

Cambiamenti climatici e migrazioni

Climate change and migrations

Agostino Di Ciaula

International Society of Doctors for Environment (ISDE)

Parole chiave: cambiamenti climatici, migrazioni, salute, resilienza, vulnerabilità

RIASSUNTO

Obiettivi: obiettivo dell'articolo è valutare i rapporti tra le conseguenze ambientali, sanitarie, sociali ed economiche generate ovunque dalle modificazioni climatiche e le migrazioni intese come espressione di un equilibrio dinamico tra grado di vulnerabilità, capacità di resilienza, disuguaglianze e iniquità.

Metodi: partendo dall'analisi delle conseguenze dei cambiamenti climatici in diverse aree geografiche si analizzano le migrazioni come uno degli effetti del riscaldamento globale e la necessità di considerare questo fenomeno come problema prioritario di salute.

Risultati: i cambiamenti climatici generano conseguenze sanitarie rilevanti in qualunque area geografica, con gravità e urgenza dipendenti dal grado di vulnerabilità, dalla capacità di resilienza, da disuguaglianze e iniquità. Il riscaldamento globale amplifica criticità pre-esistenti e i Paesi con le maggiori responsabilità nelle emissioni di gas clima-alteranti sono anche i meno vulnerabili. Eventi meteorici estremi, siccità, aumento del livello del mare, riduzione della produttività agricola, contaminazioni del suolo e delle falde acquifere, scarsità di risorse naturali, migrazione di specie animali essenziali per soddisfare il fabbisogno alimentare sono i principali fattori in grado di determinare sia danni sanitari che migrazioni a corto- o lungo raggio, che rappresentano di fatto una strategia di resilienza. Si prevede che il numero delle migrazioni climatiche avrà andamento crescente sino a quando non si ridurranno le emissioni clima-alteranti. Sino al raggiungimento di questo obiettivo, le migrazioni dovrebbero rappresentare una sfida prioritaria per chiunque si occupi di promozione sanitaria, da intendere come salvaguardia di salute e benessere sia per i migranti che per le comunità che li accolgono. Queste ultime devono essere pronte a fronteggiare il problema anche grazie al possesso di conoscenze, mezzi e capacità adatte a svolgere questo compito, che potrà favorire i processi di resilienza a livello globale e generare benefici reciproci.

Conclusioni: affrontare le conseguenze dei cambiamenti climatici non può prescindere dalla risoluzione di disuguaglianze e iniquità perché, anche in considerazione dello stretto intervallo temporale utile ad arrestare i trend negativi in corso prima di conseguenze irreversibili, il loro mantenimento finirebbe con il peggiorare i livelli di vulnerabilità e resilienza di chiunque, comprese le popolazioni oggi considerate a rischio minore. Oltre ad assumere decisioni rapide e concretamente efficaci per il contenimento delle emissioni di gas-climalteranti, è necessario modificare e rafforzare i meccanismi di cooperazione

Autore per corrispondenza: agostinodiciaula@tiscali.it

internazionale e i sistemi sanitari nazionali al fine di gestire al meglio i “flussi di resilienza” generati dal riscaldamento globale riducendo i livelli di rischio, utilizzando adeguati ed efficaci modelli di assistenza e misure di prevenzione primaria.

Key words: climate change, migrations, health, resilience, vulnerability

SUMMARY

Objectives: this article points to evaluate the relationships between environmental, health, social and economic effects ubiquitously generated by climate change, and migrations as an expression of a dynamic balance between the degree of vulnerability, resilience, inequalities and iniquities.

Methods: starting from the analysis of the effects of climate change in different geographic areas, human migrations are evaluated as a result of global warming, also pointing to the need to consider migrations as a priority health problem.

Results: climate change generates relevant health effects ubiquitously, with severity and urgency depending on the degree of vulnerability, resilience, inequalities and iniquities. Global warming is a great amplifier of pre-existing critical issues and Countries mainly responsible for climate change are also the less vulnerable. Extreme weather events, droughts, rising sea level, reduction of agricultural productivity, contamination of soil and groundwater, scarcity of natural resources, migration of animal species essential for local food needs, are the main factors determining both health damages and short- or long-range migrations which, in fact, represent a strategy of resilience. It is expected that the number of climatic migrants will have an increasing trend until greenhouse emissions will be reduced. Until this goal is reached, migration should represent a priority challenge for who is involved in health promotion, which should safeguard health and well being for both migrants and receiving communities. These latter should be ready to face the problem also thanks to suitable knowledge, resources and competences, supporting resilience at a global level and generating mutual benefits.

Conclusions: facing the consequences of climate change should be paralleled by any effort to solve inequality and inequity since, also considering the short time window available to discontinue the current negative trends before the onset of irreversible effects, their maintenance would worsen the levels of vulnerability and resilience of everybody, including populations currently considered at lower risk. Besides assuming rapid and effective decisions to reduce greenhouse gas emissions, it is mandatory to modify and strengthen international cooperation mechanisms and national health systems in order to better manage the "resilience flows" generated by global warming, to reduce health risk, to adopt appropriate and effective assistance models and primary prevention measures.

Introduzione: le conseguenze dei cambiamenti climatici in diverse aree geografiche

Abbiamo un passato recente (circa un secolo) dominato dalla devastazione ambientale e costruito sullo sfruttamento incontrollato e insostenibile delle risorse disponibili. Questo ha contribuito all'attribuzione del termine “antropocene” all'era nella quale viviamo, caratterizzata da attività umane capaci di generare alterazioni progressive tali da compromettere la sopravvivenza stessa della specie.

La temperatura globale media è aumentata in maniera significativa dagli anni '50 e, negli ultimissimi decenni, ha presentato un trend di crescita molto preoccupante.

Secondo le più recenti stime (Ottobre 2018) dell'Intergovernmental Panel of Climate Change, il gruppo internazionale di studio dell'ONU sul cambiamento climatico, questi effetti saranno rapidamente crescenti e dovremmo riuscire a contenere, in maniera efficace e rapida (non oltre i prossimi tre decenni), l'incremento di temperatura globale entro 1.5°C rispetto all'era pre-industriale.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), gli effetti attesi sulla salute umana dovuti al graduale e progressivo riscaldamento del pianeta devono essere considerati tra i più rilevanti problemi sanitari da affrontare nei prossimi anni (1).

L'ultimo report della Lancet Commission ricorda che "gli andamenti degli impatti dei cambiamenti climatici, delle esposizioni e delle vulnerabilità mostrano un inaccettabile livello di rischio per la salute attuale e futura delle popolazioni in tutto il mondo"(2) e l'OMS ha previsto 250,000 possibili decessi/anno tra il 2030 e il 2050 a causa degli effetti negativi delle modificazioni climatiche, con la consapevolezza che tali previsioni siano sottostimate a causa della mancata considerazione dei concomitanti effetti indiretti di tipo economico, delle conseguenze degli eventi meteorologici estremi e, a livello globale, delle tensioni e dei conflitti causati dalla scarsità di risorse primarie (cibo, acqua)(3). Il peggioramento delle condizioni climatiche del pianeta causato dall'uomo (o, meglio, da una parte della popolazione mondiale) ha infatti stretti rapporti di interdipendenza con il peggioramento della qualità dell'aria e delle altre matrici ambientali, degli ambienti di vita e di lavoro e con la ridotta disponibilità e salubrità di cibo e acqua (4-6).

Agricoltura e allevamenti intensivi sono fortemente energivori e l'intero settore agro-industriale è responsabile di circa un terzo delle emissioni complessive di gas climalteranti. Nonostante i danni ambientali prodotti, il sistema attuale di industrializzazione alimentare non è in grado di fornire produzioni che offrano garanzia di adeguata salubrità e equa distribuzione di risorse primarie, con enormi rischi sociali e sanitari (4-6).

Ciò comporta da un lato inammissibili sprechi e, dall'altro, emergenza alimentare per circa un miliardo di persone che soffrono la fame.

Gli stessi cambiamenti climatici generati da tali attività, inoltre, si ripercuotono negativamente sulla produzione agricola. Una delle previste conseguenze negative del riscaldamento globale è, infatti, un calo della produzione alimentare mondiale, cui farà da drammatico riscontro un aumento della popolazione (4).

I danni sanitari ed economici crescenti che già si stanno registrando a livello mondiale interessano chiunque, in qualunque area del pianeta viva, ma con effetti differenti in popolazioni con diverse caratteristiche economiche, sociali e fisiche o che vivono in differenti aree geografiche (7-8). I rischi e i danni sono in ogni caso maggiori per le aree geografiche e per le persone più vulnerabili, aumentando in tal modo disuguaglianze e iniquità.

Le popolazioni a basso reddito che vivono in aree svantaggiate (ad es. sud-est asiatico (9), Africa (10-12), America centro-meridionale (13-14)) sono particolarmente vulnerabili

alle conseguenze dei cambiamenti climatici e più suscettibili a ipo-malnutrizione (5), dissenteria e malattie infettive (8-9, 12).

In Kenya, esaminando i dati disponibili dal 1975, è stata dimostrata una correlazione tra i cambiamenti climatici locali (aumento della temperatura atmosferica, ridotte precipitazioni) e ritardi di crescita nei bambini, con rischi enormi legati al fabbisogno alimentare e alla salubrità degli alimenti in caso di ulteriore crescita della popolazione, delle temperature ambientali e della siccità(15).

Chi vive in aree costali (ad es. Bangladesh) è ad alto rischio di fenomeni naturali legati all'aumento del livello del mare (16).

Le regioni circumpolari artiche subiscono variazioni forzate delle abitudini alimentari dovute a riduzione e migrazione delle popolazioni animali, con crescenti difficoltà nell'accesso alle tradizionali risorse alimentari (17). L'intensità e la frequenza degli eventi climatici estremi in aree a rischio può inoltre causare alterazioni della salute mentale come stress post-traumatico, depressione, ansia o patologie psichiatriche maggiori (18-19).

Le aree più densamente urbanizzate sono a rischio ambientale e sanitario più elevato delle aree rurali e chi ci vive è più esposto agli effetti dei cambiamenti climatici (20).

Tuttavia, gli eccessi di mortalità direttamente dipendenti dal solo aumento della temperatura atmosferica hanno dimensioni diverse in differenti aree geografiche. Uno studio condotto in 451 località in 23 diversi Paesi del mondo e finalizzato a misurare le variazioni previste di mortalità da aumento della temperatura atmosferica nel periodo 1990-2099 ha mostrato effetti marginali in aree temperate (nord-Europa, Asia orientale, Australia) e, al contrario, effetti più marcati (in media tra +3% e +28%) nelle aree geografiche più calde (America ed Europa centro-meridionali, sud-est asiatico) (14).

I costi economici, sociali, ambientali e sanitari dei cambiamenti climatici sono dunque quasi sempre a carico delle aree geografiche e delle comunità più vulnerabili e, al contrario, i vantaggi vanno a beneficio di una ristretta porzione della popolazione mondiale.

Questo implica notevoli diversità tra comunità che vivono in Paesi ad alto o basso reddito, con sproporzione di effetti e marcate disuguaglianze in termini di vulnerabilità, capacità di adattamento, possibilità di mettere in atto misure di mitigazione, diritti umani e giustizia sociale (21).

È stato suggerito che 20 dei 36 Paesi con le maggiori responsabilità nelle emissioni di gas clima-alteranti sono anche i meno vulnerabili agli impatti negativi dei cambiamenti climatici. Nel 2010 solo il 16% dei Paesi mostravano un bilancio equo tra livelli di emissioni e di vulnerabilità e tale scenario è destinato a peggiorare in maniera significativa entro il 2030 (22). Una delle difficoltà principali nel controllo delle emissioni responsabili dei cambiamenti climatici è dovuta al ritenere le stesse quasi inevitabili per garantire l'economia e la crescita dei Paesi più sviluppati. Si dimentica tuttavia, in un contesto di globalizzazione, di includere in tale bilancio l'enorme cifra dei costi generati dalle esternalità negative, le

conseguenze economiche, sociali e sanitarie e le possibilità di sviluppo offerte da alternative maggiormente sostenibili.

I differenti effetti dei cambiamenti climatici in aree diverse del pianeta, anche a causa delle reciproche interazioni con criticità socio-economiche e ambientali pre-esistenti, sono secondo la Lancet Commission “l’unico fattore che contribuisce alla decisione di migrare per migliaia di persone ed un potente elemento in grado di contribuire a molte più decisioni di migrazione in tutto il mondo”(2).

Le migrazioni come effetto dei cambiamenti climatici

La Tabella 1 mostra le più frequenti cause ambientali di migrazioni a corto o lungo raggio. Tutti i fenomeni indicati sono riconoscibili come conseguenze delle modificazioni climatiche sia nel breve- (eventi meteorici estremi, siccità) che nel medio-lungo termine (riduzione della frequenza delle precipitazioni, aumento del livello del mare, riduzione della fertilità del suolo, migrazione di specie animali essenziali per soddisfare il fabbisogno alimentare in specifiche aree geografiche).

CAUSE AMBIENTALI DI MIGRAZIONI A CORTO O LUNGO RAGGIO
Siccità
Degrado del suolo (ridotta fertilità, contaminazioni)
Degrado delle falde acquifere (contaminazioni batteriche / chimiche)
Fenomeni alluvionali / eventi meteorici estremi
Scarsità di specifiche risorse naturali (ad es. incendi, migrazioni specie animali essenziali per soddisfare specifici fabbisogni alimentari)
Aumento del livello del mare ed erosione delle coste
Disastri naturali
Ridotta produttività agricola
Deforestazione

Tabella 1 - Cause ambientali di migrazioni a corto o lungo raggio

Sia le alterazioni ambientali elencate che, più in generale, le modificazioni climatiche “per sé” possono causare, oltre a danni sanitari diretti o indiretti (4), perdita di suolo utilizzabile, di proprietà private o, più in generale, di fonti di reddito o di sopravvivenza (risorse primarie) nelle aree colpite.

Agli effetti descritti devono aggiungersi i danni a livello macroeconomico. In assenza di efficaci misure di controllo delle emissioni di gas clima-alteranti e di mitigazione dei cambiamenti climatici, l’economia dei Paesi a basso reddito è infatti destinata a peggiorare ulteriormente, con una stima di riduzione della crescita annua dal 3.2% al 2.6% entro il 2100 (23).

Ovviamente le cause ambientali di migrazioni interagiscono inevitabilmente in maniera

complessa con fattori demografici, economici, sanitari, sociali e politici locali e internazionali, rendendo inevitabile un'origine multifattoriale del fenomeno. Tuttavia, possiamo considerare i cambiamenti climatici come un enorme amplificatore di criticità pre-esistenti. Allo stesso tempo, dovremmo considerare la presenza di disuguaglianze e iniquità in differenti aree geografiche come un ostacolo alla messa in atto di efficaci opere di mitigazione e una minaccia alle possibilità di resilienza a livello globale.

La International Organization for Migration (IOM) definisce i “migranti ambientali” come “persone o gruppi di persone che, per motivi importanti legati a modificazioni ambientali improvvise o progressive che influenzano negativamente la loro vita o le condizioni di vita, sono obbligati a lasciare le proprie case o scelgono di farlo, temporaneamente o permanentemente, spostandosi all'interno del proprio paese o all'estero”.

La migrazione, di fatto, rappresenta in tal modo una delle principali conseguenze dell'aumentata vulnerabilità ai cambiamenti climatici e, allo stesso tempo, una strategia di sopravvivenza o, meglio, di adattamento (24), anche a causa della mancanza di tecnologia e infrastrutture utili a mitigare gli effetti avversi delle modificazioni climatiche.

È stato calcolato che i flussi migratori verso regioni geografiche meno vulnerabili riduce il rischio globale del 15% (25).

Il numero di persone potenzialmente soggette a migrazioni forzate a causa delle modificazioni climatiche entro il 2050 è difficilmente calcolabile anche perché, nonostante l'entità del fenomeno, i migranti ambientali non sono sempre riconosciuti come tali dal diritto internazionale e sono per questo spesso “invisibili” (26).

Secondo alcune valutazioni previsionali, il numero dei migranti ambientali varierebbe tra 50 milioni e un miliardo (27-28). Stime precise sono rese difficili dalle complesse interazioni dei cambiamenti climatici con altre variabili di tipo socio-economico (esistenza di conflitti, governance locale, livello di sviluppo sociale ed economico) nei confronti delle quali, tuttavia, le modificazioni climatiche certamente agiscono da amplificatore di gravità. Uno studio recente ha esaminato le richieste di asilo in Europa da 103 diversi Paesi di origine tra gli anni 2000 e 2014, calcolando che le variazioni climatiche hanno causato, nel periodo considerato, una media di 351,000 richieste di asilo all'anno, seguendo una relazione statistica non-lineare con le variazioni di temperatura. Secondo gli Autori questo fenomeno avrà andamento crescente entro il 2100, con incrementi annuali stimati tra 4.5% e 188% (660.000 richieste addizionali per anno) a seconda della gravità dei possibili scenari futuri, per variazioni della temperatura comprese tra +2.6°C e +4.8°C (29).

Il World Bank Group ha stimato che il riscaldamento globale trasformerà più di 143 milioni di persone prevalentemente provenienti da tre “hot spot” (86 milioni dall'Africa sub-Sahariana, 40 milioni dall'Asia meridionale, 17 milioni dall'America Latina) in “migranti climatici” a causa dei danni all'agricoltura, della siccità e dell'aumentato livello dei mari. Oltre alle migrazioni transfrontaliere, il report ricorda l'importanza delle

migrazioni interne, che coinvolgono milioni di persone che si spostano in cerca di posti migliori per vivere (ad esempio da aree rurali ad aree urbane). Si ricorda che quest'ultimo fenomeno contribuisce in maniera significativa all'ulteriore aggravamento delle emissioni clima-alteranti e dei suoi effetti sanitari, a causa dell'aumentata densità abitativa in aree urbane. Secondo gli Autori del report del World Bank Group, la rapida applicazione di soluzioni utili a ridurre le emissioni di gas clima-alteranti potrebbe ridurre complessivamente il flusso di migranti climatici dell'80%, interessando "solo" 40 milioni di persone (30).

Un recente rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Climate and Health Country profile – Italy, 2018), ricorda come l'Italia sia fortemente interessata dal fenomeno delle migrazioni e che "in meno del 10% i migranti si qualificano come rifugiati, in quanto nella maggior parte dei casi si tratta di migranti economici e climatici, che si spostano da aree caratterizzate da siccità e desertificazione".

Non sempre, comunque, le modificazioni climatiche agiscono come "motore" di fenomeni migratori. È stato infatti ben descritto che gravi recessioni economiche secondarie alle conseguenze dei cambiamenti economici siano in grado di ridurre le possibilità di migrazione internazionale e "intrappolare" comunità a rischio (31) principalmente a causa dell'assenza di risorse utili ad affrontare costosi spostamenti internazionali.

A conferma di questo, alcuni studi condotti in Burkina Faso e Mali hanno evidenziato che critici periodi di siccità generavano migrazioni a corto raggio, riducendo il numero degli spostamenti verso mete internazionali (32-33).

Inoltre, popolazioni residenti in Paesi a basso reddito, quelli più a rischio per gli effetti sanitari causati dai cambiamenti climatici, hanno un alto livello di adattamento causato dalla coesistenza di lungo termine con problemi sanitari pre-esistenti.

Persino in questi casi, tuttavia, incrementi del rischio sanitario sufficientemente gravi possono indurre migrazioni di massa. Ad esempio, la grave siccità che ha colpito i Paesi del corno d'Africa nel 2011 ha causato decine di migliaia di vittime, un'elevata incidenza di malnutrizione acuta (particolarmente in età pediatrica) e un aumentato rischio di malattie infettive (34). Nonostante questa regione fosse caratterizzata da elevati tassi di migrazione già prima di questo evento, la siccità ha incrementato notevolmente il fenomeno migratorio sia a livello locale che internazionale come conseguenza principale dell'aumentato rischio sanitario dovuto alla carestia (35).

Le migrazioni climatiche come problema prioritario di salute

Il problema delle migrazioni climatiche dovrebbe essere una sfida prioritaria per chiunque si occupi, a livello nazionale o internazionale, di promozione della salute.

Questo comporta la necessità di avere una visione larga e completa del problema, delle cause che lo generano e delle possibili conseguenze ma anche l'obbligo di gestire la salute e il benessere dei migranti come uno dei passi necessari a fronteggiare al meglio, a livello

locale come a quello globale, le conseguenze sanitarie dei cambiamenti climatici.

Alla luce di quanto descritto in precedenza è rilevante notare come i fenomeni migratori, interessando popolazioni particolarmente vulnerabili, debbano essere interpretati come un'espressione di resilienza (36) nonostante, nel brevissimo termine, le stesse migrazioni forzate siano potenzialmente in grado di causare un incremento del rischio sanitario dei migranti, in particolare in gruppi particolarmente vulnerabili (bambini, donne, anziani, affetti da patologie croniche).

Da questo punto di vista le migrazioni dovrebbero essere identificate come uno dei meccanismi forzati che, nonostante i rischi, possono consentire agli esseri umani di adattarsi alle modificazioni climatiche e di sopravvivere ad esse, salvaguardando salute e benessere (37). Il problema dei cambiamenti climatici ha portata planetaria e le sue conseguenze non sono limitate dai confini nazionali o continentali.

La comunità internazionale e, in particolare, gli Stati che hanno maggiore responsabilità nelle emissioni di gas clima-alteranti, nell'aver compromesso le matrici ambientali e alterato equilibri ecologici, sociali, economici e sanitari, hanno anche la responsabilità di dover migliorare la salute dei migranti e delle regioni geografiche dalle quali si sono allontanati, di prevenire ulteriori catastrofi e di preparare chiunque a fronteggiarle al meglio, possedendo conoscenze, mezzi e capacità adatte a svolgere tale compito.

I professionisti della salute e le istituzioni preposte al controllo della salute pubblica dovrebbero considerare i cambiamenti climatici come uno dei principali determinanti sociali della salute e come causa di disuguaglianze sanitarie e non dovrebbero poter più prescindere dalla considerazione della triade cambiamenti climatici-migrazioni-salute nella programmazione e promozione della sanità pubblica.

Le migrazioni causate dalle variazioni climatiche, influenzando sia sui livelli di vulnerabilità che su quelli di resilienza, possono comportare effetti sanitari negativi (malattie infettive, malattie non trasmissibili, disturbi mentali) e conseguenze sul benessere sia delle popolazioni migranti che di quelle che le accolgono (37).

Ad esempio, alcune comunità "riceventi" potrebbero essere esposte a malattie infettive per le quali hanno una limitata copertura immunitaria o, al contrario, poiché i rischi sanitari da cambiamenti climatici assumono connotazioni diverse in diversi contesti geografici (ad esempio aree densamente urbanizzate), popolazioni migranti potrebbero dover fronteggiare nuovi rischi sociali e sanitari propri dei contesti di destinazione.

Alcune evidenze suggeriscono che i migranti internazionali che vivono in aree urbane e che provengono da aree rurali hanno un aumentato rischio di sviluppare malattie croniche (ad es. ipertensione, cardiopatia ischemica, diabete tipo 2) e cancro, se confrontati con chi rimane nel Paese di origine (35, 38).

È tuttavia anche possibile che le popolazioni migranti possano contribuire, nel medio-lungo termine, a ridurre il grado di vulnerabilità delle popolazioni che le accolgono

agendo positivamente sia in termini di variazioni strutturali demografiche (ad es. riduzione età media, aumento tassi di natalità, riduzione indice di dipendenza strutturale) che di traslocazione di capacità e know-how (ad es. buone pratiche agricole, esperienze di resilienza maturate in altri contesti).

Inoltre, i migranti costituiscono spesso reti nel contesto delle comunità che li ospitano. Queste reti, grazie a capacità di integrazione con le comunità riceventi e al mantenimento di contatti con le aree geografiche di origine (39), possono facilitare future migrazioni e movimenti di idee, culture e risorse anche economiche, accrescendo le possibilità di resilienza e di sviluppo delle comunità riceventi.

Conclusioni

È stato suggerito che gli adattamenti evolutivi possono essere rapidi, possono aiutare le specie viventi a superare condizioni di stress e che questo si sta già verificando, in alcuni casi, come conseguenza dei cambiamenti climatici. Quando, però, le condizioni ambientali cambiano troppo rapidamente, l'estinzione diventa più probabile dell'evoluzione (40).

Le rapide conseguenze ambientali, sanitarie, sociali ed economiche alle quali stiamo assistendo a livello planetario rendono indispensabile che chiunque abbia consapevolezza della loro gravità e potenziale irreversibilità, che vengano valutati tutti gli aspetti del problema sia in termini di cause che di conseguenze e che qualunque decisione utile a limitare o invertire i processi negativi in corso sia presa valutando lo stesso contesto globale che li ha generati.

Questo processo non può prescindere dalla risoluzione di disuguaglianze e iniquità perché, anche in considerazione dello stretto intervallo temporale utile ad arrestare i trend negativi in corso, il loro mantenimento (o incremento) finirebbe con il peggiorare i livelli di vulnerabilità e resilienza di chiunque, comprese le popolazioni considerate a rischio minore.

Oltre ad assumere decisioni rapide e concretamente efficaci per il contenimento delle emissioni di gas-climalteranti e delle modificazioni climatiche, è dunque necessario modificare e rafforzare i meccanismi di cooperazione internazionale e i sistemi sanitari nazionali al fine di gestire al meglio i "flussi di resilienza" generati dal riscaldamento globale e l'inclusione dei migranti, riducendo per tutti i livelli di rischio, utilizzando adeguati ed efficaci modelli di assistenza e misure di prevenzione primaria.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization G. Climate change and human health - risks and responses. Summary. Geneva: World Health Organization, 2003.
2. Watts N, Amann M, Arnell N, Ayeb-Karlsson S, Belesova K, Berry H, et al. The 2018 report of the Lancet Countdown on health and climate change: shaping the health of nations for centuries to come. *Lancet*. 2018 Dec 8;392(10163):2479-514. PubMed PMID: 30503045.
3. Hales S, Kovats S, Lloyd S, Campbell-Lendrum D. Quantitative risk assessment of the effects of climate

- change on selected causes of death, 2030s and 2050s. Geneva: World Health Organization, 2014.
4. Di Ciaula A, Gentilini P, Laghi F, Tamino G, Corrieri U, Petronio MG, et al. Cambiamenti climatici, salute, agricoltura e alimentazione - Position Paper ISDE Italia. Arezzo: International Society of Doctors for Environment (ISDE), 2018.
 5. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR, et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *Lancet*. 2019 Jan 25. PubMed PMID: 30700377.
 6. Myers SS, Smith MR, Guth S, Golden CD, Vaitla B, Mueller ND, et al. Climate Change and Global Food Systems: Potential Impacts on Food Security and Undernutrition. *Annual review of public health*. 2017 Mar 20;38:259-77. PubMed PMID: 28125383.
 7. McMichael AJ, Lindgren E. Climate change: present and future risks to health, and necessary responses. *J Intern Med*. 2011 Nov;270(5):401-13. PubMed PMID: 21682780.
 8. Watts N, Amann M, Ayeb-Karlsson S, Belesova K, Bouley T, Boykoff M, et al. The Lancet Countdown on health and climate change: from 25 years of inaction to a global transformation for public health. *Lancet*. 2018 Feb 10;391(10120):581-630. PubMed PMID: 29096948.
 9. Bowen KJ, Ebi KL. Health risks of climate change in the World Health Organization South-East Asia Region. *WHO South-East Asia journal of public health*. 2017 Sep;6(2):3-8. PubMed PMID: 28857056.
 10. Ahmadalipour A, Moradkhani H, Castelletti A, Magliocca N. Future drought risk in Africa: Integrating vulnerability, climate change, and population growth. *The Science of the total environment*. 2019 Jan 23;662:672-86. PubMed PMID: 30703725.
 11. Ezeh A. Addressing planetary health challenges in Africa. *Public health reviews*. 2016;37:27. PubMed PMID: 29450068. Pubmed Central PMCID: 5810053.
 12. Negev M, Teschner N, Rosenthal A, Levine H, Lew-Levy C, Davidovitch N. Adaptation of health systems to climate-related migration in Sub-Saharan Africa: Closing the gap. *International journal of hygiene and environmental health*. 2018 Nov 28. PubMed PMID: 30503929.
 13. Nagy GJ, Filho WL, Azeiteiro UM, Heimfarth J, Verocai JE, Li C. An Assessment of the Relationships between Extreme Weather Events, Vulnerability, and the Impacts on Human Wellbeing in Latin America. *International journal of environmental research and public health*. 2018 Aug 21;15(9). PubMed PMID: 30134614. Pubmed Central PMCID: 6163949.
 14. Gasparrini A, Guo Y, Sera F, Vicedo-Cabrera AM, Huber V, Tong S, et al. Projections of temperature-related excess mortality under climate change scenarios. *The Lancet Planetary health*. 2017 Dec;1(9):e360-e7. PubMed PMID: 29276803. Pubmed Central PMCID: 5729020.
 15. Grace K, Davenport F, Funk C, Lerner A. Child malnutrition and climate in Sub-Saharan Africa: an analysis of recent trends in Kenya. *Appl Geogr*. 2012;35:405-13.
 16. Mukul SA, Alamgir M, Sohel MSI, Pert PL, Herbohn J, Turton SM, et al. Combined effects of climate change and sea-level rise project dramatic habitat loss of the globally endangered Bengal tiger in the Bangladesh Sundarbans. *The Science of the total environment*. 2019 Jan 30;663:830-40. PubMed PMID: 30738263.
 17. Evengard B, McMichael A. Vulnerable populations in the Arctic. *Glob Health Action*. 2011;4:3-5. PubMed PMID: 22121341. Pubmed Central PMCID: 3223415.
 18. Berry HL, Waite TD, Dear KBG, Capon AG, Murray V. The case for systems thinking about climate change and mental health. *Nat Clim Change*. 2018;8:282-90.
 19. Hayes K, Blashki G, Wiseman J, Burke S, Reifels L. Climate change and mental health: risks, impacts and priority actions. *International journal of mental health systems*. 2018;12:28. PubMed PMID: 29881451. Pubmed Central PMCID: 5984805.
 20. McMichael AJ, Wilkinson P, Kovats RS, Pattenden S, Hajat S, Armstrong B, et al. International study

- of temperature, heat and urban mortality: the 'ISOTHURM' project. *International journal of epidemiology*. 2008 Oct;37(5):1121-31. PubMed PMID: 18522981.
21. Levy BS, Patz JA. Climate Change, Human Rights, and Social Justice. *Annals of global health*. 2015 May-Jun;81(3):310-22. PubMed PMID: 26615065.
 22. Althor G, Watson JE, Fuller RA. Global mismatch between greenhouse gas emissions and the burden of climate change. *Scientific reports*. 2016 Feb 5;6:20281. PubMed PMID: 26848052. Pubmed Central PMCID: 4742864.
 23. Moore FC, Diaz DB. Temperature impacts on economic growth warrant stringent mitigation policy. *Nat Clim Change*. 2015;5:127-31.
 24. de Sherbinin A, Castro M, Gemenne F, Cernea MM, Adamo S, Fearnside PM, et al. Climate change. Preparing for resettlement associated with climate change. *Science*. 2011 Oct 28;334(6055):456-7. PubMed PMID: 22034418.
 25. Grecequet M, DeWaard J, Hellmann JJ, Abel GJ. Climate Vulnerability and Human Migration in Global Perspective. *Sustainability*. 2017 May;9(5). PubMed PMID: 29707262. Pubmed Central PMCID: 5912889.
 26. Johnson LS. Environment, security, and environmental refugees. *Journal of Animal and Environmental Law*. 2009;1:222-48.
 27. Stern N. *The Economics of Climate Change: The Stern Review*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2007.
 28. Human tide: the real migration crisis - A Christian Aid report 2007. Available from: <https://http://www.christianaid.org.uk/sites/default/files/2017-08/human-tide-the-real-migration-crisis-may-2007.pdf>.
 29. Missirian A, Schlenker W. Asylum applications respond to temperature fluctuations. *Science*. 2017 Dec 22;358(6370):1610-4. PubMed PMID: 29269476.
 30. Rigaud K, de Sherbinin A, Jones B, Bergmann, J, Clement V, Ober K, et al. *Groundswell. Preparing for internal climate migration*. Washington DC: World Bank Group, 2018.
 31. Black R, Bennett SR, Thomas SM, Beddington JR. Climate change: Migration as adaptation. *Nature*. 2011 Oct 20;478(7370):447-9. PubMed PMID: 22012304.
 32. Henry S, Schoumaker B, Beauchemin C. The impact of rainfall on the first out-migration: a multi-level event-history analysis in Burkina Faso. *Population and Environment*. 2004;25(5):423-60.
 33. Findley SE. Does drought increase migration? A study of migration from rural Mali during the 1983-1985 drought. *The International migration review*. 1994 Fall;28(3):539-53. PubMed PMID: 12345794.
 34. Zarocostas J. Famine and disease threaten millions in drought hit Horn of Africa. *Bmj*. 2011 Jul 21;343:d4696. PubMed PMID: 21778201.
 35. McMichael C, Barnett J, McMichael AJ. An ill wind? Climate change, migration, and health. *Environmental health perspectives*. 2012 May;120(5):646-54. PubMed PMID: 22266739. Pubmed Central PMCID: 3346786.
 36. McLeman RA, Hunter LM. Migration in the context of vulnerability and adaptation to climate change: insights from analogues. *Wiley interdisciplinary reviews Climate change*. 2010 May;1(3):450-61. PubMed PMID: 22022342. Pubmed Central PMCID: 3183747.
 37. Schwerdtle P, Bowen K, McMichael C. The health impacts of climate-related migration. *BMC medicine*. 2017 Dec 11;16(1):1. PubMed PMID: 29301536. Pubmed Central PMCID: 5753535.
 38. Carballo M, Smith C, Pettersson K. Climate change and displacement: health challenges. *Forced Migr Rev*. 2008;31:32-3.
 39. Scheffran J, Marmer E, Sow P. Migration as a contribution to resilience and innovation in climate adaptation: Social networks and co-development in Northwest Africa. *Appl Geogr*. 2012;33:119-27.
 40. Hoffmann AA, Sgro CM. Climate change and evolutionary adaptation. *Nature*. 2011 Feb 24;470(7335):479-85. PubMed PMID: 21350480.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Una questione di fragilità *A matter of fragility*

Mario Zangrando, Giovanni Putoto

Medici con l'Africa Cuamm

Parole chiave: Migrazioni, Africa, Sud Sudan, Etiopia, Uganda

RIASSUNTO

Obiettivi: il termine "migrazione" è spesso presente nel dibattito pubblico attuale, in particolare per quanto riguarda la crisi dei migranti in Europa. Il presente intervento ha l'obiettivo di offrire un resoconto sulle migrazioni interne ed esterne all'Africa

Metodologia: dopo una revisione dei dati quantitativi disponibili in merito al fenomeno delle migrazioni in atto a livello globale e continentale, vengono analizzati il caso della crisi regionale nel Sud Sudan e l'intervento di Medici con l'Africa Cuamm nel paese stesso e nei confinanti Etiopia e Uganda, gli stati che ospitano il maggior numero di sfollati provenienti dal Sud Sudan.

Risultati: la conclusione evidenzia un nuovo approccio alla questione migratoria che punta a un processo di sviluppo che vada oltre la gestione dell'emergenza.

Keywords: Migration, Africa, South Sudan, Ethiopia, Uganda

SUMMARY

Objectives: the term "migration" is often present in the current public opinion debates, especially in regards to the migrant crisis in Europe. The paper has the objective to give an account of the African external and internal migrations.

Methodology: after a review of the quantitative data available on the phenomenon of migrations taking place at a global and continental level, the paper analysis the case of the regional crisis in South Sudan and the intervention of Doctors with Africa Cuamm there and in Ethiopia and Uganda, the hosting countries with the highest numbers of South Sudanese displaced people.

Results: the conclusion highlights the new approach to the migration issue aiming at a development process that goes beyond the emergency management.

Autori per corrispondenza: m.zangrando@cuamm.org; g.putoto@cuamm.org

Premessa

Ciò di cui ci occuperemo solo parzialmente in questo intervento fa parte di una dinamica in corso a livello globale che si può riassumere come segue: oggi stiamo assistendo ai più elevati livelli di migrazione della popolazione mai registrati. Per quanto riguarda il capitolo delle migrazioni cosiddette “forzate”, al momento sono 68.5 milioni le persone in tutto il mondo che sono state costrette a lasciare le proprie case. Un numero senza precedenti. Di queste, 40 milioni sono migranti interni, vale a dire persone che si sono spostate da un’area all’altra del proprio Paese d’origine, 25.4 milioni invece sono i rifugiati fuoriusciti dal proprio Paese (57% di tutti i rifugiati al momento provengono da Siria, Afghanistan e Sud Sudan). Infine 3.1 milioni di persone sono classificate come richiedenti asilo. Vi è poi il fenomeno degli apolidi, quantificato in 10 milioni di persone a cui è negata una qualsiasi nazionalità e che, di conseguenza, vivono privi dei diritti fondamentali che l’appartenenza ad una nazionalità assicura o dovrebbe assicurare. Parliamo di diritti quali: educazione, sanità, possibilità di avere un impiego, opportunità di andare all’estero ¹.

Questa vastissima dinamica è il frutto di 23 crisi attive contemporaneamente a livello globale ². Quella degli sbarchi nel Mediterraneo che coinvolge Italia, Spagna, Grecia, Malta e Cipro e che maggiormente ci viene proposta dai media italiani è solo una tessera di questo puzzle e, a giudicare dai numeri delle persone coinvolte, non sembra nemmeno quella più grande. Per i primi tre mesi del 2019, infatti, gli arrivi di migranti si attestano a 14.971 di cui 524 in Italia. Nel 2018, per cui disponiamo dei dati sui 12 mesi, il flusso totale è stato di 141.472 arrivi, suddivisi tra i territori di Italia, Malta, Grecia, Spagna e Cipro. Numeri che erano stati superiori negli anni precedenti con una punta massima di 1.032.000 arrivi nel 2015 ³.

Le quattro crisi considerate attualmente più gravi, per il numero di individui messi forzatamente in movimento, mostrano però volumi di persone in fuga di molto superiori, nella maggior parte dei casi, anche alla punta più alta della crisi mediterranea: parliamo di Siria (oltre 5.680.000 persone in fuga all’esterno del Paese d’origine), Venezuela (3.377.000), Sud Sudan (2.281.000), Repubblica Democratica del Congo (833.000) – tutte persone fuoriuscite dal Paese di origine.

Questi dati non tengono conto però del numero dei migranti interni (IDP, internal displaced people) che, se prendiamo ad esempio il caso del Sud Sudan, sono grossomodo 1.760.000 ⁴. La somma dei migranti all’interno e all’esterno del territorio del Paese

¹ Questi i dati più aggiornati (19 giugno 2018) forniti dall’Alto Commissariato Onu per i Rifugiati, PUNHCR <https://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html> consultato il 5 aprile 2019

² https://data2.unhcr.org/en/situations#_ga=2.90879196.757345186.1552914886-627658110.1552914886 Consultato il 5 aprile 2019

³ <https://data2.unhcr.org/en/situations/mediterranean> consultato il 5 aprile 2019

⁴ <https://www.unhcr.org/south-sudan.html> consultato il 5 aprile 2019

ci restituisce le reali dimensioni della crisi sud sudanese che tratteremo in seguito più approfonditamente.

Il tema che intendiamo affrontare in questa sede è il problema delle migrazioni delle popolazioni africane all'interno del continente stesso. Questa tematica è parte, però, di un più ampio fenomeno che si può suddividere in due componenti. Prima di entrare nel merito è certamente utile distinguere questi due aspetti del problema.

Migrazioni interne ed esterne all'Africa e Stati fragili

Il fenomeno delle migrazioni esterne al continente africano "gode" in Italia e in Europa di una certa attenzione, tanto da parte dei media quanto da parte del discorso pubblico. Non altrettanta attenzione, per lo meno in Italia, viene riservata invece al fenomeno delle migrazioni interne all'Africa. Eppure, se le migrazioni di tipo extra-africano, costituite soprattutto da movimenti di popolazione che lasciano il continente partendo dai Paesi del Nord Africa, rappresentano una percentuale che contribuisce per il 15-20% al totale delle migrazioni di popolazione africana a livello mondiale, la componente delle migrazioni interne all'Africa risulta invece preponderante, pesando per il restante 80-85% dei movimenti complessivi di popolazione⁵. Le motivazioni sottostanti a questo massiccio movimento di persone sono legate certamente a ragioni di tipo lavorativo, di studio, di ricongiungimento con le famiglie. Ma a questi movimenti che possiamo classificare come "volontari" vanno aggiunti quelli dettati da insicurezza e conflitti che si sviluppano in particolare a partire dai cosiddetti Stati fragili, come ad esempio il già citato Sud Sudan, la Repubblica Centrafricana, la Repubblica Democratica del Congo, l'Eritrea e la Somalia. In questi casi lo spostamento delle popolazioni si può classificare come "forzato", dal momento che rimanere può equivalere ad un forte rischio per la propria incolumità a breve termine.

Secondo il report *States of Fragility 2018* pubblicato dall'OECD (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico) entro il 2030 fino a 620 milioni di persone, circa l'80% della popolazione più povera nel mondo, vivrà all'interno di Stati fragili, Paesi che attraversano situazioni di emergenza pura, esposti a conflitti, epidemie, povertà estrema, effetti dei cambiamenti climatici(1-2)⁶. Le Nazioni Unite hanno identificato nel mondo 50 Paesi fragili, di questi 28 sono in Africa. Nell'aprile 2018 l'organizzazione americana The Fund For Peace ha presentato un indice che monitora lo stato di fragilità di 178 Paesi: si passa dai paesi Very sustainable (Finlandia, Norvegia, Svizzera e Danimarca) a Paesi semplicemente Sustainable (Islanda, Nuova Zelanda, Australia, Svezia, Canada

⁵ African Development Bank, *Annual Development Effectiveness Reviews 2018*, p. 47, disponibile in rete a questo link: https://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Development_Effectiveness_Review_2018/ADER_2018_EN.pdf

⁶ *States of Fragility 2018*, OECD, pubblicato il 17 luglio 2018 e disponibile in rete a questo link: <http://www.oecd.org/dac/states-of-fragility-2018-9789264302075-en.htm>

ma anche Irlanda e Portogallo), cui seguono i Paesi More stable (Cile, Spagna, Polonia, Italia, Argentina) e Stable (Ungheria, Oman, Grecia). Si passa poi ai Paesi che destano preoccupazione: Warning (come Albania, Cipro, Brasile, Kazakistan), Elevated warning (come Perù, Arabia Saudita, Messico, Tanzania) per arrivare infine alla zona più “calda” della lista con i Paesi classificati High warning, Alert, High alert e Very high alert ⁷.

I Paesi di intervento di Medici con l’Africa Cuamm sono tutti collocati in questa zona della classifica con la sola eccezione della Tanzania (Elevated warning), operando in Mozambico, Sierra Leone e Angola (High warning), Uganda ed Etiopia (Alert), Repubblica Democratica del Congo, Repubblica Centrafricana e Sud Sudan (Very high alert). Per questi ultimi due è in corso una transizione molto difficile da una fase di guerra civile ad una pacificazione che consenta di riprendere il cammino verso lo sviluppo, interrotto dalla conflittualità interna. Se la presenza di Medici con l’Africa Cuamm in Repubblica Centrafricana è recente (2018) quella in Sud Sudan inizia tredici anni fa, nel 2006. La presenza dell’organismo è proseguita, senza interruzioni, anche in seguito all’inizio della guerra civile innescatasi nel dicembre 2013 rimanendo per larghi tratti (in particolare nel corso del 2015) l’unica ONG operativa in alcune delle aree più instabili del paese (ex Stati federali di Lakes e di Western Equatoria).

Sud Sudan, una crisi regionale

Indipendente dal 2011, il Sud Sudan conta circa 12 milioni di abitanti. Nel 2015 occupava la 169° posizione su 188 Paesi nell’indice di sviluppo umano elaborato annualmente da UNDP, nel 2016 è retrocesso alla 181° posizione e nel 2018, infine, ha toccato il fondo collocandosi alla 189° posizione su 189 ⁸. Questo rapido scivolamento all’indietro nella classifica che misura e compara indicatori sanitari, economici e sociali, è da attribuire al perdurare della guerra civile che, dal 2013, contrappone le forze del Presidente Salva Kiir Mayardit e i sostenitori dell’ex Vice presidente Riek Machar, con gravissime ripercussioni sulla vita della popolazione. Il 31 ottobre 2018 entrambi i leader si sono incontrati (ancora una volta) a Juba per celebrare l’ennesimo accordo di pace e inaugurare una nuova fase di conciliazione che prevede il rientro di Machar nel Paese e al Governo. Ma fino a che questo delicato passaggio non sarà completato, non si potrà confermare l’avvenuta pacificazione.

Come si può immaginare, la popolazione è stremata non solo dalle dirette conseguenze della guerra in termini di mancanza di sicurezza e protezione, ma anche dall’impatto che la guerra ha avuto e sta avendo sulle disponibilità alimentari e di servizi di base (3). Per il 2019 OCHA, Ufficio delle Nazioni Unite per gli affari umanitari, ha stimato in 6,5

⁷ <http://fundforpeace.org/fsi/2018/04/24/fragile-states-index-2018-annual-report/> consultato il 5 aprile 2019

⁸ <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/SSD> consultato il 5 aprile 2019

milioni le persone bisognose di assistenza umanitaria (57% degli abitanti) ⁹. Di queste 2.281.000 sono uscite dai confini del Paese come riporta l'ufficio statistico di UNHCR¹⁰ per andare a rifugiarsi nei Paesi confinanti - Sudan (844.000), Uganda (801.000), Etiopia (422.000), Kenya (116.000) e persino in Repubblica Democratica del Congo, altro stato in condizione di estrema fragilità che, come il Sud Sudan, si colloca nella fascia Very high alert nell'indice degli Stati fragili.

Il fenomeno di migrazione che caratterizza la crisi sud sudanese ha assunto pertanto caratteristiche regionali, coinvolgendo massicciamente tutti i Paesi confinanti, fatta eccezione per la Repubblica Centrafricana, anch'essa in condizione di fragilità estrema, e dalla quale non vengono riportati numeri rilevanti per quanto riguarda l'afflusso di rifugiati dal Sud Sudan.

Come detto, due tra i Paesi maggiormente coinvolti in questa dinamica sono rispettivamente l'Uganda e l'Etiopia che assieme assorbono oltre il 53% dei rifugiati sud sudanesi attualmente fuoriusciti. Sia in Uganda che in Etiopia Medici con l'Africa Cuamm è presente e, come nel Sud Sudan, l'organismo è intervenuto in accordo con le autorità locali, per contribuire a gestire l'emergenza dettata dalle fasi più acute della crisi, come si descriverà di seguito.

Assistenza agli sfollati interni in Sud Sudan

Come anticipato in premessa, secondo UNHCR il numero degli sfollati interni in Sud Sudan è di circa 1.760.000. Un numero difficile da calcolare di questi è riparato, durante gli anni di guerra civile, nell'ex Stato federale di Unity, in particolare nei territori della contea di Panyijar, presso la quale, nel febbraio 2017, è stato dichiarato dalla FAO lo stato di carestia ¹¹.

A seguito di questa grave emergenza Medici con l'Africa Cuamm, che era presente nel paese in 12 contee e 5 ospedali (Yirol, Lui, Cuibet, Rumbek, Maridi), ha deciso di intervenire proprio nella contea di Panyijar (circa 100.000 abitanti tra residenti e sfollati), zona che durante gli anni del conflitto è rimasta stabilmente nelle mani dell'opposizione. La contea di Panyijar è stata caratterizzata da un intenso flusso di sfollati interni, in quanto considerata sicura, poiché difficilmente raggiungibile dall'esercito. Il suo territorio infatti è paludoso, costituito da una miriade di piccole isole. Su queste si trovano molti insediamenti di fortuna abitati dalla popolazione sfollata, raggiungibili solo mediante imbarcazioni o mezzi anfibi e ampiamente dispersi sul territorio. Un simile ambiente, da una parte, offriva un rifugio relativamente sicuro per le popolazioni in fuga ma, dall'altra,

⁹ <https://reliefweb.int/report/south-sudan/south-sudan-situation-report-29-march-2019> consultato il 5 aprile 2019

¹⁰ <https://data2.unhcr.org/en/situations/southsudan> consultato il 5 aprile 2019

¹¹ <http://www.fao.org/news/story/en/item/471251/icode/> consultato il 5 aprile 2019

rendeva difficile erogare e accedere a rifornimenti e servizi di qualunque tipo, sanità di base e aiuti umanitari inclusi.

L'intervento del Cuamm nella contea di Panyijar si è focalizzato pertanto su tre direttrici. Innanzitutto, è stata offerto supporto alla principale struttura sanitaria presente nell'area, il Centro di Salute di Nyal, che è stato rifornito di materiali sanitari e farmaci essenziali e per il quale è stata impostata un'operazione di miglioramento generale. La seconda direttrice è stata quella di allestire quattro posti di primo soccorso in altrettanti villaggi remoti, individuati in accordo con le autorità locali. La terza, infine, è consistita nella messa in funzione di un team sanitario mobile per garantire alle comunità più isolate l'accesso: alla sanità di base, alla prevenzione, alla diagnosi e al trattamento per le malattie più comuni.

Operare in quest'area ha comportato notevoli difficoltà logistiche, istituzionali e di sicurezza, nonostante le quali si è riusciti ugualmente a svolgere tutti e tre i filoni dell'intervento. I risultati dell'iniziativa si possono misurare sui dati sanitari attualmente disponibili provenienti dall'area: da ottobre 2017 a dicembre 2018 infatti si sono raggiunti con visite mediche 30.625 pazienti, di questi 7.713 bambini di età inferiore a 5 anni. La principale causa di morbilità riscontrata presso i bambini è stata la malaria, seguita da diarrea e infezioni respiratorie. Presso il Centro di Salute di Nyal e nei posti di salute abilitati si è riusciti a offrire a 941 gravide l'accesso ad almeno una visita prenatale e, a partire da marzo 2018, il team mobile garantisce le vaccinazioni di routine ai bambini fino ai 2 anni di età. Sono state somministrate 426 dosi di vaccino contro la tubercolosi, 332 dosi di vaccino antipolio, 358 dosi di vaccino DPT (Difterite/Pertosse/Tetano), 330 dosi di vaccino contro il morbillo. Sono stati completati fin qui n. 123 cicli di vaccinazione. Le vaccinazioni sono integrate con le visite prenatali in una consultazione generale aperta a gravide e bambini fino a due anni: 249 donne in età fertile e 199 portatrici di bambini hanno avuto accesso alla vaccinazione contro il tetano. Lo screening dello stato di nutrizione è stato introdotto come parte del servizio di visita e vaccinazione oltre ad essere implementato come attività di massa, a beneficio di 11.190 bambini di età inferiore ai 5 anni. Sebbene i quattro avamposti allestiti sul territorio non siano destinati a funzionare come sala parto, il loro staff e il team mobile hanno assistito 562 donne nel dare alla luce un bambino.

Rispondere con un intervento sanitario di medio periodo ad una crisi umanitaria è stata una scommessa molto ambiziosa, difficile. I dati sopra presentati mostrano che nonostante le grandi difficoltà dettate dal contesto, si è riusciti a rafforzare i diversi livelli di servizio che costituiscono un sistema sanitario, portando l'assistenza di base presso le comunità, istituendo dei posti di primo soccorso e migliorando il centro di salute di riferimento, in modo da dare una risposta sia ai bisogni sanitari di base sia alle emergenze. Va aggiunto che quelli descritti sopra sono i primi dati sanitari mai raccolti in quest'area del Sud Sudan (4).

Assistenza agli sfollati sud sudanesi in Etiopia e Uganda

Etiopia e Uganda insieme hanno assorbito il numero più ampio di sfollati sud sudanesi fuoriusciti dai confini del Paese. L'Etiopia, mentre scriviamo, ospita 422.240 sfollati sud sudanesi di cui 400.000 si trovano presso la regione di Gambella, geograficamente la più prossima al confine con il Sud Sudan (5)¹². Simile la situazione in Uganda che ospita oltre 700.000 profughi sud sudanesi degli 801.000 totali nel Paese all'interno di una sola regione, quella del West Nile, anche in questo caso la più vicina al confine col Paese d'origine. A Gambella, in Etiopia, con l'arrivo dei profughi si è assistito sostanzialmente al raddoppio della popolazione presente nella regione, con un rapporto di uno a uno tra residenti e popolazione ospite. Proporzioni diverse ma simili e di difficile gestione anche per le autorità ugandesi se si pensa che i residenti in West Nile, prima della crisi dei rifugiati, erano 2.180.000 e che a questi si sono aggiunti in breve tempo 1 milione di rifugiati (come riportava l'UNHCR nel 2017)¹³ ora scesi a 700.000.

Medici con l'Africa Cuamm è presente dal 1980 in Etiopia e dal 1958 in Uganda con interventi orientati allo sviluppo. Si tratta di una presenza continua ed ininterrotta che, negli anni, ha accreditato l'organismo presso le autorità locali. In virtù di questa presenza solida e di lunga durata e grazie all'appoggio di importanti donatori (UNICEF, ECHO, Agenzia Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo, fondazioni e donatori privati), il Cuamm ha potuto realizzare sia a Gambella sia in West Nile due interventi caratterizzati dalla medesima filosofia di fondo: agire nell'emergenza cercando però di gettare le basi per una prospettiva di sviluppo del sistema sanitario delle due regioni che, quanto a contesto sanitario, presentavano indicatori particolarmente negativi, anche in rapporto alle medie nazionali, già prima dell'emergenza profughi.

Rispettando questa impostazione di fondo, l'intervento del Cuamm a Gambella si è suddiviso tra il campo profughi di Nguenyiel, realizzato dalle autorità etiopi per ospitare fino a 50.000 persone ma giunto a gestirne circa 80.000 nel corso del 2017, e le strutture sanitarie e le comunità residenti nella regione.

Presso il campo profughi di Nguenyiel il Cuamm è intervenuto cercando di assicurare migliori condizioni di igiene e sicurezza epidemiologica, cercando di migliorare la qualità dei servizi sanitari di base offerti alla popolazione e curando, nel caso di necessità urgenti come un parto complicato, il riferimento dei casi alla struttura sanitaria esterna al campo più adeguata a gestirlo.

L'altro versante dell'intervento è stato proprio sulle strutture sanitarie già presenti sul

¹² <https://data2.unhcr.org/en/situations/southsudan/location/1840> consultato il 5 aprile 2019

¹³ Tra agosto 2017 e luglio 2018 la presenza di popolazione rifugiata sud sudanese in Uganda e in particolare nel west Nile è stata stabilmente sopra al milione di persone per poi discendere gradualmente a partire dalla seconda metà del 2018: <https://data2.unhcr.org/en/situations/southsudan/location/1925> consultato il 5 aprile 2019

territorio ma in grave difficoltà già prima dell'emergenza e messe a dura prova dal sostanziale raddoppio della popolazione e dagli accresciuti bisogni in termini di salute. Medici con l'Africa Cuamm ha condotto delle riabilitazioni funzionali ed edilizie presso l'ospedale Regionale di Gambella, in particolare presso il reparto di Maternità, ed ha agito anche sulle strutture sanitarie periferiche presenti in due dei distretti della regione, garantendo ristrutturazioni e riabilitazioni funzionali dove necessarie, fornitura di farmaci e attrezzature, formazione e training on the job del personale già in servizio, oltre a realizzare presso le comunità residenti attività di educazione sanitaria e attivazione e sensibilizzazione della popolazione.

L'azione condotta in Uganda, nel West Nile, ha avuto i medesimi connotati, realizzando azioni orientate ad un tempo sia alla gestione dell'emergenza sia allo sviluppo. L'azione in West Nile si è sviluppata sia all'interno dei 19 campi profughi presenti nel territorio regionale, con interventi su igiene e sanità di base, sia all'interno delle strutture sanitarie regionali presenti in sei distretti con attività volte al loro rafforzamento a più livelli, con la formazione del personale, la fornitura di attrezzature necessarie e la riabilitazione funzionale degli edifici dove necessario (257 le strutture beneficiate complessivamente).

Gli immigrati africani in Italia: dove sono gli ugandesi?

Nonostante il posizionamento nella fascia dei Paesi con fragilità di tipo Alert, l'Uganda è un Paese che grazie alle condizioni di relativa stabilità in cui si trova dal 1986 sta compiendo un percorso orientato alla crescita e allo sviluppo. A questo percorso non è del tutto estraneo il tipo di interventi di cooperazione realizzati da Medici con l'Africa Cuamm.

Il Cuamm, come detto in precedenza, è presente nel paese dal 1958, prima ancora dell'indipendenza. L'organismo non ha mai abbandonato l'Uganda nemmeno nelle fasi più acute di instabilità come la guerra tra Uganda e Tanzania del 1979 e il periodo di tensioni politiche e violenze che si susseguirono negli anni successivi.

Volendo riassumere i 60 anni di intervento nel paese, possiamo dire che gli operatori che il Cuamm ha inviato in Uganda sono stati 350 per la maggior parte di profilo sanitario conducendo un intervento che si è sviluppato all'interno di 16 ospedali sia governativi che diocesani, presenti in diverse aree del Paese ma soprattutto nel nord e nelle aree più complesse, povere, periferiche quali la Karamoja e il West Nile.

Oltre all'intervento a sostegno dell'offerta di servizi sanitari alla popolazione, sia a livello ospedaliero che dei centri di salute periferici, che delle comunità, il Cuamm è intervenuto anche nel campo della formazione degli staff e dei quadri sanitari locali e dei manager sanitari attraverso training on the job, corsi di formazione più strutturati e arrivando anche alla didattica nelle facoltà di Health Sciences and Health Management delle Università di Makerere e Nkozi.

L'approccio è sempre stato attento all'evoluzione del Paese: si è cercato di intercettare, assecondare e, dove possibile, anticipare il cambiamento delle necessità intervenendo nelle regioni caratterizzate dalle diseguaglianze più gravi come, appunto, la Karamoja. In questa regione negli ultimi 5 anni, presso 7 distretti, 121 centri di salute, scuole, villaggi, si è portato avanti un intervento nel campo della salute materna e infantile che ha raggiunto una popolazione di riferimento di 1.5 milioni di persone ed ha migliorato l'accesso al parto assistito portandolo dal 27% di partenza all'attuale 72%, misurazione realizzata non dal Cuamm ma da una realtà terza come il DHS (Demographic Health Survey) e che lo stesso ministro della Sanità dell'Uganda ha accolto con grande soddisfazione (6). Un risultato di questo genere è stato raggiunto attraverso diverse leve:

- 1) Continuità e durata nel tempo: la presenza di Medici con l'Africa Cuamm in Karamoja non si riduce solo ai 5 anni del progetto, ma ha una storia che inizia nel 1971 con l'invio del proprio personale nell'ospedale St. Kizito di Matany, nel distretto di Napack e che prosegue senza interruzione fino ad oggi.
- 2) Utilizzo di tecnologie frugali ma appropriate: come l'implementazione di un sistema di voucher a rimborso dei costi di trasporto sostenuti dalle gravide per recarsi alle strutture sanitarie. Questi incentivi si sono dimostrati assai efficaci per abbattere la barriera ai servizi rappresentata dal costo del trasporto. Oppure lo sviluppo del birth cushion un'innovazione low-tech e a basso impatto economico, implementato per la prima volta nel 2013 proprio nel già citato progetto quinquennale realizzato in Karamoja. Si tratta di un intervento che ha contribuito ad abbattere le barriere di tipo culturale da parte delle donne nell'accedere al parto assistito. I Birth Cushions offrono alle donne della Karamoja la possibilità di assumere la posizione accovacciata per partorire (posizione tradizionale per il parto presso il popolo karamojong), consentendo lo stesso posizionamento sebbene leggermente modificato per facilitare il parto.
- 3) Approccio critico: oltre a misurare costantemente il proprio intervento, si è disponibili a ricevere la misurazione degli interventi da parte di realtà terze. Per l'intervento in Karamoja si è chiesto alla Fondazione Bruno Kessler, in particolare all'IRVAPP (Istituto per la ricerca valutativa sulle politiche pubbliche) di valutare criticamente l'intervento, contribuendo ad individuare ulteriori aree di miglioramento per le implementazioni future.

Si diceva poco sopra della necessità di leggere, interpretare e se possibile anticipare il cambiamento: questo accade oggi nella regione del West Nile.

Il Cuamm iniziò a lavorarvi sin dall'inizio, nel 1958, con una massa critica di intervento molto elevata tra la metà degli anni ottanta e la fine degli anni novanta. Oggi il West Nile, come abbiamo visto, è la regione più esposta nel Paese ai flussi di migrazione determinati dal conflitto nel confinante Sud Sudan. Il Cuamm vi è intervenuto utilizzando il

paradigma di cui si è parlato poco sopra, fatto di costanza, durata, radicamento nell'area, attenzione alla formazione e allo sviluppo delle risorse umane locali, innovazione frugale e utilizzo di tecnologie appropriate, approccio critico e orientato alla misurabilità dei risultati dell'intervento.

Ci rendiamo conto che quelle suggerite sono solo buone pratiche, ma vale la pena sviluppare una riflessione su cosa significa garantire a chi vive in Africa la possibilità di restare nelle terre in cui è nato.

Alcune riflessioni finali

Parlare in modo onnicomprensivo di un'Africa "povera" risulta riduttivo oltre che superficiale. Gli eventi susseguitesesi negli ultimi anni hanno portato ad un cambiamento della mappa della povertà all'interno del continente africano, con il fenomeno delle migrazioni forzate e interne ai paesi e al continente che ha preso piede in modo preponderante fino a diventare il principale aspetto da considerare quando si vanno ad analizzare i movimenti complessivi di popolazione.

Ne risulta un quadro frammentato e composito, dove anche la categoria dei cosiddetti "Stati fragili" presenta dentro di sé livelli di criticità diversi e conseguenti variabili stadi di sviluppo da tenere in considerazione. Tali Stati sono e saranno sempre più il centro dell'intervento del Cuamm che, come evidenziato in precedenza, è caratterizzato da una gamma di azioni che vanno dalla riabilitazione delle strutture sanitarie al supporto clinico e gestionale, passando per il rafforzamento dei servizi decentrati e mobili per favorire il collegamento con le popolazioni che vivono ai margini del sistema sanitario. In contesti di conclamata emergenza inoltre il Cuamm realizza interventi che favoriscano la transizione dall'emergenza pura allo sviluppo intervenendo nelle aree di crisi dei paesi dove è già presente e radicato, portando avanti un approccio integrato e rispettoso delle diverse tradizioni culturali.

Si tratta di interventi che sin dalla fase di progettazione contemplano azioni volte a favorire la transizione dell'intervento da situazioni di emergenza o post emergenza a interventi di sviluppo progressivo dei sistemi sanitari locali, attraverso un approccio di medio-lungo termine e che siano in grado di modificarsi tenendo conto dei cambiamenti nei teatri dell'intervento e delle conseguenti evoluzioni dei bisogni di salute da soddisfare. Emblematica la vicenda dei rifugiati sud sudanesi: il Comprehensive Refugee Response Framework ¹⁴, inserito all'interno della Dichiarazione Universale ONU per i Rifugiati e i Migranti adottata nel 2016 e fondato sulla necessità di integrare sin dal principio i rifugiati nella popolazione ospitante, dà prova di questa volontà di andare oltre l'assistenza umanitaria di breve periodo e di "innescare" un processo di sviluppo che conduca a nuovi e più elevati livelli di benessere generale. Tra i sette Stati africani dove l'UNHCR ha

¹⁴ <https://www.unhcr.org/new-york-declaration-for-refugees-and-migrants.html#CRRF>

iniziato una collaborazione per implementare tale approccio, vi sono tra l'altro l'Uganda ed Etiopia – con il primo Stato elogiato come modello positivo di gestione della crisi migratoria e promotore di una strategia d'azione “pilota” da tenere in considerazione anche in altri Paesi (7) e il secondo che ha recentemente adottato una legislazione che permette ai rifugiati di ottenere permessi di lavoro, accedere all'istruzione primaria, registrare legalmente nascite e matrimoni e avere accesso ai servizi finanziari nazionali come le banche.

Medici con l'Africa Cuamm si fa portavoce della stessa visione con il fine di contribuire a sviluppare sistemi sanitari sostenibili e comunità resilienti, capaci a poco a poco di affrontare in modo sempre più autonomo le sfide presenti e future (8). Senza dimenticare il celebre paradigma del learning by doing: solo mediante un resoconto fattuale delle attività che si sono portate avanti sul campo si possono riconoscere errori e margini di miglioramento e sviluppare un'analisi critica che permetta di “aggiustare il tiro” ed aumentare non solo l'accessibilità alla salute ma anche la qualità e l'efficienza dei servizi offerti e, di conseguenza, migliorare l'impatto degli interventi sul territorio, contribuendo a far sì che la scelta di emigrare non dipenda da condizioni forzate e quella di restare non equivalga a rassegnarsi a condizioni di conflitto, povertà e violazione dei diritti umani fondamentali.

BIBLIOGRAFIA

1. De Nardi C, Capelli E. Migranti climatici: un fenomeno in crescita. *Salute e sviluppo* 2016; 73: 18-19
2. Donà S, Pocchiesa D. Salute fragile in stati fragili. *Salute e sviluppo* 2013; 68: 18
3. Scanagatta C. Sud Sudan: guerra, siccità, crisi economica. *Salute e sviluppo* 2016; 73: 17
4. Medici con l'Africa Cuamm. Annual Report 2018; 16 -17
5. Menozzi S. Etiopia: terra di crisi umanitaria e alimentare. *Salute e sviluppo* 2016; 74: 19 DHS.
6. Uganda Demographic Health Survey 2016
7. Maciocco G. L'orgoglio di sentirsi ugandese. *Salute e sviluppo* 2017; 76: 22
8. Medici con l'Africa Cuamm. Piano Strategico 2016-2030

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno