

Conflitti e Assistenza Sanitaria in Africa

Enrico Pavignani, 2005

Intervento in occasione del dibattito "Con gli occhi dell'Africa" durante la giornata di inaugurazione della manifestazione culturale "Carovane" del 28 agosto 2005.

La natura dei conflitti post-moderni

(in Africa ma non solo)

- Ha come sfondo stati indeboliti o collassati;
- Inclini a regionalizzarsi, con frontiere sempre più incerte;
- Di durata prolungata, con frequenti intervalli di 'non-pace-non-guerra';
- Spesso auto-sostenuti, con l'avidità che guadagna terreno sulla rivendicazione politica come fattore determinante;
- Sostenuti da attori multipli, fra cui possono emergere formazioni sociali di indole predatrice;
- Di interesse strategico periferico per le grandi potenze;
- Con le popolazioni civili come vittime principali;
- Dagli incerti risultati e dalle frequenti ricadute;

Politica e gestione dell' informazione

Nel contesto politicizzato di una crisi, l'informazione e' sempre manipolata per servire gli interessi delle parti in causa. L' informazione è controversa.

Esempi:

- I dati sulle popolazioni colpite vengono gonfiati per ottenere rifornimenti di cibo;
- I valori di mortalità e di morbidità sono usati per giustificare interventi politici e militari;
- I bisogni sanitari vengono accentuati per ottenere finanziamenti;
- Si avviano studi e ricerche per rinviare decisioni difficili (*paralisi attraverso l' analisi*);
- Si realizzano studi per giustificare decisioni già prese;
- La prestazione dei servizi sanitari viene apprezzata o criticata secondo lo schieramento politico;

Selettività dell' attenzione dei paesi ricchi

Emergenze silenziose, o dimenticate:

- Repubblica Democratica del Congo (*teatro fra il 1998 e il 2002 della maggiore catastrofe documentata dalla fine della II guerra mondiale*);
- Liberia;
- Afghanistan (prima del 2001);

Emergenze 'rumorose', o mediatriche:

- Rwanda;
- Balcani;
- Mozambico nel 2000;

- Iraq;
- Darfur;

Aiuti esterni attribuiti all'assistenza sanitaria in paesi in transizione

Paese	Anno	Ammontare per abitante
Cambogia	1994	\$6
Mozambico	1995	\$5
East Timor	2000	\$36
Kosovo	2001	\$60
Sudan del Sud	2003	\$7
Somalia	2004	\$5
RD Congo	2005	\$2 – 3

Aiuti stranieri, secessioni e ribellioni in RD del Congo, dal 1960 a oggi

Negli anni anteriori a tentativi di secessione o a ribellioni	257,3
Negli altri anni	519.3

Da Englebert, 2003

L'impatto sanitario **diretto** di un conflitto

- Morte, lesioni fisiche, traumi mentali e disabilità, soprattutto a carico di civili;
- Violazioni dei diritti umani, come tortura, schiavitù, violenza sessuale, migrazione forzata, miseria, espropriazione, limitazione dei movimenti e dell' accesso a certi servizi

L' impatto sanitario **indiretto** di un conflitto

- Penuria alimentare;
- Spostamenti delle popolazioni colpite (rifugiati e sfollati);
- Distruzione di beni e servizi, come reti idriche e fognarie, elettricità e combustibili, strade e ponti, installazioni, fra cui le strutture sanitarie;
- Penuria di beni essenziali (come i farmaci), causata da sanzioni;
- Aumentata vulnerabilità;
- Aumentata trasmissione delle malattie;

La vulnerabilità delle popolazioni colpite dipende da molti fattori...

CMR from selected complex emergencies, by

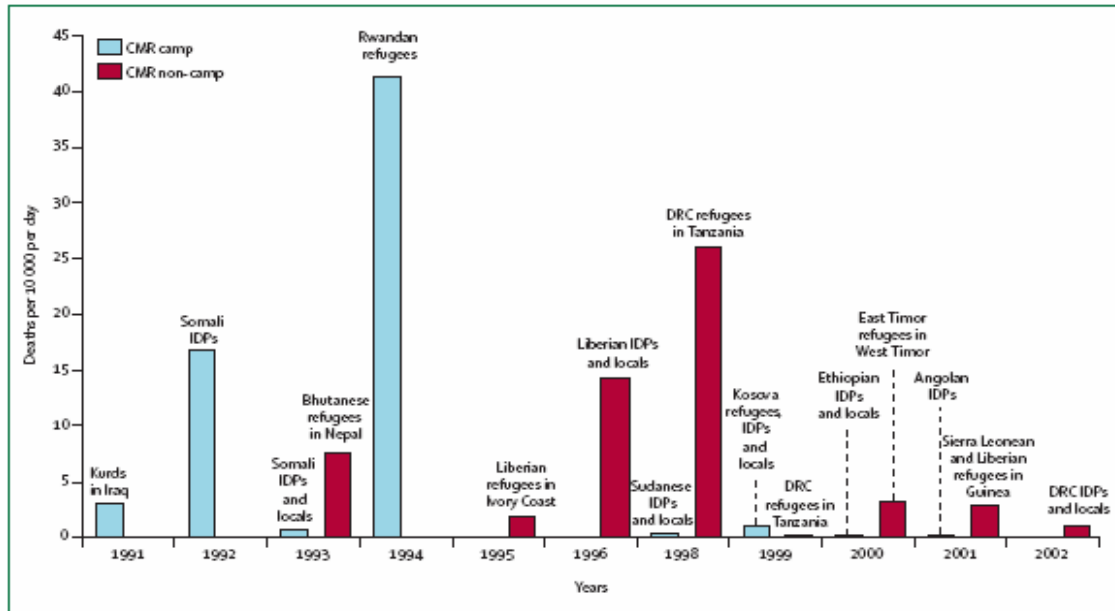


Figure 1: Crude mortality rates from selected complex emergencies disaggregated by camp and non-camp situations
IDPs=Internally displaced people. DRC=Democratic Republic of Congo. CMR=crude mortality rates.

Pi

In una crisi acuta, il 60-95% di tutti le morti è generalmente dovuto a:

- **Malattie diarroiche;**
- **Morbillo;**
- **Malaria;**
- **Infezioni respiratorie acute;**
- **...malattie di solito associate alla malnutrizione.**

Durante e dopo una crisi prolungata, importanti cause addizionali di morte possono essere **tubercolosi** e **AIDS**.

La violenza diretta non figura fra le cause principali di mortalità nei paesi poveri, mentre può esserlo nel corso di conflitti in, o fra paesi abbienti.

HIV / AIDS e conflitti africani - 1

Il legame fra guerra e malattie trasmissibili è noto dai tempi della peste di Atene (430 a.C.). Però, l'associazione fra trasmissione e conflitto non è semplice:

- La guerra come fattore di trasmissione dell' HIV è stato evidenziato in Uganda, Guinea-Bissau e Mozambico (con meccanismi diversi).
- In Angola, dove la prevalenza dell' HIV è rimasta bassa, il conflitto avrebbe potuto giocare un ruolo protettivo.
- Nella RD del Congo, nonostante la presenza di eserciti provenienti da paesi gravemente colpiti, la prevalenza dell' HIV rimane sorprendentemente bassa.

HIV / AIDS e conflitti africani - 2

- L'associazione inversa, cioè che l'AIDS possa indebolire società e stati fino a indurre gravi crisi politico-militari, non è stata finora osservata, ma pare verosimile. Paesi o intere regioni potrebbero cadere in una trappola senza uscita di povertà, violenza, contrazione demografica, che sorpassa la capacità di risposta sia interna che internazionale.
- I dopoguerra costituiscono periodi di eccezionale vulnerabilità all'epidemia, grazie a molteplici fattori:
 - Ritorno dei rifugiati;
 - Arrivo di contingenti militari stranieri;
 - Migrazioni interne;
 - Booms economici;
 - Cambiamenti comportamentali individuali e di gruppo;

HIV / AIDS e conflitti africani - 3

- Finora, nessun paese africano in uscita da un conflitto, con ancora una bassa prevalenza, ha preso misure aggressive nei confronti dell'infezione.
- Le dimensioni del problema richiedono, a fianco di risorse enormi, la formulazione di modelli originali di intervento che superino per ambizione, radicalità e complessità quelli ora in voga.

La prestazione dei servizi sanitari nelle crisi prolungate tende ad assumere certe caratteristiche

- *Frammentazione*. Operatori, standards, modelli di assistenza, linee di fornitura si moltiplicano.
- *Privatizzazione* deregolamentata, Mercificazione dell'assistenza.
- *Disomogeneità*, con isole di assistenza sanitaria di qualità, nel quadro di un declino generale. Per esempio, i rifugiati spesso godono di assistenza privilegiata.
- *Instabilità* dei servizi prestati.
- *Selettività* dei servizi prestati.
- *Alti costi operativi*, dovuti a grandi inefficienze e alle misure di sicurezza adottate.
- *Adattamento* (sempre) e *innovazione* (alle volte).
- *Cambiamenti* inadeguatamente analizzati e documentati.

Che fare? (di fronte a tante difficoltà, ai bisogni smisurati, alle risorse scarse, alla confusione...)

- Non avere (troppa) fretta, né agire prima di capire.
- Non cercare soluzioni semplici (se ce ne sono, sono probabilmente sbagliate).
- Considerare i problemi in modo sistemico (è più probabile che si possa capire qualcosa..).
- Cercare di prendere in considerazione le conseguenze future delle decisioni prese durante la crisi.
- Adattare le lezioni date da crisi pregresse alle caratteristiche uniche del contesto presente.

- Sperimentare, adattare e innovare. Gli approcci *chiavi in mano* sono spesso sterili o nocivi.
- Considerare sempre le alternative (sono generalmente più interessanti del previsto..)

La ricostruzione dei servizi sanitari colpiti da un conflitto presenta pericoli ed opportunità, che bisogna saper riconoscere...

I processi di recupero dei sistemi sanitari di Uganda, Mozambico, Cambogia, East Timor ed Afghanistan sono stati studiati a sufficienza.

Costituiscono un patrimonio di esperienze preziose, che possono aiutare i protagonisti dei processi ora in corso, come in Sudan, DR Congo o Somalia, a scegliere approcci adeguati, a non ripetere gli stessi errori, e a decidere più rapidamente.

Alcuni pericoli (fra i tanti):

- La rinascita abortisce per mancanza di risorse (come nelle crisi dimenticate).
- Il sistema è troppo debole per concretizzare i piani di ricostruzione.
- I donatori impongono troppe 'priorità', cosicché nessuna riceve le attenzioni necessarie.
- Gli interventi si susseguono isolati e a casaccio, senza una direzione coerente. Inefficienza e iniquità ne risultano magnificate.
- Le lezioni giuste vengono applicate al contesto sbagliato, o le lezioni sbagliate vengono passate per giuste.
- Investimenti troppo ambiziosi, incoraggiati dagli aiuti internazionali, creano servizi sanitari insostenibili.
- Esigenze politiche di pace e riconciliazione creano problemi a lungo andare irrisolvibili per i servizi sanitari.

Alcune opportunità:

- Il collasso del vecchio sistema dà via libera ad idee nuove, su cui si possono costruire i futuri servizi sanitari.
- Le distruzioni belliche permettono di investire selettivamente, perseguendo l'efficienza, l'efficacia e l'equità dei futuri servizi.
- La disponibilità di capitali freschi permette il ridisegno radicale dei servizi sanitari.
- L' utilizzazione dei fondi esterni, secondo parametri accettabili per le agenzie internazionali, forza l' introduzione di metodi moderni di gestione finanziaria.
- La forza lavoro può essere ristrutturata a fondo, perché sotto-occupata e concentrata in aree sicure.
- Il collasso di vecchie reti di interesse può permettere la ristrutturazione di intere aree, come la formazione dei medici o il sub-settore farmaceutico.