

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 popolazione ⁵. 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 carestia¹¹.

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