



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



SALUTE E SVILUPPO

rivista quadrimestrale
di cooperazione e politica
sanitaria internazionale
giugno 2018 — n° 77



*La salute degli adolescenti:
tra le sfide di oggi
e la speranza del domani*





LA NOTIZIA

Vietato salvare

«Vietato salvare. L'accordo Ue mette al bando le Ong. E i libici raccolgono cadaveri dei bambini». Questa l'apertura della prima pagina dell'*Avvenire* di sabato 30 giugno, che sintetizza le conclusioni del vertice di Bruxelles. Un vertice europeo i cui ingredienti principali sono stati l'ignavia¹, l'egoismo e – dobbiamo dirlo – l'inciviltà e l'incultura. Di fronte a un fenomeno così profondo e sconvolgente, quale l'esodo di migliaia e migliaia di esseri umani dall'Africa, non si è levata una sola voce per proporre un'analisi approfondita delle cause, per indicare possibili soluzioni a medio e lungo termine, neppure una parola di pietà per il terribile carico di sofferenze e di morti che questo esodo comporta.

Nel Mediterraneo non circolano più le navi delle Ong a salvare i naufraghi e di conseguenza aumentano i morti in relazione ai migranti arrivati, come dimostra la **Tabella 1**.

C'era una volta l'Europa del diritto, dei diritti universali dell'uomo. Oggi sta tornando in scena l'Europa dei nazionalismi.

TABELLA 1 / ARRIVI IN ITALIA VIA MARE E DECESSI DEI MIGRANTI DAL 2014 AL 2018

ANNO	N. MIGRANTI ARRIVATI	N. DECESSI	MORTALITÀ % *
2014	170.100	3.165	1,84
2015	153.842	2.876	1,85
2016	181.436	4.581	2,49
2017	119.310	3.116	2,34
2018 **	6.161	358	5,65

* La mortalità può essere sottostimata a causa di migranti partiti e mai arrivati, ma non documentati come decessi.

** I numeri si riferiscono ai primi tre mesi dell'anno.

Fonte: da Rodolfo Saracci, *Insidiosa Barbarie*, in *Saluteinternazionale.info* del 27 giugno 2018, <http://www.saluteinternazionale.info/2018/06/insidiosa-barbarie/>

NOTE

¹ Parola del presidente della Croce Rossa Italiana, Francesco Rocca, <https://www.cri.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/16673>

INDEX

DIRETTORE

Gavino Maciocco

COMITATO DI REDAZIONE

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

DIRETTORE RESPONSABILE

Anna Talami

PROPRIETÀ

Medici con l'Africa Cuamm

AMMINISTRAZIONE

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

COORDINAMENTO DI REDAZIONE

Valentina Isidoris e Chiara Di Benedetto

ILLUSTRAZIONE DI COPERTINA

Lorenzo Gritti

IMPAGINAZIONE E STAMPA

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

COPYRIGHT

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

REGISTRAZIONE E AUTORIZZAZIONE

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

SPEDIZIONE

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

Con il sostegno di

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

Illustrazione di copertina

Che si tratti di salute, istruzione o benessere materiale, sono milioni gli adolescenti che rimangono indietro rispetto ai coetanei nati nei paesi ad alto reddito, creando una frattura di disuguaglianza sempre più critica e marcata non solo per i bambini di oggi, ma anche per il futuro economico e sociale dei propri paesi.



DIALOGO

PAG. 2

PROTEGGERE I GIOVANI **PER COSTRUIRE IL FUTURO**

Testo di / don Dante Carraro

PAG. 3

NON SONO RAZZISTA, **MA**

Testo di / Gavino Maciocco

FORUM

PAG. 6

PEER EDUCATION: L'ESPERIENZA DEGLI STUDENTI SIM

Testo di / Claudia Bartalucci e Alessia Biasotto

PAG. 7

PEER EDUCATION A CASA MURRI

Testo di / Claudia Bartalucci e Alessia Biasotto

PAG. 8

LA SALUTE (A RISCHIO) DEGLI **ADOLESCENTI**

Testo di / Damiano Pizzol

ESPERIENZE DAL CAMPO

PAG. 12

UGANDA: LA SFIDA DELLE GRAVIDANZE PRECOCI

Testo di / Giovanni Putoto e Valentina Isidoris

PAG. 14

ADOLESCENTI E HIV: **LA SFIDA CUAMM IN MOZAMBICO**

Testo di / Liliana Praticò

APPROFONDENDO

PAG. 17

IL RUOLO DEGLI ADOLESCENTI CONTRO LA MALARIA

Testo di / Giampietro Pellizzer

RASSEGNA

PAG. 18

I MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI IN ITALIA

Testo di / Maurizio Marceca

PAG. 19

I GIOVANI PALESTINESI TRA VIOLENZA E DIRITTI NEGATI

Testo di / Angelo Stefanini



DIALOGO

PROTEGGERE I GIOVANI PER COSTRUIRE IL FUTURO

Sono ancora milioni gli adolescenti in tutto il mondo che rimangono indietro, privati di assistenza sanitaria e di un'istruzione adeguata. Per loro il futuro è spesso compromesso. A essere più colpiti sono i ragazzi provenienti dall'Africa Sub-sahariana, uno dei luoghi tra più insicuri per la salute dei giovani. È nostro dovere sostenere attività di prevenzione e cura per garantire loro una qualità di vita migliore.

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

L'adolescenza è un punto di svolta nella vita delle persone, il periodo in cui ciascuno acquisisce gli strumenti necessari per costruire il proprio futuro. La salute degli adolescenti, però, è una questione globale molto spesso sottovalutata. Siamo soliti pensare ai giovani come un gruppo sano e protetto, ma non è affatto così: sono oltre un milione gli adolescenti che muoiono ogni anno prematuramente per violenze, complicanze legate alla gravidanza e malattie prevenibili ed evitabili. Molte gravi malattie in età adulta trovano le loro radici nell'adolescenza, come l'abuso di tabacco, le cattive abitudini alimentari e la contrazione di infezioni sessualmente trasmissibili¹.

Sono ancora troppi gli adolescenti in tutto il mondo che rimangono indietro rispetto ai propri coetanei che hanno avuto la fortuna di nascere in contesti di pace e di benessere; per loro il futuro è spesso compromesso. I più colpiti sono anche in questo caso i ragazzi provenienti dai paesi a basso e medio reddito, come la fascia dell'Africa Sub-sahariana, uno dei luoghi con il più alto numero di adolescenti al mondo, ma allo stesso tempo tra più insicuri per la salute dei giovani, esposti alle cosiddette "malattie della povertà", come la malnutrizione o l'HIV/AIDS.

Nonostante i progressi fatti negli ultimi vent'anni, l'Africa continua infatti a versare in condizioni di estrema povertà e sottosviluppo per l'intera popolazione. Per i bambini e i giovani le prospettive sin dalla nascita sono drammatiche e noi ne siamo testimoni ogni giorno: la probabilità di non superare i 5 anni di età è altissima e l'accesso alle cure sanitarie e a un'istruzione di base sono dei miraggi per la maggior parte di loro. Le disuguaglianze di genere che persistono fortemente in questi contesti vanno ulteriormente a peggiorare lo stato di salute delle ragazze che, costrette a sposarsi giovanissime, interrompono presto gli studi e rischiano la vita durante la gravidanza o il parto avuti troppo precocemente. Vediamo giovani donne arrivare nei nostri centri di salute dopo aver percorso distanze lunghissime. Molte di loro sono ragazze sotto i vent'anni che hanno alle spalle già più gravidanze e parti. Basti pensare che in paesi come il Mozambico il picco di matrimoni e gravidanze tra i 15 e i 19 anni raggiunge il 48,2% o, ancora, in Sud Sudan la prevalenza dei cosiddetti *child marriage* tocca addirittura il 52%. È una situazione questa inaccettabile, vedere così tanti giovani privati delle opportunità di investire nel proprio futuro, di condurre un'esistenza dignitosa e di contribuire allo sviluppo del proprio paese. Per questo, abbiamo voluto aumentare nei nostri paesi d'intervento i servizi dedicati ai giovani e agli adolescenti, affinché essi possano essere maggiormente tutelati e seguiti in questo delicato periodo di transizione, passando dai servizi pediatrici a quelli specializzati per adulti. Un esempio arriva proprio dal Mozambico, dove dal 2011 supportiamo attivamente il lavoro del Ministero della Salute attraverso la gestione di 7 centri di salute urbani nella città di Beira e di 6 ambulatori specifici per adolescenti chiamati SAAJ (Serviço Amigo do Adolescente e Jovem), che offrono consulenza su salute riproduttiva, gravidanza, prevenzione di HIV/AIDS (pagina 14).

Crediamo che gli adolescenti possano essere il vero motore del cambiamento dei propri paesi ed è per questo che il nostro sforzo si concentra anche nel coinvolgimento dei giovani per poter migliorare le conoscenze sanitarie e cambiare i comportamenti dell'intera comunità. In Sierra Leone abbiamo deciso di sostenere i bisogni sanitari degli adolescenti attraverso il progetto "Youth-led action research into adolescents malaria knowledge, attitudes and behaviour in Port Loko" in partenariato con l'agenzia Restless Development Sierra Leone (Rdsl) e l'organizzazione e-Health Africa (eHA) con lo scopo di implementare un intervento di prevenzione e trattamento della malaria, grazie all'aiuto di un gruppo di giovani ragazzi coinvolti nella raccolta dei dati e nella sensibilizzazione della popolazione locale (pagina 17).

Anche dalle attività più semplici possono scaturire delle vere e proprie opportunità per questi adolescenti che potranno ambire a una qualità di vita migliore per se stessi e per le generazioni che verranno. «Il cammino si fa camminando», diceva il poeta Antonio Machado. E noi ci crediamo, vogliamo essere anche al loro fianco: lavorare "in" e "con" l'Africa per proteggere i giovani e costruire un futuro più solido e sicuro.

NOTE

¹ WHO, *Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): Guidance to support country implementation*, disponibile su <http://apps>.

www.int/iris/bitstream/handle/10665/255415/9789241512343-eng.pdf;jsessionid=8A9934E9E2F0B263FC8308C2CFB2C83C?sequence=1



DIALOGO

NON SONO RAZZISTA, MA

Il peso della presenza straniera si è scaricato, quasi ovunque, sugli strati popolari più disagiati della società, quelli che maggiormente patiscono la crisi economico-sociale e che vedono ridursi, giorno dopo giorno, le proprie risorse materiali e immateriali. La responsabilità degli “imprenditori politici della paura” e la demolizione del *welfare*.

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

«Si potrebbe dire, dunque, che gli immigrati sono qui con pieno diritto perché altro non fanno che chiederci conto della refurtiva. Ma il diritto degli immigrati non è soltanto di ordine morale. La Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo e l'insieme dei documenti che essa in più di quarant'anni ha generato ci fanno obbligo di considerare ogni abitante del pianeta come un soggetto di diritti in forza dei quali, ad esempio, nessun uomo è veramente straniero in nessuna parte della Terra. A dispetto di tutto, l'insediamento degli immigrati tra di noi è una grandiosa occasione per avviare una civiltà veramente planetaria, il cui principio sia la diversità nell'uguaglianza e l'uguaglianza nella diversità».

Questo brano a dir poco profetico è tratto da un articolo che Padre Ernesto Balducci¹ scrisse nel lontano 1990 per *Cuamm Notizie*, titolo che aveva questa rivista prima di chiamarsi *Salute e Sviluppo*. «Alla base dell'attuale assetto dell'umanità – scrive ancora Balducci – c'è una flagrante ingiustizia che non può non inquietare le coscienze. La contiguità tra uomini segnati dalla fame e dalla paura e uomini minacciati dalla stessa propria opulenza fa esplodere un'oscura inquietudine che forse è la vera radice del disagio della società contemporanea».

Nel 1990 il fenomeno migratorio in Italia era agli albori: ci vorranno ancora anni perché le conseguenze della globalizzazione e delle politiche neo-liberiste che l'hanno sostenuta si abbattano nel nostro paese. Così è avvenuto che il processo storico e inarrestabile delle migrazioni si è incrociato con la più grave crisi economica del dopoguerra che, a causa delle ricette neoliberiste imposte dalla élite eurocratica e a causa della demolizione del *welfare*, ha gravemente impoverito una larga parte della popolazione che ha percepito i migranti come principale causa del loro impoverimento.

Al riguardo, Luigi Manconi e Federica Resta nel libro *Non sono razzista, ma*², scrivono: «Il peso della presenza straniera si è scaricato, quasi ovunque, sugli strati popolari più disagiati della società, quelli che maggiormente patiscono la crisi economico-sociale e che vedono ridursi, giorno dopo giorno, le proprie risorse materiali e immateriali. Nonostante che la concorrenza per il posto di lavoro tra italiani e nuovi arrivati sia stata finora limitata a settori circoscritti del sistema economico, è altrettanto vero che la competizione intorno a beni scarsi quali gli spazi, i trasporti e i servizi tende a intensificarsi. Soprattutto sulle prestazioni di *welfare* – che si pensano riservate ai cittadini italiani – si scarica una tensione xenofoba, dovuta soprattutto al bisogno di identificare un responsabile (meglio dire un capro espiatorio) della scarsità dei servizi a disposizione. [...] Non solo i penultimi vedono gli ultimi come concorrenti e, quindi, nemici, ma ritengono che il fatto di soccorrere loro (gli ultimi) porti fatalmente a ridurre le risorse destinate ai soccorrere i penultimi. Sembra, cioè, non porsi in alcun modo la questione di una distribuzione diversa dei mezzi disponibili, in grado di soccorrere gli uni e gli altri – il che corrisponde, appunto, a una incondizionata sfiducia nella politica – ma solo la violenza di uno scontro intestino. Uno scontro dove la mia sopravvivenza (o un livello accettabile di esistenza) dipende in primo luogo dall'esclusione e dalla rovina di chi sta peggio di me. Un gioco a somma zero, insomma».

Il paradosso è che le forze che lucrano elettoralmente sulla rabbia dei penultimi (“gli imprenditori politici della paura”), indicando negli ultimi (i migranti) il capro espiatorio, sono le stesse forze politiche che tolgono risorse al *welfare* a danno degli ultimi e dei penultimi e che favoriscono con il taglio delle tasse i gruppi più ricchi della popolazione (vedi la *Flat tax*). Ciò che è avvenuto in Italia nel campo delle politiche migratorie negli ultimi anni è una storia indegna. Si è ingigantito un allarme sociale, invece di governarlo. Ha fatto comodo, mentre si erodevano progressivamente i diritti sociali dei cittadini italiani, deviare il malcontento nella direzione dei migranti.

NOTE

¹ Ernesto Balducci, scomparso nel 1992, era un padre scoliopio e intellettuale di punta ai tempi del Concilio Vaticano Secondo. Direttore

della rivista *Testimonianze*, ha animato la vita religiosa e politica a Firenze e non solo.

² Luigi Manconi e Federica Resta, *Non sono razzista, ma*, Feltrinelli, 2017.



UN SERVIZIO NAZIONALE PER LE EMERGENZE SANITARIE

Si è tenuto lo scorso 21 febbraio, a Freetown, l'evento ufficiale di avvio del NEMS (National Emergency Medical Service), il primo servizio nazionale per le emergenze sanitarie della Sierra Leone. Il progetto, proposto da Medici con l'Africa Cuamm in partnership con la Regione Veneto e Crimedim (Centro di formazione e ricerca sulle emergenze e i disastri dell'Università del Piemonte Orientale), consiste nell'implementazione di un 118 per l'intero paese, attraverso una centrale operativa nazionale che gestirà le chiamate d'emergenza e la mobilitazione di 200 ambulanze.

Saranno 1.000 gli operatori coinvolti in questo importante intervento con l'obiettivo di assicurare un trasporto d'emergenza a tutta la popolazione del paese che necessita di cure mediche e di un ricovero in ospedale.







PEER EDUCATION: L'ESPERIENZA DEGLI STUDENTI SISM

Nell'ambito dei progetti rivolti alla promozione della salute sul territorio, il SISM – Segretariato Italiano Studenti in Medicina – svolge attività di *Peer Education* nelle scuole superiori italiane con l'obiettivo di sensibilizzare gli studenti su temi legati alla salute sessuale e riproduttiva e sui diritti umani, attraverso tecniche di *Educazione Non Formale*.

TESTO DI / CLAUDIA BARTALUCCI E ALESSIA BIASOTTO / SISM – SEGRETARIATO ITALIANO STUDENTI IN MEDICINA

PEER EDUCATION: L'EDUCAZIONE NON FORMALE

La *Peer Education* è una metodica pedagogica nata negli anni '60 del XX secolo, definita dall'UNESCO come «l'impiego di soggetti appartenenti a un determinato gruppo allo scopo di facilitare il cambiamento presso gli altri componenti del medesimo gruppo». Letteralmente *Peer Education* significa *Educazione tra Pari*, in cui "pari" può avere molteplici sfaccettature: si può essere pari perché quasi coetanei, perché appartenenti alla stessa comunità, perché aventi lo stesso status sociale, o perché accomunati dallo stesso vissuto esperienziale. Ci si può sentire "pari" per molte ragioni diverse, e a volte pari è semplicemente un approccio e un'attitudine: il modo in cui due persone, accomunate da *background* e contesti condivisi, si confrontano.

Come può allora una persona, in questo caso il *Peer Educator*, così simile al suo interlocutore formarlo in merito a un argomento? Il *Peer Educator* è colui che per iniziativa ha approfondito una tematica e contemporaneamente ha acquisito competenze metodologiche per trasmettere le informazioni ad altri. Nell'educazione tra pari, infatti, la trasmissione delle conoscenze e dei messaggi che possono portare al cambiamento è attuata tramite particolari metodiche di *Educazione Non Formale*, che l'*Educator* apprende e testa in particolari *Training*, in modo da poter trasmettere le proprie conoscenze in modo empatico, diretto ed esperienziale. Non importa infatti come o perché un gruppo si sia formato, ma piuttosto la creazione di un ambiente orizzontale e paritario, tale da favorire un clima di scambio, apertura e condivisione, indispensabile nell'affrontare tematiche delicate come la salute riproduttiva. Per questo diventa importante che chi vuole affacciarsi al mondo dell'educazione tra pari si formi non solo sugli argomenti che dovrà riportare e su cui dovrà informare gli altri, ma anche su tecniche di *team building*, *communication skills* e *theater based activities*, in modo da proporre riflessioni e argomenti con un approccio dinamico, stimolante e talvolta esperienziale e di immedesimazione.

ABBATTERE LE BARRIERE E CREARE MOMENTI DI (IN)FORMAZIONE

Le attività di *Peer Education* sono degli strumenti fondamentali per costruire una comunità di pari attiva e partecipativa anche

in tematiche legate alla sfera sanitaria dell'individuo e della società. Per questo il SISM – Segretariato Italiano Studenti in Medicina – sostiene questo tipo di approccio nelle proprie attività di educazione, organizzando ogni anno un evento nazionale, il TIPE (Training Italiano in Peer Education) con le sue tante piccole versioni locali e regionali, allo scopo di formare nuovi studenti medicina su questa tecnica educativa. Gli aspiranti Educators sperimentano sulla propria pelle l'educazione non formale, si confrontano sui vari aspetti della metodica e le eventuali difficoltà nell'applicarla.

Ogni ragazzo poi, tornando nella propria realtà locale, diventa protagonista dei progetti attivi nelle scuole superiori locali, come quello sulla salute sessuale e riproduttiva, in cui vengono affrontati argomenti come la contraccezione, le malattie sessualmente trasmesse, la gravidanza e l'identità di genere.

I progetti sono articolati spesso in più giornate: si alternano attività di team building, per rafforzare il gruppo e per incoraggiare la creazione di un ambiente aperto, condiviso, in cui si applica la sospensione del giudizio in modo che ognuno si senta libero di esprimere la propria opinione e aprirsi con il resto del gruppo a momenti di formazione vera a propria, in cui tramite esercizi interattivi, giochi a squadre e di ruolo, ogni argomento è vissuto direttamente.

In questo modo, grazie a un clima non formale, dove condivisione e libertà di espressione sono gli elementi cardine, i ragazzi riescono a parlare di argomenti molto delicati, che spesso rappresentano dei tabù all'interno della società. Grazie alla *Peer Education*, invece, si riesce ad affrontarli: i ragazzi fanno domande sotto forma anonima, interagiscono tra di loro scambiandosi opinioni, si confrontano con il *Peer Educator* abbattendo quelle barriere di imbarazzo e timore che normalmente si prova nel parlare o discutere di tali tematiche.

PARLARE DI SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA AGLI ADOLESCENTI

Parlare di salute riproduttiva e sessuale a questo target di popolazione è particolarmente importante perché l'età adolescenziale costituisce una fase cruciale per lo sviluppo dell'individuo ed è un momento chiave nel quale poter intervenire efficacemente con adeguate strategie di promozione della salute. La sfera ses-



PEER EDUCATION A CASA MURRI

L'esperienza del SISM nell'ambito della *Peer Education* ha portato alla realizzazione di quattro incontri incentrati sul tema dell'educazione sessuale e affettiva e dedicati ai ragazzi ospiti di *Casa Murri*.

TESTO DI / CLAUDIA BARTALUCCI E ALESSIA BIASOTTO / SISM - SEGRETARIATO ITALIANO STUDENTI IN MEDICINA

Casa Murri è una comunità di seconda accoglienza per minori stranieri non accompagnati, arrivati in Italia senza la presenza di genitori o adulti di riferimento. La struttura si trova nella prima periferia della città ed è gestita da cooperative sociali all'interno del Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati (SPRAR) del Comune di Bologna.

Ad oggi sono poco più di una dozzina i ragazzi tra i 14 e i 17 anni accolti a *Casa Murri*, provenienti principalmente dal Nord Africa, Medio Oriente e dalla regione balcanica, ai quali vengono garantiti alcuni servizi per favorirne l'autonomia, come la mediazione culturale e linguistica, l'orientamento ai servizi del territorio e la formazione professionale.

In questo contesto si inserisce l'attività della sede locale SISM – Segretariato Italiano Studenti in Medicina – di Bologna che ha ideato e realizzato un ciclo di quattro incontri incentrati sul tema dell'educazione sessuale e affettiva e dedicati ai ragazzi ospiti della *Casa*. Gli incontri sono stati coordinati da studenti SISM formati in *Peer Education*, che hanno affrontato diverse tematiche legate all'educazione sessuale, come le malattie sessualmente trasmissibili, l'importanza della contraccezione e le metodiche disponibili, l'educazione all'affettività e al rispetto del partner, l'accesso alle prestazioni offerte dal Servizio Sanitario Nazionale e l'attività dei distretti e consultori nell'offrire assistenza anche ai più giovani.

I differenti *background* socio-culturali e religiosi dei ragazzi sono stati al centro dell'attenzione delle quattro giornate di formazione per affrontare i delicati concetti delle relazioni e della sessualità; dove necessario, le attività sono state svolte tramite l'uso di appositi pittogrammi che hanno facilitato la comprensione dei concetti e superato le barriere linguistiche presenti.

L'esperienza del SISM è stata senza dubbio positiva: la partecipazione dei ragazzi infatti è stata attiva e interessata, data dalla possibilità di confrontarsi con ragazzi di età vicina alla loro su argomenti spesso delicati e difficili da affrontare. Obiettivo del SISM sarà quello di riproporre nuovi incontri e di riuscire ad ampliare la proposta anche ad altri centri che operano nel circondario di Bologna.

suale influenza non solo lo sviluppo e la crescita intellettuale dei ragazzi, ma può condizionarne anche la salute; le malattie sessualmente trasmissibili (MST) e le gravidanze indesiderate rappresentano infatti le maggiori problematiche di ordine sociale ed economico fra gli adolescenti a livello globale.

Gli adolescenti sessualmente attivi hanno un rischio particolarmente elevato di contrarre una MST rispetto alle altre fasce di età, per maggior esposizione e suscettibilità biologica alle infezioni e scarso accesso ai servizi sanitari. La stima dei tassi di incidenza delle MST risulta difficile, in particolar modo tra gli adolescenti; tuttavia, la prevalenza delle patologie più frequenti è aumentata in diversi paesi europei nell'ultimo decennio.

Dal report HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) del 2014¹ emerge che a livello nazionale il 28% dei quindicenni di sesso maschile dichiara di aver avuto un rapporto sessuale completo, mentre la percentuale è inferiore tra le coetanee femmine (21%). Dai dati risulta inoltre che l'utilizzo del preservativo è stato riferito dal 70,6% dei maschi e dal 66,5% delle femmine, seguito dal coito interrotto (36,9% dei maschi e 52,4% delle ragazze). Solo nel 10,8% dei casi viene impiegata la pillola anti-concezionale, e nell'11,8% si fa ricorso ad altri metodi (conteggio dei giorni fertili o altri metodi naturali).

Secondo i Rapporti ISTISAN 00/7² riguardanti la salute riproduttiva tra gli adolescenti italiani, solamente il 25% del campione complessivo di ragazzi è a conoscenza dell'esistenza di un consultorio familiare nella zona dove abita, e solo il 4,1% dichiara di essersi rivolto almeno una volta.

È evidente la presenza di un gap tra i ragazzi e l'informazione legata alla salute sessuale e riproduttiva. Per questo, i progetti del SISM nascono dall'analisi del contesto sociale in cui siamo immersi e dalle problematiche dei bisogni sanitari attuali. La visione e la missione dell'Associazione, dunque, è quella di informare e creare consapevolezza su temi delicati ma prioritari tra i ragazzi, come quelli della salute sessuale e riproduttiva. Utilizzando la *Peer Education* il SISM è convinto nella possibilità di coinvolgere maggiormente gli studenti, stimolando i ragazzi nella creazione di un nuovo ambiente più sicuro e responsabile.

NOTE

¹ HBSC - Health Behaviour in School-aged Children Italia, *Report Nazionale Dati HBSC Italia 2014*, disponibile su <http://www.hbsc.unito.it/it/index.php/publicazioni/reportnazionali.html>

² Istituto Superiore di Sanità, *Salute riproduttiva tra gli adolescenti: conoscenze, attitudini e comportamenti* - Rapporti ISTISAN 00/7, 2000, disponibile su http://old.iss.it/binary/publ/cont/00_7.pdf



LA SALUTE (A RISCHIO) DEGLI ADOLESCENTI

Ogni giorno nel mondo sono circa 3.000 i giovani che muoiono per cause prevedibili come traumi, violenza e infezioni. Molti dei rischi alla salute che colpiscono gli adolescenti sono riconducibili all'assenza di un'educazione sanitaria dedicata agli adolescenti, che raramente trovano interlocutori adeguati e preparati con cui confrontarsi.

TESTO DI / DAMIANO PIZZOL / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM - MOZAMBICO

ESSERE ADOLESCENTI OGGI

L'adolescenza rappresenta una fase dello sviluppo umano in continuo e rapido cambiamento, cruciale per la formazione dell'individuo, durante il quale i determinanti che influenzano la salute giocano un ruolo fondamentale a breve e a lungo termine. Essa è definita come quella fase di transizione dall'età infantile ad adulta e indica il passaggio da una condizione di protezione a una di autonomia. La sua delimitazione temporale però è ancora un argomento dibattuto e ad oggi sono stati proposti diversi modelli che riflettono i vari aspetti sociali, culturali e sanitari. Da un lato infatti Sawyer e colleghi propongono un'estensione della definizione da 10-19 a 10-24 considerando, nei paesi sviluppati, il ritardo nella transizione dall'età giovanile verso i ruoli dell'adulto¹. Dall'altro, Kinghorn propone una suddivisione dell'adolescenza in 3 gruppi, giovane (10-14), media (15-19) e tarda (20-24), al fine di ottimizzare gli interventi e le politiche per i giovani da un punto di vista sanitario². Questa suddivisione trova particolare utilità per i paesi in via di sviluppo dove alcune patologie endemiche, come l'HIV e le malattie sessualmente trasmesse da un lato, e alcune condizioni come la gravidanza precoce dall'altro, impongono un intervento immediato per disegnare politiche socio-sanitarie atte a risolvere tali questioni.

I FATTORI DI RISCHIO AL NORD E AL SUD DEL MONDO

Gli adolescenti rappresentano un sesto della popolazione mondiale e dati recenti mostrano che circa 3.000 giovani muoiono ogni giorno per cause prevedibili come traumi, violenza e infezioni³. Da un punto di vista della salute, le problematiche che riguardano gli adolescenti sono sostanzialmente differenti a seconda del contesto. Nei paesi a risorse elevate, infatti, la salute sessuale e gli stili di vita, come l'abuso di alcol e sostanze stupefacenti, rappresentano i principali fattori di rischio per la vita e la salute dei giovani⁴. A incrementare il rischio in tali contesti contribuisce anche la disponibilità dell'accesso al web, che rappresenta per gli adolescenti la maggior fonte di informazione specie per gli argomenti ancora considerati tabù, come la sessualità. Inoltre, l'accesso illimitato a contenuti pornografici espone a un rischio sempre crescente di alterazioni del com-

portamento, dell'attitudine e della salute sessuale, arrivando a modificarne la percezione e il desiderio e compromettere le relazioni sociali⁵.

Il web gioca un ruolo fondamentale anche nel caso degli atti di bullismo e cyberbullismo che spesso sfociano nella vita reale con episodi di violenza contro i giovani, spesso minorenni. Gli atti di violenza, siano essi di natura fisica, sessuale o psicologica, sono perpetrati da coetanei, familiari e adulti, provocando nelle vittime un vero e proprio trauma sia a livello fisico che emotivo e comportamentale. In questo ambito sono allarmanti i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità secondo cui sono oltre 1 miliardo i bambini di età compresa tra 2 e 17 anni che hanno subito episodi di violenza e sfruttamento sessuale⁶. Ad essere maggiormente esposte agli abusi sessuali e alla violenza domestica sono le ragazze e tale fenomeno ha caratteri particolarmente drammatici nei paesi in via di sviluppo, dove sfocia addirittura nella mutilazione genitale femminile.

Un altro fattore di rischio nei paesi sviluppati sono i traumi e in particolare gli incidenti stradali, che rappresentano un fenomeno sempre più preoccupante per la salute pubblica dei ragazzi. Gli incidenti stradali causano il 10% delle morti tra i ragazzi dai 10 ai 24 anni e circa il 20% tra i ragazzi delle fasce d'età superiori⁷. Questo fenomeno sta costituendo una minaccia anche per i paesi meno sviluppati del continente asiatico e africano, che stanno vivendo in questi ultimi anni l'aumento dell'urbanizzazione e del volume del traffico stradale con relativi rischi e pericoli.

Nei paesi a risorse limitate i principali problemi che affliggono i giovani sono rappresentati ancora dalle infezioni, in particolare quelle a trasmissione sessuale, e dalle gravidanze precoci. In tema di infezioni, l'HIV è senza dubbio quella principale se si considera che ogni anno sono circa 2 milioni i nuovi infetti e che ogni ora avvengono 26 nuovi contagi nei giovani tra 15 e 19 anni. La regione maggiormente colpita è l'Africa Sub-sahariana che ospita l'85% di tutti gli adolescenti positivi⁸. Per quanto lontana da questi dati, anche la situazione in Italia è preoccupante: dai dati dell'Istituto Superiore di Sanità emerge infatti 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 gravidanza precoce è l'altro tema cruciale nei paesi a basse risorse, non solo per l'impatto sulla salute, ma anche sociale ed economico. Si stima che ogni anno un milione di ragazzine con meno di 15 anni e circa 16 milioni tra i 15 e i 19 diventino madri e di queste il 95% vive in paesi in via di sviluppo⁹. La gravidanza precoce mette a rischio sia la salute materna (maggior rischio di fistole, ipertensione, eclampsia, travaglio prolungato), sia quella del neonato (prematùrità, basso peso alla nascita, anemia, sepsi). Non a caso le complicanze della gravidanza e del parto rappresentano la seconda causa di morte tra le ragazze tra 15 e 19 anni a livello globale¹⁰. Inoltre, da un punto di vista sociale, la gravidanza è per l'adolescente causa di discriminazione e stigma, costringendo le giovani mamme ad abbandonare gli studi riducendo così le possibilità di lavoro futuro. Nei paesi sviluppati questo fenomeno è di gran lunga ridotto, ma un indice preoccupante che la strada dell'educazione alla sessualità sia ancora lunga ci viene dai dati preliminari della regione Veneto, dove una ragazza su 5 dell'età di 18 anni ha fatto uso della "pillola del giorno dopo", nonostante la disponibilità di vari ed efficaci metodi contraccettivi.

INVESTIRE NELL'ASSISTENZA SANITARIA E NELL'EDUCAZIONE

Gli adolescenti affrontano spesso da soli le sfide sanitarie perché sembrano non essere di pertinenza né dei medici "dell'adulto", né dei pediatri. Ciò è esasperato dall'assenza di una educazione sanitaria dedicata agli adolescenti, che raramente trovano interlocutori adeguati e preparati con cui confrontarsi e

che utilizzano fonti non sempre appropriate per dare risposta ai propri quesiti. Di conseguenza, non solo non trovano risoluzione ma addirittura corrono il rischio di peggiorare la propria condizione o esporsi maggiormente a fattori di rischio. Risulta evidente che è necessario e urgente uno sforzo maggiore per migliorare l'educazione, la prevenzione e i servizi di consulenza, diagnosi e trattamento riservati agli adolescenti in ospedali, cliniche, scuole e centri giovanili.

Investire nella salute degli adolescenti significa apportare benefici a breve e lungo termine: da un lato la promozione di comportamenti salutari, la prevenzione primaria e secondaria e il trattamento precoce di condizioni patologiche si traducono in una riduzione immediata delle patologie con conseguente miglioramento della salute e qualità della vita. Dall'altro, contribuire a instaurare uno stile di vita corretto, riducendo il più possibile l'esposizione a rischi prevenibili porta a una riduzione della morbidità, disabilità e mortalità precoce. Inoltre, la promozione del benessere fisico, psicologico e sociale ha ricadute anche sulle generazioni future che potrebbero beneficiare delle buone pratiche e della riduzione dei fattori di rischio a cui sarebbero esposti altrimenti.

Gli adolescenti hanno particolari esigenze legate al rapido sviluppo fisico, sessuale, sociale ed emotivo, che devono perciò essere prese maggiormente in considerazione dai programmi sanitari dei paesi; in questo modo gli investimenti fatti avranno un risultato positivo sulla vita dei ragazzi di oggi e delle prossime generazioni. Unire gli sforzi per aiutare i giovani a sviluppare le competenze e le capacità di cui hanno bisogno per crescere è il modo migliore per far sì che l'adolescenza diventi il tempo delle opportunità per tutti.

NOTE

1 Sawyer S.M. et al., *The age of adolescence*, Lancet Child Adolescent Health, 2018.

2 Kinghorn A. et al., *Defining adolescence: priorities from a global health perspective*, Lancet Child Adolescent Health, 2018.

3 WHO, *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents report*, disponibile su <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255418/1/WHO-FWC-MCA-17.05-eng.pdf>

4 Foresta C., Pizzol D., *He had always wanted to ask an andrologist but had never done so*, World J Clin Cases, 2014.

5 Pizzol D. et al., *Adolescents and web porn: a new era of sexuality*, Int J Adolesc Med Health, 2015.

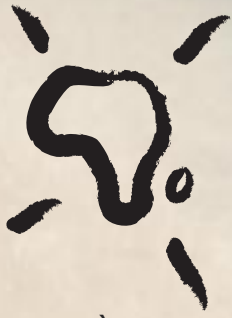
6 WHO, *Violence against children*, disponibile su <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/violence-against-children/en/>

7 Mokdad A.H. et al., *Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013*, The Lancet, 2016.

8 Idele P. et al., *Epidemiology of HIV and AIDS Among Adolescents*, Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 2014.

9 Neal S. et al., *Childbearing in adolescents aged 12–15 in low resource countries: A neglected issue. New estimates from demographic and household surveys in 42 countries*, Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 2012.

10 Geist R. R. et al., *Perinatal outcome of teenage pregnancies in a selected group of patients*, Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 2006.



LA PRIMA SFIDA È SOPRAVVIVERE AI PRIMI GIORNI DI VITA

Secondo i nuovi dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e di UNICEF, il numero di bambini che muoiono prima di aver compiuto 5 anni è sceso da 9,9 milioni nel 2000 a 5,6 milioni nel 2016. Nonostante i progressi fatti fino ad oggi, l'Africa Sub-sahariana presenta ancora i più alti tassi di mortalità infantile, dove 1 bambino su 8 muore prima dei 5 anni e il 46% dei decessi avviene nei primi 28 giorni di vita dei piccoli. Molte di queste morti sono prevenibili grazie a interventi semplici, efficaci e a basso costo; per questo Medici con l'Africa Cuamm sostiene studi di ricerca nell'ambito della malnutrizione acuta, dell'allattamento esclusivo al seno e dell'assistenza al neonato per far sì che le evidenze che già conosciamo diventino buone pratiche da applicare a beneficio dei neonati.







ESPERIENZE DAL CAMPO

UGANDA: LA SFIDA DELLE GRAVIDANZE PRECOCI

L'Uganda presenta un altissimo tasso di popolazione di età compresa tra i 10 e i 19 anni. Questo si traduce spesso con la mancanza di tutela e cure dedicate ai più giovani. Ad essere più colpite sono le giovani ragazze, costrette ad abbandonare la scuola a causa soprattutto delle gravidanze precoci, un fenomeno questo ancora molto diffuso nel paese e che comporta gravi ripercussioni nella vita delle giovani.

TESTO DI / GIOVANNI PUTOTO E VALENTINA ISIDORIS / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

I RISCHI DI SALUTE DELLE ADOLESCENTI

Gli adolescenti rappresentano una grossa fetta della popolazione globale e il loro numero sembra aumentare di anno in anno, in particolar modo nei paesi a medio e basso reddito. Questo aumento esponenziale comporta una serie di effetti che necessitano di un'attenzione maggiore rispetto a quella posta fino ad ora. Nonostante le enormi potenzialità, l'adolescenza è associata infatti a comportamenti rischiosi che stanno provocando un aumento della diffusione di malattie sessualmente trasmissibili, lesioni, abuso di sostanze e di gravidanze precoci e inaspettate, che a loro volta portano ad aborti non sicuri e a conseguenze sanitarie e sociali negative per le adolescenti e i loro neonati.

Ogni anno circa 21 milioni di ragazze di età compresa tra i 15 e i 19 anni e 2 milioni di bambine di età inferiore ai 15 anni rimangono incinte nelle regioni in via di sviluppo^{1,2} e le proiezioni indicano che il numero di gravidanze adolescenziali aumenterà a livello globale entro il 2030³. Le complicazioni del parto rientrano tra le principali cause di morte tra le ragazze di età inferiore ai 20 anni e il rischio può addirittura raddoppiare o quadruplicare in base alle condizioni di salute della ragazza al momento della gravidanza e alla sua condizione socioeconomica.

La maggior parte delle gravidanze precoci si verifica nell'Africa Subsahariana e rappresentano una serie di fattori interconnessi tra loro. Da un lato troviamo lacune in materia di politica sanitaria, scarsa o nulla educazione sessuale e riproduttiva all'interno delle scuole e mancanza di servizi sanitari adatti ad affrontare le esigenze delle adolescenti. Dall'altro lato invece troviamo dinamiche e pratiche socioculturali che inducono le ragazze ad abbandonare anticipatamente gli studi per affrontare matrimoni e gravidanze precoci.

L'Uganda è uno dei paesi con il più alto numero di ragazze in età adolescenziale al mondo e tuttora in continuo aumento. Nel 2012 si stimava che il 24% degli ugandesi avesse un'età compresa tra i 10 e i 19 anni. A preoccupare è l'alto tasso di abbandono scolastico presente nel paese, soprattutto nel distretto di Oyam, nel nord dell'Uganda, dove l'abbandono scolastico primario è quasi tre volte più della media nazionale e colpisce nella maggior parte dei casi le ragazze, vittime spesso di gravidanze precoci^{4,5}. La gravidanza adolescenziale rappresenta un grave problema di salute pubblica nel distretto, poiché oltre la metà della popolazione vive in zone rurali e a più di 5 km di distanza dal primo centro di salute utile per l'assistenza sanitaria. Ad aumentare il rischio di gravidanze complicate

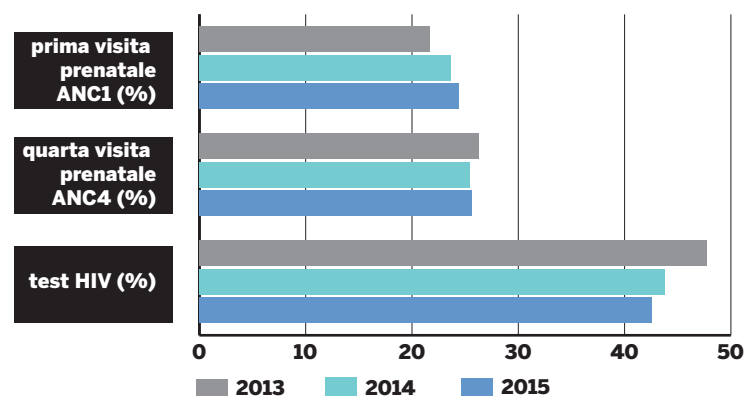
sono inoltre i diversi fattori socioeconomici che caratterizzano il paese, come la povertà, la malnutrizione, la mancanza di educazione e di accesso garantito alle cure prenatali o alle emergenze ostetriche.

Medici con l'Africa Cuamm è presente da anni nel distretto di Oyam, supportando l'ospedale di Aber e 29 centri di salute sparsi sul territorio per promuovere tra la popolazione educazione, visite prenatali, parti assistiti e trasporti per le emergenze. Per avvicinarsi ulteriormente alle esigenze delle adolescenti il Cuamm ha condotto di recente uno studio sul campo allo scopo di valutare l'utilizzo dei servizi di salute materna e riproduttiva tra le ragazze del distretto, individuando le lacune del sistema sanitario e i fattori che ostacolano o incentivano l'uso dei servizi, come le visite prenatali e il parto assistito.

LE GRAVIDANZE PRECOCI NEL DISTRETTO DI OYAM

La valutazione ha analizzato i dati di 3 anni di attività (2013-2015) dell'ospedale di Aber e di 18 strutture sanitarie circa l'utilizzo dei servizi sanitari da parte delle adolescenti in gravidanza di età compresa tra i 10 e i 19 anni. I centri di salute valutati sono stati classificati in base al livello di difficoltà nel raggiungerli da parte delle pazienti, a seconda delle distanze da percorrere e delle condizioni delle strade presenti sul territorio. Essi infatti non sono distribuiti in modo omogeneo nel distretto, con il risultato che alcuni centri possiedono un bacino di utenza maggiore rispetto ad altri. Resta inoltre il problema della scarsità dei servizi e della qualità offerti da alcuni centri di salute, nonostante la vicinanza alle comunità: almeno il 42,5% della popolazione di Oyam, infatti, accede a servizi di scarsa qualità ed è costretta a percorrere lunghe distanze per averne di migliori. Nonostante le problematiche legate al raggiungimento dei centri di salute e all'effettiva qualità dei servizi offerti in tutte le strutture, esse hanno registrato il 56,5% (54,6% - 61,1%) dei parti previsti nel distretto di Oyam, con una copertura della popolazione pari al 78,3%.

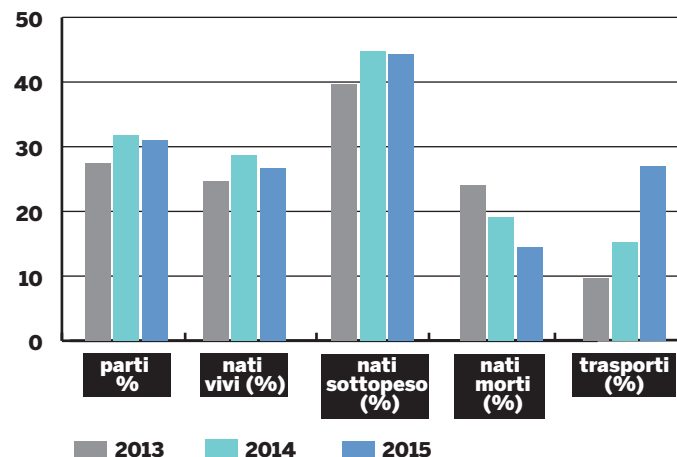
Il **Grafico 1** ci illustra in che modo le adolescenti hanno fatto uso dei servizi erogati dai centri sanitari e dall'ospedale di Aber. Mediamente, il 23,3% delle ragazze si sono recate alle strutture sanitarie per la prima visita prenatale (ANC1 - Antenatal Care 1) e il 25,8% per la quarta e ultima visita prenatale prima del parto (ANC4 - Antenatal Care 4). La percentuale media di adolescenti

GRAFICO 1 / UTILIZZO DEI SERVIZI SANITARI PRENATALI DA PARTE DELLE ADOLESCENTI

che hanno fatto il test per l'HIV durante il periodo di gravidanza è invece del 44,7%, ma è stata rilevata una diminuzione dei test effettuati nel 2015 (42,6%) rispetto al 2013 (47,7%).

Vediamo ora più nel dettaglio l'andamento dei parti avvenuti nell'ospedale di Oyam e nei centri di salute dislocati sul territorio (**Grafico 2**). Dall'analisi dei dati risulta che ben il 30,1% (27,5% - 31,8%) dei parti avvenuti nelle strutture coinvolte nello studio nel distretto di Oyam sono da parte delle adolescenti. A preoccupare non è solo il numero di ragazze che si trovano a partorire prima dei 20 anni, ma anche le gravi condizioni in cui riversano i loro piccoli. I rischi per il bambino nelle gravidanze iniziate prematuramente sono infatti molto elevati, soprattutto tra le ragazze di età inferiore ai 15 anni, che sono maggiormente soggette a travaglio prematuro e aborto spontaneo, oltre che a partorire un bimbo nato morto o di peso inferiore alla media. Nel caso dello studio fatto nel distretto di Oyam, il 19,2% (14,5% - 24%) dei bambini nati morti e il 42,7% (39,1% - 44,7%) dei bambini nati sottopeso appartengono a ragazze madri.

Complessivamente, l'utilizzo dei servizi di salute materna e riproduttiva da parte delle adolescenti deve essere migliorato. Le adolescenti, infatti, rappresentano ben il 30% del totale dei parti registrati nel distretto di Oyam, superando la media nazionale; di

GRAFICO 2 / ANDAMENTO DEI PARTI DELLE ADOLESCENTI SUL TOTALE DEI DATI RACCOLTI PRESSO I CENTRI SANITARI COINVOLTI E L'OSPEDALE DI ABER

queste, sono ancora troppo poche coloro che si recano nelle strutture sanitarie per le visite di controllo prenatali, con tutti gli effetti che ne conseguono.

La situazione in cui versano le adolescenti nel distretto di Oyam necessita di un intervento a lungo termine in grado di considerare gli aspetti socioculturali, economici e sanitari del paese. Questo significa lavorare con le comunità locali per sensibilizzare maggiormente la popolazione, entrare in contatto con le famiglie, per far sì che le ragazze non debbano per forza interrompere gli studi, e con le autorità scolastiche, per rafforzare l'educazione sessuale e riproduttiva all'interno delle scuole. Sarà inoltre necessario coinvolgere gli stessi adolescenti educandoli a diventare dei validi *Peer Educators*, pronti a offrire consulenza ai propri coetanei.

Il fenomeno della gravidanza precoce si dimostra avere molte sfaccettature, che richiedono un maggior impegno per ridurre in modo significativo la mortalità di queste giovani donne, così vulnerabili ma che se adeguatamente assistite potranno diventare il vero futuro del paese.

NOTE

1 Darroch J., Woog V., Bankole A., Ashford LS., *Adding it up: Costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents*, New York: Guttmacher Institute, 2016.

2 UNFPA, *Girlhood, not motherhood: Preventing adolescent pregnancy*, New York: UNFPA, 2015.

3 UNFPA, *Adolescent pregnancy: A review of the evidence*, New York: UNFPA, 2013.

4 Mpyangu C. M., Ochen E. A., Onyango E. O., Lubaale Y.A.M., *Out of school children study in Uganda*, 2014.

5 Gideon R., *Factors Associated with Adolescent Pregnancy and Fertility in Uganda: Analysis of the 2011 Demographic and Health Survey Data*, in American Journal of Sociological Research, 2013.



ESPERIENZE DAL CAMPO

ADOLESCENTI E HIV: LA SFIDA CUAMM IN MOZAMBICO

Un terzo della popolazione mozambicana è costituito da adolescenti e rappresentano una categoria fragile della popolazione, in un contesto dove la prevalenza di HIV è tra le più alte al mondo. Medici con l'Africa Cuamm sostiene da alcuni anni a Beira degli ambulatori con servizi dedicati ai giovani tra i 10 e i 24 anni, offrendo un'assistenza sanitaria che include la salute riproduttiva e il trattamento per l'HIV.

TESTO DI / LILIANA PRATICÒ / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM - MOZAMBICO

UN PAESE GIOVANE, MA FRAGILE

Il Mozambico è il 9° paese più povero del mondo, che si estende per circa 2.800 km da nord a sud e conta 28,8 milioni di abitanti. Come paese socialista, il Mozambico ha un sistema sanitario sulla carta molto ben organizzato, completamente pubblico, che promuove l'accesso alle strutture sanitarie a tutti i livelli, urbano, provinciale e rurale, come ospedali, unità sanitarie e cliniche mobili per le zone più remote.

Sono diversi i problemi però che impediscono un adeguato funzionamento del sistema sanitario: il Mozambico infatti conta poco più di 5 medici disponibili ogni 100 mila abitanti in un paese geograficamente molto esteso. A gravare la delicata situazione è anche la scarsa fiducia nella medicina convenzionale da parte della popolazione locale, le insufficienti risorse economiche disponibili per il sistema sanitario e la corruzione presente a vari livelli nella gestione del paese.

La speranza di vita alla nascita è di 59 anni e circa un terzo della popolazione è costituito da giovani e adolescenti di età compresa tra i 10 e i 24 anni. L'adolescenza di per sé rappresenta in qualunque parte del mondo la fase più critica per l'approccio alla salute riproduttiva, a maggior ragione dove non ci sono gli strumenti educativi adeguati. Tra le cause di mortalità maggiori tra i ragazzi in Mozambico, sicuramente l'AIDS è una delle più rilevanti. Il Mozambico infatti ha una prevalenza di HIV attuale del 13,2% e tuttora in aumento, con picchi in alcune zone fino al 26% della popolazione. L'assenza di una giusta informazione sui rischi e la gravità delle malattie sessualmente trasmissibili è un problema ancora fortemente diffuso tra i giovani in Mozambico che non permette loro di conoscere il proprio status sanitario, ignorando così la possibile convivenza con la malattia. Secondo i dati UNICEF, solo il 30% dei ragazzi tra i 14 e i 19 anni ha una conoscenza completa dei rischi legati all'HIV. Alla mancanza di educazione si aggiunge spesso l'impossibilità di eseguire il test diagnostico gratuito e di sottoporsi alla terapia per paura di subire l'allontanamento dalla comunità proprio a causa della malattia.

UN SERVIZIO SANITARIO DEDICATO AGLI ADOLESCENTI

Per cercare di ridurre il trend in crescita degli adolescenti affetti da HIV il governo del Mozambico alla fine degli anni '90 ha dato il

via a un programma chiamato "Geração Biz" per promuovere l'educazione alla salute riproduttiva per giovani e adolescenti. Il programma mira a coinvolgere giovani attivisti di tutto il paese formandoli a diventare *Peer Educators* nel campo della salute riproduttiva sia a livello comunitario e nelle scuole, sia nei centri di salute.

Accanto a queste attività di coinvolgimento dei giovani, il Ministero della Salute (MISAU) ha promosso la nascita di strutture specifiche per l'assistenza integrata degli adolescenti e giovani tra i 10 e 24 anni all'interno dei centri di salute, chiamati "SAAJ" (Serviço Amigo do Adolescente e Jovem). Essi sono veri e propri ambulatori con accesso gratuito e volontario, dove il personale appositamente preparato offre supporto e consulenze sulla salute riproduttiva; i giovani hanno così la possibilità di eseguire il test per la diagnosi dell'HIV a titolo gratuito e, in caso di positività, gli ambulatori mettono loro a disposizione la terapia e il supporto psicologico.

Contemporaneamente, il MISAU ha promosso nelle scuole e a livello comunitario la creazione di *counselling corners*, degli "spazi di consulenza" appositi dove l'adolescente può recarsi a chiedere informazioni ed eventualmente effettuare il test HIV: nel caso esso risulti positivo, il ragazzo viene accompagnato al centro di salute più vicino per ricevere un'adeguata assistenza sanitaria per il trattamento della malattia. Questi spazi dedicati ai giovani sono fondamentali per avvicinare i ragazzi alla presa di coscienza della propria salute e per ricevere supporto e aiuto nel proprio percorso di cura; la sieropositività infatti è causa di discriminazione anche nell'ambito familiare, il cui supporto sarebbe invece fondamentale per questi adolescenti, soprattutto quando devono affrontare un trattamento cronico per tutta la vita.

UNA SENSIBILIZZAZIONE CHE PARTE DAI GIOVANI

Dal 2011 Medici con l'Africa Cuamm ha iniziato a supportare attivamente il MISAU in ambito di salute scolare e dell'adolescente nella città di Beira con l'obiettivo di unire gli sforzi per ridurre le malattie sessualmente trasmissibili all'interno del paese. Seconda città del Mozambico per numero di abitanti, Beira conta 16 centri di salute urbani; di questi, il Cuamm ne sostiene 7 con 6 SAAJ specifici per il trattamento dell'HIV, contribuendo all'implementazione delle attività cliniche e comunitarie.

TABELLA 1 / PAZIENTI TESTATI NEI CENTRI DI SALUTE - SAAJ
(AGOSTO 2016 - APRILE 2018)

	TOTALE	F	M
TESTATI	27.682	18.312	9.370
HIV +	854	670	184
PREVALENZA	3,1%	3,6%	2,0%

TABELLA 2 / PAZIENTI TESTATI NELLE COMUNITÀ
(AGOSTO 2016 - APRILE 2018)

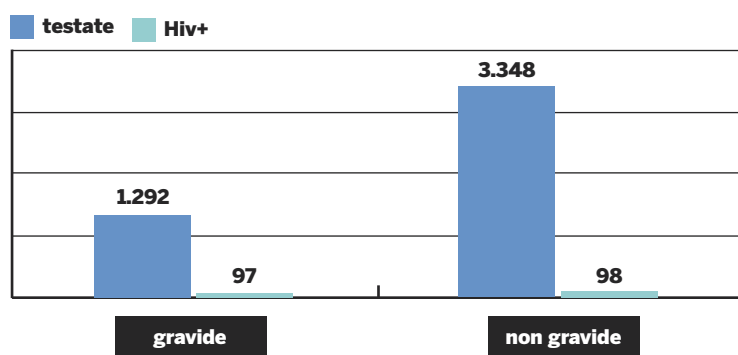
	TOTALE	F	M
TESTATI	3.939	1.844	2.095
HIV +	143	79	64
PREVALENZA	3,6%	4,2%	3,0%

A supporto del Cuamm nelle attività per gli adolescenti vi sono anche delle realtà attive locali, come le associazioni di giovani "Anandjira" e "AGS" (Associação Geração Saudável). Il loro obiettivo è sensibilizzare i giovani sulla salute sessuale e riproduttiva e offrire loro la possibilità di effettuare il test HIV qualora desiderassero farlo. Molti giovani infatti ignorano cosa sia l'HIV e soprattutto non sono a conoscenza della possibilità di curare la malattia e di poter avere una vita paragonabile a quella delle persone sieronegative.

Nello specifico, il Cuamm si occupa della formazione degli attivisti delle due associazioni per fornire loro gli strumenti necessari per entrare in contatto con l'adolescente durante le attività sul campo.

Dall'inizio del progetto ad oggi sono stati formati poco più di 200 attivisti che in gran parte ora affiancano Medici con l'Africa Cuamm nelle attività a supporto dei SAAJ e della comunità. Nei SAAJ si danno i turni per accogliere gli adolescenti a fianco delle infermiere e di tutto il personale sanitario, facendo sensibilizzazione sulle tematiche di salute riproduttiva, dipendenze, HIV, malattie sessualmente trasmesse. Inoltre, forniscono *counselling*

GRAFICO 1 / PREVALENZA DI HIV TRA LE RAGAZZE IN GRAVIDANZA E NON
(LUGLIO-DICEMBRE 2017)



individuale e collettivo, convincono i ragazzi a testarsi e a non avere paura di fronte alla diagnosi, per poi sostenerli durante il percorso di cura con la terapia antiretrovirale al fine di mantenere un adeguato livello di ritenzione in trattamento.

Le **Tabelle 1 e 2** mostrano il numero di ragazzi testati da agosto 2016 ad aprile 2018 e il numero dei pazienti risultati positivi al test per l'HIV nelle unità sanitarie dove opera Medici con l'Africa Cuamm e nelle comunità.

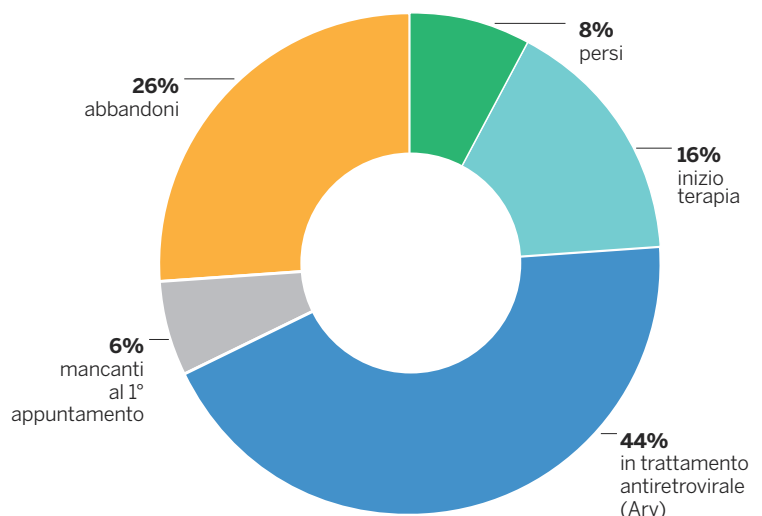
Notiamo come gli accessi ai SAAJ siano per la maggioranza di ragazze e giovani in gravidanza (**Grafico 1**). Questo perché la gravidanza è un fattore che "avvicina" la giovane mamma al centro di salute: è più facile infatti che una ragazza raggiunga il SAAJ per controllare il proprio stato di salute e quella del feto, piuttosto che per avere informazioni sulla salute riproduttiva o per effettuare il test HIV.

Si noti come la prevalenza di HIV è del 7% tra le donne in gravidanza rispetto al 3% delle altre adolescenti, a dimostrare che l'educazione sulla salute riproduttiva non solo deve includere la pianificazione familiare, ma anche la prevenzione dell'HIV.

La ritenzione e l'aderenza al SAAJ sono purtroppo uno dei problemi principali che Medici con l'Africa Cuamm deve affrontare, soprattutto quando l'adolescente non ha il supporto sufficiente da parte della propria famiglia e non ha esempi positivi da seguire. Molti giovani infatti abbandonano dopo pochi mesi la cura, molto spesso perché non sostenuti a sufficienza, o perché, in condizioni di salute apparentemente ottime, non ne sentono la necessità. Altre volte ancora, perché si vergognano della propria condizione e preferiscono ignorarla per non essere discriminati.

Il **Grafico 2** mostra la percentuale di abbandoni e di persone in trattamento su 4 dei 7 centri di salute dove il Cuamm lavora, aggiornata al mese di marzo 2018.

GRAFICO 2 / PAZIENTI IN TRATTAMENTO NEI SAAJ
(MARZO 2018)



Questi sono i problemi che i giovani delle nostre associazioni si trovano ad affrontare giornalmente per aiutare gli adolescenti a rimanere in trattamento e il loro lavoro continua anche al di fuori dei SAAJ, cercando attivamente gli adolescenti che hanno abbandonato il trattamento fino nelle loro case e convincendoli a tornare in trattamento anche guadagnando l'appoggio familiare.

In tutto questo i giovani attivisti non vengono lasciati da soli, ma sono supportati dal personale tecnico di Medici con l'Africa Cuamm e da un'altra associazione locale – la “Kuplumussana” – composta da mamme sieropositive alle quali il Cuamm ha fornito assistenza e ha reso possibile l'accesso al trattamento antiretrovirale. Molte di queste donne sono giunte ai centri di salute durante il periodo della gravidanza, ignare della propria sieropositività. Una volta scoperta la positività alla malattia, sono state accompagnate e sostenute nel processo di inizio e continuità della cura. Nel 2006 queste donne hanno deciso di dare origine a una associazione con l'obiettivo di aiutarsi nel percorso di trattamento e allo stesso tempo aiutare le altre madri e gli adolescenti sieropositivi. La “Kuplumussana” attualmente conta 33 donne attive che supportano le attività dei centri di salute attraverso attività di *counselling*, sensibilizzazione e visite domici-

liari per migliorare l'accesso alle cure e dunque la sopravvivenza degli adolescenti sieropositivi.

Un'altra grossa fetta delle attività di Medici con l'Africa Cuamm si svolge a livello comunitario con l'obiettivo di aumentare l'afflusso di giovani ai centri di salute. Le attività comunitarie prevedono sessioni di sensibilizzazione tenute dagli attivisti sia nelle sedi delle associazioni sia negli *health counselling corners* nelle scuole. Attualmente il Cuamm dà il suo supporto a 5 scuole, assicurando la presenza quotidiana degli attivisti a disposizione degli studenti e a supporto dei professori. Inoltre, ogni settimana gli attivisti danno sessioni di teatro nelle comunità di vari quartieri della città di Beira con l'intento di sensibilizzare il maggior numero possibile di persone sui temi legati all'HIV e la salute riproduttiva.

Dall'inizio del progetto ad oggi molte cose sono migliorate: circa ogni anno vengono testate per HIV più di 30 mila persone; anche l'aderenza al trattamento progressivamente sta migliorando passando da un 40% dell'inizio del progetto a quasi il 60% in alcuni centri di salute. Resta ancora molto da fare per sostenere gli adolescenti che si affacciano al mondo adulto, spesso senza gli adeguati strumenti per difendersi, ma il lavoro fatto fino ad oggi a Beira evidenzia l'importanza di garantire servizi sanitari dedicati ai più giovani.



APPROFONDENDO

IL RUOLO DEGLI ADOLESCENTI CONTRO LA MALARIA

Medici con l'Africa Cuamm partecipa a un progetto di lotta alla malaria nel distretto di Port Loko in Sierra Leone. Il progetto coinvolge giovani e adolescenti che diventano i principali attori nella ricerca e valutazione di interventi atti a migliorare la competenza delle comunità nel riconoscere, trattare e prevenire la malaria.

TESTO DI / GIAMPIETRO PELLIZZER / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

La malaria rappresenta una delle principali emergenze sanitarie del pianeta assieme alla tubercolosi e all'AIDS. Nel 2016 sono stati 216 milioni i casi di malaria in tutto il mondo, 445.000 le morti accertate. La buona notizia è che la prevenzione e le misure di controllo della malattia hanno ridotto i numeri di casi di malaria dal 2010 ad oggi del 29%. Dal 2000, infatti, si è assistito a progressivi e impressionanti successi nella lotta alla malaria, grazie all'impegno della comunità internazionale e dei singoli paesi nell'applicazione di efficaci e potenti strumenti, come la diagnosi precoce con riconoscimento dei sintomi, una cura efficace e una terapia preventiva intermittente durante la gravidanza e nei bambini, l'uso delle zanzariere impregnate di insetticida e di insetticida spray a lunga attività residua e infine l'attività di ricerca e monitoraggio dei progetti e programmi di controllo della malattia.

Dal 2015, questo trend positivo è rallentato, e nel 2016 si è addirittura arrestato. Questo stallo suggerisce che qualcosa deve cambiare. Ma cosa? Gran parte del cambiamento necessario per ridurre la diffusione della malattia ha a che fare con il rafforzamento delle risorse disponibili, come il finanziamento degli interventi e il personale impiegato alla causa, ma è fondamentale anche ricercare nuovi approcci e strumenti innovativi da mettere in campo per la lotta alla malaria.

Nei paesi endemici la malaria è ancora la più frequente causa di malattia e morte tra gli adolescenti, che nel caso dell'Africa Sub-sahariana rappresentano la maggioranza della popolazione presente. L'infezione malarica negli adolescenti, tuttavia, è un problema poco riconosciuto, a partire dalla prevenzione e diagnosi, fino al suo trattamento.

Se il successo del controllo della trasmissione della malaria si basa molto sulle conoscenze, attitudini e comportamenti della popolazione, allora gli adolescenti sono una leva formidabile per migliorare le conoscenze e cambiare i comportamenti e le competenze in tema di malaria delle comunità. Ciò avviene se ai giovani viene riconosciuto il diritto di un ruolo partecipativo alle decisioni sulla loro vita, diritto costruito attraverso l'acquisizione delle necessarie conoscenze e abilità. Gli adolescenti, infatti, hanno esigenze specifiche distinte da quelle dei bambini e degli adulti; esigenze che non sono sufficientemente considerate nei programmi nazionali.

Medici con l'Africa Cuamm ha deciso di sostenere i bisogni sanitari degli adolescenti aderendo in Sierra Leone al progetto "Youth-led action research into adolescents malaria knowledge, attitudes and behaviour in Port Loko", in partenariato con l'agenzia Restless Development Sierra Leone (RDSL) e l'organizzazione e-Health Africa (eHA). L'obiettivo principale è sviluppare una serie di evidenze sulle attitudini, conoscenze e comportamenti dei giovani nei riguardi della prevenzione e trattamento della malaria, nell'ottica del rafforzamento e dell'accessibilità ai servizi di base per la malattia in un contesto come quello di Port Loko dove la prevalenza di infezione malarica è del 58,5%.

L'approccio proposto è innovativo, poiché coinvolge un gruppo di adolescenti di ambo i generi, incluse adolescenti in gravidanza e mamme con figli sotto i 5 anni, che dopo un periodo di training avranno il compito di raccogliere i dati per identificare le barriere che ostacolano l'accesso e l'uso dei servizi di contrasto alla malaria e valutare gli interventi ritenuti efficaci per migliorare la diagnosi, la terapia e la prevenzione in ambito comunitario.

Il coinvolgimento di Medici con l'Africa Cuamm nel progetto è molto tecnico e consiste in attività di training, allestimento di questionari per le indagini qualitative e quantitative ed elaborazione degli indicatori della malaria correlata alle attività previste dall'intervento. Il progetto malaria in Sierra Leone vuole dare un contributo alla costruzione e al miglioramento della competenza della comunità nel contrasto alla malaria, nel periodo del post Ebola, il cui impatto sul tessuto sanitario del paese è stato distruttivo. Dall'inizio del 2018 sono stati formati 50 giovani ricercatori che nei prossimi mesi si faranno portavoce di quanto appreso e lo condivideranno con le persone della comunità, nella speranza che il cambiamento inizi proprio dai più giovani, il futuro di questo paese ancora troppo fragile.

BIBLIOGRAFIA

- 1 The Global Fund, *Strategic Investments for Adolescents In HIV, Tuberculosis and Malaria Programs*, 2016, disponibile su https://www.theglobalfund.org/media/1292/core_adolescents_infonote_en.pdf
- 2 Roll Back Malaria, *Malaria Community Competence. A Midterm Evaluation of*

- the Malaria Community Competence Process In Nine African Countries*, 2009.
- 3 Lalloo D.G. et al., *Malaria in adolescence: burden of disease, consequences, and opportunities for intervention*, in *The Lancet - Infectious Diseases*, 2006.
- 4 World Health Organization, *World Malaria Report 2017*, 2017.



RASSEGNA

I MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI IN ITALIA

Negli ultimi anni sono giunti in Italia un numero crescente di Minori Stranieri Non Accompagnati. Si tratta per lo più di maschi adolescenti provenienti da paesi africani e asiatici, bisognosi di un sistema di protezione che tenga conto delle loro condizioni di vulnerabilità psico-fisica e sociale.

TESTO DI / MAURIZIO MARCECA / PRESIDENTE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DELLE MIGRAZIONI

All'interno del complesso e dinamico fenomeno migratorio, quella dei Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA) è una situazione che richiede particolare attenzione. Con questa denominazione si indica oggi «*il minore non avente cittadinanza italiana o dell'Unione europea che si trova per qualsiasi causa nel territorio dello Stato [...] privo di assistenza e di rappresentanza da parte dei genitori o di altri adulti per lui legalmente responsabili in base alle leggi vigenti nell'ordinamento italiano*» [Art. 2, co.1, L. 47/2017].

Si tratta di un fenomeno in crescita: basti pensare che in 6 anni, dal 2011 al 2016, dei quasi 86.000 minori arrivati in Italia circa 63.000 (il 73%) sono stati MSNA. Questo significa che circa 3 minori su 4 arrivati in Italia in questo periodo hanno affrontato il lungo viaggio da soli. Egitto, Eritrea, Gambia, Nigeria, Somalia e Siria sono stati i paesi di origine più rappresentati tra i minori non accompagnati giunti in Italia via mare nel corso di questi anni.

Secondo i dati pubblicati di recente da Save the Children¹ emerge che nel 2017 i minorenni giunti via mare sono stati oltre 17.300: di questi quasi 16.000 (oltre il 90%) sono stati MSNA². La natura di questi flussi migratori si mostra dinamica. Le cause della loro migrazione, infatti, possono essere fondamentalmente ricondotte a 3 condizioni³ dei paesi di origine: 1) la situazione socio-politica (minori in fuga da guerre, persecuzioni, conflitti); 2) le condizioni socio-economiche (minori alla ricerca di opportunità lavorativa o spinti dalla destrutturazione sociale); 3) i fattori psico-sociali (minori alla ricerca di nuovi modelli e stili di vita). Vi sono infine minori separati in modo violento dalle loro famiglie durante il viaggio.

Risulta evidente quanto questi minori presentino condizioni plurime di vulnerabilità psico-fisica e possano essere oggetto di abbandono, violenza e sfruttamento, ancor più probabili per i circa 6.000 - 6.500 MSNA che ogni anno si rendono irreperibili.

La maggior parte dei minori soli fa il suo ingresso in Italia nelle regioni del sud e la ripartizione dei circa 18.300 MSNA censiti nel 2017 tra le diverse regioni non è stata finora omogenea, riguardando, sopra tutte le altre, la Sicilia (quasi il 44% del totale), se-

guita da Calabria, Lombardia, Lazio ed Emilia - Romagna (tutte con meno dell'8%). Quasi l'84% dei minorenni soli – ospitati nelle strutture di accoglienza ha tra i 16 e i 17 anni e oltre 1.200 minori hanno tra 0 e 14 anni di età, più di 100 tra 0 e 6 anni.

Dopo essere sbarcati in Italia, i MSNA devono affrontare un nuovo percorso attraverso un sistema di accoglienza ancora troppo spesso disomogeneo, che si traduce in condizioni di disagio e precarietà e ne limita la protezione e integrazione. Grazie alla L. 47/2017 (*Legge Zampa*), qualcosa è cambiato a favore delle protezione dei minori; essa infatti rappresenta, a livello internazionale, una norma molto avanzata disegnando un sistema di tutele del MSNA, come il divieto assoluto del suo respingimento e la previsione di un sistema organico di accoglienza con il raccordo tra strutture di prima e seconda accoglienza all'interno del Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati (SPRAR). Prevede inoltre la garanzia di maggiori tutele per il diritto all'istruzione e alla salute, nonché durante i procedimenti amministrativi e giudiziari nel suo superiore interesse.

Un elemento cruciale dell'intero processo di accoglienza dei MSNA è rappresentato dal riconoscimento dell'età anagrafica: la sua stima condiziona infatti in modo decisivo la futura tutela del (presunto) minore. A questo proposito la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) è attualmente impegnata, in collaborazione con la Società Italiana di Pediatria (SIP), a far adottare a livello nazionale il "Protocollo olistico multidisciplinare per l'accertamento dell'età"⁴ e sta svolgendo corsi di formazione e aggiornamento per gli operatori sanitari delle Aziende sanitarie locali per una sua effettiva e diffusa applicazione.

La sfida nell'accogliere e proteggere questi giovani non è facile e ancora molto deve essere fatto per garantire loro sicurezza e aiuto. Ma sopra ogni altra cosa dobbiamo ricordarci che prima di essere migranti essi sono minorenni soli, senza alcun adulto di riferimento, spesso superstiti di traversate pericolose e testimoni di ogni genere di orrore.

NOTE

¹ Save the Children, *Atlante minori stranieri non accompagnati in Italia. Crescere lontano da casa*, 2018.

² Ministero dell'Interno, Dipartimento della pubblica sicurezza, 2016-2017.

³ European Migration Network, *National Contact Point for Italy*, 2009.

⁴ Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati disponibile su https://www.minori.gov.it/sites/default/files/protocollo_identificazione_msna.pdf

I GIOVANI PALESTINESI TRA VIOLENZA E DIRITTI NEGATI

L'occupazione militare e la colonizzazione ed espropriazione israeliana della Palestina esigono un pesante tributo alla gioventù palestinese, dalla creazione dello Stato di Israele ai massacri odierni sui confini di Gaza. I bisogni umanitari sono enormi per la popolazione e i giovani palestinesi condannati ogni giorno alla violenza.

TESTO DI / ANGELO STEFANINI / CENTRO DI SALUTE INTERNAZIONALE (CSI), UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

La società palestinese è molto giovane. Oltre due terzi della popolazione nel territorio palestinese¹, occupato militarmente da Israele dal 1967, sono di età inferiore a 24 anni. Un palestinese su quattro è un adolescente di età tra i 10 e i 19 anni.

I giovani palestinesi di oggi sono gli eredi di una lunga storia di vita in esilio, occupazione militare, discriminazione ed espulsione forzata da parte di Israele che ha plasmato la loro identità e li ha resi partecipi di un conflitto che li condanna ogni giorno alla violenza. Essi sono diventati i custodi di questa memoria e i testimoni dell'umiliazione subita ripetutamente dai loro genitori, generazione dopo generazione. La loro tenace resistenza continua a esigere un pesante tributo.

Israele possiede la discutibile peculiarità di essere l'unico paese al mondo a perseguire sistematicamente ogni anno in tribunali militari centinaia di bambini privati del diritto a un processo equo. Mentre le Nazioni Unite definiscono un "bambino" come "ogni essere umano di età inferiore ai 18 anni", i bambini palestinesi dall'età di 16 anni possono essere processati e condannati dai tribunali militari di Israele come adulti. Non solo, ma nelle carceri israeliane sono detenuti spesso in condizioni crudeli anche bambini palestinesi tra i 5 e 16 anni. L'organizzazione Addameer stima che nel dicembre 2017 Israele detenesse in carcere 350 bambini palestinesi, di cui 65 sotto i 16 anni². Secondo Defense for Children International Palestine nel 2017 quasi il 75% dei bambini detenuti ha denunciato violenze fisiche durante l'arresto³. L'American Human Rights Council (AHRC-USA) sostiene che questi bambini prigionieri sono oggetto di arresti arbitrari, abusi, maltrattamenti, torture con negazione dei diritti più fondamentali⁴.

Dal 28 settembre 2000, inizio della Seconda Intifada, ad aprile 2017 più di 3.000 bambini sono stati uccisi dall'esercito israeliano o da coloni ebrei, più di 13.000 bambini sono stati feriti e oltre 12.000 arrestati⁵. Tuttavia, non è solo il diritto alla vita di questi giovani a essere compromesso, ma anche il diritto alla salute e all'istruzione. In Cisgiordania, dove quasi un quarto della popola-

zione vive sotto alla soglia di povertà, è esperienza quotidiana di chi si muove per recarsi a scuola, in ospedale o al lavoro incontrare ostacoli come posti di blocco e la necessità di autorizzazioni. I bisogni umanitari sono enormi. Le persone, compresi i giovani, incontrano grandi difficoltà ad accedere al cibo, alle cure mediche, all'istruzione e a ricostruire le loro case. Molte industrie chiave sono state decimate e oltre il 60% dei giovani è disoccupato, il tasso più alto del mondo. Quattro bambini su dieci soffrono di anemia e malnutrizione. Esperienza comune a molti bambini palestinesi è vedersi distrutta la casa o dalle bombe, come nella Striscia di Gaza, o dalle ruspe israeliane col pretesto dell'assenza del permesso di edificazione o come punizione collettiva per l'attivismo di un familiare. Dal 1967 a oggi circa 26.000 case palestinesi sono state demolite nei territori occupati. Soltanto a Gaza, 18.000 abitazioni sono state distrutte dai bombardamenti israeliani nel 2014 che hanno lasciato circa 108.000 persone senza casa.

Nonostante un'indegna copertura mediatica, ben pochi hanno potuto ignorare nei mesi scorsi la strage compiuta da Israele sui confini della Striscia di Gaza. Migliaia di persone hanno manifestato reclamando il diritto al ritorno nelle case. La risposta israeliana, affidata ai cecchini, è stata un ignobile tiro al bersaglio sulla folla inerme con almeno 121 persone uccise (di cui tredici sotto i 18 anni di età) e oltre 13.000 ferite. Non è forse casuale che il 60% delle ferite interessi gli arti inferiori, vista la pratica evidente negli ultimi anni, ammessa dagli stessi militari israeliani, di "gambizzare" i giovani che protestano, con l'inevitabile conseguenza di un numero preoccupante di disabili nel prossimo futuro⁶.

«I diritti umani trascendono la politica – ha affermato il direttore esecutivo dell'AHRC –. Indipendentemente dalle nostre preferenze politiche o ideologiche, dovremmo tutti indignarci quando i diritti umani, in particolare quelli dei bambini, sono violati [...]. La violenza sugli adolescenti palestinesi dovrebbe sconvolgere la coscienza di chiunque crede nei diritti umani e nei fondamenti morali di una società».

NOTE

¹ Nel 2012 dichiarato "Stato non Membro" delle Nazioni Unite.

² Addameer, *Imprisonment of children*, disponibile su http://www.addameer.org/the_prisoners/children

³ Defence for Children International - Palestine, *Year-in-review: worst abuses against Palestinian children in 2017*, disponibile su http://www.dci-palestine.org/year_in_review_worst_abuses_against_palestinian_children_in_2017

⁴ AHRC, *Imprisonment of Palestinian children violates International Law*,

disponibile su <https://www.ahrcusa.org/uncategorized/ahrc-imprisonment-of-palestinian-children-violates-international-law/>

⁵ MEMO - Middle East Monitor, *Report: Israel killed 3,000 Palestinian children since 2000*, disponibile su <https://www.middleeastmonitor.com/20170601-report-israel-killed-3000-palestinian-children-since-2000/>

⁶ Salute Internazionale, *Vi azzopperemo tutti! La campagna di gambizzazione contro la protesta palestinese*, disponibile su <http://www.saluteinternazionale.info/2018/05/vi-azzopperemo-tutti/>



MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

Nata nel 1950, Medici con l'Africa Cuamm è la prima ong in campo sanitario riconosciuta in Italia (in base alla Legge della cooperazione del 1972) e la più grande organizzazione italiana per la promozione e la tutela della salute delle popolazioni africane.

Realizza progetti a lungo termine in un'ottica di sviluppo, intervenendo con questo approccio anche in situazioni di emergenza, per garantire servizi di qualità accessibili a tutti.

STORIA

In **oltre 60** anni di storia:

- o **163** i programmi realizzati;
- o **1.569** le persone coinvolte nei progetti;
- o **41** i paesi d'intervento;
- o **217** gli ospedali serviti;
- o **1.053** gli studenti ospitati nel collegio: di questi 688 italiani e 280 provenienti da 34 paesi diversi;
- o **5.021** gli anni di servizio effettuati, con una media di 3 anni per ciascuna persona inviata.

ISTANTANEA

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

- o **Oltre 70 progetti** di cooperazione principali e un centinaio di micro-realizzazioni di supporto, con i quali appoggia:
 - 23 ospedali
 - 64 distretti (per attività di sanità pubblica, assistenza materno-infantile, lotta all'Aids, tubercolosi e malaria, formazione)
 - 1.083 strutture sanitarie;
 - 3 scuole infermieri (Lui - Sud Sudan, Matany - Uganda, Wolisso - Etiopia);
 - 1 università (Beira - Mozambico);
- o **2.033 risorse umane** di cui 218 sono operatori internazionali.

IN EUROPA

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

AVVISO AI LETTORI

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

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

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

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

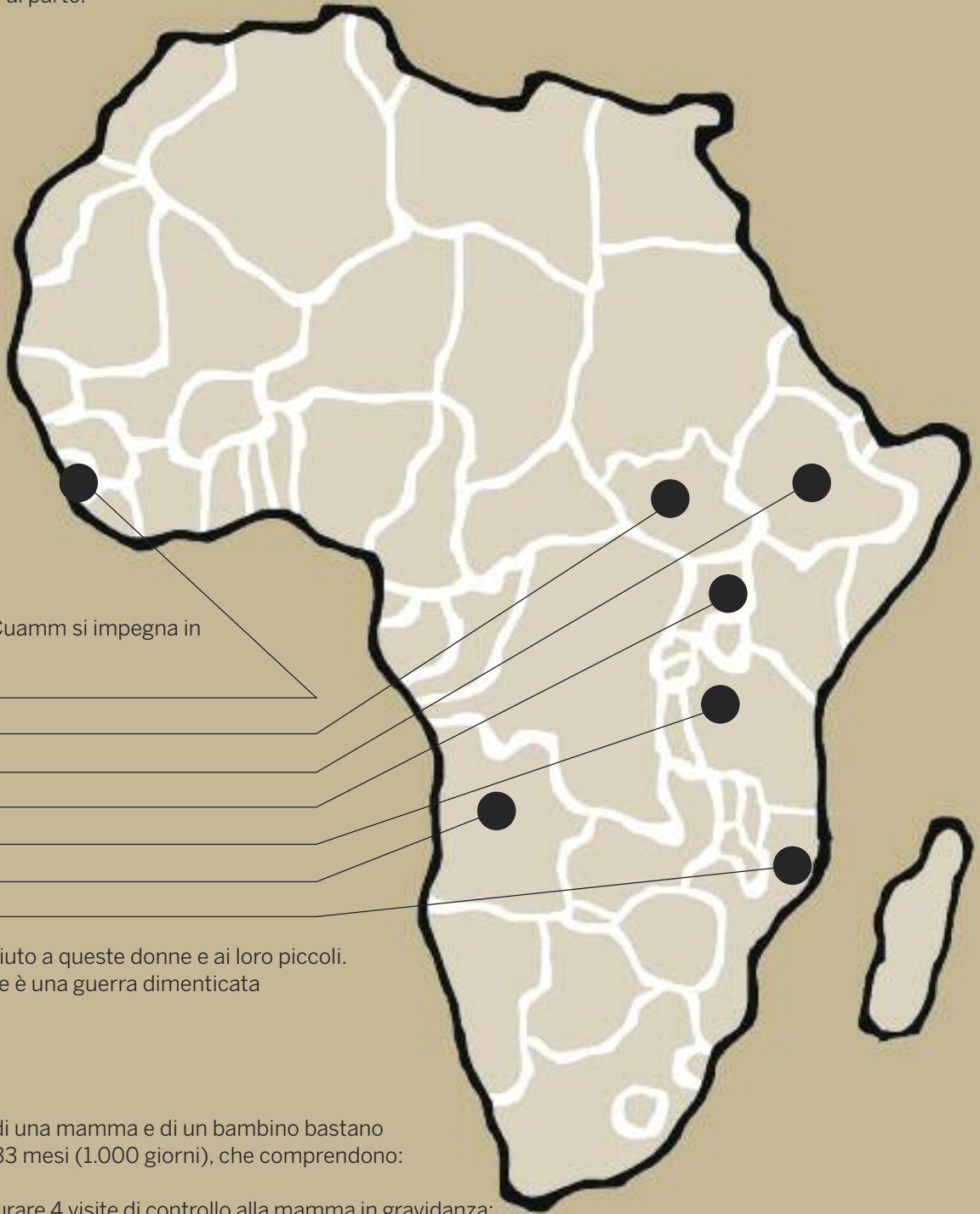
La nostra pubblicazione ha bisogno dell'appoggio di tutti i lettori e amici di Medici con l'Africa Cuamm.



L'AFRICA DEI BISOGNI

OGNI ANNO NELL'AFRICA A SUD DEL SAHARA:

- 4,5 milioni di bambini muoiono prima di aver compiuto cinque anni, per malattie prevenibili e curabili a basso costo;
- 1,2 milioni di neonati muoiono nel primo mese di vita per mancanza di cure;
- 265 mila donne perdono la vita per cause legate alla gravidanza e al parto.



Medici con l'Africa Cuamm si impegna in

SIERRA LEONE

SUD SUDAN

ETIOPIA

UGANDA

TANZANIA

ANGOLA

MOZAMBICO

per portare cura e aiuto a queste donne e ai loro piccoli. Aiutaci in questa che è una guerra dimenticata e silenziosa.

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

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



**MEDICI
CON L'AFRICA**

Doctors with Africa



rivista quadrimestrale
di cooperazione e politica
sanitaria internazionale
giugno 2018 — n° **77**
www.mediciconlafrica.org

