

# Human Security

N. 13

Luglio 2020

Dimensioni e prospettive  
dei conflitti contemporanei

## Costruire la pace in pandemia: Prospettive e trappole.

di **Kieran Mitton**

A marzo, mentre il virus COVID-19 si diffondeva rapidamente in tutto il mondo, il Segretario Generale delle Nazioni Unite António Guterres ha lanciato un **forte appello per la pace**: "Chiedo un immediato cessate il fuoco globale in tutti gli angoli del mondo. È tempo di mettere i conflitti armati in *lockdown* e concentrarsi insieme sulla vera lotta della nostra vita... rinunciamo alle ostilità. Mettiamo da parte la diffidenza e l'animosità. Facciamo tacere le armi, fermiamo l'artiglieria e mettiamo fine agli attacchi aerei".

L'urgenza di questo appello si fonda sull'eccezionalità della sfida posta a livello

mondiale da una pandemia senza precedenti che ha il potenziale di peggiorare le crisi umanitarie, aggravando le molteplici forme di insicurezza che già si intersecano nelle zone di conflitto. Il virus non fa distinzioni tra le parti in guerra, né rispetta i confini territoriali e le linee di battaglia. I civili, che già patiscono enormemente l'impatto della guerra e della violenza, dovrebbero fronteggiare questa nuova minaccia con poca o nessuna protezione, senza un adeguato accesso all'assistenza sanitaria o all'informazione. COVID-19 può diffondersi rapidamente tra le popolazioni già devastate dalla guerra per poi attraversare le frontiere insieme al flusso dei rifugiati. La speranza era che un cessate il fuoco globale potesse fornire lo spazio per l'apertura di quei corridoi umanitari e quel coordinamento degli interventi sanitari di cui il mondo ha disperato bisogno. Ancora di più, il Segretario Generale auspicava che esso fornisse opportunità preziose per la diplomazia, consentendo di avviare o rinvigorire processi di pace che potessero ridurre la violenza e l'insicurezza ben oltre la fine della pandemia.

L'appello del Segretario Generale è stato accolto con positività in tutto il mondo. **In pochi giorni**, le parti in conflitto in Camerun, Colombia, Filippine, Libia, Myanmar, Repubblica Centrafricana, Siria, Sudan, Sud Sudan, Ucraina e Yemen, si sono impegnate pubblicamente a rispettare il cessate il fuoco. Tuttavia, come lo stesso Guterres aveva avvertito, c'è un'enorme distanza tra le parole e i fatti. Nella pratica, questa distanza si è fatta sentire con forza.

Il 23 marzo 2020, mentre il virus COVID-19 si diffondeva in tutto il mondo e il *lockdown* teneva in casa gli Italiani, il Segretario Generale delle Nazioni Unite, António Guterres, chiedeva un immediato **cessate il fuoco globale**. Al pari del sentimento di solidarietà e comunità, che entrava nelle nostre case dai balconi e che ci faceva pensare, ingenuamente, a un mondo post-pandemia migliore di quello che ci eravamo lasciati alle spalle, il Segretario Generale auspicava che, se accolto, il suo appello potesse permettere alla comunità internazionale di concentrarsi sulle sfide poste dalla pandemia e, perché no, fornire un'opportunità per mettere fine ai conflitti in corso in modo diplomatico. Il primo articolo di questo numero di *Human Security*, però, spiega come ciò non solo non sia accaduto, ma come in alcuni contesti con il cessate il fuoco si sia assistito a un aumento della violenza e a un peggioramento delle dinamiche del conflitto. Come sottolinea Kieran Mitton, docente di Relazioni Internazionali presso il King's College London e co-fondatore dell'*Urban Violence Research Network*, infatti, la natura temporanea dei cessate il fuoco "da COVID-19" e le difficoltà riscontrate nel dominare la violenza nel mondo, confermano alcuni aspetti chiave emersi in decenni di ricerca sui conflitti armati e mettono in luce alcune delle criticità principali dei processi di negoziazione e costruzione della pace.

Se le immagini di guerre e povertà che ci vengono raccontate dai media ci portano il più delle volte a guardare ai cosiddetti "stati falliti" del Sud del mondo, l'attuale pandemia ha forzatamente riorientato il nostro sguardo, svelando le debolezze del sistema internazionale nel suo complesso, ma anche e soprattutto di quegli "stati forti" che, in tempi "normali", vantano una posizione di leadership economica, militare e culturale. Partendo dal caso degli Stati Uniti e in particolare dal rapporto tra il Governo federale e le nazioni degli Indiani d'America, l'articolo di Charles Geisler, Professore Emerito di Sociologia dello Sviluppo presso la Cornell University, accompagna i lettori in una riflessione sul significato di fallimento statale e sul **nesso tra sicurezza nazionale e salute pubblica**. Anche Francesca Fortarezza, dottoranda presso la Scuola Normale Superiore di Pisa e autrice dell'articolo successivo, si interroga questo rapporto e lo fa concentrando sugli "effetti collaterali" delle misure "straordinarie" che i governi di tutto il mondo hanno messo in atto per far fronte a una minaccia "eccezionale" e sul ruolo dei difensori dei diritti umani come anticorpi contro la crisi sociale che stiamo attraversando.

Leggendo le parole di Geisler e Fortarezza diventa chiaro come, nei fatti, una pandemia sia molto di più di un problema puramente sanitario e, di conseguenza, richieda un'azione articolata da parte di una moltitudine di attori. In un'ottica simile, l'approccio **One Health**, promosso dall'iniziativa Global Health Security Agenda, riconosce l'interconnessione tra esseri umani, animali e ambiente e promuove un approccio collaborativo, multi-settoriale e transdisciplinare, per raggiungere uno stato di salute ottimale e sistemico per il pianeta. Ce lo raccontano Micol Fascendini, Daniela Rana, Elena Cristofori ed Elena Comino che, nel loro articolo per *Human Security*, condividono con i lettori l'esperienza del Comitato Collaborazione Medica (CCM) in Kenya, nella contea di Marsabit, dove il CCM è impegnato a promuovere la salute e la resilienza delle comunità pastorali. Come si evince dai risultati della ricerca interdisciplinare condotta dal team del CCM, per prevenire e gestire infezioni ed epidemie è necessario comprendere non solo gli aspetti medici della salute umana, ma anche quelli socio-culturali della salute umana. Di opinione simile è Jerome Ntege, dottorando presso la Makerere University, che nel suo articolo riprende e approfondisce da un'ottica antropologica le riflessioni sul rapporto tra **sicurezza nazionale e sicurezza umana** raccontando l'esperienza e le percezioni degli abitanti del distretto di Bundibugyo, al confine tra Uganda e Repubblica Democratica del Congo, nell'affrontare l'epidemia di Ebola del 2007.

Il tredicesimo numero di *Human Security* si chiude con la testimonianza di chi, da anni e ben prima dello scoppio della pandemia di COVID-19, si occupa di salute ed emergenze sanitarie in **contesti di conflitto** e insicurezza diffusa: se Giovanna De Meneghi ed Edoardo Occa di Medici con l'Africa CUAMM evidenziano come il lavoro degli operatori sanitari si inserisca in un contesto relazionale e sociale che non può essere ignorato, Anna Maria Abbona Coverlizza ed Erika Vitale di MedAcross forniscono un esempio concreto di come la cooperazione allo sviluppo in ambito sanitario richieda una flessibilità e una capacità di adattamento notevoli, soprattutto quando la realtà operativa diventa quella di una pandemia globale.

**twai** | TORINO  
WORLD  
AFFAIRS  
INSTITUTE

Human Security è sostenuto da:



Fondazione  
Compagnia  
di San Paolo

La maggior parte dei cessate il fuoco sono stati, nella migliore delle ipotesi, temporanei e si è prontamente tornati allo *status quo* una volta diventato chiaro che le dichiarazioni pubbliche di impegno per la pace hanno avuto scarso effetto sul comportamento degli stati e dei gruppi armati. In Colombia, ad esempio, l'Esercito di Liberazione Nazionale (ELN) ha **dichiarato** un cessate il fuoco unilaterale di un mese a partire dal 1° aprile, ma verso la fine del mese il gruppo ribelle ha **annunciato** la ripresa delle operazioni militari, accusando il Governo colombiano di non essere riuscito a fare ripartire i negoziati di pace. In altri contesti la violenza armata è addirittura aumentata. In Libia gli scontri si sono **intensificati** e hanno portato all'interruzione dei servizi idrici ed elettrici e al danneggiamento di importanti infrastrutture sanitarie come l'ospedale Al-Khadra General Hospital di Tripoli. In Yemen, paese afflitto secondo le Nazioni Unite dalla peggiore crisi umanitaria al mondo già prima della pandemia, sono **proseguiti** gli scontri tra le forze del Governo di Accordo Nazionale e l'Esercito Nazionale Libico del Generale Khalifa Haftar, con il sistema sanitario che **lotta** per far fronte al COVID-19. Un recente **studio accademico** ha osservato che sebbene COVID-19 non stia causando direttamente la violenza, esso sta "giocando sulle linee di faglia dei conflitti in corso e sulle minacce già esistenti ai processi di pace".

La natura temporanea dei cessate il fuoco "da COVID-19" e le difficoltà riscontrate nel dominare la violenza nel mondo, confermano alcuni aspetti chiave emersi in decenni di ricerca sui conflitti armati. In primo luogo, dimostrano che la violenza è sottesa da dinamiche complesse, storicamente e strutturalmente radicate e stratificate; le tregue che non forniscono piattaforme per affrontare queste profonde "linee di faglia del conflitto" possono solo – e sempre nella migliore delle ipotesi – interrompere momentaneamente la violenza. Le emergenze sanitarie possono fornire un'opportunità per fermare le ostilità e avviare i negoziati, ma per essere sostenuti, questi sforzi devono essere parte di una strategia a lungo termine che affronti le cause del conflitto.

In seconda battuta, un cessate il fuoco può portare a una qualche forma di pace solo se c'è la volontà politica e un livello di fiducia reciproca tale per farlo. Gli studi sul conflitto hanno già da tempo dimostrato che i processi di pace hanno scarse possibilità di successo senza questi elementi e che, in molti casi, il ruolo di **attori terzi** può essere cruciale. Laddove i gruppi credono di poter (o di dover) vincere la guerra, o percepiscono che continuare con l'azione armata è più vantaggioso di sedersi al tavolo negoziale, i cessate il fuoco possono essere addirittura visti come una minaccia. Un cessate il fuo-

co può infatti permettere ai nemici di riorganizzarsi e riarmarsi oppure offrire loro un grado di legittimità internazionale che renderebbe politicamente più costoso continuare le azioni contro di essi. Questa criticità è ben documentata in numerosi studi sui **processi di pace** che sono stati sistematicamente bloccati o rapidamente compromessi dai conflitti in corso.

In base a quanto appena affermato, è da notare che il rispetto di un cessate il fuoco non indica di per sé intenti pacifici da parte degli attori armati. Di fatto, i cessate il fuoco possono talvolta essere direttamente collegati al raggiungimento di obiettivi di guerra e possono rappresentare una strategia utile tanto per le forze statali che per i gruppi non-statali. I cessate il fuoco possono far guadagnare tempo, dando la possibilità per riorganizzarsi e riarmarsi, o possono avere un valore propagandistico, promuovendo un'immagine pubblica "pro-pace", senza che vi sia l'intenzione o l'aspettativa di far seguire i fatti alle parole. Questa è stata un'accusa spesso rivolta contro più parti nella guerra civile in Sierra Leone (1991-2002), quando gli iniziali sforzi di pace sono stati ostacolati dai continui combattimenti, dal reclutamento e dal riarmo delle milizie.

In modo simile, nei contesti in cui i gruppi non-statali hanno fornito assistenza sanitaria o altri servizi durante

#### Direttore

**Stefano Ruzza**, *T.wai e Università degli Studi di Torino*

#### Comitato editoriale

**Lorraine Charbonnier**, *(Coordinatrice), T.wai*  
**Francesco Merlo**, *(Coordinatore), T.wai*

#### Comitato scientifico

**Fabio Armao**, *T.wai e Università degli Studi di Torino*  
**Charles Geisler**, *Cornell University*  
**Giampiero Giacomello**, *Alma Mater Studiorum – Università di Bologna*  
**Roger Mac Ginty**, *Durham University*  
**Neil Melvin**, *Royal United Services Institute for Defence and Security Studies (RUSI)*  
**Helen Nambalirwa**, *Makerere University*  
**Francesco Strazzari**, *Sant'Anna, Pisa*

#### Autori

**Kieran Mitton**, *Senior Lecturer in Relazioni Internazionali, King's College London*  
**Charles Geisler**, *Professore Emerito di Sociologia dello Sviluppo, Cornell University*  
**Francesca Fortarezza**, *Dottoranda in Scienze Politiche e Sociali, Scuola Normale Superiore di Pisa*  
**Micol Fascendini**, *One Health Advisor, CCM*  
**Daniela Rana**, *Desk Officer, CCM*  
**Elena Cristofori**, *Chief Scientific Officer, TriM*  
**Elena Comino**, *Professoressa di Ecologia Applicata, Politecnico di Torino*  
**Jerome Ntege**, *Dottoranda in Antropologia Sociale, Makerere University*  
**Giovanna De Meneghi**, *Country Manager, CUAMM*  
**Edoardo Occa**, *Head of Community Health Programs, CUAMM*  
**Anna Maria Abbona Coverlizza**, *Referente Comunicazione, MedAcross*  
**Erika Vitale**, *Country Manager, MedAcross*

[humansecurity@twai.it](mailto:humansecurity@twai.it)

la pandemia, le loro azioni potrebbero *de facto* non rappresentare un segno di pace, ma avere un notevole ritorno in termini propagandistici a livello locale e internazionale. Le misure anti-COVID-19 messe in atto dai gruppi armati non-statali sono state ampiamente documentate in tutto il mondo, spesso in contrapposizione con i fallimenti – reali o percepiti – delle autorità statali. In Afghanistan i Talebani hanno portato avanti un proprio programma di sanità pubblica per **sensibilizzare** la popolazione e **controllare** la temperatura corporea, condividendo i video delle loro iniziative attraverso i social media. Molti gruppi criminali ne hanno seguito l'esempio. Nelle *favelas* di Rio de Janeiro, gruppi di trafficanti e milizie hanno iniziato a far rispettare il **coprifuoco** e le pratiche di igiene come il lavaggio delle mani nelle aree sotto il loro controllo, mentre il Governo brasiliano è stato criticato per la sua inerzia. In Messico, i cartelli hanno dato copertura fotografica alle loro attività di **consegna di aiuti** – debitamente “brandizzati” – ai civili. A Città del Capo, gang rivali hanno concordato una **tregua** e avviato un programma congiunto per consegnare pacchi alimentari nelle loro comunità. Anche in **Italia** e in **Giappone** le mafie e il crimine organizzato hanno fornito cibo, prestiti e altri tipi di assistenza sociale a chi ne aveva disperato bisogno. Tutte queste attività, però, sono ben lontane dall'essere gesti puramente altruistici.

Ottenere il supporto della popolazione civile è di vitale importanza per molti gruppi armati: le azioni che vanno in questa direzione possono aiutare a proteggere le operazioni di un gruppo scoraggiando la cooperazione con i nemici, fornendo intelligence civile e, più in generale, rafforzando il sostegno popolare. Diversi studi su quella che è stata definita “**rebel governance**” hanno dimostrato come la fornitura di beni pubblici e benessere possa portare grandi benefici ai gruppi armati non-statali. Le azioni dei Talebani o di **al-Shabaab** possono essere interpretate a

partire da queste considerazioni, il che suggerirebbe che, lungi dall'essere una mossa verso la pace, le risposte di questi attori alla pandemia sono un modo per rafforzare la loro posizione poiché essi operano strategicamente con una prospettiva post-pandemia di lungo termine. La ricerca ci ha inoltre mostrato che anche i gruppi criminali si impegnano in forme di **governance** alternative, cercando di fare leva sulla fornitura di servizi e sul controllo della violenza per ottenere il sostegno della popolazione civile, o quantomeno l'obbedienza. Per i cartelli in Messico, i gruppi di trafficanti in Brasile e le gang nelle strade del Sudafrica, mantenere i civili “dalla parte giusta” è strategicamente vantaggioso. In questo senso, la pandemia offre a questi gruppi un'opportunità unica per rafforzare i rapporti con le comunità locali.

Per alcuni gruppi la pandemia ha anche rappresentato un'opportunità economica. Mentre alcuni hanno dovuto adattare le loro operazioni al nuovo contesto e potrebbero essere stati ostacolati dalle strette misure di *lockdown*, altri hanno tratto vantaggio dall'aumento della domanda di prodotti sanitari, cibo e prodotti illegali. A Città del Capo, per esempio, il valore del tabacco e dell'alcol sul mercato nero è aumentato drasticamente dopo che il Governo ne ha vietato la vendita. Le gang hanno approfittato di questo mercato lucrativo e potrebbero uscire dalla pandemia in una **posizione molto più forte**. Di fatto, non appena le misure del *lockdown* sono state allentate, le tregue locali a Città del Capo hanno ceduto e **sono riprese** le sparatorie per strada e le sanguinose faide. In definitiva, sebbene le dispute e la violenza che accompagnano il mercato globale dei narcotici possano essere state temporaneamente fermate dalla pandemia in alcuni luoghi, la logica di base del mercato è rimasta intatta: le droghe sono redditizie e, per molti, vale la pena combattere per ottenerle e venderle.

Man mano che i paesi allenteranno le misure contro la pandemia, l'impatto

che questa ha avuto su pace e sicurezza diventerà più chiaro. Si tratta infatti di un impatto che non può essere valutato con precisione dall'effetto a breve termine dei cessate il fuoco né dai programmi di aiuto gestiti dai gruppi non-statali in modo apparentemente altruistico. Come **sostiene** Lesley-Ann Daniels, la questione principale rimane capire se il virus può cambiare le dinamiche del conflitto e rendere la pace più probabile. Le prime indicazioni non sono molto promettenti, ma si spera che in alcuni casi la pandemia possa aver fornito un punto di partenza per nuovi processi di pace e abbia ridato slancio agli sforzi pre-esistenti. Tuttavia, dato che i cessate il fuoco temporanei non hanno affrontato le cause profonde della violenza né le sue logiche politiche ed economiche, è improbabile che da soli questi possano rappresentare un perno verso la pace nelle zone di conflitto. La costruzione della pace nel mondo post-COVID-19 continuerà a richiedere sforzi a lungo termine, sostenuti a livello locale, nazionale e internazionale. Sforzi che, in alcuni casi, potrebbero essere ulteriormente complicati dal modo in cui i gruppi armati sono riusciti a rafforzare la loro posizione durante la pandemia.

#### PER SAPERNE DI PIÙ:

Arjona, A., Kasfir, N. e Mampilly, Z. (ed.) (2015) *Rebel Governance in Civil War*. Cambridge University Press.

Barnes, N. (2017) Criminal Politics: An integrated approach to the study of organized crime, politics, and violence. *Perspectives on Politics*, 15(4), pp. 967-987. Disponibile su: <https://doi.org/10.1017/S1537592717002110>.

Bell, C., Epple, T. e Pospisil, J. (2020) *The Impact of COVID-19 on Peace and Transition Processes: Tracking the trends* (PSRP Research Report: Covid-19 Series). Disponibile su: <https://www.politicalsettlements.org/publications-database/the-impact-of-covid-19-on-peace-and-transition-processes-tracking-the-trends/>.

# La sfida del COVID: Salute e sicurezza nazionale negli stati falliti.

di **Charles Geisler**

Gli agenti patogeni stanno scrivendo la storia e poiché oggi l'intero pianeta sta patendo gli effetti dell'assedio di una pandemia elusiva è saggio riflettere sul rapporto tra salute e sicurezza nazionale. È forse fin troppo semplice vedere questa relazione come sempre positiva. In fin dei conti, come disse in modo succinto Ralph Waldo Emerson "la prima ricchezza è la salute" ed effettivamente la decrepitezza non fa bene a nessuno: indebolisce la popolazione e impone costi agli stati. Ma esistono situazioni in cui la sicurezza nazionale va a scapito della salute pubblica e del benessere, come nei cosiddetti stati falliti? I fallimenti sanitari di grande portata potrebbero venire considerati una "firma", o un tratto distintivo, di uno stato fallito?

In un mondo ideale, una crisi sanitaria prolungata evocherebbe un'attenzione pubblica senza precedenti da

parte degli stati. Eppure, alcuni stati si sottraggono in modo evidente a questa responsabilità. Ad esempio, gli Stati Uniti hanno usato la pandemia per portare avanti i programmi di sicurezza nazionale pre-pandemici. La pandemia è stata poi sfruttata per consolidare il potere esecutivo, schierare il Defense Production Act a fini protezionistici, e per attaccare l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Sono state fatte offerte economiche alle aziende straniere per ottenere un accesso privilegiato alla ricerca sul vaccino contro il COVID-19, di cui il mondo intero ha bisogno. E nel fare tutto ciò, gli Stati Uniti hanno anche generosamente finanziato e concesso agevolazioni fiscali ai giganti farmaceutici che sovvenzionano alcuni politici, chiudendo un occhio sui prezzi esorbitanti dei medicinali.

L'insensibile politicizzazione della sanità nazionale negli Stati Uniti e altrove in tempi di crisi una tragedia dei beni comuni (*tragedy of the commons*). A differenza dei medici, gli stati non hanno l'obbligo di *primum non nocere*. Quando simili comportamenti da parte dello stato prevalgono, cosa dovrebbero fare i cittadini (e soprattutto i non-cittadini, ancora più vulnerabili)? Utili spunti di riflessione arrivano dall'arido entroterra statunitense, nel cosiddetto "paese indiano" dove la densità di popolazione è talmente bassa che il contagio da COVID-19 dovrebbe essere solo accidentale.

Le nazioni indiane all'interno degli Stati Uniti mantengono la loro sovranità in virtù dei trattati, "la legge suprema della terra" ai sensi dell'articolo 6 della Costituzione degli Stati Uniti. La loro "sicurezza nazionale" si basa sul rispetto da parte del Governo federale degli obblighi previsti da tali trattati. Le infrazioni del Governo federale non sono però mai mancate e anche nell'attuale crisi

sanitaria sembra esserci una soluzione di continuità. Con l'arrivo del COVID-19, le aree abitate dalle tribù dei Navajo e Hopi sono diventate "zone rosse", data la pregressa penuria di acqua, cibo e medicine. Negli ultimi mesi, però, entrambe le tribù hanno ricevuto sostegno da un'insolita fonte: gli Irlandesi. Grazie a una massiccia campagna GoFundMe per la fornitura di cibo, abbigliamento e medicine a favore delle nazioni Navajo e Hopi, migliaia di cittadini irlandesi hanno fatto quello che il Governo degli Stati Uniti avrebbe dovuto fare per legge. Molti dei donatori discendono dai superstiti alla carestia di patate del 1848, sopravvissuti anche grazie alle donazioni degli Indiani Choctaw che subirono una brutale rimozione dalle loro terre negli anni trenta del 1800. Che gli Irlandesi abbiano o meno **"salvato il mondo"** in passato, i samaritani irlandesi stanno oggi contribuendo a salvare gli Indiani d'America.

Questa storia rispecchia ciò che sappiamo da altri racconti di turpitudini morali degli stati? Tra le lezioni più importanti insegnateci dalla crisi COVID-19, c'è che gli sforzi degli stati nel rispondere alle crisi non sono uniformi. Alcune delle élite al potere vedono cinicamente le catastrofi sanitarie come un'opportunità per favorire il proprio elettorato e zittire l'opposizione oppure per "fare un po' di pulizia" ed eliminare i problemi. È tristemente noto che il Governo degli Stati Uniti offrì alle nazioni indiane coperte infettate dal vaiolo, decimò le loro scorte alimentari (distruggendo terreni agricoli e uccidendo milioni di bufali) e, ancora oggi, discrimina i contadini indiani che richiedono prestiti agricoli o assicurazioni sui raccolti. Nonostante i preziosi contributi dei Navajo e degli Hopi alla sicurezza nazionale – essenziali per la creazione e la comprensione di linguaggi codificati durante la

Kindred Spirits  
a Bailick Park,  
Midleton.

Fonte: Wikipedia.

Prima e la Seconda Guerra Mondiale – i servizi sanitari (e non) destinati ai Nativi americani sono cronicamente sottofinanziati. Cosa succederebbe se la generosità irlandese si affievolisse e se i Nativi hawaiani che oggi inviano forniture d'acqua ai loro cugini Americani guardassero altrove?

Nel suo libro *The Art of Not Being Governed* (2009), James Scott problematizza alcuni comportamenti statali che mettono in discussione l'interpretazione positiva e benevola del concetto di sicurezza nazionale. Gli stati sono spesso un paradiso di sicurezza solo per alcuni, non per tutti. Contestualizzando le osservazioni di Scott nel presente, si noterà che le minoranze sono spesso vittime della negligenza e della persecuzione degli stati e che questo ha profonde conseguenze in ambito sanitario – come per gli Uiguri in Cina, i Rohingya in Myanmar, i Ladini e i Rom in Europa, i Palestinesi in Israele, gli Ebrei in ogni continente e gli aborigeni in tutto il mondo. Il lato oscuro dell'egemonia statale assume molte forme. Tra queste vi sono la tassazione schiacciante, la coscrizione, il lavoro forzato, l'espropriazione della terra, l'assimilazione obbligatoria e una serie di trasferimenti coatti. A ciò si aggiungono scarso accesso all'acqua pulita, alla sanità pubblica, all'assistenza di emergenza e alla tutela dei diritti umani – tutti elementi che di certo sottendono il benessere.

Simili violazioni del contratto sociale solo alla base del fallimento statale e, si badi bene, possono essere presenti anche negli stati che vantano una posizione di leadership in termini di produttività economica, forza militare e tenore di vita materiale. È infatti quando uno stato volta le spalle alla sua popolazione o quando, come nel caso della schiavitù o di forme sfruttamento più velate, fonda la sua ricchezza sulla disuguaglianza – intenzionale o fattuale –, che esso “fallisce”. La malversazione statale significa, tra l'altro, che la salute della sua popolazione – e in particolare quella delle minoranze – è compromessa dalla scarsa

alimentazione, dalla mancanza di acqua potabile, aria pulita o un riparo sicuro nonché da una lunga lista di indicatori di salute e benessere. Anche in questo caso, gli Stati Uniti offrono un esempio ben documentato.

Sorprendentemente, uno statunitense vive una vita più breve e gode, fin dalla nascita, di una salute peggiore rispetto ai cittadini di altre nazioni ricche. Questa realtà riguarda tutte le fasce d'età fino ai 75 anni e si rifà a molteplici malattie, lesioni e fattori di rischio biologici e comportamentali. Questi svantaggi sono tragicamente più pronunciati tra le fasce della popolazione più indigenti dal punto di vista socio-economico. Di nuovo, “stato fallito” non è sinonimo di “stato debole”. Secondo l'indice di sviluppo umano delle Nazioni Unite (*Human Development Index*, HDI), gli Stati Uniti si collocano nella parte alta della classifica (*very high*, al 15imo posto sui 189 stati e territori riconosciuti dalle Nazioni Unite). Tra le componenti dell'HDI vi è l'aspettativa di vita, che negli Stati Uniti è recentemente cresciuta. Tuttavia, quando questo indice è “corretto” per tenere conto delle disuguaglianze, notoriamente profonde negli Stati Uniti, la media dell'HDI statunitense crolla del 13,4% – una caduta maggiore della diminuzione media degli altri paesi classificati come *very high*. Non c'è quindi da sorprendersi se fra i membri degli stati moderni maggiormente deprivati, “sicurezza” voglia dire affidarsi alle organizzazioni subalterne e non-statali, ai movimenti sociali, alle reti internazionali e ai buoni vicini all'estero, piuttosto che allo stato.

Scott è famoso per aver dato enfasi alle azioni difensive di chi non si fida dello stato, anche in tempi di carestie ed epidemie. Come a commentare l'odierno flagello COVID-19, egli osservava che la maggior parte delle epidemie sono malattie zoonotiche trasferite da animali domestici e dai loro “accompagnatori”, come ratti, zecche, zanzare, pulci, acari e così via. Se questa osservazione fosse estesa agli animali selvatici e ai loro rispettivi accompagnatori, la com-

preensione delle pandemie da parte di Scott sarebbe molto attuale. Lo stesso si potrebbe dire della sua argomentazione storica secondo cui gli stati incoraggiano non solo l'addomesticamento degli animali, ma anche la loro concentrazione e la loro mescolanza con le comunità umane, esponendo quindi la vulnerabilità di queste ultime. I mercati economico-finanziari sono parte integrante della sicurezza nazionale per la maggior parte degli stati, siano essi falliti o meno. Gli stati che deregolamentano i pericoli e i lati negativi dei mercati devono essere visti come successi neoliberali o come fallimenti? Nel caso degli Stati Uniti, dove facciamo affari scambiando morti in cambio di azioni e punti in borsa (“*death for DOW*”), la patologia è diventata una mentalità, oltre che a una malattia.

In che modo la morbosità, mortalità e disumanità dell'attuale pandemia potrebbero stimolare e alimentare il pensiero critico sulla sicurezza nazionale? Numerose risposte statali al COVID-19 hanno messo a nudo il malessere derivante dal trattamento vergognoso rivolto ai più vulnerabili. Ciò è vero anche per quegli stati che indossano una maschera di sviluppo e sono raramente percepiti come falliti: essere economicamente benestanti ma poveri in termini di salute solleva preoccupazioni di fondo su cosa significhi la prosperità nazionale e a quale costo essa venga raggiunta.

#### PER SAPERNE DI PIÙ:

Howe, L. e Kirwan, P. (ed.) (2020) *Famine Pots: The Choctaw Irish Gift Exchange 1847-Present*. East Lansing, Michigan: Michigan State University Press.

Scott, J. C. (2009) *The Art of Not Being Governed: An Anarchist History of Upland Southeast Asia*. New Haven: Yale University Press.

Woolf S.H. e Aron L. (ed.) (2013) *U.S. Health in International Perspective: Shorter Lives, Poorer Health*. Washington (DC): National Academies Press.

# Anticorpi contro la crisi: diritti umani, salute e sicurezza in tempo di pandemia.

di **Francesca Fortarezza**

La pandemia che stiamo attraversando ha posto in primo piano nel dibattito pubblico la relazione tra salute e sicurezza, portando a galla tutti i disequilibri e le storpiature che hanno caratterizzato la concettualizzazione e l'applicazione di questi termini nelle società contemporanee. L'intrinseca relazione tra salute e sicurezza emerge con chiarezza nella loro etimologia, che ne rivela l'interdipendenza e la complementarità. Si può infatti sentirsi realmente sicuri, esenti da pericoli, se non si è integri e in uno stato di benessere?

Questa correlazione si manifesta in tutta la sua potenza nelle pratiche di distanziamento sociale, in cui si cela una precisa gerarchia tra salute materiale e immateriale, tra sicurezza individualista e comunitaria. Pensato per mettere in salvo i nostri corpi, il distanziamento sociale rischia di avere pesanti ripercussioni sia sul benessere psicologico degli individui sia sulla loro capacità di relazionarsi con l'Altro e con il Mondo che li circonda. Il rischio è appunto di riproporre un modello di sicurezza e un ideale di salute parziali, gli stessi che potrebbero aver co-determinato lo scoppiare della pandemia e le sue tragiche conseguenze. È dunque necessario un atto di riflessione collettiva sul modo in cui abbiamo strutturato il nostro benessere, sugli errori commessi e sulle possibili cure.

Se per alcuni, i più "fortunati", la quarantena ha significato un temporaneo cambiamento nelle proprie abitudini relazionali e lavorative, per molti ha comportato una maggiore esposizione a forme di violenza domestica, sociale e politica. Ciò è avvenuto con particolare evidenza in contesti di insicurezza uma-

na, dove mancano cioè le condizioni essenziali affinché individui e comunità possano godere di un certo benessere fisiologico, psico-sociale e politico-economico. In questi contesti, in cui i diritti umani vacillano anche in periodi di relativa normalità, la pandemia e le misure adottate per contrastarla hanno reso ancora più difficile la vita delle fasce più vulnerabili della popolazione e il lavoro di chi lotta per il riconoscimento dei loro diritti, come i difensori dei diritti umani, ovvero attivisti, giornalisti e operatori sociali impegnati nel contrasto a istituzioni corrotte e nella trasformazione di servizi inefficienti.

Con il loro lavoro di testimonianza e *advocacy*, i difensori e le difensore cercano di riportare i diritti universali sul piano delle violazioni e delle mancanze locali e di riconciliare governi e società civile per raggiungere uno sviluppo sostenibile e pacifico. Questi individui, spesso volontari non retribuiti, svolgono un ruolo chiave nel determinare il grado di *salute* e di sicurezza di una società. In un momento storico come quello che stiamo attraversando, in cui alcuni dei nostri diritti fondamentali sono stati "temporaneamente" sacrificati in nome della sicurezza e della salute collettive, i difensori dei diritti umani sono più che mai cruciali per garantire che la lotta alla pandemia non diventi uno strumento di controllo sociale e non penalizzi nessuno. I gruppi emarginati – dalle donne ai lavoratori informali, dai migranti alle persone in detenzione – rischiano infatti di essere colpiti in modo sproporzionato, o addirittura dimenticati, dalle misure governative per il contenimento del contagio. Il lavoro dei difensori è allora essenziale per far sì che gli stati garantiscano in modo equo e trasparente l'accesso alle informazioni e che, laddove ciò non accada, l'attenzione internazionale venga richiamata e condanni

politiche dannose o inadeguate. Allo stesso modo, la loro voce può richiamare l'attenzione sulle incongruenze e le ineguaglianze che caratterizzano il funzionamento dei servizi pubblici e delle istituzioni politico-economiche.

Proprio per il potere eversivo del loro lavoro, d'altra parte, i difensori sono spesso oggetto di pratiche di repressione e criminalizzazione da parte di regimi più o meno autoritari. A questo si aggiungono oggi le conseguenze della quarantena e dell'isolamento sociale. Limitati negli spostamenti, nelle comunicazioni e nella possibilità di trovare supporto morale e attenzione politica, i difensori si trovano a dover fronteggiare nuovi rischi per la loro sicurezza, sia sul piano del benessere individuale sia su quello dell'efficacia professionale. A fronte di minacce "eccezionali", quali appunto una pandemia, i governi possono infatti fare ricorso a mezzi "straordinari". Questo comporta generalmente una riduzione radicale delle libertà personali (come libertà di espressione, associazione e riunione pacifica) e un drastico rafforzamento di quelle statali, il cui sintomo più eclatante è l'aumento delle forze dell'ordine per le strade e negli spazi pubblici. Il grado di pericolosità di queste misure dipende molto dal contesto in cui vengono applicate. In regimi non realmente democratici, illegittimi o inefficienti, esse possono infatti diventare armi invisibili, strategicamente impiegate per criminalizzare parole e pratiche dissenzianti. Tristemente, e a conferma di questo pericolo, negli ultimi mesi si è assistito su scala globale a un incremento delle violenze nei confronti di giornalisti, attivisti e operatori socio-sanitari che si dimostrassero apertamente critici nei confronti delle politiche dei loro o altrui governi. In numerosi paesi, tra cui Cina, El Salvador, Iraq, Turchia, Serbia, Egitto, Iran, Bielorussia e Vietnam, sono



Fonte: Joe Piette/Flickr.

stati registrati arresti, minacce e abusi di vario genere nei confronti di chiunque criticasse la gestione della crisi. In El Salvador, il Presidente Bukele ha accusato le organizzazioni per i diritti umani di “essere dalla parte del virus” per aver messo in discussione alcune delle misure restrittive. In Iran, dove è stato liberato quasi il 40% della popolazione carceraria, diversi attivisti e attiviste rimangono imprigionati per il loro lavoro pacifico. In Ungheria, il Primo Ministro Orbán ha usato la maggioranza parlamentare del suo partito per imporre uno stato di emergenza indefinito che gli consentirà di incarcerare coloro che diffondono ciò che il Governo considera false notizie che potrebbero allarmare i cittadini.

Le misure straordinarie adottate da molti governi mettono a dura prova il lavoro e la vita dei difensori e delle difensore e, di riflesso, compromettono le libertà e le sicurezze di tutti. A questo proposito, l'Alto Commissario per i Diritti Umani delle Nazioni Unite (OHCHR) ha [dichiarato](#) che “le dichiarazioni di emer-

genza basate sull'epidemia di COVID-19 non dovrebbero essere utilizzate come base per colpire determinati gruppi, minoranze o individui. Non dovrebbero fungere da copertura per azioni repressive con il pretesto di proteggere la salute, né dovrebbe essere usato per mettere a tacere il lavoro dei difensori dei diritti umani”. Eppure, in Iran, il Governo ha attivato una collaborazione con il Gruppo NSO, agenzia di sicurezza privata che fornisce servizi ai governi per la lotta al crimine e al terrorismo, mentre in Russia è stata decisa l'approvazione di uno dei più grandi sistemi di telecamere di sorveglianza al mondo, dotato di tecnologia di riconoscimento facciale. Questo genere di servizi e tecnologie può facilmente essere convertito a strumento di monitoraggio continuo di soggetti critici e quindi scomodi. Accanto alle misure statali, sono aumentate esponenzialmente anche le pratiche informali di contenimento del dissenso. In Colombia, dall'inizio del 2020, più di 100 difensori dei diritti umani sono stati ammazzati, con il picco di omicidi rag-

giunto durante le settimane della quarantena. In Brasile, dove sono frequenti gli omicidi di leader indigeni, è stato registrato un aumento delle attività di estrazione illegale e disboscamento nei territori delle comunità originarie: con le restrizioni in atto, le comunità e i loro leader sono rimasti isolati dai loro supporti esterni e quindi più vulnerabili nella lotta per la difesa della Terra.

La stigmatizzazione sociale di attivisti e giornalisti, il controllo dei loro movimenti e il silenziamento delle loro voci possono avere ripercussioni pesanti su gruppi e realtà già a rischio e quindi minacciare non solo i loro diritti fondamentali, ma la stessa democrazia e lo stato di diritto. Questo rischio si fa ancor più concreto perché le pratiche di repressione e criminalizzazione tendono ad avere effetti anche gravi sulla salute psico-fisica e sul senso di sicurezza dei difensori e delle difensore. Già normalmente esposti a attacchi più o meno diretti e a pratiche volte a minare la loro autostima e capacità d'azione, il momento di crisi che stiamo

attraversando potrebbe acuire ulteriormente il senso di fragilità e impotenza di questi soggetti. L'isolamento forzato può infatti generare, sul medio-lungo termine, reazioni simili a quelle causate da eventi traumatici, quali depressione, ansia, solitudine, tristezza, preoccupazione, paura, rabbia, fastidio, frustrazione, senso di colpa, impotenza, solitudine e nervosismo. Nel riflettere sull'importanza del loro ruolo nelle società contemporanee e future è importante quindi tenere presente l'eventualità di un aggravamento del senso di isolamento e di abbandono dei difensori dei diritti umani. Prestare attenzione alla loro dimensione psico-somatica e psico-sociale è condizione essenziale affinché essi possano svolgere il loro lavoro. Sentimenti di malessere e paura, infatti, generano confusione, mettendo in discussione i riferimenti personali e generando sentimenti di impotenza individuale e collettiva. Nei casi limite, ciò può portare a un blocco emotivo e a una confusione politica che rendono incapaci di agire e re-agire, con conseguente aumento del senso di frustrazione.

La crisi sanitaria in cui molti paesi sono precipitati negli ultimi mesi trova le sue radici più profonde in una concezione materialista e utilitaristica dell'essere umano e del suo rapporto con l'Altro. Plasmato su questa concezione, il sistema di *welfare* neoliberale ha ridotto la cura a cura del corpo e la sicurezza a sicurezza economica. Ne è risultato un pericoloso abbandono della dimensione psico-sociale dell'esistenza, che è andato di pari passo con la formalizzazione di un rapporto di competizione e sfruttamento nei confronti dell'Altro e del Mondo. Una logica materialista, utilitaristica e sfruttatrice ha messo in secondo piano il senso della solidarietà e della cura reciproca, lasciando che investitori e corporazioni assorbissero capitali che avrebbero potuto essere destinati all'istituzione e al rafforzamento dei servizi pubblici e della sicurezza sociale. Sono stati così traditi i due ideali fondativi della promessa democratica contemporanea, quello dell'uguaglianza e quello della partecipazione. Nelle

profonde disuguaglianze intra- e internazionali, l'accesso ai servizi e la garanzia dei diritti si sono resi quanto mai selettivi ed escludenti.

Il virus ha fatto sì che emergesse l'inconsistenza di un tessuto sociale inaridito da economie predatorie e politiche parassitarie. Serve allora un pensiero collettivo e orientato alla cura, che non può e non deve essere solo quella del corpo, ma anche quella della mente e delle relazioni sociali, nonché del rapporto con la natura. La sicurezza e la salute dei difensori dei diritti umani e dell'ambiente sono allora ancor più fondamentali perché questi soggetti si fanno spesso promotori di forme di conoscenza e di comportamento "alternative" rispetto a quelle *mainstream*. Entrando in un dialogo attivo e propositivo con comunità indigene, per esempio, i difensori della Terra e dell'ambiente si fanno portatori di codici etici in cui l'interrelazione tra essere umano e Natura è fondativa e imprescindibile. Nella concezione di molte comunità indigene, l'idea del buon vivere riconosce la correlazione sistemica di diversi domini per costruire il benessere individuale (armonia con se stessi), sociale (armonia con gli altri) ed ecologico (armonia con l'ambiente naturale). Eppure, secondo il Meccanismo di Esperti dell'OHCHR sui Diritti delle Popolazioni Indigene, la diffusione di COVID-19 ha esacerbato e continuerà ad aggravare una situazione già critica per molte popolazioni indigene, da tempo esasperate da politiche inique e discriminatorie.

Le misure che i governi stanno attuando oggi determineranno in maniera sostanziale il nostro futuro. La pandemia ha messo a dura prova la nostra salute – fisica e mentale – e la nostra sicurezza – politica, economica ed ecologica. L'uscita dalla crisi nel rispetto dei diritti umani deve allora comportare una riscoperta della natura complessa dell'essere umano, che non è solo corpo-macchina, votato alla produzione e all'efficienza, ma anche spirito, intelletto, socialità e affettività. Ciò significa riscoprire il va-

lore dell'immateriale per opporlo al materialismo individuale e all'utilitarismo socio-ecologico. Ricercatori e operatori dagli ambiti più svariati stanno ribadendo l'urgenza di un cambio di prospettiva. Si richiede uno spostamento dell'attenzione dagli interessi personali e individualistici a modi collettivistici di relazionarci con il mondo, per riscoprire gli effetti che il nostro comportamento ha sull'Altro e formulare un modello di equa condivisione delle risorse, siano esse materiali o immateriali. La fase di recupero dalla pandemia richiederà allora di passare a un'economia "compassionevole" e a una politica della cura che generi mezzi di sussistenza efficaci e sostenibili per tutti. L'essenziale (materiale e immateriale, individuale e collettivo) deve essere accessibile a tutti e, perché lo sia, tutto deve essere ripensato. Per questo devono avere peso e sostanza le parole e il pensiero dei movimenti sociali e degli attivisti per i diritti umani.

#### PER SAPERNE DI PIÙ:

Access Now (2020) "Fighting misinformation and defending free expression during Covid-19: recommendations for states". Disponibile su: <https://www.accessnow.org/cms/assets/uploads/2020/04/Fighting-misinformation-and-defending-free-expression-during-COVID-19-recommendations-for-states-1.pdf>.

Agamben G. (2020) "Una domanda". *Quodlibet*, 13 Aprile 2020. Disponibile su: <https://www.quodlibet.it/giorgio-agamben-una-domanda>.

Amnesty International (2020) *Human rights defenders: We need them more than ever! States worldwide must protect Human Rights Defenders in the current COVID-19 crisis*. Disponibile su: <https://www.amnesty.org/en/documents/act30/2102/2020/en/>.

*Il Manifesto* (2020) "400 scienziati scrivono a Conte e Mattarella per un paese sostenibile dopo Covid-19", 22 Maggio 2020. Disponibile su: <https://ilmanifesto.it/400-scienziati-scrivono-a-conte-e-mattarella-per-un-paese-sostenibile-dopo-covid-19/>.

# One Health, approccio multidisciplinare per promuovere la sicurezza sanitaria globale.

di **Micol Fascendini, Daniela Rana, Elena Cristofori** ed **Elena Comino**

Comitato Collaborazione Medica

Il 60% delle malattie infettive dell'uomo è di origine animale. Una percentuale particolarmente preoccupante e che aumenta fino al 75% se si fa riferimento alle sole infezioni emergenti, malattie che appaiono per la prima volta in una certa popolazione o che esistono da tempo, ma che hanno subito un rapido aumento in termini di incidenza e distribuzione geografica. Tra queste, e solo per citarne alcune, ritroviamo HIV, Ebola, MERS, SARS, Rift Valley Fever e, ovviamente, COVID-19. Si tratta

di infezioni che si trasformano facilmente in epidemia, diffondendosi molto velocemente a livello globale e causando non solo un impatto sulla salute pubblica, con numeri ingenti di malati e morti, ma anche effetti socio-economici devastanti. Diversi fattori di ordine economico, demografico, sociale e ambientale – tra cui l'urbanizzazione, gli interventi di deforestazione, lo sfruttamento agricolo della terra e i cambiamenti climatici – facilitano l'emergere di queste infezioni, permettendo agli agenti patogeni, virus e batteri, di svilupparsi in nuove nicchie ecologiche, adattarsi a nuovi ospiti e trovare il modo di diffondersi in maniera ancora più rapida.

I sistemi sanitari nazionali restano certamente i principali responsabili del

controllo e della gestione delle infezioni emergenti e delle epidemie che ne conseguono; tuttavia, una minaccia così complessa richiede un'azione altrettanto articolata, in cui il sistema sanitario non può agire da solo, ma deve collaborare e co-creare una risposta integrata, multi-settoriale e coordinata insieme ad altri attori. Nel 2014, trenta paesi e organizzazioni internazionali hanno creato la *Global Health Security Agenda (GHSA)*, un'iniziativa di collaborazione che mette insieme governi, agenzie internazionali, organizzazioni non-governative, istituti di ricerca e settore privato con l'obiettivo di condividere buone pratiche e rafforzare le capacità nazionali e globali di rispondere alle minacce poste dalle malattie infettive e raggiungere un mondo sicuro e 'in salute'. Lo strumento



Fonte: Archivio CCM @ Angel Ballesteros – Kenya 2019.



Fonte: Archivio CCM @ Angel Ballesteros – Kenya 2019.

proposto dalla GHSA è la collaborazione multi-settoriale che coinvolge attori della salute umana e della salute animale, dell'agricoltura e dell'allevamento, dell'ambiente, dell'educazione, dell'economia e dello sviluppo.

In quest'ottica, la GHSA promuove l'approccio [One Health](#) come elemento unico e distintivo di collaborazione multi-disciplinare. One Health riconosce l'interconnessione tra esseri umani, animali e ambiente e promuove un approccio collaborativo, multi-settoriale e transdisciplinare, per raggiungere uno stato di salute ottimale e sistemico per il pianeta. In particolare, One Health incoraggia la collaborazione, condivisione e comunicazione tra più discipline, promuovendo una responsabilità condivisa per l'ottenimento della salute e della sicurezza globale.

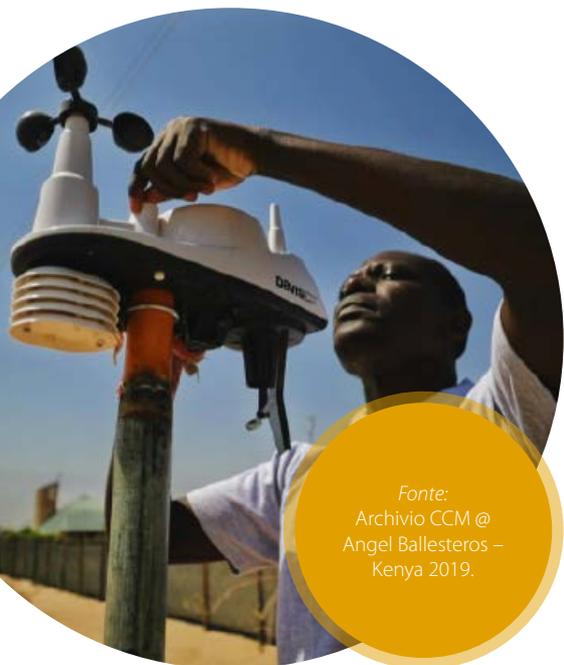
Il Comitato Collaborazione Medica (CCM), organizzazione non-governativa di Torino, ha fatto proprio l'approccio

One Health e ne promuove l'applicazione a livello locale, attraverso azioni comunitarie che possano generare evidenza, contribuire alla formulazione delle politiche nazionali e al riconoscimento dell'approccio stesso su scala globale. Attraverso azioni di One Health, CCM promuove la collaborazione transdisciplinare in cui esperti in diverse discipline, attori istituzionali e comunità locali lavorano insieme per complementare conoscenze e pratiche tradizionali con il sapere scientifico e la tecnologia e trovare soluzioni innovative alle minacce sanitarie e ambientali di oggi.

Il [progetto](#) "Un Approccio Multi-disciplinare per Promuovere la Salute e la Resilienza delle Comunità Pastorali in Nord Kenya", nella contea di Marsabit, è un esempio concreto dell'impegno e dell'azione di CCM in ambito One Health. Il progetto si concentra nella sotto-contea di Norh Horr, abitata da circa 126.000 persone, per la maggior parte pastori nomadi, ed è promosso

da un team multidisciplinare, composto da CCM, Vétérinaires Sans Frontières Germania (VSF Germania), Translate into Meaning (TriM) e il Dipartimento Interateneo di Scienze, Progetto e Politiche del Territorio (DIST) del Politecnico e dell'Università di Torino\*. Il progetto riconosce la possibilità di ottenere salute e sicurezza solo in maniera interdisciplinare e supporta, pertanto, un'azione partecipata all'identificazione, controllo e gestione delle minacce ambientali e sanitarie, in particolare le zoonosi (malattie infettive trasmesse dall'animale all'uomo) particolarmente diffuse tra i pastori che hanno un legame indissolubile con i propri animali e l'ambiente circostante.

Il progetto è stato disegnato sulla base di una ricerca operativa durata 15 mesi nel sud dell'Etiopia, in un'area omogenea dal punto di vista socio-culturale e simile all'area di progetto in Kenya. La ricerca, così come la successiva applicazione nella contea di Marsabit,



ha visto l'impegno di un gruppo di lavoro guidato da una figura di antropologo medico, e composto da staff di formazione sanitaria e veterinaria. La ricerca ha permesso di comprendere percezioni e comportamenti dei pastori riguardo la propria salute, la salute dei propri animali e l'ambiente in cui essi vivono e con cui interagiscono; di valutare la possibilità di organizzare interventi volti a integrare i servizi sanitari e veterinari in un ambiente salubre; e di sperimentare e convalidare tecnologie innovative per la salute e il controllo del clima, combinando approcci scientifici dal basso verso l'alto e dall'alto verso il basso.

La **ricerca interdisciplinare** ha ottenuto risultati essenziali per orientare l'azione, soprattutto in ottica di prevenzione del conflitto e sicurezza umana:

- L'approccio One Health riguarda il settore pastorale ma, nelle comunità pastorali, il processo di ricerca della salute è negativo per le persone (si tende alla negazione dei problemi), positivo per gli animali (c'è un eccesso di preoccupazione) e neutro per l'ambiente (che non viene quasi mai considerato "malato");
- Nel rapporto tra pastori/animali esiste biunivocità, ma asimmetria, nei comportamenti di ricerca del-

la salute (la salute dell'animale ha spesso la precedenza, poiché un animale malato mette a rischio la salute e la sopravvivenza di più di un membro della famiglia, es. non producendo latte per nutrirsi);

- Il movimento di persone e mandrie è fondamentale, soprattutto nel campo della salute ambientale (es. sfruttamento dei pascoli);
- Le zoonosi non sono pienamente riconosciute dai pastori, a esclusione dell'antrace e della febbre della Rift Valley, benché la brucellosi sia ampiamente diffusa nell'area di intervento;
- L'inquinamento sta raggiungendo valori soglia, soprattutto nei grandi centri abitati, dove plastiche, rifiuti biologici e residui chimici tossici incidono in modo significativo sull'inquinamento delle acque di superficie e delle falde sotterranee, con rischi per la salute dell'uomo, degli animali e dell'ambiente;
- Il monitoraggio e la previsione di eventi estremi si basano principalmente sull'utilizzo di indicatori tradizionali, quali la lettura delle viscere animali o l'osservazione delle stelle, e non sulla conoscenza scientifica;
- Le comunità dimostrano un elevato interesse verso le moderne tecnologie di previsione e monitoraggio meteorologici, quali satelliti o modelli numerici, unito all'utilizzo dei cellulari per registrare e condividere dati relativi a pioggia o temperatura misurati a scala locale.

La strategia del progetto si fonda sulla centralità degli operatori comunitari: 360 tra Volontari della Salute Comunitaria (*Community Health Volunteers*, CHV), Volontari Comunitari per la Salute Animale (*Community Disease Reporters*, CDR), Agenti di Salute Familiare (*Health Household Agents*, HHA) e leader comunitari e religiosi. Il progetto li ha formati sui temi relativi all'approccio One Health, promuovendo una discussione partecipata intorno al concetto generale, affrontando in dettaglio i principali problemi di salute umana e salute animale, tra cui il rischio di trasmissione

delle zoonosi, e analizzando insieme le misure igienico-comportamentali per prevenirne la trasmissione. CHV e CDR sono stati poi ulteriormente formati sulla raccolta di dati ambientali, relativi alle risorse presenti sul territorio, climatologici, di salute umana e animale, con l'obiettivo di facilitare l'identificazione di indicatori di rischio e pianificare strategie per ridurre gli impatti derivanti da possibili minacce ambientali (come periodi di prolungata siccità o di piogge intense) e sanitarie (come appunto l'insorgenza di epidemia). Si cerca dunque di costruire un sistema di supporto alle decisioni (*Decision Support System*), a livello comunitario, basato sull'integrazione di conoscenza tradizionale, scienza e tecnologia.

È interessante notare come sia la comunità stessa a giocare un ruolo di primo piano nella costruzione della propria sicurezza, a tutti i livelli. Sono i rappresentanti della comunità pastorale, infatti, che identificano il sospetto di un capo di bestiame malato o di un pozzo la cui acqua non è più salubre per persone e/o animali, lo riportano alle autorità competenti e all'équipe di progetto, e con loro cercano una soluzione al problema.

Gli operatori comunitari sono stati formati a osservare, misurare e registrare alcuni parametri nell'area di progetto, scelti in maniera partecipativa durante la loro stessa formazione come indicatori più rilevanti per il monitoraggio delle condizioni meteo-climatiche, sanitarie e veterinarie della zona. Ogni giorno, CHV e CDR misurano precipitazione, temperatura massima e minima, indicatori tradizionali, osservano e registrano eventuali eventi inusuali o potenzialmente dannosi per la salute di uomini e animali e raccolgono informazioni qualitative sulla vegetazione, i punti di acqua, la copertura nuvolosa e le tempeste di vento. Dati numerici e informazioni qualitative sono inviate a un database cloud e immediatamente condivise a diversi attori chiave (tra cui, operatori di comunità, autorità locali ed esperti tecnici). Grazie a questo sistema partecipativo di raccolta e condivisione

dei dati, le comunità hanno dimostrato nel tempo un'accresciuta consapevolezza dell'importanza di osservare e registrare dati meteo-ambientali e parametri sanitari come strumento per riconoscere cambiamenti significativi nell'ambiente che li circonda.

Le informazioni raccolte a livello comunitario, vengono sistematizzate in un semplice strumento di accesso e visualizzazione dei dati per essere poi analizzati mensilmente in maniera transdisciplinare da un comitato scientifico, composto in genere da membri della comunità, istituzioni, team di progetto ed esperti tecnici (in salute umana e animale, impatto idrogeologico, vegetazione e meteo-clima). Nel corso di queste attività di analisi partecipata, la comunità discute riguardo ai principali fattori di rischio registrati negli ultimi tre mesi, quali mancanza di pioggia, tempeste di vento, carenza di aree di pascolo, presenza di specie vegetative infestanti e non commestibili, diffusione di malattie, dei possibili impatti sulla comunità e delle possibili azioni da intraprendere nel mese successivo. Tale approccio stimola inoltre la discussione riguardo l'importanza di registrare le informazioni di rischio tramite supporto elettronico, in modo da costruire una memoria storica relativa a pericoli e impatti.

Lo strumento di visualizzazione e condivisione dei dati è risultato

particolarmente utile durante le invasioni di locuste nell'area di progetto (gennaio-maggio 2020). Grazie all'integrazione di dati raccolti sul campo, dati di stima della pioggia e di stato della vegetazione raccolti da satellite, e dati di previsione del vento ottenuti tramite modelli numerici, lo strumento ha permesso un'analisi approfondita della situazione e prodotto una serie di mappe che hanno supportato le valutazioni multi-rischio dell'Agenzia Nazionale di Gestione della Siccità (*National Drought Management Authority*). La collaborazione tra operatori comunitari, istituzioni ed esperti ha promosso una valutazione congiunta del rischio e potrà aiutare a identificare azioni collettive di prevenzione e controllo, per mitigare il rischio di insorgenza di eventi simili in futuro.

Sebbene all'inizio e con ancora tanto da imparare e migliorare, l'esperienza comunitaria in Nord Kenya evidenzia l'importanza della collaborazione, condivisione e comunicazione multi-disciplinare per la gestione del bene comune salute, nella complessità dei suoi determinanti e delle strategie da porre in atto per promuoverla. In questo senso, l'approccio One Health non rappresenta solamente l'integrazione tra discipline diverse, ma anche l'integrazione sistemica come metodologia di lavoro, in cui consapevolezza collettiva e responsabilità individuale

sono elementi essenziali per raggiungere salute e sicurezza globale.

*\*VSF Germania è un'organizzazione non-governativa specializzata nella salute animale, con esperienza pluridecennale in Africa Orientale; TriM è una PMI che supporta i processi di decision-making per la gestione delle risorse ambientali e di salute, trasformando dati in azioni; DIST è un ente di ricerca con finalità di cooperazione allo sviluppo che lavora in ambito di habitat, progettazione, pianificazione e sviluppo territoriale.*

#### PER SAPERNE DI PIÙ:

CCM (2018) *Position Paper su One Health*. Disponibile su: <http://www.ccm-italia.org/wp-content/uploads/2019/04/Position-Paper-del-CCM-sul-One-Health.pdf>.

Gibbs, E. P. J. (2014) "The evolution of One Health: a decade of progress and challenges for the future". *Veterinary Record*, 174(4), 85-91. Disponibile su: <https://veterinaryrecord.bmj.com/content/174/4/85.full>.

Morse, S. S. (1995) "Factors in the Emergence of Infectious Diseases". *Emerging Infectious Diseases*, 1(1), 7-15. Disponibile su: [https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/1/1/95-0102\\_article](https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/1/1/95-0102_article).

Salza, A. (2018) DON'T ASK, DON'T TELL. *One-Health Seeking Behaviours among Pastoralists in a Semi-arid Land. Report of the Anthropology-Ecology Field Mission*. Disponibile su: <http://www.ccm-italia.org/one-health-uomo-animale-ambiente-north-horr-2>.

# Ebola nelle frontiere: Una nuova dimensione di insicurezza umana.

di Jerome Ntege

Nelle zone di frontiera, l’Ebola è un nemico invisibile e una fonte di diverse forme di insicurezza non-tradizionale che vanno dalla negligenza dello stato alle quarantene forzate, alla fame, ai conflitti e alle crisi transfrontaliere. L’Ebola è un’epidemia mortale che in alcuni casi può raggiungere un tasso di letalità del 90% e che causa sintomi orribili tra cui febbre alta, diarrea e abbondanti emorragie interne ed esterne. Essendo tra l’altro associabile a questioni di bio-sicurezza sotto forma di bioterrorismo, l’Ebola desta forti preoccupazioni e porta a politiche draconiane di isolamento dei corpi dei malati. Nel tentativo di impedire la diffusione del virus, gli stati tendono a chiudere le proprie frontiere e innalzare barriere ai propri confini. A causa di ciò le popolazioni che vivono nelle zone di frontiera si ritrovano nel bel mezzo di una crisi che va al di là dell’epidemia, trovandosi a dover affrontare situazioni di grave insicurezza umana, spesso scarsamente riconosciute e documentate. La quarantena, ad esempio, impedisce il movimento di beni e servizi in alcune zone andando quindi ad aggravare problematiche preesistenti, come la carenza di cibo. Ci si ferma per combattere l’Ebola, ma si lotta per la sopravvivenza.

I titoli di giornali e le notizie sull’Ebola suscitano rifiuto, paura e panico tra l’opinione pubblica, tanto sul piano nazionale quanto su quello internazionale. Gli stati si concentrano perlopiù sulle minacce esterne derivanti dall’Ebola gestendo il movimento dei corpi umani e preoccupandosi del benessere della popolazione nazionale. In questo senso, garantire la sicurezza na-

zionale vuol dire garantire la sicurezza dei cittadini contro gli attacchi *esterni* di un virus letale come quello dell’Ebola. E quando i governi temono che un virus del genere possa entrare nel loro territorio da un altro paese, le questioni sanitarie si trasformano in questioni di sicurezza e ci si sforza affinché il “corpo sano”, cioè lo stato, non venga contagiato. L’assunto di partenza è che l’Ebola arrivi da altrove, mai dall’interno, e si istituiscono quindi politiche per limitare il movimento dei sospetti “vettori” del virus: le persone. Questo breve articolo affronta il tema adottando una prospettiva di sicurezza umana e mettendo al centro dell’analisi l’esperienza di chi vive in zone di frontiera. Quanto segue è il risultato di un’indagine etnografica condotta per 12 mesi nell’ambito della ricerca *“The Constructions of Ebola and the struggle against the epidemic in Bundibugyo”*.

Nel 2007, il distretto di Bundibugyo, nella regione occidentale dell’Uganda, è stato l’epicentro di un’epidemia di Ebola. Non si sa con certezza quante persone siano morte tra le montagne del Rwenzori, ma è noto che almeno 140 individui siano stati contagiati e, di questi, 40 siano deceduti. Bundibugyo si trova a circa 360 chilometri a ovest da Kampala, proprio al confine con la Repubblica Democratica del Congo (RDC). Nel distretto vi sono due gruppi etnici principali, Bamba e Bakozo. Entrambi i gruppi, però, condividono legami etnici e familiari con la popolazione della RDC: la maggior parte degli abitanti di Bundibugyo ha parenti, amici o affetti oltreconfine – tutti legami su cui si basa il sostegno sociale della popolazione locale. Le famiglie ugandesi, ad esempio, aiutano i loro parenti congolese ad accedere alle istituzioni, formali e non, in Uganda. Tra

le due comunità si è creata una mutua dipendenza per quel che riguarda i servizi di assistenza sanitaria, una reciprocità che trascende le dogane e i confini formali dello stato. Di conseguenza, anche durante un’emergenza epidemica, le comunità di frontiera continueranno sempre a spostarsi – e a valicare i confini nazionali – per cercare aiuto e ricevere assistenza medico-sanitaria, come è accaduto nel 2007.

All’inizio dell’epidemia di *Bundibugyo Ebolavirus*, mentre la gente sprofondava nel panico, gli esperti ci misero tre mesi per reagire e dare un nome all’assassino misterioso. Un sopravvissuto di Nyahuka ha testimoniato che “Anche se l’epidemia era iniziata nell’agosto 2007, l’équipe medica di Kampala è arrivata nel novembre 2007 [...] quando la gente si era già spostata oltre confine, dalla montagna alla foresta, per cercare tutto l’aiuto possibile”. Questa risposta tardiva all’emergenza in corso dimostrò la scarsa preparazione del Governo nel coordinare le misure necessarie per affrontare in modo tempestivo un’epidemia in zone di confine remote e isolate come quella del distretto di Bundibugyo – distretto che già di per sé disponeva di strutture e infrastrutture inadeguate. Per tre mesi non ci furono misure rigorose di sorveglianza e controllo, nonostante nella regione vi fossero costanti movimenti transfrontalieri che esponevano la popolazione ad altissimo rischio. Solo una volta dichiarata ufficialmente l’epidemia, vennero imposte restrizioni e istituiti controlli sul movimento delle persone a Bundibugyo: chiunque fosse sospettato di essere infetto da Ebola non poteva spostarsi dal proprio villaggio e nel caso in cui vi fosse una persona infetta in un nucleo familiare, tutta la famiglia e l’intero villaggio veniva confinato per 21 giorni.



Il distretto di Bundibugyo al confine tra Uganda e Repubblica Democratica del Congo. *Fonte: Wikipedia.*

Intere comunità divennero quindi campi di reclusione e Bundibugyo venne completamente isolato. Non vi era nessun collegamento possibile tra un individuo malato, confinato in uno dei “villaggi Ebola” del distretto, e i suoi famigliari che si trovavano altrove. In altre parole, chi si trovava in quel momento a Bundibugyo smise di essere considerato un individuo dotato di personalità e identità per trasformarsi in un corpo malato, potenzialmente pericoloso per l'intera cittadinanza. Chi cercava di

spostarsi dal distretto veniva braccato e portato in isolamento per essere sottoposto a un rigoroso esame medico, i malati venivano sequestrati da “unità di isolamento” appositamente create e, quando qualcuno moriva, i corpi venivano sepolti da qualche operatore sanitario senza il consenso della famiglia.

Bundibugyo e i suoi abitanti hanno subito un lungo periodo di stigmatizzazione e rifiuto, non solo all'interno dei confini ugandesi, ma anche da par-

te degli stati vicini. La RDC e il Ruanda chiusero le loro frontiere per evitare che l'Ebola si diffondesse nei loro territori, creando però scompiglio nelle comunità delle zone di confine, la cui sopravvivenza, come già accennato, dipende fortemente dal rapporto di reciprocità. Le frontiere divennero quindi un campo di battaglia per i funzionari dell'immigrazione e gli operatori sanitari che cercavano di controllare i movimenti delle persone. La chiusura delle frontiere trasformò l'emergenza epidemica in una

crisi transfrontaliera di sicurezza umana. Un anziano intervistato a Bubandi ha affermato che "Chiudere il confine è stata una pessima decisione perché la gente era alla ricerca di supporto dalla medicina tradizionale in RDC. Altre persone hanno le loro radici ancestrali in RDC e ci si recano ogni qualvolta abbiano bisogno di cure per malattie misteriose come l'Ebola. La RDC, poi, ha molte foreste vergini [...] e alcuni pensavano che andando in Congo avrebbero potuto sfuggire alle streghe di Bundibugyo. Quindi i parenti dei malati volevano portare i loro cari in RDC per ricevere un trattamento rituale adatto".

Chiudere le frontiere creò dunque una controversia di bio-legittimità: il diritto di un corpo sofferente di attraversare il confine per cercare cure adeguate non pare applicarsi in una situazione di epidemia di Ebola. In circostanze normali è moralmente accettabile per un malato spostarsi e recarsi in un altro stato per ottenere le cure necessarie. Un malato di Ebola, invece, non può cercare assistenza medica al di fuori dei confini del proprio paese. Ciò può sembrare logico, ma chi vive in zone di frontiera non vede le linee di confine che formalmente impediscono ai loro cari di ricevere cure o di far visita ai propri parenti per qualsiasi altra ragione. Durante l'epidemia di Ebola del 2007, ad esempio, a numerosi

cittadini ugandesi vennero negati i visti, mentre ai Musulmani venne impedito il tradizionale pellegrinaggio religioso verso la Mecca.

Gli abitanti di Bundibugyo, in particolare, vennero considerati untori di malattie infettive e percepiti come una minaccia per la sicurezza dello stato – non come essere umani, ma esclusivamente come corpi malati. I viaggiatori provenienti da aree contaminate cessarono di essere persone e diventarono vettori di virus, insetti, parassiti, e germi a cui gli stati devono necessariamente negare l'accesso. L'Ebola creò una barriera mentale tra aree contaminate e aree "pulite" volta a proteggere la sicurezza nazionale che finì con lo spogliare l'essere umano di identità – facendolo diventare esso stesso un virus – e delle sue relazioni sociali, dividendo famiglie e comunità.

Benché divisi da frontiere artificiali, chi vive nelle zone di confine rappresenta spesso un gruppo di persone, i *borderlander*. Anche in una situazione di emergenza sanitaria, dovrebbe essere permesso loro di determinare i propri interessi, aspirazioni e sicurezza. Nelle zone di frontiera, in caso di epidemia, la sicurezza umana dovrebbe prevalere sulla sicurezza nazionale e gli stati, in particolare quelli confinanti, dovrebbero lavorare collettivamente per sconfigge-

re un nemico comune, il virus, e adottare un approccio di cooperazione regionale invece di chiudere le loro frontiere e deteriorare ulteriormente la sicurezza umana dei *borderlander*.

Enemark, C. (2017) Ebola, Disease-Control, and the Security Council: From Securitization to Securing Circulation. *Journal of Global Security Studies*, 2(2). Disponibile su: <https://doi.org/10.1093/jogss/ogw030>.

Hinchliffe, S., Allen, J., Lavau, S., Bingham, N. e Carter, S. (2012) "Biosecurity and the topologies of infected life: from borderlines to borderlands". *Transactions of the Institute of British Geographies*, 2013(38). Disponibile su: <https://doi.org/10.1111/j.1475-5661.2012.00538.x>.

Kinsma, J. (2012). "A time of fear': local, national, and international responses to a large Ebola outbreak in Uganda. *Globalization and Health*, 8(15). Disponibile su: <http://www.globalizationandhealth.com/content/8/1/15>.

MacNeil, A. et al. (2010) "The proportion of Deaths and Clinical Features in Bundibugyo Ebola Virus Infection, Uganda". *Emerging Infectious Diseases*, 16(12). Disponibile su: <https://dx.doi.org/10.3201%2Fid1612.100627>.



# Scenari possibili e strategie per garantire servizi minimi essenziali nel conflitto a bassa intensità nella provincia di Cabo Delgado, Mozambico. L'esperienza in corso di Medici con l'Africa CUAMM.

di **Giovanna De Meneghi**  
ed **Edoardo Ocra**

Dall'ottobre del 2017 la Provincia di Cabo Delgado, all'estremo nord del Mozambico, è ferita da attacchi armati compiuti da milizie riconducibili al panorama del radicalismo di matrice islamista. La situazione è estremamente fluida, con gli "insurgentes" – come vengono definiti dal Governo mozambicano in assenza di una loro rivendicazione identitaria precisa – che compiono attacchi notturni nei poverissimi villaggi dei distretti del nord della Provincia, vandalizzando gli edifici pubblici che rappresentano il Governo, spesso incendiando capanne e uccidendo gli abitanti in episodi di notevole ferocia. Sono svariate decine ormai gli attacchi compiuti, dimostrando un'evoluzione in termini strategici nonché organizzativo-militari, durante i quali le milizie hanno simbolicamente conquistato due cittadine capoluogo di distretto prendendo possesso degli uffici del governo locale.

Il dato politico degli episodi ha rappresentato un cambio di paradigma innegabile in termini di sottrazione di controllo del territorio, marcando una cesura anche nell'immaginario della

popolazione e di conseguenza nella risposta che gli attori umanitari possono offrire alla popolazione. A causa dell'escalation degli attacchi armati, decine di migliaia di persone sono fuggite dalle aree coinvolte dirigendosi verso sud, nei distretti ancora non colpiti e verso la città di Pemba, capoluogo della Provincia di Cabo Delgado. Per le dimensioni del fenomeno, il Governo mozambicano e le maggiori agenzie internazionali di aiuti umanitari hanno incontrato difficoltà nel valutare l'entità delle popolazioni in fuga e organizzare una risposta strutturata per fornire servizi essenziali.

Medici con l'Africa - CUAMM lavora a Cabo Delgado dal 2012 occupandosi di rafforzamento dei sistemi sanitari locali e di salute materno-infantile, di HIV e di malaria ed è attore rilevante nel supportare la risposta alla pandemia di COVID-19 nella Provincia, la più colpita del paese per numero di casi e quella in cui si sono registrati anche i primi decessi.

In collaborazione con l'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (IOM), il CUAMM nell'agosto 2019 ha avviato un primo programma di lotta all'HIV/Aids volto a riportare in trattamento quei pazienti che, colpiti dal ciclone Kenneth dell'aprile precedente,

hanno dovuto essere riallocati e/o hanno visto le strutture sanitarie distrutte dal disastro naturale. L'infezione da HIV continua infatti ad affliggere quasi il 15% della popolazione nazionale (con un picco del 17% tra gli adolescenti) in un contesto dove il 44% delle donne ha una gravidanza prima dei 19 anni. Questo primo intervento è terminato nel maggio 2020, riportando un 84% di pazienti reintegrati nel trattamento. Per garantire continuità e integrazione al programma, nel gennaio 2020 è iniziato un secondo intervento dal titolo "HIV Knows No Border – HIV non ha confine" in quattro distretti, in supporto a categorie particolarmente fragili ed esposte come adolescenti, *sex workers* (notoriamente migranti, provenienti dalle altre province del paese, dagli stati limitrofi e da altri paesi dell'Africa orientale e centrale) e minatori (spesso informali in quanto non assunti dalle compagnie minerarie).

In un contesto particolarmente diversificato come quello di Cabo Delgado, l'impegno per garantire servizi sanitari di base rappresenta una sfida doverosa e cruciale sia in termini di protezione delle popolazioni che per evitare un'incrudirsi delle condizioni di vita che potrebbe condurre a microconflitti trasversali tra autoctoni e alloctoni per



**Bambini  
in un campo per  
rifugiati nel distretto  
di Metuge,  
Cabo Delgado.**

Fonte:  
Edoardo Occa.

contendersi le già scarse risorse materiali disponibili in una società che vive di agricoltura di sussistenza; ma è una sfida con risvolti anche simbolici e politici, che riguarda diritti essenziali e dignità della persona.

Il lavoro di CUAMM si fonda su differenti pilastri e dimensioni, supportando la tenuta delle istituzioni locali e la loro capacità di rispondere all'emergenza prima che trascenda in disastro umanitario attraverso l'analisi contestuale dei bisogni, la pianificazione, l'allocazione di fondi domestici, il coordinamento necessario con i partner dello sviluppo ai vari livelli di complessità (sistema ONU, ONG emergenziali, partner implementatori). In questo scenario, un approccio multidisciplinare diviene lo strumento cardine per cogliere le criticità sottese a livello sociale e culturale e dirigere scelte strategiche e operative che siano non solo genericamente "rispettose" delle sensibilità comuni, ma anche volte a stimolare un attivo processo di riconoscimento endogeno tra i soggetti coinvolti.

I territori rurali dei paesi dell'Africa subsahariana, senza eccezioni, si articolano sull'esistenza di un proliferare di organi decisionali formali, legittimati dalle leggi dello stato, e da strutture in-

formali proprie delle culture locali prestatuali (come, ad esempio, il consiglio degli anziani) che con le prime si sono ibridate, spesso non senza conflittualità. In questo contesto, la malattia è ricondotta alle dinamiche relazionali e sociali che sostanziano le comunità e le loro scelte; questo riguarda la dialettica vissuta ed esperita tra culti istituzionalizzati e culti autoctoni, e l'asse parallelo giocato dal singolo, con l'espressione del proprio rapporto con gli antenati. Così, i fattori culturali diventano determinanti nella scelta del comportamento e nella richiesta di cura, e hanno un impatto spesso decisivo sul risultato sanitario per il singolo, la famiglia, la comunità tutta.

In tempi di pandemia globale, sottolineare questi aspetti diventa un irrinunciabile dovere professionale per l'operatore umanitario in ambito sanitario che vive in Africa. Data la natura negoziale dei processi decisionali, poter lavorare con consapevolezza delle specificità culturali diviene un asset per garantire i tre pilastri degli interventi sanitari: si lavora infatti per garantire l'accesso e l'equità dei servizi offerti, la relazione tra questi e le disuguaglianze socio-economiche, e infine la qualità degli stessi. Ciò risulta la chiave non solo per avere un impatto positivo ed efficace sulla salute della persona e della comunità, ma anche per legittimare il servizio sanitario pubblico anche verso quella parte di popolazione che vede nel guaritore o conoscitore dei rimedi della "medicina tradizionale" (con i limiti semantici connotati a questa espressione) il referente principale in quanto in grado di fornire quella sfera di senso, quella ricerca di significato alla malattia che la risposta del modello biomedico spesso fatica a fornire.

L'intervento del CUAMM si realizza e disloca dunque sul territorio grazie a un coinvolgimento capillare di attori locali, quali i comitati di salute e i capi villaggio, i guaritori e le levatrici tradizionali, impegnandosi in attività di mobilitazione e informazione delle comunità tramite attivisti (figure riconosciute dalla comunità, parasanitarie, che operano

a supporto del sistema sanitario nazionale) specificatamente selezionati e formati sulle linee guida nazionali e gli strumenti di raccolta dati. La fiducia stabilita e coltivata nel tempo, grazie al coinvolgimento attivo e costante di attori locali, tanto formali quali le autorità politiche nominate dagli organi di governo (come, ad esempio, Direttori Provinciali o Distrettuali di Salute) quanto quelli tradizionali, hanno portato il CUAMM a essere considerato un punto di riferimento affidabile per le autorità sanitarie, come anche per i donatori. Ciò permette al CUAMM di risultare efficace anche nella risposta a bisogni sanitari che emergono in contesti d'emergenza, come quello di una pandemia, di un cataclisma naturale o di una guerra civile, ogni volta contestualizzando la risposta all'evento.

Quando scoppia un'emergenza, la prima cosa da fare è organizzare missioni volte all'analisi dei bisogni che permettano alle autorità e di conseguenza ai donatori e ai partner di stimare l'ingenza del danno e di decidere quale politica di risposta attuare. Una volta identificata la risposta, hanno inizio le negoziazioni fra i donatori e i partner che dovranno supportare il governo in ogni specifica componente. E nella maggior parte dei casi, tanto il governo quanto i donatori



**Un campo per  
rifugiati nel distretto  
di Metuge,  
Cabo Delgado.**

Fonte:  
Edoardo Occa.

scelgono di appoggiarsi a ONG o istituzioni già presenti nell'area, conosciuti dalla popolazione e dagli enti con cui dovranno collaborare.

Questo è il caso del CUAMM che, pur essendo un partner sanitario che si occupa di sviluppo, si è trovato più volte a rispondere a emergenze di varia natura. Il caso emblematico è legato agli effetti dei due cicloni Idai e Kenneth che hanno colpito il Mozambico nel 2019. La Provincia di Sofala, nella fattispecie la città di Beira, e i distretti di Dondo, Nhamatanda e Buzi hanno sofferto danni molto ingenti a causa del passaggio di Idai nella notte fra il 14 e il 15 marzo 2019. Secondo le cifre ufficiali, vi sono stati più di 600 morti, migliaia di dispersi e moltissime strutture sanitarie, scuole e abitazioni rase al suolo completamente o parzialmente. Lo stesso si è verificato quando, il 25 aprile 2019, il già menzionato ciclone Kenneth si è abbattuto sulla Provincia di Cabo Delgado, registrando il maggior numero di danni nei distretti di Ibo, Macomia e Quissanga, già vittime degli attacchi degli *insurgen-*

*tes* da qualche anno. A causa della minor densità di popolazione di tali distretti, il numero dei morti registrati è risultato drasticamente inferiore ad Idai, si tratta infatti di poco più di 40 persone. Ma anche in questo caso, molti edifici sono stati completamente rasi al suolo, con le statistiche ufficiali che affermano che il 90% delle abitazioni dell'isola di Ibo è stato distrutto.

In entrambi i contesti, un'epidemia di colera (malattia endemica nelle due Province) ha ulteriormente messo in ginocchio la popolazione e di conseguenza il Governo, già sotto stress per la risposta ai danni causati dai cicloni. Pertanto, il ruolo delle organizzazioni internazionali, del sistema delle Nazioni Unite e dei donatori (privati o istituzionali) è stato quello di fornire immediato supporto alla pianificazione di una risposta efficace all'emergenza in corso e, dall'altra parte, assicurare la continuità dei servizi di routine, nel caso di CUAMM quelli sanitari. È bene infatti ricordare che, anche in contesti d'emergenza, le donne continuano a

partorire, i bambini ad avere bisogno delle vaccinazioni e uomini e donne ad avere bisogno dei farmaci per trattare malattie croniche quali l'HIV, il diabete o l'ipertensione.

In tali circostanze, dopo aver messo in sicurezza il proprio staff (ad esempio contribuendo alla ricostruzione delle case del personale), il CUAMM ha identificato due strategie principali d'intervento su Sofala. La prima era volta al rafforzamento del sistema di riferimento delle emergenze ostetriche e pediatriche attraverso l'uso di ambulanze, dai centri di salute periferici della città di Beira all'Ospedale Centrale di Beira. La seconda si concentrava sul coinvolgimento comunitario degli attivisti per rispondere all'epidemia di colera che aveva colpito i quartieri più disagiati della città di Beira e dei distretti sopramenzionati. A Cabo Delgado la risposta è stata diversa. Infatti, rispetto a Sofala dove sono stati molti i partner che hanno collaborato nella risposta all'emergenza causata dal ciclone Idai, a Cabo Delgado, la somma di due emergenze



Fonte: Medici con l'Africa Cuamm/Flickr.

simultanee, ossia quella legata al ciclone Kenneth e quella legata agli *insurgentes* ha reso tutto più complicato. Perciò, le Nazioni Unite, le ONG, il Governo e i donatori si sono divisi le aree di intervento basandosi sulle capacità di risposta di ogni parter. La strategia del CUAMM, in particolare, ha puntato al rafforzamento delle attività già esistenti nella città di Pemba, dove l'organizzazione era presente prima del ciclone e aveva contatti stabili e forti con autorità e popolazione. Il CUAMM dunque ha concentrato il proprio supporto sul rafforzamento del lavoro comunitario attraverso gli attivisti, anche in questo caso, per contrastare l'epidemia di colera.

Una certa rapidità nel proporre strategie d'intervento a donatori e Governo, assieme alla prontezza di risposta legata alla presenza radicata sul territorio di attivisti comunitari, ha fatto sì che gli interventi sanitari del CUAMM in risposta a questi due cataclismi sia risultata fortemente effettiva. Infatti, i 143 attivisti che normalmente collaborano con il CUAMM nell'ambito di programmi di salute sessuale e riproduttiva degli adolescenti, dopo aver ricevuto una formazione *ad hoc* sulla prevenzione del colera, sono stati impegnati nella città di Beira per diffondere informazioni di

prevenzione e distribuzione di cloro per sanificare l'acqua. In un secondo momento, hanno collaborato con le autorità sanitarie per "riportare" molti pazienti sieropositivi, inadempienti a causa delle circostanze causate dal ciclone, nuovamente in trattamento. Lo stesso si è verificato a Pemba, con 70 attivisti con cui il CUAMM normalmente interagisce per attività di salute materno-infantile, che a loro volta hanno ricevuto una formazione sulla prevenzione del colera e norme igieniche di base, per poi essere impegnati nei quartieri maggiormente svantaggiati della città.

Il lavoro di gestione degli attivisti sul territorio è frutto di un notevole esercizio di negoziazione con i donatori per assicurarsi i fondi necessari a portare avanti le attività e di uno sforzo di pianificazione che il CUAMM, assieme al Governo, all'UNICEF e ad altre organizzazioni impegnate in questo settore, ha portato avanti al fine da assicurare una costante e capillare copertura dei quartieri più a rischio, soprattutto laddove il numero dei casi di colera cresceva di giorno in giorno. La fluidità di queste organizzazioni nel rispondere ai bisogni che quotidianamente sono emersi, ha portato, assieme alla vaccinazione di massa, a ottimi risultati nel contenimen-

to dell'epidemia.

Gli interventi di salute pubblica e di rafforzamento dei sistemi sanitari dei paesi fragili rappresentano dunque una strategia prioritaria non solo per garantire protezione sociale alla popolazione, ma per innescare meccanismi autonomi di resilienza e stabilità, elementi centrali per guardare con lucidità e concreta speranza al futuro dei paesi africani.

Bonanate, L. (2010) Islam in Northern Mozambique: A Historical Overview, *History Compass*, 8(7), 573-593. Disponibile su: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1478-0542.2010.00701.x>.

Government of Mozambique, Impact of Insurgency in Cabo Delgado, presentazione powerpoint in lingua portoghese, Febbraio 2020 [https://www.academia.edu/41893012/Impact\\_of\\_insurgency\\_in\\_Cabo\\_Delgado\\_-\\_Government](https://www.academia.edu/41893012/Impact_of_insurgency_in_Cabo_Delgado_-_Government).

Habibe, S., Forquilla, S. e Pereira, J. (2019) Islamic Radicalization in Northern Mozambique, Istituto de Estudos Sociais e Economicos. Disponibile su: <https://www.iese.ac.mz/cader->

# MedAcross - Il diritto alle cure per tutti.

di **Anna Maria Abbona Coverlizza**  
ed **Erika Vitale**

MedAcross

Ha radici e cuore torinesi MedAcross, costituitasi con un duplice impegno: portare cure gratuite alle persone in difficoltà, con un'attenzione speciale verso i bambini, e occuparsi della formazione di personale medico e infermieristico attraverso programmi di praticantato e insegnamento sul campo, grazie al lavoro volontario di professionisti internazionali e al sostegno della Fondazione Specchio dei Tempi – da sempre il finanziatore principale dei progetti di cure di MedAcross nelle zone più difficili del Myanmar – e altri *donor* privati.

L'obiettivo dell'associazione non è solo quello di intervenire in caso di emergenza sanitaria, ma di portare un aiuto più duraturo attraverso la costruzione di un sistema di ambulatori, fissi e mobili, che dialoga e si integra con il piano sanitario nazionale, completandolo e garantendo l'accesso alle cure mediche a tutta la popolazione delle aree in cui opera. Con queste finalità, MedAcross, fin dal 2016, ha attivato la *Basic Health Clinic*, un ambulatorio di cure mediche di base a Kawthaung, città nell'estremo sud del Myanmar, dove sorge una grande baraccopoli popolata da indigenti e rifugiati interni che, ogni mattina, attraversano il vicino confine thailandese per lavorare a giornata. Qui è elevato il numero di persone che non può permettersi le cure, poiché i costi sono relativamente alti o perché non dispone di alcun mezzo per raggiungere l'ospedale o l'ambulatorio più vicino,

che spesso si trova a decine di chilometri dalle loro abitazioni. In parallelo alle attività ambulatoriali a Kawthaung, che hanno prestato cure a oltre 34.000 persone in tre anni, con la *Mobile Clinic*, MedAcross ha avviato un programma di assistenza nelle zone rurali limitrofe, dove vive oltre il 65% della popolazione della regione. Attraverso un furgone pick-up, adeguatamente attrezzato, e la presenza di un medico e due infermiere, il progetto copre un raggio di 150 km, tra villaggi e piantagioni, offrendo prestazioni sanitarie e farmaci a circa 1.000 persone al mese.

A seguito dell'insorgere della pandemia da COVID-19, tra l'accrescersi delle difficoltà sanitarie e sociali, le poche strutture sanitarie pubbliche presenti in Myanmar si sono trovate a dover gestire la situazione con risorse scarse e senza poter chiedere e ricevere



Fonte: MedAcross.

il supporto gestionale delle organizzazioni non-governative (ONG), anch'esse soggette alle limitazioni delle misure di contenimento del virus. L'ospedale di Kawthaung è stato l'unico autorizzato a gestire il trattamento e l'osservazione di pazienti malati di COVID-19, avendo a disposizione soltanto quattro posti letto dedicati e nessun respiratore, mentre ad inizio pandemia l'intero Myanmar contava appena 70 respiratori, tutti concentrati nella capitale Yangon e nella città di Mandalay. È stato difficile inoltre accedere ai tamponi, in quanto l'unico laboratorio in grado di processarli era a Yangon (a 1300 km di distanza) e poteva refertarne un massimo di 200 al giorno. Sebbene i dati ufficiali alla metà di giugno mostrassero che la situazione era stabile e apparentemente sotto controllo – con circa 250 casi e 6 morti – è stato difficile giudicarne l'attendibilità, dato il basso numero di test effettuati e il lungo e permeabile confine con la Cina.

Fin dall'inizio della pandemia, MedAcross si è adattata a questa nuova realtà operativa e ha adottato nuovi protocolli sanitari per l'attività clinica della *Basic Health Clinic*, dotandosi di tutti i presidi sanitari necessari e riorganizzando poi le funzioni di *triage* e l'accesso alla clinica da parte dei pa-

zienti, per garantirne il distanziamento fisico e la sicurezza. Con il sostegno di Specchio dei Tempi, a cui si è da poco aggiunta anche Unione Buddhista Italiana, è stato effettuato un primo grande ordine di materiale sanitario ad inizio aprile per fronteggiare la pandemia. Sono state così distribuite 12.500 mascherine chirurgiche per i pazienti in quarantena, ospitati negli 11 centri rurali del distretto di Kawthaung, forniti solo di stuoie e coperte e collocati in grandi spazi comuni; altre 25.000 mascherine, in tessuto non tessuto, sono state consegnate alla popolazione più povera.

Le misure per il contenimento del COVID-19 e la conseguente riduzione della mobilità hanno purtroppo avuto un impatto maggiore sulle attività della *Mobile Clinic*, circostanza che ha danneggiato pesantemente la parte di popolazione già più svantaggiata: sono infatti le comunità rurali a dover affrontare enormi difficoltà, se non l'impossibilità, ad accedere a prestazioni sanitarie a causa dell'assenza totale di servizi di medicina territoriale gratuiti e facilmente raggiungibili. In una prima fase MedAcross ha deciso di sospendere il servizio della *Mobile Clinic* per avere il tempo di curarne la riorganizzazione: ogni passaggio delle procedure è molto più delicato rispetto a quanto avviene in ambulatorio, in quanto ogni aspetto deve essere studiato nel dettaglio, dalla sanificazione del veicolo prima della partenza, alla preparazione degli spazi dedicati alle visite, che devono essere organizzati in modo tale da consentire la separazione fisica dei pazienti con potenziali sintomi di COVID-19 da quelli senza sintomi.

Nel frattempo, i regolamenti governativi avevano imposto il blocco di tutti gli spostamenti, interni ed esterni al paese, a prescindere dalla causa, delegando ai governi locali di stati e regioni l'emissione di permessi appositi per attività di prevenzione e sanitarie. Tali autorizzazioni, soprattutto quelle relative ai servizi delle cliniche mobili, nei primi tre mesi di pandemia hanno subito sospensioni e/o ritardi; al con-



Lo staff sanitario della Basic Health Clinic di Kawthaung riceve il materiale per la prevenzione del COVID-19.

Fonte:  
MedAcross.

tempo anche gli standard da garantire, unitamente alle linee guida governative, hanno tardato a essere diffusi. Per tale ragione, la maggior parte delle cliniche private della città di Kawthaung sono state chiuse e la *Basic Health Clinic*, tra marzo e giugno, è stato l'unico servizio accessibile in cui era possibile ricevere cure e medicinali gratuiti per gli abitanti dell'area. Inoltre, dato che il *lockdown* ha esacerbato le difficoltà economiche della popolazione di riferimento (per lo più piccoli commercianti e lavoratori a giornata che si sono trovati con attività sospese o impossibilitati a raggiungere il posto di lavoro, già precario in Thailandia) MedAcross ha cercato di attenuare i disagi di questa realtà provvedendo, sempre presso la *Basic Clinic*, alla distribuzione mensile di riso, a integrazione dell'alimentazione delle famiglie più indigenti e a rischio.

MedAcross si è inoltre impegnata in una serie di attività di prevenzione, in collaborazione con altre realtà del territorio e con il supporto di Unione Buddhista Italiana. A partire da fine marzo, i centri di quarantena allestiti all'interno delle scuole chiuse per le vacanze estive e gestiti dalle autorità sanitarie locali e dal *Prevention Committee*, sono stati riforniti di dispositivi di



Dottorisse e infermiere si preparano alle visite.

Fonte:  
MedAcross.

protezione individuali (DPI) a beneficio di pazienti e operatori sanitari, mentre 25.000 residenti di villaggi rurali, piantagioni e isole sono stati riforniti di mascherine riutilizzabili e disinfettante mani, istruiti sulle norme anti contagio e messi a conoscenza delle procedure per richiedere l'intervento delle autorità sanitarie, in caso di sintomi sospetti. Fin dalla fine di maggio, poi, MedAcross è stata partner tecnico di diverse iniziative di formazione e prevenzione anti-COVID-19. In particolare, le dottoresse hanno condotto un seminario, organizzato a Kawthaung da Istituto Oikos, ONG italiana che si occupa di preservazione ambientale

e turismo sostenibile, rivolto a *stakeholder* del settore turistico, per fornire loro preziose informazioni e *know how* da applicare alle proprie attività (hotel, ristoranti, guide turistiche, ecc.) in modo da garantire sicurezza e igiene.



[www.medacross.org](http://www.medacross.org)

