei programmi di immunizzazione per i Paesi più poveri. Le Nazioni che possono accedere a questo tipo di sostegno sono 76, anche se è prevista la riduzione, per il 2025, a sole 41. La diminuzione è associata al PIL: nel momento in cui un Paese passa al livello di reddito medio, è costretto a coprire interamente la spesa dei programmi di vac-

cinazione e non può più godere del supporto in fase di contrattazione. Va da sé che non necessariamente ad uno sviluppo economico corrisponda un miglioramento della condizione socio-sanitaria di un Paese, né tanto meno una strutturazione interna tale da poter vantare un potere negoziale elevato. Per l'acquisto dei vaccini, uno Stato "promosso" si trova a dover corrispondere una spesa in media sei volte superiore a quella precedente. Secondo un'analisi dell'andamento dei costi di vaccinazione redatta da Gavi e UNICEF, si stima che, nel 2001, vaccinare

un bambino costasse in media 0,67 dollari, mentre, nel 2014, la quota è salita a 45,59. Sui vaccini si riscontra l'assenza totale di trasparenza sui loro costi reali e l'inesistenza di un sistema che ne disciplini acquisto e distribuzione in base a principi etici e non al libero mercato.

In generale, "si rilevano scarsa attenzione e scarso impegno a livello internazionale" - prosegue la dottoressa Gherardi - "manca una ricerca costante relativa allo sviluppo di alcune patologie e la lungimiranza di promuovere uno sforzo comune, perché, come ha dimostrato la diffusione dell'ebola, ormai il mondo è interconnesso e interdipendente. Risulta, pertanto, necessaria una collaborazione a livello globale".

Il tema non è direttamente connesso alle migrazioni provenienti dal Nord Africa, sebbene, a volte, le informazioni possano alludere tendenziosamente ad eventuali "invasioni batteriologiche" direttamente proporzionali alle cosiddette "invasioni di uomini". Per quanto riguarda, infatti, l'emergenza Nord Africa, relativa all'arrivo costante di centinaia di profughi richiedenti asilo che partono dalle coste libiche verso l'Italia e l'Europa, non si può certo parlare di rischio di trasmissione di patologie o di focolai epidemici. "Le persone che compiono questi viaggi sono sicuramente sane alla partenza perché il viaggio, prima di raggiungere le coste e attraversare il Mediterraneo, è sicuramente più lungo e condotto in situazioni precarie dal punto di vista sanitario e di sicurezza personale. Le persone che giungono sulle coste italiane sono fortemente debilitate dal punto di vista fisico e psicologico, ma non costituiscono un rischio per la trasmissione di malattie." A questo proposito, vale la pena sottolineare che, in Europa, le strutture sanitarie sono assolutamente preparate a gestire in sicurezza eventuali casi a rischio: a partire dal singolo, in un circolo virtuoso, l'intero sistema assicura un elevato livello di prevenzione e di immunizzazione. Anche la libertà di rifiutare la vaccinazione di un bambino è garantita dalla profilassi alla quale sono sottoposti gli altri. L'ambiente è, quindi, salubre e previene la diffusione di eventuali malattie. ■

**Il tema non è direttamente connesso alle migrazioni provenienti dal Nord Africa, sebbene, a volte, le informazioni possano alludere tendenziosamente ad eventuali "invasioni batteriologiche" direttamente proporzionali alle cosiddette "invasioni di uomini"**

## Ancora morti, ma non ci dobbiamo sorprendere

**Ad inizio anno, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato la fine dell'epidemia di ebola. Tuttavia, nuovi casi dovevano essere messi in conto: ecco spiegati i contagi in Liberia e Guinea degli ultimi mesi**

di **Marco Cochi**, Giornalista free-lance e docente presso la Link Campus University

Il 14 gennaio scorso, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha ufficializzato la fine dell'epidemia di ebola in Africa occidentale. Ha anche invitato a non abbassare la guardia sul rischio di nuovi focolai. Ha spiegato che, pur essendosi interrotte tutte le catene di trasmissione del virus, l'emergenza non era completamente finita.

L'organismo di Ginevra ha avvertito che eventuali ritorni di ebola dovevano essere messi in conto. Per questo era necessario mantenere la massima operatività nella prevenzione e nel contrasto al virus.

Le previsioni dell'OMS si sono puntualmente concretizzate, come dimostrano i nuovi casi di contagio registrati in marzo in Liberia e in Guinea, i tre Paesi, insieme alla Sierra Leone, nei quali si è concentrata la più letale epidemia di ebola della storia. Le nuove infezioni dimostrano la resistenza del virus, il quale, a distanza di mesi, continua a provocare decessi.

In Liberia, nei pressi di Monrovia, il 31 marzo è morta una donna di trent'anni. L'OMS ha riattivato tutte le procedure di emergenza per contrastare la diffusione del virus. Le autorità sanitarie liberiane, dopo la conferma del nuovo caso, hanno prontamente coordinato una rapida risposta, ponendo sotto sorveglianza tutte le persone potenzialmente venute a contatto con la vittima.

La Liberia aveva anche disposto la misura precauzionale della chiusura delle frontiere con la Guinea, dopo che, il 16 marzo, si era registrato un nuovo focolaio nel villaggio di Korokpara, prefettura di N'Zerekore, sud-est del Paese. Il 29 dicembre scorso, il sito era stato dichiarato ufficialmente ebola-free.

La Liberia aveva anche disposto la misura precauzionale della chiusura delle frontiere con la Guinea, dopo che, il 16 marzo, si era registrato un nuovo focolaio nel villaggio di Korokpara, prefettura di N'Zerekore, sud-est del Paese. Il 29 dicembre scorso, il sito era stato dichiarato ufficialmente ebola-free.

Gli organismi sanitari guineani hanno osservato lo stesso approccio di quelli liberiani, dovendo nuovamente cimentarsi con il temibile virus a distanza di nemmeno tre mesi dalla fine dichiarata dell'infezione. I decessi accertati sono stati due, oltre

ad altri tre probabili per i quali non è stato possibile effettuare i test perché i corpi erano stati sepolti prima delle analisi.

Anche in questo caso sono state prontamente attivate tutte le misure necessarie per coordinare efficacemente la risposta all'emergenza. Il Ministero della Salute di Conakry, l'OMS, l'UNICEF e i Centri per la prevenzione e il controllo delle malattie degli Stati Uniti (CDC) hanno tempestivamente inviato in loco un'équipe di specialisti. Questa ha disposto l'immediato ricovero in una clinica di due parenti dei deceduti, una donna e suo figlio di cinque anni, risultati positivi ai test. Non si trattava della prima segnalazione di nuove infezioni dall'annuncio ufficiale della fine dell'epidemia, capace, nell'arco di 24 mesi, di provocare 11.315 morti e 28.637 contagi, 4.767 dei quali riferiti a bambini.

Un altro caso di febbre emorragica era stato registrato il 31 gennaio nella città di Magburaka, Sierra Leone, al confine con la Guinea, poche ore dopo l'annuncio dell'OMS che tutta l'Africa occidentale era ebola-free. Questi episodi confermano la necessità di continuare a monitorare e a contrastare la diffusione del virus nell'area.

L'Agenzia delle Nazioni Unite specializzata per le questioni sanitarie ha comunque sottolineato che i tre Paesi maggiormente colpiti hanno ora la possibilità di contenere le nuove minori insorgenze e che, ormai, le possibilità di diffusione del virus sono davvero ridotte.



GUINEA\_Centro medicochirurgico Gouéké\_Moira Monacelli Caritas Italiana.



LIBERIA Ospedale Fatebenefratelli Monrovia\_protezioni staff\_Copia Juan Ciudad ONGD.

L'OMS ha anche formalmente declassato il grado di rischio della malattia, ora non più PHEIC – Public Health Emergency of International Concern – emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale. Il direttore generale dell'organizzazione, Margaret Chan, ha inoltre invitato i Paesi che ancora non lo avessero fatto a revocare eventuali divieti di viaggio e commercio con Liberia, Guinea e Sierra Leone.

Allo stesso tempo, l'OMS ha ammonito dell'alta probabilità di nuovi casi nei prossimi mesi, a causa della persistenza del virus in alcuni sopravvissuti. Secondo alcuni studi, questo può resistere nell'organismo anche un anno dopo la fine dell'infezione. Per questi motivi, l'Agenzia ONU ha mantenuto uno staff di quasi mille persone nella regione per coadiuvare i tre Paesi maggiormente colpiti a mantenere la massima efficienza nel prevenire, rilevare e contrastare ulteriori focolai.

L'attenzione è sempre alta anche da parte dell'Organizzazione della Sanità per l'Africa occidentale (WAHO). Xavier Crespin, direttore generale dell'organismo della Comunità economica degli Stati dell'Africa occidentale (ECOWAS), ritiene che la scoperta degli ultimi focolai in Guinea e in Liberia dimostri come la trasmissione del virus "...non si sia fermata. Tutti i Paesi devono continuare a prestare grande attenzione poiché serviranno ancora degli anni prima che la malattia possa essere del tutto debellata".

Continuano, inoltre, ad emergere risultati preoccupanti sull'ultima pandemia di febbre emorragica che ha scosso il mondo, come testimoniano le conclusioni dei lavori della sessione speciale dedicata all'ebola durante la 23<sup>a</sup> Conferenza sui retrovirus e le infezioni opportunistiche, tenutasi in febbraio a Boston.

Gli esiti degli studi più recenti sul virus hanno deluso le aspettative. Eugene Richardson, infettivologo presso la Stanford University di Palo Alto, California, ha divulgato i dati provenienti da uno studio condotto con la collaborazione dei ricercatori della Sierra Leone e di Partners in Health, un'organizzazione no-profit con sede a Boston.

Richardson si è recato in un villaggio della Sierra Leone tra quelli più colpiti dall'epidemia per determinare quante persone potessero essere state infettate senza che fosse mai stata diagnosticata loro la malattia.

Durante l'epidemia, agli abitanti del villaggio sono stati confermati 34 casi. Il team di Richardson ha visitato le case e analiz-

zato il sangue di 207 persone che avevano vissuto con i 34 contagiati, ma che non sapevano di aver corso il rischio di contrarre il virus. Nei risultati del test è emerso che quattordici di essi presentavano anticorpi di ebola. Si tratta della prova che erano stati infettati.

Si è scoperto che due di questi contagiati avevano avuto la febbre durante il periodo di quarantena e si erano nascosti nella boscaglia. Le altre dodici persone nelle quali sono stati trovati gli anticorpi non avevano avuto sintomi della malattia.

Su questi ultimi, i ricercatori hanno sollevato il dubbio che i test positivi agli anticorpi non dimostrino che le persone siano state effettivamente infettate dall'ebola. Diverse malattie possono innescare la produzione di anticorpi simili. Altri riscontri della ricerca supportano, però, la tesi che le infezioni di ebola possono anche essere contratte senza manifestare sintomi.

Questa ipotesi è stata ritenuta valida da Nancy Sullivan, ricercatrice presso l'Istituto nazionale per le allergie e le malattie infettive degli Stati Uniti (NIAID), con sede a Bethesda, Maryland. La Dottoressa Sullivan ha co-presieduto la sessione della Conferenza di Boston dedicata all'ebola. Secondo il suo parere, i risultati di alcuni studi effettuati circa quindici anni fa su un focolaio divampato in Gabon rivelano la presenza di un alto livello di infezioni asintomatiche.

I virologi hanno anche scoperto che molti uomini guariti dalla malattia possono produrre liquido seminale che risulta positivo al virus almeno fino a nove mesi dopo l'infezione acuta. Ciò rende latente la minaccia di nuovi focolai originati dalla trasmissione sessuale e comporta il rischio per molte persone di diffondere l'infezione inconsapevolmente.

Si è scoperto che due di questi contagiati avevano avuto la febbre durante il periodo di quarantena e si erano nascosti nella boscaglia. Le altre dodici persone nelle quali sono stati trovati gli anticorpi non avevano avuto sintomi della malattia.

Gli scienziati hanno anche presentato i deludenti risultati di uno studio clinico su quello che, nel massimo picco della trasmissione del virus, veniva considerato l'antidoto più promettente, lo ZMapp, un trattamento che riproduce un cocktail di anticorpi prodotti naturalmente dai topi infetti e "umanizzati".

Lo studio, iniziato nella fase terminale dell'epidemia, non è riuscito a fornire risultati statisticamente significativi. I ricercatori che dovevano somministrare uno standard ottimizzato di cura ad almeno 200 pazienti sono riusciti a reclutarne solo 72, terminando i test molto prima del previsto.

Occorre, inoltre, far sempre fronte alle conseguenze di due anni di devastante epidemia, che hanno pesantemente colpito il sistema sanitario locale, uccidendo medici e infermieri. Già prima dello scoppio di ebola la Sierra Leone si posizionava fra le Nazioni con la più alta mortalità materna e neonatale. Adesso, la situazione si è ulteriormente aggravata. Durante l'emergenza, infatti, un maggior numero di madri hanno scelto di partorire in casa, innalzando così il numero dei decessi legati al concepimento.

## Ebola: l'inizio della fine

**L'epidemia è scoppiata ben 40 anni dopo questi primi casi e, soprattutto, in Africa Occidentale.**

di **Antonio Irlando**, Dirigente medico ASS4 e collaboratore di SocialNews

Nel gennaio scorso, in Liberia sono stati ufficialmente superati 42 giorni senza segnalazioni di nuove infezioni da virus Ebola: l'annuncio potrebbe sancire la fine di questa terribile epidemia in Africa Occidentale. Joanne Lin, presidente internazionale di "Medici senza Frontiere", dichiara pubblicamente il suo sollievo. Il direttore delle operazioni di MSF, Brice de la Vingne, si è congratulato con tutti coloro i quali hanno contribuito a questo risultato. Nei Paesi maggiormente colpiti, Guinea, Liberia e Sierra Leone, "Medici senza Frontiere" ha lavorato intensamente, creando Centri per il trattamento degli ammalati e fornendo, contemporaneamente, servizi di supporto psicologico, promozione della salute e sorveglianza epidemiologica. Durante il periodo epidemico, in queste Nazioni sono stati ricoverati complessivamente 10.376 pazienti, 5.226 dei quali si sono rivelati affetti da Ebola. Nella fase di picco sono stati impiegati circa 4.000 operatori nazionali e 325 internazionali. Sono stati spesi oltre 96 milioni di euro. Anche Nigeria, Senegal, Mali e Repubblica democratica del Congo hanno pagato il loro contributo in vite umane a questa violenta epidemia. Ad aprile del 2015, in tutta l'Africa Occidentale sono stati segnalati complessivamente 25.898 casi di Ebola e 10.730 decessi. In Africa Centrale i casi sono stati complessivamente 69 con 49 decessi. Alcuni Paesi sono stati interessati dalla comparsa di casi viaggio-associati, com'è successo in Spagna, U.S.A., Gran Bretagna. A causa dei problemi post-infettivi, quali dolori diffusi, affaticamento cronico, disturbi uditivi e visivi, conseguenze psicologiche, i sopravvissuti sono stati accolti in strutture dedicate. L'Ebola è apparsa per la prima volta nel 1976 in due focolai contemporanei: un villaggio della Repubblica Democratica del Congo, nei pressi del fiume Ebola, ed una zona remota del Sudan. L'epidemia è però scoppiata ben 40 anni dopo questi primi casi e, soprattutto, in Africa Occidentale. Ma perché sono stati colpiti proprio quei territori? E quali potrebbero essere i rapporti tra la comparsa dell'epidemia e le pratiche di disboscamento, deforestazione, distruzione dell'agricoltura tradizionale? È noto che i probabili ospiti del virus sono i pipistrelli della frutta, che la malattia colpisce uomini e primati, e che viene trasmessa attraverso lo stretto contatto con sangue, secrezioni, tessuti, organi e fluidi corporei di animali infetti. Una persona infetta può, a sua volta, diffondere l'infezione tramite il sangue, i fluidi corporei, le secrezioni. Le persone decedute per Ebola devono essere maneggiate con indumenti protettivi e guanti ed essere sepolte immediatamente per evitare i rischi di diffusione del virus. Anche i soggetti guariti possono trasmettere il virus: questo si verifica attraverso lo sperma, per un periodo di circa sette settimane dopo la fine della malattia. Tutto ciò può essere collegato al disboscamento? In un articolo pubblicato su "The Ecologist", un biologo evoluzionista, Rob Wallace, sostiene questa teoria, correlando le dinamiche della malattia con l'utilizzo della terra e l'economia globale. Proprio le regioni africane più colpite sono quelle in cui si è verificato contem-

poraneamente, negli ultimi dieci anni, il disinvestimento pubblico nell'ambito sanitario e la promozione dello sviluppo privato. Piccoli terreni sono stati espropriati per far posto all'attività mineraria e all'agricoltura intensiva. Secondo Wallace, questi cambiamenti sono stati capaci di alimentare l'emergenza sanitaria. In particolare, tutto graviterebbe intorno alle coltivazioni di palma da olio. Per centinaia di anni, nella regione della Foresta della Guinea, boschetti naturali e semi-selvatici di palma da olio hanno assicurato il naturale fabbisogno di olio di palma. A partire dal XX secolo è stato perseguito l'aumento della densità dei palmeti ed a questi si sono aggiunte le nuove piantagioni di caffè, cacao, cola. I ricercatori sono convinti che lo sviluppo intensivo di tutte queste coltivazioni abbia fatto in modo che i villaggi di queste zone venissero circondati da una vegetazione sempre più fitta, favorendo così il maggiore contatto tra uomini e pipistrelli, in particolare quelli della frutta, attratti dalle piantagioni. Ulteriori studi, condotti dal gruppo di Luke Bergmann dell'Università di Washington, stanno cercando di dimostrare in che modo il sistema capitalistico che alimenta lo sfruttamento della terra possa essere correlato all'emergenza sanitaria da virus Ebola. In certe condizioni, la foresta può diventare un forma di protezione epidemiologica, ma ciò si vanifica quando i cambiamenti incidono profondamente sulla terra: la soglia dell'ecosistema si riduce ad un livello al quale nessun intervento di emergenza può contenere l'esplosione del virus. I sintomi tipici dell'infezione sono febbre, debolezza, dolori muscolari, cefalea, mal di gola, vomito, diarrea, esantema, insufficienza renale ed epatica, emorragie. Il periodo di incubazione varia tra 2 e 21 giorni, ma in questa fase il paziente non è contagioso. Gli ammalati hanno bisogno di terapia intensiva e reidratante. Non esiste un trattamento specifico. Non esiste un vaccino autorizzato, anche se ce ne sono vari in fase di sperimentazione. I farmaci più promettenti sono il TKM-Ebola e il BCX4430. Il primo, basato sulla tecnologia dell'"RNA interference" per bloccare la replicazione virale, in esperimenti condotti su scimmie è stato capace di garantire protezione se somministrato entro 30' dal contagio; è attualmente sperimentato in uno studio clinico di fase I. Il secondo è un inibitore della RNA-polimerasi virale, enzima fondamentale per la sopravvivenza del virus, ma è attualmente in una fase di studio preclinico. Per quanto riguarda i vaccini, il più promettente origina dal virus della stomatite vescicolare, sul quale una proteina di superficie è stata modificata per renderla il più simile possibile a quella presente sul virus. A livello sperimentale, il vaccino si è dimostrato efficace sui macachi, ma ora la ricerca è ferma, in attesa di finanziamenti adeguati. Dal novembre del 2014 l'OMS ha approvato l'utilizzo del siero e del sangue proveniente da pazienti sopravvissuti alla malattia. Ci troviamo davvero di fronte all'inizio della fine per la diffusione della virosi? L'utilizzo ottimale delle risorse economiche internazionali e la buona volontà delle forze politiche locali possono consolidare i confortanti risultati raggiunti. ■



## L'epidemia da Zika

**Considerata una malattia emergente, l'epidemia da Zika virus si è ritagliata uno spazio sui giornali di tutto il mondo. Ma di cosa si tratta?**

di **Roberto Luzzati**, Professore ordinario di Malattie infettive presso l'Università degli Studi di Trieste  
**Marta Mascarello**, Struttura Complessa Malattie Infettive, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Trieste

**Il virus Zika è stato isolato per la prima volta nel 1947 nelle foreste di Zika, Uganda, in una scimmia Rhesus. Il virus è stato successivamente isolato nell'uomo inizialmente in Uganda ed in Tanzania. La prima epidemia si è verificata nel 2007 in Micronesia. Negli anni successivi, altre epidemie si sono verificate in Polinesia francese. Il virus Zika ha causato microepidemie in Africa, Asia, America e Oceania.**

### Che cos'è il virus Zika?

Il virus Zika è un Flavivirus, simile al virus della febbre gialla, della dengue, dell'encefalite giapponese e dell'encefalite del Nilo occidentale. Viene trasmesso all'uomo in seguito alla puntura delle zanzare del genere Aedes. Questo comprende l'Aedes aegypti (vettore originario, nota anche come zanzara della febbre gialla) e l'Aedes albopictus, conosciuta anche come "zanzara tigre" e diffusa anche in Italia. Queste zanzare sono responsabili anche della trasmissione di altre infezioni, come la dengue, la febbre gialla e l'infezione da virus chikungunya. Il virus Zika è stato isolato per la prima volta nel 1947 nelle foreste di Zika, Uganda, in una scimmia Rhesus. Il virus è stato successivamente isolato nell'uomo inizialmente in Uganda ed in Tanzania. La prima epidemia si è verificata nel 2007 in Micronesia. Negli anni successivi, altre epidemie si sono verificate in Polinesia francese. Il virus Zika ha causato microepidemie in Africa, Asia, America e Oceania.

### Quali sono le modalità di trasmissione del virus?

La principale via di trasmissione all'uomo del virus Zika avviene tramite la

puntura della zanzara vettore. Tuttavia, il virus si può trasmettere anche per via materno-fetale, per via sessuale e attraverso emotrasfusioni.

### Qual è l'attuale diffusione nel mondo del virus Zika?

Nel 2015, il virus Zika è stato identificato per la prima volta nel continente americano. L'infezione da virus Zika è considerata una malattia emergente. Attualmente è causa di un'epidemia estesa dal Brasile ad altri stati dell'America meridionale e centrale. La trasmissione del virus è, inoltre, in corso in alcune aree del Sud-est asiatico. Alcuni casi di infezione da virus Zika in soggetti al rientro da viaggi in zone endemiche sono stati segnalati in Europa. Fino ad oggi non sono stati segnalati casi di trasmissione autoctona in Europa.

### Quali sintomi provoca l'infezione da virus Zika?

Si stima che, nell'80% dei casi, l'infezione sia asintomatica. Se, invece, presenti, i sintomi sono simili a quelli di una sindrome influenzale autolimitante, della durata di circa 4-7 giorni, a volte accompagnata da rash maculo papulare, artralgia, mialgia, mal di testa e congiuntivite. I sintomi compaiono a distanza di 3-13 giorni dalla



puntura della zanzara vettore. Raramente è necessario il ricovero in ospedale. Nelle regioni colpite dall'infezione è stato osservato un aumento dei casi di sindrome di Guillain-Barré, una poliradicolonevrite acuta sostenuta da meccanismi autoimmuni che si manifesta con paralisi progressiva agli arti (in genere prima le gambe e poi le braccia). Spesso, fa seguito ad un'infezione batterica o virale. È stato, inoltre, registrato un aumento delle nascite di bambini con microcefalia congenita. La microcefalia è la condizione in cui la testa del bambino è più piccola a parità di età e sesso. La microcefalia congenita si verifica a causa di un problema nell'utero che provoca l'arresto della crescita del cervello. I bambini nati con microcefalia accusano spesso problemi evolutivi durante la crescita. La microcefalia può essere causata da una varietà di fattori ambientali e genetici. Per quanto la relazione sia forte (il virus è stato isolato nel liquido amniotico di alcuni neonati con microcefalia), il nesso causale degli episodi di sindrome di Guillain-Barré e dei casi di microcefalia con l'infezione da virus Zika è ancora in corso di ulteriore verifica.

#### Come si giunge ad una diagnosi di infezione da virus Zika?

Il sospetto clinico si basa sui sintomi e sull'anamnesi recente (punture di zanzara, viaggi in una zona endemica). La diagnosi si ottiene dimostrando la presenza di genoma virale nel sangue tramite la reazione a catena della polimerasi inversa (PCR) o l'isolamento del virus dal sangue del malato. Si può effettuare anche la ricerca di anticorpi specifici contro il virus nel sangue, considerando, però, la possibilità di risultati falsamente positivi dovuti a reazioni incrociate con altri Flavivirus.

#### Come si cura l'infezione da virus Zika?

Non esistono, al momento, vaccini o terapie preventive. In caso di sintomi, si possono utilizzare farmaci di tipo sintomatico al bisogno, come antipiretici (paracetamolo) per la febbre, la cefalea e i dolori muscolari e articolari. È, inoltre, raccomandata una buona idratazione.

#### Quali sono le raccomandazioni per i viaggiatori in aree endemiche?

L'unico modo per prevenire l'infezione è evitare di essere punti dalla zanzara vettore. I residenti o i viaggiatori in un Paese in cui il virus è presente possono adottare misure di protezione coprendo la pelle esposta con abbigliamento adeguato (maniche lunghe e pantaloni lunghi) soprattutto nelle ore in cui la zanzara circola (dall'alba al tramonto), usare repellenti, adottare barriere fisiche (porte, finestre, zanzariere) e pernottare in luoghi protetti da zanzariere. Le donne in stato di

**Nelle regioni colpite dall'infezione è stato osservato un aumento dei casi di sindrome di Guillain-Barré, una poliradicolonevrite acuta sostenuta da meccanismi autoimmuni, che si manifesta con paralisi progressiva agli arti (in genere prima le gambe e poi le braccia). Spesso, fa seguito ad un'infezione batterica o virale. È stato, inoltre, registrato un aumento delle nascite di bambini con microcefalia congenita**

gravidanza dovrebbero evitare di recarsi in aree a rischio. Se il viaggio non è rimandabile, si raccomanda di adottare le misure di protezione individuale contro le punture di zanzara. Inoltre, ritornando da viaggi in zone endemiche, è consigliabile dare subito notizia nel corso delle visite prenatali, al fine di una valutazione e di un monitoraggio appropriati. Le donne in stato di gravidanza i cui partner vivono o si recano in aree con trasmissione del virus dovrebbero, infine, consumare rap-



porti protetti o astenersi per tutta la durata della gravidanza.

#### Cosa si può fare per evitare la trasmissione del virus per via sessuale?

Tutte le persone infettate dal virus Zika e i loro partner, con particolare riferimento alle donne in stato di gravidanza, dovrebbero essere informate sui rischi di trasmissione sessuale del virus. Le persone residenti in aree endemiche dovrebbero consumare rapporti protetti utilizzando i preservativi. La stessa raccomandazione va estesa alle persone di ritorno dalle zone a rischio, in alternativa all'astensione per almeno quattro settimane dopo il loro ritorno. I partner di donne in stato di gravidanza dovrebbero consumare rapporti protetti utilizzando i preservativi o astenersi per tutta la durata della gravidanza.

#### Esiste un sistema di sorveglianza e monitoraggio delle infezioni trasmesse da vettori in Italia?

In Italia, la sorveglianza epidemiologica dei casi associati a malattie trasmesse da vettori si estende per tutto l'anno e viene potenziata, nel periodo di maggiore attività del vettore (giugno - ottobre) e nelle aree infestate dalle zanzare, per permettere l'identificazione dei casi al fine dell'adozione immediata delle necessarie misure di controllo per ridurre il rischio di trasmissione.

In conclusione, l'attuale epidemia dell'infezione da virus Zika rimane limitata ad alcune aree dell'America centro-meridionale. La malattia ha un decorso clinico generalmente favorevole salvo il rischio potenziale di trasmissione materno-fetale con alterazioni gravi nello sviluppo del sistema nervoso centrale del nascituro. In assenza di vaccino, ed in attesa dell'auto-limitarsi del fenomeno epidemico, i consigli principali sono la protezione contro la puntura della zanzara e, per la donna in stato di gravidanza, evitare i viaggi nelle aree a rischio. ■

## ZIKA VIRUS: COINVOLGIMENTO MONDIALE

Nel 1947, in Uganda, nel corso di una ricerca sulla Febbre Gialla finanziata dalla Fondazione Rockefeller, una scimmia mulatta (Rhesus 766) si ammalò, sviluppa febbre e dal suo siero si riesce ad isolare un virus. Viene chiamato Zika perché la scimmia viveva in cima ad un albero nella foresta Zika. Viene trasmesso dalle zanzare Aedes, tipiche di quella foresta. È stato poi dimostrato che la trasmissione può avvenire anche con i rapporti sessuali o dalla madre al feto durante la gravidanza e il parto. La malattia è generalmente mite ed i sintomi più frequenti sono febbre, eruzioni cutanee, dolori articolari e congiuntivite. Il virus avrebbe però forte neurotropismo, come è stato confermato dal contemporaneo aumento dei casi di una malattia del sistema nervoso periferico, la sindrome di Guillain-Barré, durante l'epidemia da virus Zika nella Polinesia francese del 2014. Ulteriore conferma di questo interessamento neurologico è dato dalle evidenze sempre maggiori che associano la diffusione della malattia ai casi di microcefalia fetale. Nel Pernambuco, regione del nord-est del Brasile, nel solo periodo compreso tra ottobre 2015 e gennaio 2016 si sono verificati oltre 1.300 casi. Storicamente, la malattia si è diffusa con casi sporadici segnalati in Asia Occidentale ed Africa Centrale dal 1950 al 1970. Sono seguiti un periodo di scomparsa di alcuni decenni e la ricomparsa, a partire dal 2000, di focolai di patologia nelle isole del Pacifico. Nel 2007 in Micronesia, nel 2013 nella Polinesia Francese, nel 2014 nelle isole Cook, in Nuova Caledonia e nell'Isola di Pasqua. Nel febbraio del 2015 inizia l'epidemia in Sud America e in maggio nel nord-est del Brasile. Alla fine del gennaio scorso, il Brasile segnalava complessivamente 4.000 casi sospetti di microcefalia, con aumento dei casi di circa 20 volte rispetto al periodo 2010-2014. Ovviamente, l'alta densità della popolazione brasiliana rende molto difficile il controllo della malattia, il clima tropicale e la foresta pluviale complicano la lotta contro le zanzare e la mancanza di immunità acquisita potrebbe spiegare l'alta vulnerabilità dei Brasiliani. Dal maggio scorso, epoca del primo caso di malattia da Zika virus in Brasile dopo l'arrivo di atleti e spettatori provenienti da Paesi interessati dall'epidemia (in occasione dei Mondiali di calcio del 2014), si stima che il virus abbia colpito circa un milione di persone. Contemporaneamente alla diffusione dei casi di malattia si è verificato un forte aumento dei casi di gravi anomalie neurologiche neonatali, in particolare microcefalia, malformazione spesso associata a danni cerebrali. Il primo allarme è venuto proprio dai medici del Pernambuco che hanno accertato 1.373 casi da ottobre 2015 a gennaio 2016. La dimostrazione del nesso causale tra infezione da Zika virus e microcefalia non è stata stabilita definitivamente. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, nella riunione del 1° febbraio 2016, riconoscendo come fortemente sospetto il rapporto tra epidemia di Zika virus ed aumento dei casi di microcefalia, ha stabilito che l'infezione è da ritenersi un'emergenza di sanità pubblica di rilievo internazionale. Si è concluso di rafforzare la sorveglianza su microcefalia e sindrome di Guillain-Barré, studiare la correlazione con Zika virus, standardizzare la diagnosi dei casi e la raccolta dei dati epidemiologici e favorire le misure di protezione individuale nelle popolazioni a rischio, soprattutto nelle gravide. Al momento, le strategie messe in campo dall'OMS insieme alle singole istituzioni nazionali consistono nella distribuzione di materiale protettivo e counseling alle donne in gravidanza. Saranno poi potenziati i controlli nei Paesi colpiti, favorita la ricerca per trovare un test diagnostico rapido e, successivamente, un vaccino ed una terapia. L'OMS non raccomanda alcuna restrizione di viaggio o di tipo commerciale e ricorda che la trasmissione dell'infezione si ha attraverso le punture di zanzare vettrici, anche se è opportuno raccomandare sesso sicuro tra persone di ritorno da un viaggio in una zona a rischio. Anche il Ministero della Salute italiano ha pubblicato le raccomandazioni per la prevenzione ed il controllo dell'infezione, rivolte ai viaggiatori diretti verso zone a rischio. In particolare, si raccomanda di utilizzare repellenti per zanzare, indossare camicie a maniche lunghe e pantaloni lunghi, dormire in camere schermate o climatizzate ed utilizzare zanzariere. Al ritorno da permanenza in aree a rischio, la comparsa di sintomi compatibili con la malattia da Zika virus deve essere comunicata al proprio medico, mentre le donne in gravidanza, reduci dalle aree suddette, pur asintomatiche, devono dare notizia del loro viaggio nel corso delle visite prenatali. In Italia, la specie Aedes albopictus, più nota come zanzara tigre, è largamente diffusa e competente per la trasmissione di Zika virus. Intanto, le Olimpiadi di Rio 2016 si avvicinano velocemente. Il Governo brasiliano, attraverso le parole del Ministro dello Sport, George Hilton, annuncia che ai Giochi Olimpici non ci saranno defezioni. Sarà portata avanti una campagna di sensibilizzazione al problema che coinvolgerà la gran parte delle federazioni sportive internazionali. Il Presidente del CIO, Thomas Bach, ribadisce che "... non c'è alcuna intenzione da parte di nessun comitato olimpico di rinunciare ai giochi di Rio". Peraltro, il Governo del Brasile ha rivolto un vero e proprio appello internazionale alle donne in stato di gravidanza per dire loro di non venire alle Olimpiadi. Dallo scorso febbraio sono stati attivati circa 200.000 militari di Esercito, Marina e Aeronautica che si sono uniti ai 300.000 dipendenti pubblici ed a migliaia di volontari per ispezionare la maggior parte delle abitazioni alla ricerca di focolai di infezione. Le Olimpiadi di Rio 2016 ci saranno, le federazioni olimpiche non rinunceranno ai loro programmi per una malattia che colpisce preferenzialmente in estate, mentre i Giochi si svolgeranno in luglio e agosto, periodo invernale in Brasile. Si sta addirittura pensando alla diffusione, attraverso i più importanti gestori di telefonia mobile, di una app dedicata: con essa si potrà comunicare alle autorità sanitarie la comparsa di febbre, cefalea, rash cutanei e verranno fornite tutte le informazioni su come comportarsi e gli indirizzi dove recarsi per ricevere le cure necessarie. La mobilitazione sanitaria è totale, il cerchio intorno al virus Zika si sta stringendo.

di Antonio Irlando Dirigente medico ASS4 e collaboratore di SocialNews

## Il dramma delle malattie sessualmente trasmissibili

**Educazione, prevenzione e diagnosi precoce rappresentano le chiavi di volta per ridurre in maniera significativa la diffusione delle malattie sessualmente trasmissibili (MST). In Mozambico, il numero di giovani deceduti a causa dell'AIDS è triplicato negli ultimi 15 anni e l'ignoranza è un fattore su cui agire**

di **Damiano Pizzol**, medico Cuamm in Mozambico

**L**e malattie sessualmente trasmissibili (MST) rappresentano un problema sanitario, sociale ed economico in tutto il mondo. Tra tutte, l'Hiv è la malattia che colpisce trasversalmente, in maniera drammatica, tutti i Paesi, sviluppati e in via di sviluppo.

In Italia, dai dati dell'Istituto Superiore di Sanità, emerge che 4.000 persone contraggono il virus ogni anno (circa una ogni 2 ore). Si stima, inoltre, che una popolazione compresa tra 143.000 e 165.000 persone conviva con il virus dell'HIV e che circa 30.000 infetti non siano consapevoli della propria sieropositività, alimentando, così, il rischio di trasmettere l'infezione inconsapevolmente.

La drammaticità di questi dati si ridimensiona, in parte, in confronto a quelli di prevalenza registrati nell'Africa Sub-Sahariana. In Mozambico, Nazione situata in questa zona, essa supera il 10%. Nonostante gli sforzi compiuti, la strada per il controllo di questa "epidemia" è ancora lunga e le principali barriere che ne ostacolano l'eradicazione sono di tipo educativo, economico, culturale e religioso.

L'arma più efficace dovrebbe essere, a prescindere dal contesto, la prevenzione, primaria e secondaria. Da una parte, infatti, una buona educazione sulle vie di trasmissione, sui comportamenti e sui fattori di rischio, permetterebbe una drastica riduzione dell'incidenza. Dall'altra, la diagnosi precoce permetterebbe di attivare in tempi utili le terapie sempre più efficaci che, pur non eliminando il problema, permetterebbero un'esistenza "normale", con un'aspettativa di vita uguale a quella delle persone sane. Medici con l'Africa Cuamm è impegnato da molti anni nella lotta contro l'Hiv in tutti i Paesi nei quali interviene, come Tanzania, Sud Sudan, Etiopia, Uganda, Angola, Sierra Leone.

In particolare, in Mozambico, il Cuamm si è impegnato a fianco dei giovani: costoro, infatti, rappresentano una tra le fasce più vulnerabili della popolazione. I numeri relativi a questo Stato rivelano che, negli ultimi 15 anni, il numero di adolescenti deceduti a causa dell'Aids è triplicato e i giovani costituiscono l'unico gruppo il cui trend sulla mortalità non diminuisce. Si tratta di una realtà propria non solo del Mozambico, ma di tutta l'Africa, continente nel quale l'Aids rappresenta la principale causa di morte fra gli adolescenti (10-19 anni). Tra i ragazzi di età compresa tra i 15 ed i 19 anni si registrano, infatti, 26 nuovi casi di infezione ogni ora, e circa la metà dei due milioni di adolescenti sieropositivi è concentrata in soli sei Paesi: Mozambico, Sudafrica, Nigeria, Kenya, India e Tanzania. Le principali cause di questa "epidemia giovanile" sono: 1) mancanza di educazione; 2) non conoscenza del proprio status; 3) impossibilità di eseguire il test; 4) timore di eseguire il test per paura di emarginazione sociale; 5) impossibilità di seguire adeguatamente una terapia.

L'ignoranza riguardante la salute sessuale è un problema diffuso in tutto il mondo, a volte per motivi culturali, altre perché si sottovaluta il problema o per la carenza di programmi educativi mirati. È d'obbligo rafforzare le strategie di informazione ed educazione, non solo per dovere etico e morale, ma anche per limitare gli ulteriori danni che la diffusione senza controllo del web può comportare. Senza tener conto di contenuti e stimoli a comportamenti estremi a portata di mano di tutti, il web rappresenta, soprattutto per i più giovani, la fonte per le risposte a tutti i problemi. Spesso risulta difficile attestare l'autorevolezza della fonte. Di conseguenza, informazioni false o fuorvianti possono compromettere la salute di chi si affida unicamente alla rete. Da qui l'urgenza di promuovere l'educazione alla salute e la prevenzione in tutte le società.

Il test diagnostico rappresenta, per vari motivi, un limite nei Paesi in via di sviluppo. La mancanza di mezzi, la sottovalutazione del problema, la paura di risultare positivi per la conseguente emarginazione e l'allontanamento dalla comunità sono tutti elementi che limitano il numero di persone che si sottopongono ad esso. Fornire i mezzi, avvicinare la gente ed eliminare la stigmatizzazione sono i primi passi per raggiungere una maggiore copertura di persone testate e delineare in modo più appropriato il problema.

Infine, una questione fondamentale riguardante la terapia: da una parte, l'efficacia del trattamento è elevata e garantisce una buona aspettativa di vita; dall'altra, è necessaria un'ottimale aderenza ad essa, con una continua somministrazione di farmaci. Se, per qualunque motivo, il trattamento viene interrotto, anche solo un paio di volte, la terapia diviene inefficace.

In Mozambico, Medici con l'Africa Cuamm è impegnato nella lotta contro l'HIV sul fronte clinico, comunitario e scientifico. Sostiene attività di promozione della salute, promuove interventi di prevenzione e test gratuiti e supporta il funzionamento di servizi dedicati ai giovani denominati SAAJ (Servizio Amico di Adolescenti e Giovani).

Nonostante la sfida sia impegnativa e la strada ancora lunga, i dati raccolti ad oggi sono incoraggianti. Laddove l'organizzazione è riuscita a potenziare le strutture ed i servizi, si è verificato un drastico aumento delle consulenze, dei test e dell'inizio della terapia con gli antiretrovirali. Pur essendo il sistema sanitario ancora debole e la rete dei servizi incompleta, i risultati preliminari incoraggianti spingono ad un impegno maggiore in termini di quantità e, soprattutto, qualità. Oltre al sostegno alle attività e alle strutture, l'approccio scientifico di Medici con l'Africa Cuamm permette di valutare l'impatto, l'efficacia e l'efficienza dell'intervento. Il lavoro mira ad aumentare ed a migliorare l'offerta per le persone HIV positive, con un'attenzione particolare rivolta ai più giovani, alla loro educazione e, quindi, alla loro salute. Se si intende vincere la sfida contro l'HIV e le altre malattie sessualmente trasmissibili, prima ancora di una valida e corretta terapia, c'è bisogno di educazione, prevenzione e del coinvolgimento attivo della persona che deve iniziare la terapia.

### MEDICI CON L'AFRICA CUAMM E L'IMPEGNO NELLA LOTTA ALL'HIV/AIDS

Negli ospedali in cui opera Medici con l'Africa Cuamm in Angola, Etiopia, Mozambico, Sierra Leone, Sud Sudan, Uganda e Tanzania, vengono offerti servizi di VCT (counselling e test volontario per HIV), PMTCT (prevenzione della trasmissione verticale da mamma a neonato) e terapia antiretrovirale ART. In particolare, l'organizzazione è attiva in Mozambico, Tanzania e Uganda con tre interventi specifici:

#### MOZAMBICO:

Nella città e nel distretto di Beira, Medici con l'Africa Cuamm, con l'appoggio di UNICEF e dell'associazione Kuplumussana, realizza un intervento focalizzato sulla salute dei giovani e degli adolescenti e sul recupero alla terapia antiretrovirale delle donne e dei bambini sieropositivi che non riescono a sottoporsi alla cura in maniera ottimale.

Sono oltre 40.000 le mamme e i bambini sieropositivi del di-

stretto di Beira. Il progetto si pone l'obiettivo di migliorare l'accesso al trattamento e all'assistenza delle donne in gravidanza e dei bambini sieropositivi, tramite:

- integrazione tra i servizi di livello ospedaliero e quelli delle unità sanitarie periferiche;
- promozione della continuità delle cure;
- inclusione sociale delle mamme e dei bambini sieropositivi all'interno delle proprie comunità.

L'associazione Kuplumussana (letteralmente "Donne che si aiutano a vicenda") è sostenuta da Medici con l'Africa Cuamm nel recupero alla terapia antiretrovirale delle donne e dei bambini sieropositivi.

#### TANZANIA:

Dallo scorso luglio, Medici con l'Africa Cuamm opera nella regione di Shinyanga, situata nel nord del Paese. Il progetto interessa il centro di salute di Bugisi, a cui si rivolgono gli abitanti dei 35 villaggi dell'area (75.000 persone). Medici con l'Africa Cuamm intende migliorare il trattamento di 1.250 malati di HIV/AIDS (il 10% dei quali è rappresentato da bambini) tra quelli che già si rivolgono al centro per le cure. Persegue anche l'obiettivo di aumentare il numero di persone che si sottopongono volontariamente al test volontario e garantire il trattamento ai nuovi casi individuati.

#### UGANDA:

Due anni fa, in collaborazione con UNICEF, l'organizzazione ha avviato in Karamoja (una regione situata nel nord del Paese) un intervento per la prevenzione della trasmissione verticale madre-neonato dell'HIV. L'intervento riguarda tutti i sette distretti (1.400.000 persone). Si pone l'obiettivo principale di sostenere il sistema sanitario nella prevenzione della trasmissione verticale (PMTCT) e garantire i servizi dedicati alle cure materne-neonatali. Le azioni realizzate comprendono la formazione dello staff locale sul trattamento antiretrovirale ed il monitoraggio in tempo reale dei parti delle donne sieropositive. Quest'ultima attività è finalizzata a favorire decisioni tempestive nei servizi di assistenza ai neonati bisognosi di profilassi. Medici con l'Africa Cuamm interviene anche nella fornitura di equipaggiamento aggiuntivo, dove necessario, e nell'implementazione di "cliniche mobili" per offrire i servizi di prevenzione alle donne che vivono a più di cinque chilometri di distanza dai centri sanitari. Un ruolo chiave risiede nell'attivazione delle comunità attraverso il coinvolgimento delle autorità locali e dei leader religiosi, oltre all'intervento di agenti sanitari e alla formazione di gruppi di supporto.



Fotografie di Nicola Berti

Social News 1\_2016



Fotografie di Nicola Berti

Social News 1\_2016



Fotografie di Nicola Berti

## A Dandora cambia la musica

**Una scuola insegna ai bambini lavoratori come recuperare la loro infanzia in un'area che è una vera e propria discarica a cielo aperto. Qui è ormai tardi per parlare di emergenza**

di **Marta Manini**, Project Manager per Alice for Children by Twins International



**N**ella discarica di Dandora si lavora tutto il giorno tra i rifiuti. Donne, uomini, bambini, nessuno escluso. Non c'è spazio per la scuola. Nella baraccopoli l'infanzia finisce alle porte della discarica. In questo contesto nasce Alice Music Academy, una scuola di musica che aiuta i bambini a recuperare un ritmo di vita normale, dai banchi di scuola alle lezioni di canto.

A Dandora, Kenya, è ormai tardi per parlare di emergenza: un'immensa discarica a cielo aperto, estesa per 30 ettari nella periferia di Nairobi, continua ad essere centro nevralgico dello scarico di rifiuti, nonostante sia stata dichiarata piena e in necessità di bonifica dal lontano 2001.

È così che, percorrendo in auto un paio di chilometri dal centro di Nairobi, il paesaggio attraverso il finestrino cambia radicalmente: dagli hotel di super lusso si passa ad abitazioni di fortuna, il ritmo delle persone a piedi si fa più intenso, le strade perdono l'asfalto e nell'aria inizia a sentirsi odore di bruciato... La baraccopoli di Dandora si avvicina, con le sue 850 tonnellate di rifiuti giornalmente scaricate nella discarica omonima. Per un visita-



tore occidentale, questo ambiente si rivela un inferno dal quale è opportuno allontanarsi velocemente; per la fascia più povera della popolazione, invece, Dandora si dimostra l'unica fonte di sostentamento: ben 10.000 persone lavorano in questo ambiente malsano. Per il 55% si tratta di bambini quotidianamente a rischio di contrarre AIDS e TBC. Soffrono, inoltre, di malnutrizione e maltrattamenti e sono vittime del lavoro minorile.



La baraccopoli si anima di persone che lottano per sopravvivere. Intere famiglie affittano baracche in lamiera proprio nelle vicinanze della discarica per potersi garantire più facilmente l'accesso e il conseguente lavoro tra i rifiuti: si scava a mani nude in cerca di materiali da rivendere.

Le donne sono costrette a portare i loro figli in discarica, non hanno scelta. Questi bambini crescono, osservano, imparano sulla strada. Non appena le gambe glielo consentono, iniziano a recarsi in discarica da soli. Vengono arruolati dai clan che gestiscono il traffico illegale di rifiuti e la rivendita di materiali ed entrano a far parte dell'esercito silenzioso che, sotto gli sguardi di tutti, lavora tra gli scarti per guadagnare meno di 2 dollari al giorno.

Chi entra in questo territorio non dimentica gli sguardi dei bambini lavoratori, le loro mani, i loro passi. Proprio per offrire una speranza a questi bambini, i progetti di Alice for Children by Twins International Onlus hanno dato vita, nel 2013, ad un programma di scolarizzazione e sicurezza alimentare mirato all'autonomia delle famiglie di Dandora. I bambini vengono iscritti a scuola, le tasse scolastiche sono coperte dall'associazione, che si preoccupa anche di offrire a questi studenti un pasto caldo al giorno e l'assistenza medica di cui necessitano. I genitori lasciano che i figli frequentino la scuola: ciò consente loro di nutrirsi adeguatamente, almeno una volta al giorno.

Uno sforzo completato nel 2015, con la realizzazione di Alice Music Academy, una struttura educativa all'interno della quale i bambini possono recarsi anche durante il week-end, quando la scuola chiusa rischierebbe di farli ricadere nelle mani della criminalità organizzata che gestisce il traffico di rifiuti.

Avendo un luogo sicuro a disposizione anche durante il sabato e la domenica, i bambini di Dandora hanno così iniziato ad avvicinarsi alla musica: lezioni di chitarra, flauto, percussioni sono state le basi su cui innestare un percorso molto più complesso di sostegno e assistenza socio-psicologica. Lo studio della musica, come suggerisce Simon Kiriuki, insegnante presso Alice Music Academy, offre a questi bambini un'occasione per credere in sé stessi, impegnarsi giorno dopo giorno nella pratica e poter condividere i risultati dei loro sforzi. Capacità, queste, da riportare nella vita di tutti i giorni. "Music is the main tool for social change – conclude Kiriuki – Music connects people and makes the difference". ■



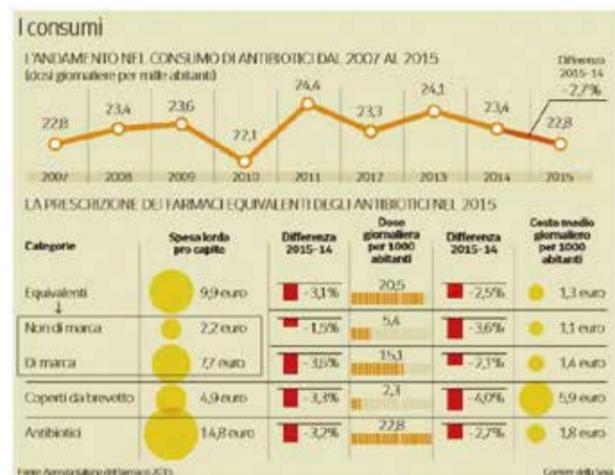
# Il super batterio più forte degli antibiotici

**Oggi circa 700.000 persone muoiono ogni anno per infezioni resistenti ai farmaci. Nel 2050 saranno più di dieci milioni.**

**di Massimiliano Fanni Canelles**, Docente di Cooperazione sanitaria internazionale presso l'Università di Bologna, Responsabile Cad Nefrologia e Dialisi Ospedale di Cividale, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine

Il caso della donna statunitense colpita da un super-batterio resistente a qualsiasi tipo di antibiotico ha suscitato grande allarme, ma è tutt'altro che isolato. "Non possiamo curare le infezioni" ha dichiarato la dottoressa Barbara Murray, co-direttrice del Centro per lo Studio dei Patogeni Emergenti e Ri-emergenti alla UTHealth di Houston, Texas. "Oggi, negli ospedali, mi imbatto in infezioni che non posso curare perché i batteri resistono a tutto quello che ho a disposizione. I pazienti muoiono." Forse non tutti sanno che ceppi di batteri resistenti ai comuni antibiotici sono presenti da anni anche in Europa, Italia compresa. Tra questi ci sono varianti dell'escherichia coli, dello stafilococco, della klebsiella. In futuro, altri batteri potranno sviluppare resistenze agli antibiotici conosciuti. Nelle persone anziane, dotate di minori capacità di difesa, troviamo vari microrganismi contro i quali anche le medicine di ultima generazione non possono fare nulla. Oggi, circa 700.000 persone muoiono ogni anno a causa della resistenza ai farmaci di varianti batteriche. Limitatamente ad Europa e Stati Uniti, i decessi sono 50.000. Nel 2050 le infezioni resistenti ai farmaci uccideranno dieci milioni di persone, più di quante muoiono attualmente di cancro. Le ricerche scientifiche finalizzate a trovare una soluzione sono sempre più costose ed anche più difficili che in passato: il metabolismo dei batteri è stato molto ben analizzato e tutti i loro punti deboli sono già ben conosciuti. Nuove armi, quindi, al momento non ci sono. Se non verranno realizzati nuovi farmaci - ammonisce Annalisa Pantosti, ricercatrice presso l'Istituto Superiore di Sanità - si rischiano migliaia di morti anche per infezioni "banali". Possibili soluzioni arrivano da alcuni studi recenti realizzati proprio per far fronte all'emergenza in atto. Si stanno sintetizzando nuove tetracicline (eravaciclina e omedacilina), nuovi aminoglicosidi (plazomicina), nuovi glicopeptidi (oritavancina). Il Teixobactin rappresenta la prima molecola di una nuova classe di antibiotici. Purtroppo, prima che alcuni di questi farmaci possano essere messi in commercio a disposizione dei pazienti, dovranno essere superati molti step relativi alla sperimentazione animale e umana.

Questi comporteranno anni, se non decenni, di valutazioni sull'azione terapeutica e sul rischio di effetti collaterali. Nel frattempo, l'unica arma in nostro possesso è la prevenzione. La fonte principale delle infezioni resistenti è costituita dai ricoveri ospedalieri, ma vanno anche evidenziati l'abuso e l'utilizzo inappropriato degli antibiotici. A testimonianza di un loro uso esagerato, vi è il rapporto basato sui dati della sorveglianza Esacnet dell'Unione Europea: l'Italia si pone al quinto posto, dietro a Francia, Romania e Belgio. Assumere antibiotici per infezioni non batteriche o non completare il periodo di cura prescritto dal medico ha permesso ai batteri di "capire" e "imparare" contromisure molecolari per sopravvivere agli attacchi dell'uomo. A ciò si aggiunge l'uso sistematico degli antibiotici come promotori della crescita in zootecnia. Questa tecnica ha diffuso le molecole farmacologiche nell'ambiente consentendo loro di entrare in contatto con tutte le specie batteriche esistenti. Quello americano è un caso rilevante, ma non ci troviamo ancora di fronte ad un'epidemia fuori controllo. Di fatto, il problema esiste e ci conviviamo da tempo. Non dobbiamo spaventarci, ma preoccuparci. La resistenza agli antibiotici si verifica spesso nei casi di infezioni gravi e di malattie respiratorie e nei reparti di rianimazione, oncologia o chirurgia, all'interno dei quali le terapie sono più aggressive. Dobbiamo impedire la nascita di resistenze al di fuori degli ospedali. Quello che possiamo fare come popolazione è limitare l'uso degli antibiotici ai soli casi necessari, smaltire i medicinali non utilizzati nel modo corretto (sono le farmacie ad operare la raccolta) ed impedire l'abuso di farmaci negli allevamenti.



# Nel cuore del Sud Sudan

**La Repubblica del Sud Sudan. Si è arrivati a questa soluzione dopo due guerre civili, centinaia di migliaia di morti, carestie e saccheggi.**

**di Claudio Tommasini**, Operatore umanitario e fotografo



Riassumere in poche righe la sanguinosa storia del Sudan è come cercare di concentrare in una pagina tutta l'enciclopedia Treccani. In sintesi, il nord arabo e musulmano ed il sud africano e cristiano riescono, dopo due guerre civili, iniziate nel 1955 e finite con un accordo di pace nel 2005, a trovare una soluzione sulla divisione del Paese. Tuttavia, anche con l'accordo di pace in atto, le violenze non si fermano ed i problemi non mancano. Nel nord-ovest della Nazione, sul confine con Sudan e Ciad, i guerrieri janjawid (dall'arabo jinndiavolo e jawad-cavallo) continuano le loro scorrerie, uccidendo e razziano ovunque e perpetrando stupri sistematici. Nel nuovo Paese, le differenze tribali si fanno sentire. Convivono circa 60 gruppi etnici diversi. La maggioranza della popolazione è Dinka. Seguono i Nuer. Dinka e Nuer non riescono a sopportarsi. L'economia, basata quasi esclusivamente sull'estrazione di petrolio, patisce il problema della mancanza di condotte che portino il greggio alla costa. L'unica esistente conduce a Port Sudan. In Sudan. Il nuovo Stato deve pagare il balzello al vecchio. Un rapporto delle Nazioni Unite del 2010 rivela che il 45% del bilancio dello Stato è garantito dagli investimenti delle numerose organizzazioni umanitarie operanti nel Paese.





Di ciò che resta, il 98% deriva dalle estrazioni petrolifere. Circa l'85% della popolazione vive in zone rurali. Si dedica quasi esclusivamente alla pastorizia. Frutta e verdura vengono importate da Uganda e Kenia, con elevati costi per coloro i quali possono permettersi di acquistarle. Alla fine del 2013, uno scontro tra il Presidente, Salva Kiir, di etnia Dinka ed il vicepresidente Riek Machar, Nuer, origina una nuova guerra civile. Nella sola prima settimana, nella capitale Juba i morti si contano a migliaia e l'esercito si divide tra Dinka e Nuer. L'intero Paese risente di questa situazione. Si creano tanti piccoli focolai di guerra. L'esercito è formato quasi esclusivamente da Dinka e Nuer, così nascono due fazioni con le stesse divise: SPLA e SPLA IO (in opposizione). Le armi vengono usate indiscriminatamente. Anche coloro i quali contestavano il Governo trovano in questa guerra una motivazione per partecipare alla lotta.

#### Com'è la situazione adesso?

Dopo due anni di battaglie incessanti, violenze e stupri, nell'agosto scorso, in occasione della visita ufficiale di Obama in Kenia, la comunità internazionale ha sollecitato un accordo di pace tra i due contendenti. Kiir e Machar vivono in grandi alberghi o in residence di lusso e mandano alla morte i propri sostenitori. L'accordo è stato firmato il 17 agosto 2015 ad Addis Abeba, Etiopia. I problemi, però, permangono irrisolti. In questi anni sono sorti diversi campi profughi. I maggiori si

trovano a Malakal (50.000 persone) e Bentiu (120.000 persone). Sono sottoposti al controllo delle Nazioni Unite. Sul territorio è presente una forza multinazionale di pace, incapace, però, di arginare le violenze.

Circa 1,7 milioni di persone hanno perso la casa e sono state costrette a sfollare, mentre circa 500.000, rientrate in Patria dopo l'accordo di pace, sono state nuovamente costrette a riparare nei Paesi limitrofi (Uganda, Kenia, Sudan).

Si calcola che circa 800.000 persone siano rifugiati all'interno del loro stesso Paese.

Numeri... Ma bisogna trovarsi sul territorio per comprendere davvero la situazione. Le famiglie si sono disgregate perdendo i contatti tra i diversi membri, padri e figli maggiori sono stati mandati in guerra in uno Stato nel quale le comunicazioni telefoniche sono quasi inesistenti e i cellulari funzionano solo nelle città controllate dal Governo.

Moltissime donne, rimaste nelle zone rurali per accudire i figli minori e le mandrie, hanno subito sistematiche violenze: alcune sono state uccise, altre rapite ed utilizzate come cuoche o portatrici. Nei casi più fortunati sono state liberate dietro il pagamento di somme di denaro. I bovini, invece, sono stati requisiti dalla fazione armata prevalente.

Sulle mandrie di vacche e sulla composizione della società rurale del Sud Sudan va aperta una piccola parentesi. La vacca rappresenta un'unità di valore universale. Una moglie costa, a seconda del livello della famiglia, dalle 60 alle 100 vacche. A titolo di risarcimento, ad esempio in caso di omicidio, oltre a finire in prigione il colpevole deve anche corrispondere alla controparte una certa quantità di vacche.

I livelli sociali derivano in parte dall'età. Gli adolescenti sono impiegati come guerrieri e costituiscono la fascia più pericolosa. Dopo la pubertà, non possedendo vacche per combinare un matrimonio (sposarsi e fare figli sono le priorità per un ragazzo), gli adolescenti e le loro famiglie cercano di procurarsele in ogni modo. In questo, la guerra aiuta.

Nella stagione secca, le persone lasciano il villaggio in cerca di luoghi isolati ove alimentare il bestiame con erba fresca ed acqua. Senza la protezione del villaggio, gli allevatori subiscono gli attacchi finalizzati a rubare la vacche e a rapire donne e bambini. È questa la moneta di scambio nelle contrattazioni.

Questa situazione determina grande incertezza (verrà qualcuno di notte? si sparerà? mangeremo domani?)

Il Paese sta vivendo una profonda crisi economica. I pozzi petroliferi sono stati dati alle fiamme, quindi la produzione è ferma. Solo alcuni imprenditori residenti nelle grandi città possiedono risorse sufficienti per alimentarsi in modo adeguato.

L'alimento più diffuso nelle zone rurali, il sorgo, viene sistematicamente bruciato o rubato da qualsiasi persona possieda un fucile. La soluzione è, quindi, cercare fortuna nelle grandi città. Qui, però, occorrono i soldi. L'alternativa è il campo profughi, nel quale, comunque, la vita permane molto difficile.

In teoria, nei campi profughi la distribuzione del cibo viene regolata iscrivendosi in una lista che garantisce una certa quantità di cibo mensile gratuita fornita dalle organizzazioni umanitarie internazionali. Le capanne sono costruite da altre organizzazioni, ed altre, ancora, si occupano di assistenza sanitaria, approvvigionamento idrico, sostegno psicologico, ricerca dei parenti dispersi, istruzione per i bambini. La sicurezza, però, non è garantita nemmeno in questi spazi. All'interno dei campi circolano molte armi, la tensione è sempre elevata e avvengono attacchi da parte di milizie armate. Come sempre, a farne le spese sono i soggetti più deboli. In realtà, l'acqua è razionata, come il cibo, l'assistenza sanitaria è episodica e le campagne di vaccinazione non vengono svolte capillarmente.

#### Quello descritto è un quadro generale. Ma cosa ne pensa, a livello personale, un operatore umanitario?

All'interno di un campo profughi regna una confusione totale. Organizzare un'attività significa uno sforzo fisico e psicologico enorme. Non sempre c'è acqua per tutti. Mancano posti letto in ospedale. Le ore vengono scandite da un'emergenza sanitaria (ad esempio, casi di colera) o umanitaria (un attacco armato). Si vive con la radio accesa 24 ore al giorno e 7 giorni alla settimana. Qualsiasi spostamento deve essere autorizzato e la destinazione approvata. Con il buio non si può muoversi, se non per urgenze e in macchina. Le condizioni di vita dei profughi sono al limite. Gli operatori possono essere convocati in qualsiasi momento per affrontare un'emergenza.

Ogni giorno file interminabili di persone intente a riempire una tanica di acqua o in coda per la distribuzione del cibo. Un profondo senso di impotenza. Spesso si passano ore interminabili dentro i bunker perché ci sono attacchi in corso. Si spera non ci siano tanti morti. Si spera non ci siano tanti feriti perché l'ospedale è al collasso. Tutto questo ad una temperatura media prossima ai 40 gradi.

In Sud Sudan la composizione del suolo non consente una corretta gestione delle acque. Si chiama cotton soil. Argilla nera. Non assorbe nemmeno una goccia d'acqua. Ad ogni pioggia si crea un pantano scivoloso, ma l'acqua non viene assorbita.

Si pensi, poi, alla quantità di acque nere prodotte da un campo profughi di 120.000 persone... Le latrine devono essere vuotate con le pompe prima che tracimino... Gli scarichi vengono portati nei bacini di depurazione. A certe temperature, si tratta di piane mefitiche...

Si vive con l'incognita se l'aereo con i rifornimenti potrà atterrare. Impensabile la strada: troppi chilometri, agguati, milizie armate senza bandiera che si appropriano di qualsiasi cosa. Gli stessi aeroporti (strisce di terra nel nulla) rappresentano, spesso, un facile bersaglio.

Nelle cliniche mobili esterne al campo, invece, si possono vivere momenti di pace e vedere la vera faccia del Sud Sudan. Ma anche questi momenti sono effimeri. La situazione può mutare in un attimo.

Per allestire una clinica mobile e riorganizzare alcuni reparti dell'ospedale, abbiamo dovuto convivere in tre per quasi due mesi dentro un bunker. Ogni giorno abbiamo dovuto negoziare con i vari contendenti il passaggio dei nostri fuoristrada. Solo dopo l'autorizzazione da parte dei nostri coordinatori abbiamo potuto iniziare le attività nei vari villaggi. Abbiamo prestato assistenza soprattutto a civili con ferite di arma da fuoco.

È un duro colpo al cuore vedere donne e bambini, che arrivano spesso portati dentro un lenzuolo, feriti da pallottole solo perché qualsiasi cosa si muova nel bush può essere pericolosa. Prima si spara, poi si controlla.

La maggior parte delle ferite è negli arti inferiori: prima di sparare, i combattenti si buttano a terra. Ciò non vale per i bambini: vista la loro altezza inferiore, le ferite sono situate più in alto e ledono gli organi interni.

Spesso, per raggiungere l'ospedale, i feriti hanno camminato per giorni, naturalmente solo di notte. I loro arti sono gonfi e, senza una sala operatoria, sai che sarà difficile che queste persone riescano a sopravvivere. Ci si attacca ai telefoni satellitari per richiedere un elicottero o un aereo che possa trasportare i feriti presso un ospedale dotato di sala operatoria attrezzata. Anche questa è una negoziazione. Se si riesce nell'intento, bisogna uscire allo scoperto ed aspettare l'aereo. Caricare i feriti a bordo va fatto - comprensibilmente - nel minor tempo possibile. L'aereo a terra è vulnerabile. Deve sparire in fretta in cielo.

Dopo 15 mesi trascorsi in questo Paese le mie sensazioni sono

veramente contrastanti. So di aver svolto un buon servizio. Abbiamo salvato vite, portato acqua nei villaggi privi di ricambi per far funzionare le pompe, offerto corsi di igiene che aiuteranno la gente a superare malattie causate unicamente dalla sporcizia, organizzato campagne di vaccinazioni. Al tempo stesso, ho perso degli amici, di altri non ho più notizie e la sensazione personale è di non essere riuscito a fare abbastanza per questo popolo.

Chiudo raccontando un piccolo aneddoto. Tornato nella mia città alla fine dello scorso anno, in prossimità delle feste natalizie, come spesso succede, dei ragazzini hanno iniziato a giocare con i petardi. Mi trovavo in compagnia di amici a festeggiare il mio ritorno. Era mia intenzione anche riprendere qualche chilo (ne ho persi quasi 15 in questa missione). Allo scoppio del primo petardo mi sono buttato sotto una macchina per proteggermi. Una reazione automatica, ma completamente fuori luogo in una città italiana. Ricordo le facce dei miei amici. Immediatamente hanno iniziato a prendermi in giro. Poi, uno ha guardato bene la mia faccia ed ha visto i miei occhi spalancati ed adrenalici per via dello stress. Mi ha chiesto scusa. In quel momento ho capito che la guerra te la porti dietro. Non bastano migliaia di chilometri a fartela dimenticare. ■



## Dalla Toscana a Kinshasa per salvare madri e bambini nel ricordo di Mirko

**@uxilia è impegnata nella realizzazione di un ospedale pediatrico a Kinshasa: l'obiettivo è quello di portare la speranza a molte giovani partorienti e ai neonati. Questi potranno venire al mondo in totale sicurezza, in un istituto igienicamente sano e con l'assistenza di personale preparato**

di Egi Comuzzi De Luca, Ufficio comunicazione di @uxilia Onlus

In Africa, i primi 28 giorni di vita di un bambino, il cosiddetto periodo neonatale, sono molto rischiosi, nonostante i notevoli miglioramenti conseguiti in ordine alla riduzione della mortalità infantile. Moltissimi bambini continuano a nascere prima del termine, sottopeso e in condizioni che li espongono al rischio di infezioni e complicazioni derivanti dalla prematurità. A questa terribile condizione, si aggiunge quella delle madri: durante la gravidanza, non hanno avuto la possibilità di nutrirsi adeguatamente, né hanno potuto usufruire di un'assistenza adeguata, tanto meno al momento del parto. Ciò comporta un elevato rischio di morte per le madri, durante e dopo il parto. La mortalità materna mette severamente a rischio la vita dei neonati, più soggetti a malattie e morte a causa di inadeguate misure assistenziali. Un terzo delle morti neonatali nel mondo si verifica in Africa. Circa tre decessi su quattro avvengono durante la prima settimana di vita e quasi la metà di essi entro le prime 24 ore. Le morti nel periodo neonatale contribuiscono per un terzo alle morti di tutti i bambini di età inferiore a cinque anni. Un'assistenza adeguata, personale qualificato e strutture accessibili potrebbero prevenire fino a due terzi di queste morti. In particolare, nella Repubblica Democratica del Congo, il tasso di mortalità infantile è di 75 (per 1000 nati vivi). Nel 2015, il Paese si è classificato al settimo posto al mondo per numero di decessi infantili (i sei Paesi che lo precedono appartengono tutti all'Africa centrale) ed al diciassettesimo per il tasso di mortalità materna, con 540 su 100.000. Un altro dato impressionante, risalente al 2010, riguarda i decessi dei bambini di età inferiore a cinque anni. Circa la metà



di queste morti si è verificata in soli cinque Stati: India, Nigeria, Repubblica Democratica del Congo, Pakistan e Cina. Proprio a Kinshasa, capitale della Repubblica Democratica del Congo, @uxilia Toscana ha

abbracciato il progetto del piccolo ospedale pediatrico "Mirko Mori". La struttura è stata fortemente voluta dai genitori di Mirko, un quindicenne tragicamente scomparso a Reggello (FI) nell'aprile del 2014, in sua memoria. Il proposito è quello di portare la speranza a molte giovani partorienti e ai neonati, che potranno venire al mondo in totale sicurezza, in un istituto igienicamente sano e con l'assistenza di personale preparato. Il progetto è stato realizzato grazie a Viviana De Angelis e Massimo Mori, i genitori di Mirko, a don Jean Pierre Kanku, il vice-parroco di Reggello che ha donato il terreno dove sorge l'ospedale, a Blanca Lewo, l'ingegnere congolese che ha progettato la struttura seguendone i lavori, ai compagni di scuola di Mirko, di tutte le scuole da lui frequentate, a tutte le associazioni sportive e di volontariato, ad alcune parrocchie del territorio coinvolte nelle iniziative di raccolta fondi, ed a tantissimi altri donatori. Il progetto è, quindi, nato e cresciuto grazie alla generosità di tante persone, che in pochi mesi hanno permesso di raccogliere più della metà del costo stimato per la realizzazione dell'ospedale. Il 20 novembre scorso sono stati avviati i lavori di costruzione del primo lotto, comprendente sala operatoria, maternità, infermeria, bagni ed accettazione. I progressi sono stati rapidi e oggi, metà aprile, si stanno già allestendo ed attrezzando i locali ultimati. Di questo passo, la prima parte dell'ospedale potrà già essere operativa da maggio. Una volta operativo, l'istituto potrà avvalersi della disponibi-

lità delle Suore diocesane del "Cuore Immacolato di Maria di Kananga" presenti a Kinshasa, dirette da una loro consorella medico. Le medicine necessarie saranno assicurate dalla "Caritas" di Firenze attraverso il settore dedicato alle medicine per le missioni, il "Centro Medicinale Missionario di Firenze". I beneficiari dell'ospedale saranno le famiglie residenti nel quartiere MPASA 2, una zona molto povera della periferia di Kinshasa. Essendo ancora in via di sviluppo, essa manca di tutte le strutture primarie, quali ospedali, scuole, acqua, elettricità. La notizia della costruzione di un piccolo ospedale è arrivata subito alla popolazione, che l'ha accolta con immenso entusiasmo. Sul sito [www.auxiliaitalia.it](http://www.auxiliaitalia.it) e sulla pagina Facebook di @uxilia Toscana è possibile consultare tutte le informazioni aggiornate sul progetto e le foto che documentano l'avanzamento dei lavori. Un plauso va, dunque, alla famiglia di Mirko Mori e ai volontari di @uxilia Toscana che, avendo già realizzato la prima parte, continuano a promuovere il progetto per poter finanziare anche la seconda parte. L'ospedale pediatrico "Mirko Mori" è un progetto significativo, attraverso il quale si perseguono due degli otto Obiettivi di Sviluppo del Millennio sanciti dall'Onu nel 2000 e conclusi nel 2015. Essi prevedevano la riduzione della mortalità infantile ed il miglioramento della salute materna. Il successo è tanto più rilevante se lo si colloca proprio nella Repubblica Democratica del Congo, un Paese nel quale l'Obiettivo della riduzione della mortalità infantile ha ottenuto solamente un progresso minimo negli ultimi 15 anni.

## MALAWI: CRESCONO LE SPERANZE DI VITA PER I BAMBINI NEL CUORE DELL'AFRICA

**Progetti incentrati su acqua, alimentazione e sanità hanno segnato l'inizio di un lungo processo di sviluppo per questa regione, bagnata dal terzo lago più grande dell'Africa. È migliorata la speranza di vita della popolazione e si è registrata, soprattutto tra i bambini di età inferiore ai cinque anni, una diminuzione del numero di decessi**

“Paesi ad elevata mortalità”: sono stati identificati così, in occasione del summit delle Nazioni Unite del 2000, gli Stati caratterizzati da una media pari o superiore a 40 decessi ogni 1.000 bambini nati vivi. Di fronte a questa situazione allarmante, nel corso del summit 150 leader mondiali e 23 organizzazioni internazionali si sono posti l'obiettivo di ridurre di due terzi i livelli di mortalità infantile entro i successivi 15 anni, diminuendo, così, il pesante divario esistente con i Paesi sviluppati, come Norvegia e Islanda. Il momento del bilancio è ormai arrivato: pare che un barlume di speranza si sia acceso in otto degli Stati gravati dal dramma dell'elevata mortalità infantile. In particolare, nel cuore caldo dell'Africa, si è segnalato il Malawi. Secondo quanto riportato nel dossier “Level and trends in child mortality”, si evidenzia che, nel 2015, è sopravvissuto il 70% di bambini in più rispetto alla media registrata ad inizio secolo. Due sorrisi ogni tre piccole ed innocenti creature hanno ancora una chance di continuare a vivere ed a realizzare i propri sogni. Il miglioramento non poteva avvenire senza la stretta collaborazione tra organizzazioni internazionali, locali e Governo, adoperatisi per far perdere al Malawi la nomea di “Paese tra i più sottosviluppati al mondo”. Nel 2000, infatti, l'aspettativa di vita non superava i 50 anni e problemi di carattere economico impedivano di migliorare l'educazione, il sistema sanitario e la protezione ambientale. Tutto ciò influiva sul numero dei decessi tra i bambini, che si attestava a 174 ogni 1.000 nascite. In quel periodo, malattie infettive e condizioni patologiche come polmoniti, dissenteria, malaria, meningite, tetano, HIV determinavano ancora un esito fatale. In più, una significativa percentuale di bambini soffriva di denutrizione. Tra il 2008 e il 2012, ciò ha causato 82.000 decessi. Da non dimenticare, infine, le diverse complicanze associate al momento del parto, responsabili delle morti nell'arco delle prime 24 ore di vita. Questo quadro, rimasto sostanzialmente stabile per decenni, ha subito un'evoluzione a partire dal 2000. Lo sviluppo di diversi progetti ha determinato un progressivo miglioramento delle condizioni di vita dei bambini. Il programma di Save the children per l'aumento della produzione agricola delle famiglie ha favorito l'incremento della disponibilità di cibo. Ugualmente significative le iniziative di educazione a beneficio delle madri sulla cura e sulla nutrizione dei bambini o la creazione di servizi ricreativi e di apprendimento a questi ultimi riservati. Ma è sul fronte dell'emergenza sanitaria che si è osservata la svolta determinante: grazie alla diffusione delle vaccinazioni da parte dell'Unicef in tutte le aree più vulnerabili, incluso proprio il Malawi, si è vinta la lotta contro malattie mortali come malaria e aids. A favore delle risorse idriche è intervenuta, invece, la Banca Europea: nel 2009 ha accordato un prestito di 15,75 milioni affinché almeno 720.000 persone beneficiassero dell'approvvigionamento di acqua potabile e, al tempo stesso, 470.000 residenti nelle aree più povere avessero accesso a strutture igienico-sanitarie. Progetti incentrati su acqua, alimentazione e sanità hanno segnato l'inizio di un lungo processo di sviluppo per questa regione, bagnata dal terzo lago più grande dell'Africa. È migliorata la speranza di vita della popolazione, attestata, nel 2013, a 60 anni e si è registrata, soprattutto tra i bambini di età inferiore ai cinque anni, una diminuzione del numero di decessi, passato dai 242 ogni 1.000 nascite del 1990 ai 64 del 2015. Su scala mondiale, il trend positivo è risultato ancora più evidente: dai 12,7 milioni di decessi infantili all'anno del 1990 si è arrivati ai 5,9 del 2015. I sopravvissuti sono, quindi, quasi il 50% in più, ma il successo parziale non permette ancora di festeggiare. Ogni giorno, infatti, muoiono ancora 16.000 bambini di età inferiore ai cinque anni. Il “primato” spetta sempre all'Africa sub-sahariana, dove 1 bambino su 12 non sopravvive a causa della mancanza delle strutture sanitarie più elementari. Ecco perché, tra gli obiettivi della nuova agenda 2030, rimane quello di portare tutte le Nazioni allo stesso livello dei Paesi maggiormente sviluppati in ordine al dato sulla mortalità infantile. Tra gli obiettivi si aggiunge anche quello di cancellare completamente fame e povertà. Obiettivi ambiziosi, soprattutto per il Malawi. Ma, come affermò Ginott, “I bambini sono come cemento umido: tutto ciò che li colpisce lascia un'impronta”. Facciamo in modo che le nostre azioni diano loro la possibilità di segnare la terra con passi sempre più grandi e veloci. Soprattutto, facciamo in modo che dispongano ancora di risorse da sfruttare saggiamente.

di Maria Grazia Sanna, Collaboratrice di SocialNews



## Povert  e denutrizione nel mondo: un reale cambiamento?

La corsa delle Nazioni Unite per il raggiungimento dei Millennium Development Goals   giunta al suo primo traguardo

di Aurora Tranti, collaboratrice di SocialNews e operatrice di @uxilia



Eliminare la povert  estrema e la fame nel mondo:   questo il primo degli otto Obiettivi di Sviluppo presenti nella Dichiarazione del Millennio del 2000 che gli Stati membri dell'ONU si sono impegnati a raggiungere entro il 2015.

Inizialmente, la meta poteva sembrare avveniristica. Oggi, invece, viene affermato che, sebbene non del tutto estirpate, denutrizione e povert  nel mondo sono state dimezzate. Il rapporto 2015 sui Millennium Development Goals (MDG) presenta una situazione decisamente positiva. Nel 1990, il numero di persone che viveva in povert  estrema raggiungeva 1,9 miliardi. Ora   sceso a 836 milioni.   calato notevolmente il livello di denutrizione nei Paesi in Via di Sviluppo: dal 23,3% del periodo 1990-1992 al 12,9 del 2014-2016. I dati dimostrano, inoltre, che in declino risultano anche il deficit di sviluppo e la proporzione di bambini sotto peso.

La situazione, tuttavia, non   cos  rosea. Analizzando e diffondendo questi dati, l'ONU sembra essersi dimenticata di alcuni aspetti economici e geopolitici che ridefinirebbero i risultati raggiunti. Innanzitutto, occorre precisare che cosa si intenda per "povert  estrema" e come questa concezione possa variare a seconda dello Stato preso in esame, trattandosi di dati che riguardano l'intero pianeta e non solo i Paesi in Via di Sviluppo. La soglia di povert  nel Report   stata fissata ad   1,25 al giorno. Risulta evidente che, trattandosi di stime a livello mondiale, tale cifra non tiene conto dei Paesi industrializzati, nei quali vivere con qualche euro in pi  non elimina la condizione di povert . Questa soglia   stata, inoltre, definita nel 2005. In pi  di 10 anni, gli equilibri economici mondiali hanno subito notevoli cambiamenti, tanto da indurre la World Bank a valutare se innalzare la cifra ad   1,75 al giorno. Questa rettifica farebbe (ri)aumentare il numero di persone che vivono in condizione di estrema povert  di alcune centinaia di milioni. Le piccole, grandi inesattezze metodologiche dell'ONU non finiscono qui. Accorpare i dati,

risulta che il presunto successo di questo Millennium Goal sia distribuito equamente a livello mondiale. La realt  dei fatti, invece,   ben diversa. Occorre precisare che, sempre basandosi su una (superata) soglia di povert  pari ad   1,25 al giorno, soltanto Cina e India hanno beneficiato di un reale miglioramento delle condizioni di vita. I Cinesi che non vengono pi  "considerati" poveri sono 600 milioni, gli Indiani 250. Dati rilevanti, ma che

Nel 1990, il numero di persone che viveva in povert  estrema raggiungeva 1,9 miliardi. Ora   sceso a 836 milioni.   calato notevolmente il livello di denutrizione nei Paesi in Via di Sviluppo: dal 23,3% del periodo 1990-1992 al 12,9 del 2014-2016. I dati dimostrano, inoltre, che in declino risultano anche il deficit di sviluppo e la proporzione di bambini sotto peso.

devono essere interpretati su scala mondiale. E qui si registra l'enorme ritardo degli interventi in Africa e in Sudamerica, che svettano nelle classifiche mondiali con percentuali di povert  che raggiungono l'80%.

Appare, quindi, evidente come, nonostante vi siano stati dei mi-

glioramenti sul fronte povert  e denutrizione a livello mondiale, questi risultino minimi rispetto all'obiettivo proposto, oltre ad essere circoscritti a determinate realt . Purtroppo, la situazione   ancora drammatica: il Brasile, sesta potenza economica mondiale, dopo il periodo di crescita economica e sociale, nel 2015 ha visto una ricaduta nella povert  di 5 milioni di abitanti. Secondo le stime, questo numero   destinato a crescere. In Siria, 5

Dati rilevanti, ma che devono essere interpretati su scala mondiale. E qui si registra l'enorme ritardo degli interventi in Africa e in Sudamerica, che svettano nelle classifiche mondiali con percentuali di povert  che raggiungono l'80%.

anni fa   iniziato un conflitto che, ad oggi, ha condotto pi  della met  della popolazione a vivere con meno di   1,25 al giorno. La realt  maggiormente in ritardo rispetto agli obiettivi del millennio   sicuramente l'Africa sub-sahariana, dove, ancora oggi, una persona su quattro soffre la fame.

Un continente vastissimo, popolato da oltre un miliardo di persone di etnie e culture estremamente variegata. Una grande ricchezza antropologica ed ambientale associata a livelli di povert  tra i pi  alti al mondo. Gli sfarzi delle immense metropoli celano la miseria, spazzandola via e relegandola ai confini di quelle citt  costruite su un modello estraneo a quei luoghi e per questo deleterio. Uno scontro tra due mondi. Da una parte, l'Occidente, che, con il suo progresso tecnologico, la ricchezza materiale, lo sviluppo sociale, si   insinuato all'interno del continente africano, deturpandone luoghi, culture ed economie. Dall'altra, un mondo primordiale, autentico, costretto a subire inerte la contaminazione del capitalismo. L'intrusione occidentale per fini utilitaristici ha creato conflitti all'interno degli Stati africani, primo fra tutti quello fra Hutu e Tutsi. Un retaggio coloniale che, come un'eco, continua a propagarsi nell'aria secca dell'Africa orientale. In Burundi, tuttora, a distanza di pi  di un secolo dall'avvento dell'uomo bianco, si verificano violenti scontri tra le due etnie, complicati da questioni politiche e da una condizione di povert  estrema che coinvolge il 68% della popolazione. Nel 2015, Pierre Nkurunziza, appartenente all'etnia hutu,   stato riconfermato per la terza volta Presidente della Repubblica, violando i principi costituzionali che prevedono un limite massimo di due mandati. Ci  ha provocato una violenta opposizione.

La Polizia Nazionale del Burundi   protagonista indiscussa delle atrocit  commesse contro i manifestanti, in maggioranza Tutsi. I morti, ad oggi, sono pi  di 900. Queste cifre richiamano alla memoria la guerra civile in Rwanda, nel corso della quale, in soli 100 giorni, vennero uccise un milione di persone. Secondo quanto afferma un diplomatico ugandese sotto anonimato, vi   il rischio di un genocidio, celato dietro ad "una pulizia etnica silenziosa, fatta di intimidazioni, massacri circoscritti e negazione dei diritti civili alla minoranza tutsi per spingerla ad auto esiliarsi nei Paesi vicini". La fuga di massa sta realmente avvenendo. Il numero dei profughi   in costante aumento e, ad oggi, sono oltre 250.000 le persone che cercano rifugio nei Paesi circostanti e necessitano di cure mediche, acqua e cibo. L'UNCHR ha affermato che, dei 175,1 milioni di dollari ri-

chiesti, all'attualit  ne sono pervenuti soltanto 4,7, cifra insufficiente a far fronte alla grave crisi umanitaria in atto. A questo proposito, l'Unione Europea ha forse sbagliato ad investire le proprie finanze: risulta, infatti, che abbia destinato 8 milioni di euro ad un progetto di appoggio alla Polizia Nazionale con l'intento di renderla pi  "mansueta" ed "eticamente corretta" nei confronti dei manifestanti. Purtroppo, i buoni intenti non sono stati ripagati. Le forze dell'ordine hanno commesso crimini gravissimi contro la popolazione del Burundi, provocando centinaia di morti attraverso vere e proprie azioni genocidiarie. Risulta evidente come le criticit  mondiali non possano essere risolte elencando obiettivi. La storia dimostra come gli equilibri mondiali siano instabili e, quindi, costantemente mutevoli. Povert  e denutrizione rappresentano condizioni che interessano ancora un'importante fetta della popolazione mondiale, in particolare in Africa. Il cieco capitalismo occidentale ha creato disuguaglianze economiche e sociali che oggi contribuiscono a generare situazioni estreme, come avviene in Burundi e, purtroppo, in numerose altre realt . Continuando a reiterare gli stessi schemi d'azione o, peggio, lasciando che questi importanti obiettivi rimangano un illusorio vanto dei potenti, i risultati del 2030 saranno nuovamente deludenti.

Per perseguire un reale cambiamento occorrerebbe, forse, una maggiore presa di coscienza a livello generale. Non solo i Capi di Governo, ma gli stessi cittadini delle 193 Nazioni facenti parte dell'ONU dovrebbero iniziare a comprendere la gravit  della situazione nel continente africano. L'Occidente ha a disposizione uno strumento, ben pi  potente degli armamenti, che si ostina ad immagazzinare: l'istruzione. Partendo dal basso, dalle giovani generazioni, sarebbe possibile creare un'opera di sensibilizzazione internazionale idonea a smuovere gli animi e creare una consapevolezza collettiva dei problemi che affliggono l'esistenza di altri esseri umani nati in un'altra parte del mondo, ma non per questo meno degni di aiuto. Attraverso la conoscenza e l'informazione diviene possibile acquisire una capacit  critica che, a sua volta, porta ad una ridefinizione dei propri schemi mentali. Conoscere la variet  del mondo, la diversit  delle culture che lo abitano e le enormi diffomit  negli stili di vita pu  far scaturire nella coscienza di ognuno un'energia che, se unita ad altre forze, pu  portare ad un reale cambiamento. Andare in quei luoghi; vivere in quelle condizio-

In Burundi, tuttora, a distanza di pi  di un secolo dall'avvento dell'uomo bianco, si verificano violenti scontri tra le due etnie, complicati da questioni politiche e da una condizione di povert  estrema che coinvolge il 68% della popolazione.

ni, vedere ci  che le immagini hanno sempre mostrato, ma che gli occhi non hanno mai raccontato muta completamente l'idea del mondo a cui si   abituati. Ancora, dopo aver visto, si vuole andare, si sente la necessit  di partire perch , anche se il cambiamento richiede grandi numeri, la coscienza appartiene ad ognuno. Nel momento in cui viene condivisa, si tramuta in uno strumento potentissimo, in grado di operare una reale modifica del mondo. ■

## Spose bambine: traumi psicologici e sanitari

**Ogni anno 15 milioni di ragazze sono costrette a sposarsi prima di compiere 18 anni. Ciò accade per ragioni economiche e culturali, ma i danni subiti dalle bambine sono notevoli. Per questo motivo, Amnesty International è molto attiva nella sensibilizzazione dell'opinione pubblica al tema**

di **Riccardo Noury**, portavoce di Amnesty International Italia intervistato da Marta Silvestre, collaboratrice di SocialNews



Nel mondo, ogni anno, 15 milioni di ragazze sono costrette a sposarsi, prima del compimento del diciottesimo anno di età, con uomini molto più vecchi. Ogni giorno viene negata l'infanzia a 37.000 bambine. Per proteggere queste ragazzine dai matrimoni precoci e forzati, nell'autunno scorso Amnesty International Italia ha lanciato la campagna 'Mai più spose bambine'. "Da giocare con le bambole a diventare una bambola il passo è troppo breve" - ha commentato il portavoce di Amnesty International Italia, Riccardo Noury - "La campagna internazionale di sensibilizzazione e raccolta fondi doveva durare solo due settimane. Abbiamo deciso di continuarla perché il fenomeno continua ad essere molto diffuso e perché abbiamo constatato che i risultati potevano essere davvero notevoli". Noury si riferisce a ricerche sul campo, colloqui con le autorità locali per sensibilizzare su leggi e prassi, incontri con le Ong presenti sul territorio, raccolta di testimonianze delle ragazze coinvolte, formazione con le comunità. Amnesty International Italia intende sensibilizzare l'opinione pubblica su questo fenomeno, radicato nelle povertà, nella

discriminazione e nell'arretratezza culturale, aumentare l'attenzione dei Governi affinché la pratica venga bandita, favorire l'avvio di indagini imparziali, tempestive ed esaurienti su ogni denuncia di violazione dei diritti umani e contribuire, soprattutto, a far sì che le bambine non subiscano decisioni riguardanti il loro corpo. "Non pretendiamo di arrivare all'aeroporto con la ricetta preconfezionata in mano per imporla alle persone, ma desideriamo coinvolgerle nelle scelte" ha precisato Noury.

Complessivamente, nel mondo ci sono 700 milioni di giovanissime ragazze vittime di matrimoni precoci e forzati. "Le macro-cause sono essenzialmente di due nature" - ha aggiunto - "una economica, perché rappresenta un modo per assicurarsi l'uscita da uno stato di povertà, l'altra culturale, per l'acquisizione di prestigio all'interno della comunità da parte del maschio adulto che sposa la bambina e per la famiglia della bambina che la concede in sposa ad un uomo importante. Più la sposa è giovane, più l'uomo acquisisce prestigio all'interno della comunità. La dote a carico della famiglia della sposa è inferiore, quindi il valore contrattuale del matrimonio risulta più redditizio. Così come si vende un rene, così si vende una figlia. Noi, però, vorremmo convincere le comunità, le famiglie e i Governi che l'uscita dalla povertà e il rispetto per le tradizioni culturali non possono comunque giustificare il fatto di trasformare una bambina in un prodotto".

Il matrimonio precoce colpisce ogni aspetto della vita delle ragazze. "Dal punto di vista psicologico, si rilevano tre perdite: l'istruzione, perché, diventando moglie, la bambina viene relegata in condizione di subordinazione a svolgere i lavori domestici; i legami originari, perché le ragazzine vengono completamente isolate, tagliate fuori da famiglie e amicizie e si ritrovano senza alcuna forma di sostegno; l'infanzia, l'innocenza e la non conoscenza del proprio corpo. La perdi-

ta avviene nel corso della prima notte di matrimonio con un uomo anziano e con violenza anche fisica, in quanto il corpo non è pronto".

Molte rimangono incinte poco dopo il matrimonio, quando sono ancora delle bambine da tutti i punti di vista. Il corpo non è pronto per la gravidanza e il parto e le ragazzine corrono un rischio maggiore di subire pericolose complicanze, potenzialmente anche letali. Le ragazze di età compresa tra i 10 ed i 14 anni hanno probabilità cinque volte maggiori, rispetto a quelle di età compresa tra i 20 ed i 24 anni, di morire durante la gravidanza e il parto. Anche i bambini nati da 'spose bambine' hanno maggiori probabilità di nascere morti o di morire nel primo mese di vita. "Altro rischio frequente è quello di contrarre l'Hiv: nella cultura di questi Paesi, l'idea di usare i contraccettivi lede l'onore dell'uomo in quanto limita la sua fecondità".

In Burkina Faso, il matrimonio precoce e forzato è un fenomeno estremamente diffuso, soprattutto nelle zone rurali, pur essendo stato dichiarato illegale. Oltre il 52% delle donne viene ancora dato in



sposa prima dei 18 anni, il 10% prima del compimento del 15° anno di età e alcune ragazze sono costrette a sposarsi addirittura a 11 anni con uomini che arrivano ad avere anche dai 30 ai 50 anni in più rispetto a loro.

"In questo Paese i dati sono allarmanti. Siamo felici di ospitare in Italia Hortence Lougué, un'attivista per i diritti delle donne del Burkina Faso. Con la sua organizzazione, Association d'appui et d'aveil Pugsada, porta avanti progetti per sostenere l'istruzione delle ragazze che affrontano il matrimonio forzato e precoce".

Anche in Maghreb un quadro legislativo piuttosto lacunoso non tutela adeguata-

mente le donne dalla violenza. "In caso di stupro, se la vittima è di età inferiore ai 18 anni, si consente al responsabile di non essere penalmente perseguibile sposandola. La stessa legge vige anche in Algeria, mentre il Marocco, pur avendo da poco abolito la norma, manca ancora di un sistema organico che permetta di proteggere le donne da questa grave violazione dei diritti umani".

Alcune bambine, nel vano tentativo di proteggersi da sole, provano a rifiutarsi. "In alcuni casi si recano dalla polizia locale, che, però, le riporta semplicemente alla famiglia di origine o al marito. Spesso vi sono casi di induzione al suicidio o di

omicidi in circostanze strane da parte dei fratelli maggiori della bambina". Negli ultimi anni, con l'aumentare del fenomeno delle migrazioni in Europa "abbiamo assistito ad un escamotage molto particolare: i matrimoni precoci vengono organizzati con un ritorno forzato nel Paese di origine e, in particolare in Inghilterra, molte ragazze hanno preso consapevolezza e trovato il coraggio di disobbedire ai genitori, cosa comunque difficile a 10 o 12 anni. Prima di recarsi all'aeroporto, le ragazze si avvolgono attorno alla vita un cucchiaino per far suonare il metal detector. A quel punto, allontanate dalla polizia, possono denunciare il sopruso e porsi in salvo". ■

### LA TESTIMONIANZA

## Quando la puntura di una zanzara fa la differenza...

**Una sera iniziai a sentire tanto freddo, tanto da sobbalzare sul divano per i brividi. Ad ogni scatto la mia bocca si apriva istintivamente, come quando si ha il singhiozzo. La febbre saliva, il termometro raggiunse i 40°. Cominciai a delirare**



"Se pensi di essere troppo piccolo per fare la differenza, chiuditi in una stanza con una zanzara" (proverbio africano). Un modo di dire buffo, a cui segue, di solito, un sorriso. Quando l'ho sentito per la prima volta, non ne ho compreso esattamente il significato. Anche in Occidente ci sono le zanzare, e sono fastidiose soprattutto di notte, quando interrompono il sonno con il loro ronzio. Posso, però, affermare di aver colto il vero significato di quelle parole solo diversi mesi dopo il mio ritorno dall'Africa. Una sera iniziai a sentire tanto freddo, tanto da sobbalzare sul divano per i brividi. Ad ogni scatto la mia bocca si apriva istintivamente, come quando si ha il singhiozzo. La febbre saliva, il termometro raggiunse i 40°. Cominciai a delirare, ma pensavo: "È solo febbre!".

Presi una semplice tachipirina.

Il giorno dopo misurai nuovamente la temperatura: 36°. Conclusi che la medicina aveva sortito l'effetto sperato.

Mi sentivo bene, anche se un po' stanca. Il delirio del giorno prima era diventato solo un ricordo. Così, almeno, credevo...

Il giorno seguente, eccoli di nuovo! Intendo i brividi. Ricominciai ad avvertire una stretta allo stomaco. Mi tornò la febbre, molto alta.

Mi portarono in ospedale.

Ripresi a sobbalzare, prima sul sedile posteriore dell'auto, poi sul lettino in ospedale. Avevo freddo e la temperatura non calava. Diverse furono le diagnosi, quel giorno.

La mattina seguente mi sentii meglio. Niente brividi, né febbre alta. Si trattava di una febbre a giorni alterni. Questo sintomo, ed i successivi esami del sangue, condussero i medici alla diagnosi: malaria! Nonostante, quindi, la profilassi e la protezione notturna assicurata dalla tendina sul letto, la zanzara (anofele) era riuscita nel suo intento: mi aveva infettato!

Essendo un'Occidentale, un'Italiana, avevo sentito parlare di malaria solo in documentari e prima della partenza. Ero preoccupata, e con me le persone che mi volevano bene. Queste iniziarono a cercare informazioni sulla malattia. La malaria rientra nella categoria delle malattie infettive ed è causata da un parassita, il plasmodio, che si moltiplica nel fegato. Dopo l'incubazione, infetta i globuli rossi. L'incubazione varia da individuo a individuo. Nel mio caso era durata un anno. Questo il tempo trascorso dal mio rientro. I parassiti si erano annidati nel mio fegato per poi "esplodere" all'improvviso. Secondo il Rapporto "World Malaria Report 2015" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2015 si sono constatati 438.000 decessi causati dalla malaria. Si è registrato il maggior numero di vittime nella regione africana (90%), seguita da Sud-Est asiatico (7%) e Mediterraneo Orientale (2%). I bambini di età inferiore ai cinque anni rappresentano i soggetti maggiormente colpiti dal parassita: 306.000 in totale, 292.000 dei quali in Africa. Dal Rapporto si evince anche che, dei 106 Paesi nei quali è presente la malattia, dal 2000 al 2015 57 hanno visto ridursi i casi di infezione del 75%. Questa diminuzione è stata resa possibile grazie, anche, a due forme di controllo vettoriale (efficaci in una larga gamma di circostanze) associate ai trattamenti insetticidi (ITN e IRS) operati sulle tendine. Molte Ong sviluppano progetti per sconfiggere o diminuire le infezioni da malaria nel mondo. Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha sviluppato una strategia tecnica globale, adottata dall'Assemblea Mondiale della Sanità nel maggio del 2015, per la malaria nel periodo 2016-2030. La strategia si pone l'obiettivo di fornire un quadro tecnico sul controllo e l'eliminazione della malattia a tutti i Paesi endemici.

di **Elisangela Annunziato**, Blogger e collaboratrice di SocialNews

## Dal Sud d'Italia al Sud del mondo

**“Ed è con mio padre e con mia madre/che ho cominciato a maledire/la geometria di questo mondo/che non è esattamente tondo/Perché è un mondo fatto a scale/e c'è chi scende e c'è chi sale/perché è una giostra che gira sempre/e c'è chi sale e c'è chi scende/E chi è baciato dalla fortuna/chi non gliene va bene una/perché la scala da scalare/non è per tutti eguale...” (Eugenio Bennato)**

Eugenio Bennato, intervistato da Elisangela Annunziato



“Sono partito da un Sud più vicino, il Sud della nostra Penisola. Sono partito da Napoli. Un'attrazione verso il mistero della musica sintetizzabile, ad esempio, nel rito, nella figura, nell'immagine della Taranta. Poi, man mano, questa ricerca estetica mi ha portato sempre più a Sud, alle sponde Sud del Mediterraneo, fino all'Africa nera e “Mon père et ma mère” è proprio l'esemplificazione di questo proseguimento del viaggio” introduce a SocialNews Eugenio Bennato. Nelle sue canzoni, il cantautore racconta del Sud, ora dello Stivale, ora del mondo. È uscito il suo nuovo album “Canzoni di Contrabbando – Antologia 2016”. Prodotto da Taranta Power, raccoglie tredici brani, da “Il mondo corra” a “Che il Mediterraneo sia”, “Brigante se more”, “Juz-zella”, passando per “Sponda Sud” fino a “Le città di mare”.

Ad aprire l'album è la canzone “Mon père et ma mère”, unico brano inedito della raccolta. Segna un incontro, quello tra il cantautore e Enric Porfait, un ragazzo del Camerun che, come tanti giovani dell'Africa Sub-Sahariana, decide di partire verso il Mediterraneo. Ascoltando Bennato suonare a Tangeri, Enric Porfait ha deciso

di avvicinarsi al cantautore e di porgli un piccolo foglio sul quale era scritto: “Mio padre e mia madre si sono conosciuti in galera, in eredità mi hanno lasciato la miseria”. Saranno proprio questi versi ad ispirare al cantante la canzone “Mon père et ma mère”.

**Da sempre il mondo è diviso in Nord e Sud. Un Sud di cui lei racconta nelle sue canzoni...**

“Il Sud mi ha sempre attratto, forse inconsciamente all'inizio, come una zona in cui il modo di vivere, e che poi si riflette nell'arte, è quello di un'umanità relegata ad un ruolo privo di potere. È difficile, infatti, associare il Sud al potere, alla capacità di decidere il proprio destino. Un esempio classico è l'Africa, nel suo contatto con il Nord, il mondo occidentale, l'Europa: un lungo periodo in cui la sua cultura è stata, poco a poco, demolita dalle regole occidentali. Un classico esempio di prevaricazione. Tuttavia, proprio nei luoghi in cui il potere manca c'è maggiore spazio per la fantasia, e quindi per la musica.”

**Lei tiene concerti in tutto il mondo. Qual è il suo ricordo più bello riferito al continente africano?**

“Il ricordo più bello è quando, arrivato in

Etiopia, fui ricevuto da una scuola frequentata da bambini etiopi che cantavano le mie canzoni. Queste voci bianche dell'Africa nera, dotate di un timbro particolare, rappresentavano qualcosa di straordinario. Tralasciando la soddisfazione di sentire i bambini africani cantare le mie canzoni, scrissi, sul momento, per loro, un brano che chiamai Sponda Sud”.

**Secondo lei perché c'è ancora questa sostanziale differenza tra Nord e Sud? Da cosa dipende?**

“Difficile dirlo. Dipende, evidentemente, dalla vocazione del Sud alla meditazione, a quello che oggi si potrebbe definire “lentezza” rispetto alla maggiore determinazione, vorrei dire anche aggressività, della cultura nordica.”

**Nella canzone “Mon père et ma mère” dice che “è un mondo fatto a scale...”**

“Il mondo fatto a scale è un proverbio della saggezza popolare. Le scale che deve percorrere chi nasce a Sud sono più ripide, oggi più che mai...”

**Se potesse rappresentare il Sud del mondo in una foto?**

“In una fotografia ci sarebbe lo spettro di tutti i colori, con poco spazio per il grigio!”



## EMERGENZA SORRISI

Il 2016 viene considerato l'anno delle app. Attraverso questa modalità, dai propri dispositivi - telefoni e tablet - è possibile accedere a tutta una serie di servizi, informazioni, sistemi di prenotazione e di organizzazione del lavoro e del tempo libero. Ciò consente di semplificarsi la vita e, al contempo, provvedere rapidamente alle proprie necessità. Con l'obiettivo di offrire assistenza medica specialistica ai nostri fratelli migranti, presenti in numero elevato nel nostro Paese, alcuni di passaggio, altri più o meno stabili, e con la prospettiva di un ulteriore incremento dei flussi in entrata, la nostra organizzazione umanitaria, Emergenza Sorrisi, ha creato un efficace sistema di medicina on-line chiamato “Emergenza Medica On-line”.

Emergenza Sorrisi è una Ong che promuove azioni di sostegno e sviluppo socio-sanitario nei Paesi dotati di minori risorse. Per realizzare tale progetto, assicura un servizio chirurgico a favore di bambini affetti da deformità del volto, quali labbro leporino, palatoschisi, seguiti di ustioni, coinvolgendo direttamente i medici locali.

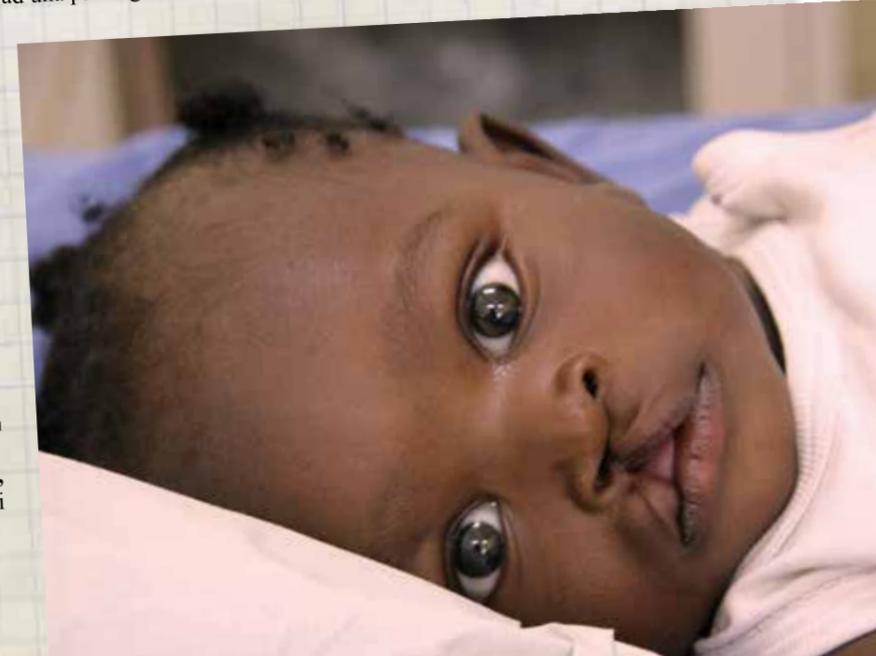
Favorisce, inoltre, la prevenzione delle patologie più frequenti nel Paese, con un occhio di riguardo rivolto alle donne. Attraverso la medicina on-line, evoluzione della Telemedicina che non richiede una base operativa, poiché ogni strumento diventa un'unità operativa autonoma e non richiede apparecchiature costose o tecnologicamente impegnative, si è riusciti ad offrire un servizio di assistenza medica qualificata, multispecialistica e di rapida erogazione.

Emergenza Medica On-line viene attivata tramite una app scaricabile gratuitamente con Google o App Store o accedendo al sito [www.emergenzasorrisi.it](http://www.emergenzasorrisi.it). Una volta scaricata la app, il servizio si rivela di facile fruizione sia da parte di coloro i quali ospitano migranti, come case di accoglienza o parrocchie, sia direttamente da parte dei migranti stessi. Costoro possono inserire i propri dati e le proprie richieste di consulenza inviando anche una foto, un filmato o un video direttamente ad uno dei nostri medici specialisti. In un tempo molto breve riceveranno una risposta qualificata.

Se il medico ritiene di trovarsi di fronte ad una patologia che richiede una terapia o accertamenti specialistici, o sospetta un potenziale rischio di contagio, potrà indirizzare il paziente verso un centro medico vicino avvertendo lo stesso centro della situazione. Tutto ciò ha luogo grazie alla sinergia sviluppata fra l'organizzazione di volontariato medico, le società scientifiche e le organizzazioni di accoglienza.

L'unione fa davvero la forza creando e postando in rete energie positive per sostenere le necessità di chi, dopo aver dovuto abbandonare il proprio Paese di origine, si trova a doversi confrontare anche con il rifiuto all'accoglienza e la chiusura delle porte. ■

di Fabrizio Massimo Abenavoli,  
Presidente di Emergenza Sorrisi



## PICCOLO OSPEDALE PEDIATRICO “MIRKO MORI” KINSHASA, REPUBBLICA DEMOCRATICA DEL CONGO

Il 3 aprile 2014, a Reggello, è mancato tragicamente Mirko Mori, un ragazzo di 15 anni conosciuto da tutti nel suo paese. In seguito a questo drammatico evento, per affrontare l'ineluttabile angoscia dell'assurda morte di questo adolescente, si è pensato di costruire un ospedale pediatrico in sua memoria, con l'intento di salvare la vita di altri bambini. Si è scelto di edificarlo in Congo, un Paese molto povero nel quale la mortalità infantile è altissima. I decessi si verificano sia durante il parto, sia nei primi mesi di vita. Qui opera Padre Jean Pierre Kanku, già parroco di Reggello e molto legato a Mirko. Padre Jean Pierre fa parte dell'ordine dei Frati Comboniani del Congo e si è reso pienamente disponibile a sviluppare il progetto dell'ospedale. I lavori di costruzione sono iniziati grazie ad una raccolta fondi. La struttura sarà provvista anche di una sala operatoria e di un reparto di ostetricia.

I Frati Comboniani della cattedrale di Kinshasa hanno messo a disposizione un conto corrente internazionale per gestire i fondi raccolti. Grazie all'interessamento di Padre Jean Pierre, le suore della Carità dei Poveri di Kinshasa hanno garantito la loro presenza all'interno dell'ospedale. Fra di esse vi sono anche un medico e alcune infermiere.

Il costo stimato per la costruzione dell'ospedale, necessariamente funzionale ed autonomo, si aggira attorno ai 70.000 dollari, circa 63.000 euro. Ad oggi, con le attività svolte (documentate sulla pagina Facebook) e le donazioni ricevute, @uxilia ha raccolto più di 45.000 euro. Questo eccellente risultato è stato determinante per consentire l'avvio dei lavori.



### BONIFICO BANCARIO:

IBAN: IT 15 H 07601 02200 000061925293

### BOLLETTINO POSTALE:

c/c: 61925293

### PAY PAL

Sul sito [www.auxiliaitalia.it](http://www.auxiliaitalia.it) o direttamente sulla pagina facebook

CAUSALE: il tuo nominativo + Congo o Ospedale Kinshasa

Se ci indicherai il tuo nominativo e ci lascerai un tuo recapito (anche inviando una mail a: [info@auxilia.fvg.it](mailto:info@auxilia.fvg.it)) potremo tenerti aggiornato/a sulla prosecuzione del progetto!