

# MSF RAPPORTO DELLE ATTIVITÀ 2007 | 2008

Medici Senza Frontiere (MSF) è stata fondata nel 1971 da un gruppo di medici e giornalisti con la convinzione che tutti dovessero avere accesso a cure mediche di qualità anche in emergenza. MSF è stata una delle prime organizzazioni non governative a fornire assistenza medica in situazioni di emergenza e a portare testimonianza pubblica della condizione delle popolazioni che soccorre.

Oggi MSF è un'organizzazione umanitaria internazionale con sedi in 19 paesi. Nel 2006, oltre 2.000 operatori umanitari di MSF tra medici, infermieri e altri professionisti del settore sanitario, esperti di logistica, ingegneri idraulici e amministratori sono andati in missione, aggiungendosi ai 25.000 collaboratori locali per fornire assistenza medica in oltre 60 paesi.

Nel 1999 MSF è stata insignita del Premio Nobel per la Pace.

MSF Ufficio Internazionale

78 Rue de Lausanne, Case Postale 116, CH-1211 Geneva 21, Switzerland  
Tel (+41-22) 8498 400, Fax (+41-22) 8498 404, Email office-intl@bi.msf.org, www.msf.org



# INDICE

2 | **MSF: PROGETTI NEL MONDO**

4 | **L'ANNO IN RASSEGNA**

Dr. Christophe Fournier, *Presidente Comitato Internazionale MSF*

7 | **RESPONSABILITÀ: LA PROSPETTIVA DI MSF**

Christopher Stokes, *Segretario Generale, MSF Internazionale*

10 | **PANORAMICA SULLE ATTIVITÀ MSF**

11 | **QUANDO INTERVENIRE: LE RAGIONI**

Emmanuel Tronc, *Coordinatore Policy e Advocacy Unit, MSF Internazionale*

13 | **QUANDO ANDARE VIA**

Emmanuel Tronc, *Coordinatore Policy e Advocacy Unit, MSF Internazionale*

14 | **PROGETTI CHIUSI**

15 | **REPORTAGE FOTOGRAFICO**  
Le crisi dimenticate del 2007

25 | **GLOSSARIO DELLE MALATTIE**

## PROGETTI MSF NEL MONDO

27 | **Africa**

57 | **Asia e Caucaso**

71 | **Americhe**

77 | **Europa e Medio Oriente**

## SERVIZI

43 | **Prevenzione della trasmissione verticale  
madre-figlio dell'HIV**

47 | **Lasciare il Ruanda**

66 | **Malnutrizione infantile**

85 | **La Striscia di Gaza**

86 | **FATTI E CIFRE**

88 | **CONTATTI MSF**

## APPROFONDIMENTO

89 | **MSF – SPECIALE ITALIA**

4



7



13



15

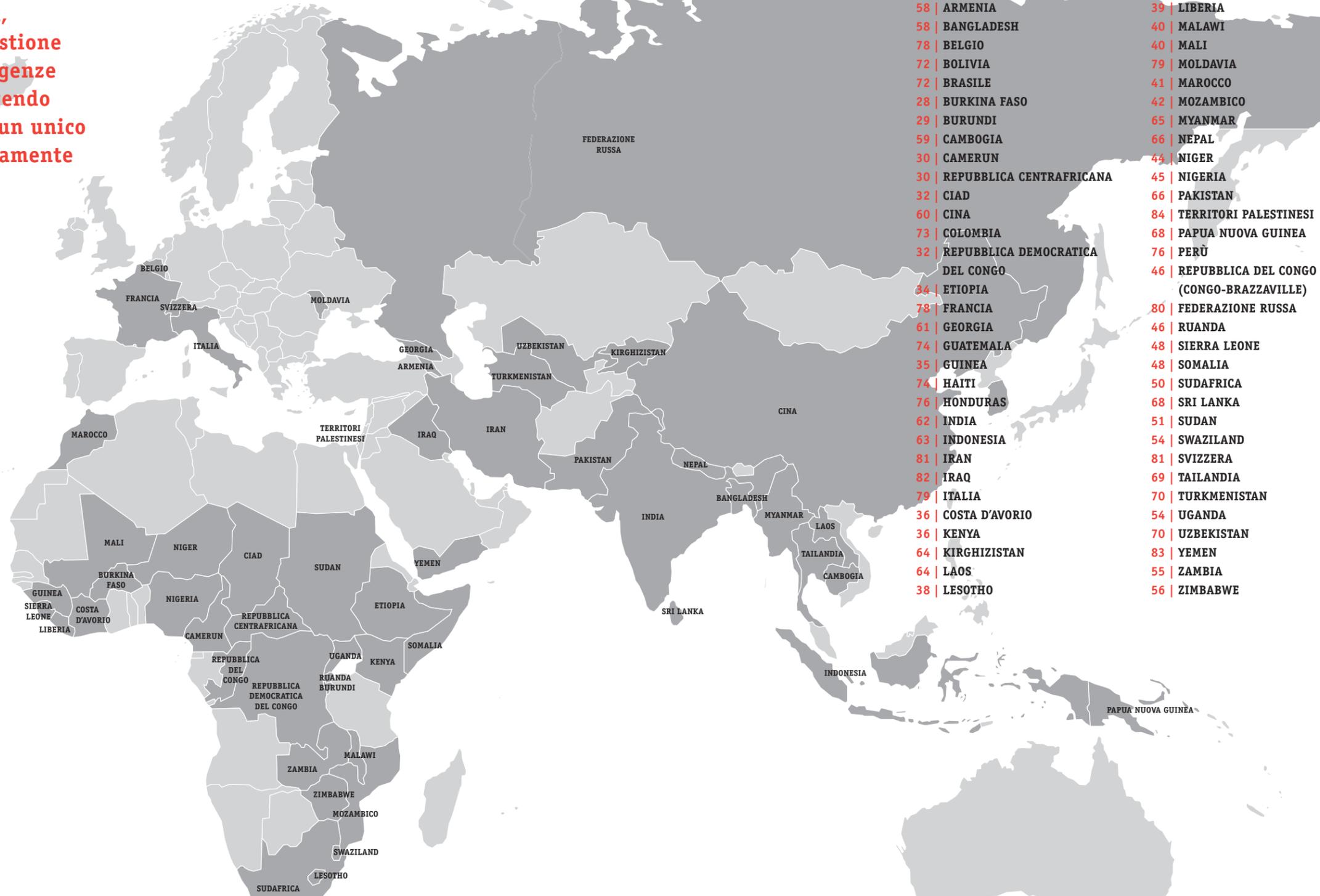


27



# MSF: PROGETTI NEL MONDO

MSF apre e chiude ogni anno molti progetti, rispondendo a crisi, passando ad altri la gestione di determinati progetti, controllando le esigenze dei pazienti di ogni singolo progetto e reagendo in modo flessibile al loro cambiamento. In un unico paese possono essere in atto contemporaneamente più progetti, a seconda delle necessità.



# L'anno in rassegna

del Dr. Christophe Fournier, *Presidente Comitato Internazionale MSF*

**Epidemie come AIDS, tubercolosi (TBC), febbre emorragica e colera colpiscono indiscriminatamente e noi le curiamo indiscriminatamente. Altre malattie, come il morbillo, e in misura minore, la meningite, minacciano in particolare i bambini.**

**MSF interviene tra gli sfollati, i rifugiati e le persone coinvolte in combattimenti. Altri programmi sostengono popolazioni intere le cui strutture sanitarie sono in rovina.**

**Le centinaia di migliaia di persone che beneficiano direttamente del lavoro di MSF ogni anno affrontano minacce per la loro salute e sopravvivenza. Ma ci sono due gruppi su cui si concentra il nostro lavoro semplicemente a causa della loro particolare vulnerabilità: bambini e donne.**

## Le minacce per l'infanzia: una sfida da vincere

Epidemie come AIDS, tubercolosi (TBC), febbre emorragica e colera colpiscono indiscriminatamente – e noi le curiamo indiscriminatamente. Altre malattie, come il morbillo, e in misura minore, la meningite, minacciano in particolare i bambini. Ci sono inoltre le infezioni virali, come il Rotavirus o lo pneumococco, che richiamano poca attenzione da parte dei media ma causano alti livelli di morbilità e mortalità infantile.

Una volta superati i primi giorni di vita, i bambini che muoiono prima del loro quinto compleanno muoiono in genere di malattie, come polmonite, diarrea, malaria, morbillo e AIDS, in particolare perché la metà di loro soffre di malnutrizione.

Ma ci sono buone notizie, le nostre armi contro le principali malattie che decimano i bambini sono sempre più efficaci e, potenzialmente, potrebbero permetterci di prevenirne un discreto numero:

- Un vaccino contro lo **pneumococco** esiste e abbiamo cominciato ad usarlo, ma è inefficace contro i ceppi più diffusi in Africa e in Asia. Dobbiamo trovare un vaccino che copra più ceppi e che sia disponibile ad un prezzo più accessibile.
- Ci sono nuovi vaccini contro il **Rotavirus**, responsabile di oltre un terzo dei casi di diarrea nei bambini. Sono scandalosamente costosi, ma stiamo testando la loro efficacia e applicazione pratica in alcune delle nostre missioni.
- Il vaccino contro il **morbillo** è in circolazione da tanto tempo e se ne raccomanda l'uso sistematico. Sfortunatamente la copertura delle vaccinazioni è ancora troppo bassa per prevenire epidemie ricorrenti, in particolare nell'Africa subsahariana.
- Stiamo ancora aspettando un vaccino contro la **malaria**, ma i derivati dell'artemisinina costituiscono un'arma terapeutica altamente efficace, in particolare se usati in stretta associazione con altre terapie.
- Non esiste un vaccino contro **HIV/AIDS** ma, se somministrati correttamente, i trattamenti antiretrovirali possono ridurre considerevolmente il rischio di trasmissione madre-figlio.
- Disponiamo adesso di derrate alimentari pronte all'uso che ci permettono di curare più efficacemente e come pazienti esterni molti più bambini che soffrono di **malnutrizione** acuta. Li usiamo in stadi sempre più precoci e stiamo attualmente testando la loro efficacia preventiva in bambini al di sotto dei tre anni durante i sei mesi più difficili prima dei raccolti.

## Gravidanza e parto

Dopo i bambini, il secondo gruppo più vulnerabile è costituito dalle donne. La mortalità materna rappresenta un quarto della mortalità femminile nella maggior parte dei paesi dove lavoriamo. La metà delle malattie sono legate al momento del parto o alle 24 ore successive; un quarto sono legate alla gravidanza.

Le infezioni che portano indirettamente alla morte, come HIV, malaria e TBC, sono curabili ma devono essere identificate per tempo. Le complicazioni più dirette del parto, come emorragia e eclampsia, sono più difficili da prevedere ma, se trattate per tempo, non dovrebbero risultare fatali. Nei paesi sviluppati, la tecnologia medica richiesta per curare queste patologie è stata standardizzata mezzo secolo fa. È semplice e facile da usare. Ovviamente, richiede personale qualificato, antibiotici e adeguati prodotti per le trasfusioni, ma salva la vita sia della madre che del bambino.

## I presupposti per continuare

Stiamo facendo progressi, offrendo assistenza preventiva e terapeutica in tutte le nostre missioni – ottenendo risultati reali.

Però non stiamo raggiungendo gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, definiti dai leader di tutto il mondo nel 2000, anche se due di essi riguardano la riduzione della mortalità materna ed infantile. Conosciamo anche troppo bene i limiti del nostro ruolo. I nostri progressi, i pochi risultati che possiamo ottenere, sono solo all'interno dei nostri interventi, che sono transitori e limitati per definizione.

Abbiamo l'obbligo di fare in modo che il trattamento dei nostri pazienti sia più efficace. È per questo che mettiamo tanta enfasi nel miglioramento della cura dei bambini e delle donne. Crediamo di essere ad un punto di svolta nelle cure mediche che possiamo offrir loro.

La nostra riuscita, nel fornire una risposta più efficace e vincente alle minacce per la salute dei gruppi più vulnerabili della società, dipende dal superamento di tre sfide chiave: trattamenti economicamente accessibili, ricerca medica e migliore accesso alle cure per i pazienti.

Continuiamo a lottare per garantire che la Dichiarazione di Doha, che permette la produzione di farmaci generici, non sia messa continuamente in discussione. Nel 2007 siamo stati ancora una volta promotori di una petizione, questa volta contro la Novartis, per la sua azione legale contro la legge indiana sui brevetti. Il risultato, non a favore della Novartis, ha rassicurato MSF sul fatto che possiamo continuare a considerare l'India come fornitrice di farmaci, accessibili ad un prezzo ragionevole, e che quindi possiamo continuare a curare i pazienti.

Il sistema attuale incoraggia la ricerca medica basata sul mercato e protetta dai brevetti. Noi però non abbiamo smesso di sperare che emerga un nuovo sistema che incoraggi la ricerca nell'ambito di farmaci essenziali, che hanno un impatto sproporzionato nei paesi poveri. Le discussioni in corso a livello dell'Organizzazione Mondiale della Sanità mirano a creare nuovi meccanismi nei quali

i finanziamenti per questo tipo di ricerca non dipendano dalla vendita dei farmaci o dei vaccini ma siano resi immediatamente disponibili. Per fare ciò è necessario che i paesi più ricchi mostrino la loro voglia e l'impegno politico di fornire questa indispensabile tecnologia medica ai loro vicini più poveri.

### I pericoli legati all'accesso in alcuni territori

La sfida più grande rimane comunque la possibilità di raggiungere le vittime nelle zone di guerra o conflitto. Nonostante la Convenzione di Ginevra firmata dagli Stati quasi 60 anni non siamo quasi mai bene accolti dai governi o dalle fazioni in guerra nel loro campo d'azione. Questa realtà può avere un prezzo alto.

Operatori di MSF, sia nazionali che internazionali, sono stati rapiti o uccisi durante l'anno scorso. In Somalia, un'infermiera e un medico di MSF sono stati sequestrati e tenuti prigionieri per diversi giorni nel dicembre 2007 e tre dei nostri colleghi sono stati deliberatamente assassinati nel febbraio 2007. Nell'Africa Centrale inoltre un responsabile logistico è stato ucciso nel giugno 2007.

La realtà è che ci siamo trovati di fronte a difficoltà continue nei nostri interventi in numerose aree di conflitto nel 2007:

- In **Darfur**, dove abbiamo una presenza importante, lottiamo per raggiungere alcune aree, i nostri convogli vengono attaccati e siamo depredati persino delle nostre scorte di medicine.
- In **Etiopia**, abbiamo cercato invano di intervenire in Ogaden, dove operazioni anti-governative contro-rivoluzionarie stavano facendo sfollare le popolazioni locali. L'accesso ci è stato regolarmente negato.

- Abbiamo incrementato la presenza dei nostri team in **Somalia**, particolarmente a Mogadiscio e dintorni, dove un terzo della popolazione è fuggita dall'ultima ondata di violenza. Però, nonostante i nostri appelli, il nostro lavoro è nella migliore delle ipotesi non rispettato e, nella peggiore, preso deliberatamente di mira. I recenti assassinii dei nostri colleghi ci hanno costretto a ritirare i nostri team internazionali. La Somalia è stata una delle crisi maggiori del 2007 e la situazione sta ancora peggiorando.
- Non siamo presenti in **Iraq**, tranne che nella regione autonoma del Kurdistan, dove siamo di base in due ospedali in grado di prendersi cura di un grande numero di feriti provenienti dalle città vicine. Trasferire questi pazienti rimane però problematico. Stiamo anche aprendo un ospedale in Iran per trattare casi chirurgici gravi che non possono essere trattati appropriatamente in Iraq. Il nostro programma chirurgico ortopedico e ricostruttivo ad Amman continua per i feriti gravi che riusciamo a trasferire in Giordania e forniamo rifornimenti essenziali ad un ampio numero di ospedali dove non possiamo mantenere una vera e propria presenza.
- Non siamo stati in grado di ritornare in **Afghanistan** nel 2007. Gli assassini dei nostri cinque colleghi, uccisi nel 2004, non sono ancora stati assicurati alla giustizia e inoltre la confusione che viene fatta tra le forze della coalizione e gli operatori umanitari implica un duro lavoro da parte nostra per far capire a tutti la natura imparziale e indipendente del nostro mandato.

Andremo avanti, perché questo è il compito che ci siamo assunti, ma la realtà del nostro ambiente di lavoro ci obbliga a non dare mai per scontato la nostra azione.



La sfida più grande rimane l'accesso alle vittime nelle zone di guerra.

Sfollati in fuga dalla zona di combattimento di Kabo nel Nord della Repubblica Centrafricana. © Spencer Platt/Getty Images



# Responsabilità: la prospettiva di MSF

di Christopher Stokes, *Segretario Generale, MSF Internazionale*

Una donna tiene in braccio suo figlio in un campo per sfollati a Kabo nel Nord della Repubblica Centrafricana. © Spencer Platt/Getty Images

La pressione generalmente esercitata sulle organizzazioni umanitarie affinché si assumano le proprie responsabilità è necessaria e opportuna. Le organizzazioni di questo tipo devono essere pronte a documentare le proprie scelte e ad assumersi le relative responsabilità. Il problema può però essere affrontato in diversi modi e ciascuna organizzazione dovrà trovare il suo in base al proprio settore di attività, missione e principi.

Sin dall'inizio degli anni '90, il cosiddetto 'settore umanitario' ha operato una serie di tentativi sempre più ambiziosi volti a monitorare l'assistenza umanitaria. C'è stato un significativo incremento del numero di iniziative volte a garantire un certo livello di responsabilizzazione: tali iniziative hanno da subito provato a definire i principi d'azione comuni (es. il codice di condotta per la Croce Rossa e la Mezzaluna Rossa), per poi cercare di promuovere analisi valutative (ALNAP), standardizzare le metodolo-

gie di pianificazione progettuale (quadro logico), creare standard comuni (Sphere) e modalità uniformi di raccolta delle informazioni.

Un'importante motivazione è stato il desiderio delle agenzie governative donatrici di gestire i propri fondi con maggiore trasparenza e di portare ordine in un settore visto come sostanzialmente non regolamentato (un giudizio tuttora valido). Questo approccio integrato prevede che tutti i settori agiscano in sinergia per promuovere, ad esempio, gli obiettivi prioritari della comunità di donatori sul fronte del consolidamento della pace in un dato paese. Questi enti considerano l'azione umanitaria più alla stregua di una strategia tecnica che di una sfida politica imperniata su una serie di principi.

MSF si è regolata con cautela nell'affrontare la questione della responsabilizzazione, così come è stata impostata nel settore umanitario. Si avverte la necessità di strumenti appropriati, innovativi e flessibili, volti a monitorare e valutare l'efficacia degli aiuti inviati, in modo da evitare lo sviluppo di meccanismi burocratici incapaci di offrire miglioramenti rispetto ai nostri standard e rilevanza.

### MSF si è regolata con cautela nell'affrontare la questione della responsabilizzazione, così come è stata impostata nel settore umanitario.

Il nostro principale obiettivo consiste nell'applicare la nostra personale strategia di responsabilizzazione, valutando i risultati delle nostre azioni al fine di migliorare l'operato e la qualità dell'assistenza medica prestata ai pazienti.

Ad esempio, essendo stata fra le prime organizzazioni a promuovere la terapia combinata con i derivati dell'artemisinina (artesunato) per la malaria e la terapia antiretrovirale per i pazienti affetti da AIDS in contesti poveri di risorse, MSF ha sviluppato precisi criteri di monitoraggio dei programmi, tali da consentirle di pubblicare i risultati degli interventi effettuati e di ampliare così l'efficacia del proprio operato. Successive iniziative di patrocinio hanno consentito la modifica, in seguito alla diffusione dei dati in questione, di alcune priorità e protocolli sanitari nazionali.

MSF ha tentato in misura crescente di dare ai propri interventi sul campo una solida base scientifica, mediante iniziative come il centro di epidemiologia "Epicentre", che provvede a effettuare ricerche e offrire corsi di formazione sulle più recenti pratiche epidemiologiche.

L'approccio di MSF alla responsabilizzazione si ispira a diversi

### L'approccio alla responsabilizzazione si ispira a diversi principi.

principi. In primis la **rilevanza**, vale a dire misura in cui i nostri interventi soddisfano e corrispondono alle effettive necessità delle popolazioni più coinvolte durante una crisi, nonché del nostro campo d'azione e competenza in veste di organizzazione medico-umanitaria.

Un secondo criterio di valutazione è rappresentato dall'**efficacia**, vale a dire la misura in cui i nostri programmi raggiungono i risultati previsti in base agli obiettivi.

Il terzo criterio di valutazione corrisponde all'**efficienza**, vale a dire il modo in cui i fattori produttivi (risorse umane, materiali e finanziarie) vengono utilizzati al fine di raggiungere gli obiettivi desiderati.

Oltre a questi tre criteri fondamentali è necessario considerare l'**impatto** più generale di un intervento, vale a dire le sue conseguenze, dirette o indirette, volute o non volute.

La nostra strategia di responsabilizzazione intende essere realistica, tenendo conto del fatto che i contesti spesso estremamente insicuri in cui operiamo offrono 'spesso solo scelte negative'. Cerchiamo di tener conto della diversità dei gruppi, a livello locale, nazionale e internazionale, interessati al nostro operato medico-umanitario e ci sforziamo di soddisfare i loro specifici interessi e necessità.

Infine, consideriamo le nostre valutazioni alla stregua di un ininterrotto processo di apprendimento: errori e insuccessi non saranno mai del tutto evitabili, in quanto l'assistenza umanitaria rappresenta una risposta in tempo reale a impellenti necessità in circostanze eccezionali, tale da richiedere l'assunzione di rischi, l'applicazione di strategie innovative e una serie di difficili decisioni.

In conclusione, per MSF la responsabilizzazione può essere definita alla stregua di un processo attivo caratterizzato da un "impegno" più profondo nei confronti di coloro che definiamo nostri portatori di interessi (segnalando i motivi delle nostre scelte, i risultati delle nostre azioni e limiti, difficoltà e dilemmi insiti nel nostro lavoro), imperniato sulle nostre responsabilità in veste di organizzazione medico-umanitaria e mirato alla modifica e miglioramento dei nostri interventi.

La responsabilizzazione nei confronti dei beneficiari è ancora agli inizi e rappresenta l'obiettivo più difficile da realizzare. L'esempio dell'Angola, fornito in questa sede, riguarda l'efficacia e l'impatto dell'intervento durante la gravissima epidemia di colera del 2006. Il rapporto sull'Angola si situa nell'ottica di un programma di responsabilizzazione reciproca che vede l'effettuazione, presso MSF, di una serie di analisi critiche degli interventi compiuti, nonché dei relativi dibattiti.



Trattamento di un bambino affetto da colera in un centro per il trattamento del colera a Luanda, Angola. © Paolo Pellegrin/Magnum Photos

## Vite da salvare e lezioni da apprendere

**Nel 2006, 15 delle 18 province angolane sono state colpite dall'epidemia di colera più grave mai registrata a livello nazionale. La crisi ha colpito proprio mentre MSF si apprestava a lasciare il paese dopo 23 anni di attività, un fatto che potrebbe aver compromesso i tempi di risposta iniziali e ritardato l'intervento. Nonostante i pazienti trattati ammontino a 40.000, MSF ha deciso di svolgere un'approfondita valutazione del programma al fine di determinare efficacia ed efficienza degli interventi e, cosa ugualmente importante, documentare eventuali lezioni apprese.**

Benché in passato il colera risultasse endemico in Angola, non si riscontravano epidemie di particolare gravità da ben dieci anni. Tuttavia, i lunghi anni di guerra civile avevano visto l'esodo nelle città di un'elevata percentuale di popolazione, senza che a ciò facessero fronte significativi ampliamenti o miglioramenti dei sistemi fognari. Verso la metà di febbraio, l'elevata densità di popolazione, i sistemi fognari insufficienti e i continui spostamenti della popolazione hanno combinato i loro effetti con risultati catastrofici. Nel giro di appena sei giorni dal rilevamento dei primi casi nella capitale Luanda, è stato dichiarato lo stato di epidemia: la patologia si è diffusa rapidamente lungo le principali arterie di trasporto, interessando le province vicine.

Dal momento che MSF si stava preparando a ritirarsi dall'Angola, si è dato per scontato che l'epidemia sarebbe stata gestita dal Ministero della Sanità, senza verificarne l'effettiva capacità di provvedere al riguardo. Affidandosi ai dati ufficiali sull'epidemia, successivamente dimostratisi tutt'altro che affidabili, i team MSF hanno inoltre sottovalutato la potenziale portata della crisi e hanno impiegato più tempo del solito per attivarsi. Anche in seguito, i sistemi di sorveglianza continua si sono dimostrati inefficienti e la registrazione dei dati discontinua.

Questi fattori sono stati ulteriormente aggravati dal mancato riconoscimento del mutato contesto dell'emergenza: mentre le precedenti epidemie di colera si erano limitate alla capitale

e alle zone costiere, la maggiore libertà di movimento e accessibilità dei sistemi di trasporto hanno comportato un netto aumento del rischio di diffusione dell'infezione nell'entroterra. Allo stesso tempo, la crescita esponenziale della popolazione di Luanda ha reso la consueta strategia urbana, imperniata su rapidi spostamenti delle ambulanze al fine di radunare i pazienti presso un unico centro terapeutico, inadeguata e inefficace.

Tutti questi fatti, ricchi di insegnamenti per il futuro, sono stati debitamente sottolineati nel reperto di fine missione. Tuttavia, nonostante varie mancanze e ostacoli, i team MSF hanno trattato quasi l'80% dei pazienti curati nel paese durante la crisi: si tratta di più di 40.000 persone, nella maggior parte dei casi sopravvissute (la percentuale dei decessi è stata appena del 2,3%). In più, MSF ha varato misure logistiche appropriate, coordinato il trasporto in loco di scorte sufficienti ed è intervenuta là dove nessun altro si era mosso.

Nessun intervento può mai essere definito 'perfetto': ci sarà sempre un sistema che avrebbe potuto essere più efficace, un processo che sarebbe potuto risultare più efficiente, una terapia che avrebbe potuto essere più disponibile. Nessuna organizzazione può mai diventare pienamente responsabile senza riconoscere questa realtà, che comporta la consapevolezza dei possibili miglioramenti e dell'importanza di proporsi sempre nuovi traguardi.

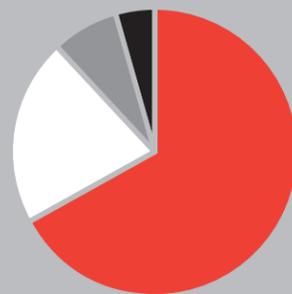
## PANORAMICA SULLE ATTIVITÀ MSF

### Interventi di dimensioni maggiori in base al costo dei progetti

- 1 Repubblica Democratica del Congo
- 2 Ciad
- 3 Somalia
- 4 Sudan meridionale
- 5 Niger
- 6 Sudan settentrionale
- 7 Haiti
- 8 Kenya
- 9 Liberia
- 10 Myanmar

### Sede dei progetti

- Africa | 67.2%
- Asia | 21%
- America | 7.5%
- Europa | 4.3%



### Contesto degli interventi

- Stabile | 44%
- Conflitto armato | 29%
- Instabilità interna | 17%
- Post bellico | 10%



### Evento che ha causato l'intervento

- Conflitto armato | 43%
- Malattie epidemiche, endemiche | 34%
- Violenza sociale, esclusione dall'assistenza sanitaria | 15%
- Disastro naturale | 6%



### Informazioni sulle attività

(Non esaustive e comprendenti esclusivamente le attività di assistenza diretta dei pazienti da parte di MSF. L'attività può includere diagnosi, cura e follow up.)

ATTIVITÀ	DEFINIZIONE	TOTALE
Pazienti ambulatoriali	Numero totale di visite ambulatoriali	8,447,106
Ricoveri	Numero totale di ricoveri	340,689
Malaria	Numero totale di casi confermati curati	1,201,358
TFC	Numero di bambini gravemente malnutriti accolti presso centri nutrizionali come pazienti o ambulatoriamente	122,231
SFC	Numero di bambini moderatamente malnutriti accolti presso centri nutrizionali supplementari	64,980
Parti	Numero totale di donne che hanno partorito, inclusi i tagli cesarei	111,292
Violenza sessuale	Numero totale di casi di violenza sessuale trattati da medici	12,791
Interventi chirurgici	Numero totale di interventi chirurgici importanti, tra cui chirurgia ostetrica, in anestesia totale o spinale	53,626
Trauma da violenza	Numero totale di interventi medici e chirurgici in risposta a violenza diretta	33,441
HIV	Numero totale di pazienti con HIV registrati in cura alla fine del 2007	166,481
Trattamento ARV di prima linea	Numero totale di pazienti in trattamento antiretrovirale (ARV) di prima linea alla fine del 2007	111,125
Trattamento ARV di seconda linea	Numero totale di pazienti in trattamento antiretrovirale di seconda linea alla fine del 2007.	
	Fallimento del trattamento di prima linea	1,212
PMTCT - madre	Numero di donne incinte sieropositive che hanno ricevuto trattamenti di prevenzione della trasmissione madre-figlio (PMTCT)	11,463
PMTCT - figlio	Numero di bambini nati nel 2007 aventi i necessari requisiti e che hanno ricevuto il trattamento post-esposizione	9,254
TB	Numero totale di nuove ammissioni al programma di cura della tubercolosi con farmaci di prima linea nel 2007	29,107
Trattamento TB di seconda linea	Numero totale di nuove ammissioni al programma di cura della tubercolosi con farmaci di seconda linea nel 2007	640
Salute mentale	Numero totale di visite individuali	126,454
	Numero totale di sessioni di gruppo	34,768
Colera	Numero totale di persone ricoverate nei centri di terapia del colera o trattate con soluzioni di reidratazione orali	43,202
Vaccinazioni anti morbillo	Numero totale di persone vaccinate contro il morbillo in risposta a un'epidemia	429,996
Trattamento del morbillo	Numero totale di persone trattate per morbillo	22,181
Vaccinazioni anti meningite	Numero totale di persone vaccinate contro la meningite in risposta a un'epidemia	2,498,241
Casi di meningite curati	Numero totale di persone curate per meningite	10,829

# Quando intervenire: le ragioni

di Emmanuel Tronc, *Coordinatore Policy e Advocacy Unit, MSF Internazionale*

Una donna cammina per la città di Kaga Bandoro presa dai ribelli, Repubblica Centrafricana. Dicembre 2008.  
© Spencer Platt/Getty Images

**Lo scopo dell'azione umanitaria è, essenzialmente, quello di salvare delle vite, dare sollievo a sofferenze gravi e soccorrere gli individui che si trovano in pericolo di vita. In tutti i paesi dove lavora MSF, si è verificato uno o più di uno dei quattro eventi descritti di seguito. Questo esige una risposta medica umanitaria e, se necessario, l'obbligo di denunciare per fare in modo che chi ne ha bisogno venga assistito. I quattro eventi sono conflitti armati, malattie endemiche/epidemiche, violenza sociale/esclusione dall'assistenza sanitaria e disastri naturali.**

La vita reale però non è così semplice e chiara quindi MSF usa la sua esperienza per decidere se c'è bisogno della sua competenza. MSF riconosce comunque i limiti inerenti al fornire aiuto e quindi non interviene in tutti i conflitti e non risponde a tutte le catastrofi naturali o provocate dall'uomo. Le nostre azioni riflettono un'analisi del potenziale valore aggiunto che possiamo offrire e una valutazione regolare sulla pertinenza della nostra presenza o assenza in ogni situazione.

#### Conflitto armato

Le popolazioni colpite da un conflitto armato necessitano di supporto medico e umanitario completo. Si tratta di persone vittime della violenza, popolazioni civili perseguitate e colpite direttamente o indirettamente da attacchi, stupri e omicidi. Sono indebolite, sottomesse, e possono essere state allontanate con la forza dalle loro case, in cerca di un rifugio nei loro paesi d'origine o all'estero.

In un ambiente con un tale grado di distruzione e dissesto del sistema sanitario, c'è bisogno di cure mediche, chirurgiche e psicologiche. Effetti indiretti di un conflitto sono l'instabilità, fino ad un collasso delle infrastrutture in generale e un'economia in rovina che è ugualmente causa di sofferenza. In conseguenza di tutto ciò, la popolazione è esclusa dalle cure e dai servizi medici essenziali e può essere devastata da epidemie come AIDS, TBC, malaria, o malattie meno conosciute come per esempio la malattia del sonno.

Le attività di MSF si basano sul lavoro di team medici in strutture sanitarie/ospedali, dove offrono servizi per far fronte alle crisi mediche collegate ad un conflitto, come la malnutrizione o i problemi di salute mentale. Quando è necessario, MSF costruisce anche pozzi e distribuisce acqua potabile e offre materiali per costruire ripari.

#### Disastri naturali

Le popolazioni colpite da un disastro naturale hanno bisogno di assistenza sanitaria e umanitaria immediata. Si trovano in condizioni disperate, poiché hanno perso improvvisamente le loro case, beni materiali, familiari e parenti. Raggiungere le aree disastrose e le vittime è solitamente un'impresa complessa che richiede una rapida identificazione di molteplici bisogni.

Le persone più povere sono colpite più gravemente a causa delle loro abitazioni e condizioni di vita precarie. MSF risponde in molti modi diversi: assistenza medica come per esempio chirurgia, programmi psicosociali e alimentari (servizi forniti negli ospedali

esistenti o, se necessario, in edifici eretti temporaneamente); azioni preventive per far fronte a potenziali rischi di epidemie; talvolta anche distribuzione di beni di conforto come coperte, tende e olio per cucinare. Queste operazioni sono messe in pratica attraverso una stretta collaborazione con attori nazionali, tenendo presente l'importanza dell'impegno e delle strategie locali e i limiti di un intervento internazionale per quanto riguarda i tempi, la qualità e la pertinenza.

### Popolazioni colpite da malattie epidemiche o endemiche

Tali popolazioni si presentano in contesti variabili di stabilità o conflitto. Capacità di affrontare le emergenze e azioni mediche innovative sono fondamentali per assicurare una risposta efficace.

Le persone che vivono in regioni precarie, aree remote e/o sottosviluppate, bassifondi di capitali e città, campi o baraccopoli spesso non ricevono sufficiente assistenza dalle autorità locali ed internazionali. Sono spesso minoranze, rifugiati o nomadi. Sono maggiormente a rischio in situazioni di dipendenza economica e sociale. Le donne e i bambini sono le categorie che destano maggiore preoccupazione. Esposte a malattie infettive e contagiose, vulnerabili durante la gravidanza e tradizionalmente con meno possibilità di esprimere il dolore e le preoccupazioni, le condizioni delle donne in molti paesi passano inosservate. La dipendenza di neonati e bambini aumenta ulteriormente la loro vulnerabilità.

MSF lavora in strutture già esistenti e, se necessario, crea nuove strutture. Risponde velocemente a focolai di malattie come il colera, il morbillo e la malaria. La collaborazione con i governi e le autorità locali costituisce la condizione necessaria per implementare attività e migliorare rapidamente la situazione. Impegnarsi nel sostegno di azioni mediche, come nel caso di HIV/AIDS, è anche fondamentale per identificare le responsabilità, capire le intenzioni politiche e preparare reazioni efficaci.

### Violenza sociale ed esclusione dall'assistenza sanitaria

Le popolazioni colpite dalla violenza sociale ed escluse dall'assistenza sanitaria spesso soffrono per quello che sono. Si tratta per esempio di minoranze, gruppi etnici, immigrati, sfollati o rifugiati. Possono anche essere bambini di strada o pendolari notturni. Ci sono anche lavoratori del sesso o semplicemente malati di HIV/AIDS o TBC.

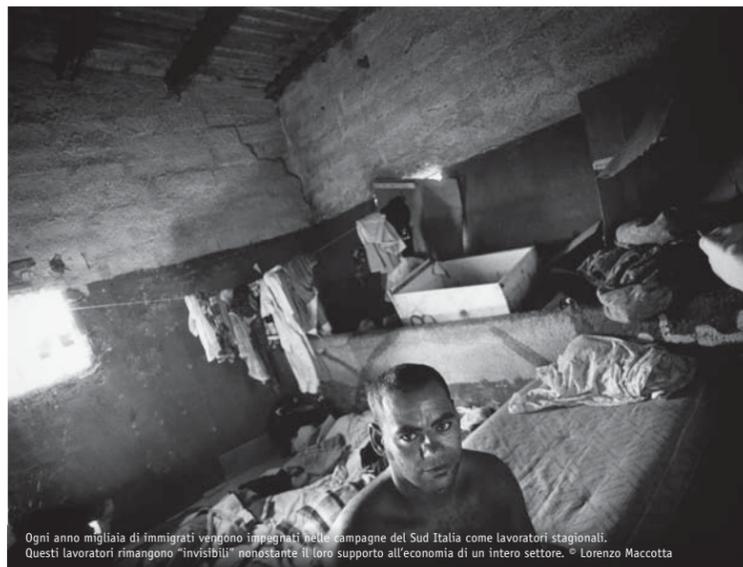
MSF si impegna direttamente per alleviare queste sofferenze quotidiane grazie a servizi medici, psicologici e sociali. L'esclusione dall'assistenza sanitaria richiede progetti che portino l'attenzione sull'accesso all'assistenza e sull'assenza di servizi medici. MSF ha tra i suoi obiettivi principali anche quello di denunciare e, insieme con la cura dei malati, questo è un impegno per attirare l'attenzione sulle cause della sofferenza e sugli ostacoli che impediscono un'offerta di assistenza sanitaria adeguata, e quello di portare gli interessi e le realtà dei nostri pazienti all'attenzione di attori nazionali ed internazionali.



Labuta, Delta area, Myanmar, Maggio 2008.  
© Eyal Warshawski



Bongor, Ciad, Ottobre 2007. Un'operatrice umanitaria di MSF da consigli agli abitanti dei villaggi su come proteggere le proprie famiglie dalla malaria attraverso l'uso di zanzariere. © Tim Dirven / Panos



Ogni anno migliaia di immigrati vengono impegnati nelle campagne del Sud Italia come lavoratori stagionali. Questi lavoratori rimangono "invisibili" nonostante il loro supporto all'economia di un intero settore. © Lorenzo Maccotta



Un campo sfollati a Kilimani, vicino a Masisi, North Kivu.  
© Cedric Gerbehaye/Agence VU

# Quando andare via

di Emmanuel Tronc, *Coordinatore Policy e Advocacy Unit, MSF Internazionale*

**La decisione di chiudere o passare ad altri un programma medico o di lasciare un paese per qualunque motivo è sempre basata su un'analisi che stabilisce se la nostra presenza e le nostre attività siano ancora necessarie o utili.**

### Situazioni di stabilità o di rischio

MSF lascia o chiude un programma quando un contesto, da violento, diventa sufficientemente stabile e le popolazioni sfollate hanno potuto far ritorno alle loro regioni d'origine senza pericolo. D'altra parte, i team possono andarsene se è necessario denunciare il dirottamento degli aiuti destinati ai civili più vulnerabili (campo rifugiati nello Zaire 1995 e in Corea 1998). Allo stesso modo, una situazione di conflitto può deteriorarsi a tal punto che il personale di MSF e di altre organizzazioni umanitarie rischia di essere minacciato o ucciso (Somalia 1997, Iraq e Afghanistan 2004). Sebbene infrequente, questo avviene e può comportare il ritiro temporaneo o permanente dei nostri team per la loro stessa sicurezza.

In ogni caso, se un'autorità o un gruppo armato/politico deliberatamente ostacola l'accesso o l'opera di MSF in una determinata area, MSF può usare la posizione umanitaria o le pressioni politiche per cercare di cambiare la situazione.

### Capacità e responsabilità

La possibilità di andare via sarà presa in considerazione quando le autorità locali o nazionali e gli attori locali hanno la capacità e l'intenzione di ristabilire e sviluppare un sistema sanitario adeguato per far fronte alle esigenze della popolazione. Se ci sono altri attori, umanitari e non, che forniscono assistenza medica, i team di MSF valuteranno se la loro presenza non sia superflua.

### Bisogni medici e umanitari

MSF lascia un progetto quando la nostra presenza non è più necessaria o interferisce con le attività e le capacità locali. MSF termina un intervento quando cessa di esistere l'emergenza medica, come un'epidemia di meningite o di morbillo o un disastro naturale. In questi casi, le opere di soccorso sono sostituite da attività di sviluppo più a lungo termine da parte di altri attori (come è successo dopo lo tsunami in Asia). I team lasciano una certa zona anche quando le popolazioni emarginate non sono più escluse dall'assistenza sanitaria.

La decisione di chiudere, passare ad altri un progetto o andare via non garantisce il fatto che MSF non dovrà ritornare in futuro. Non c'è, infatti, nessuna garanzia che un conflitto non riprenderà, che le esigenze mediche e umanitarie saranno coperte correttamente.

La decisione di porre fine all'assistenza si basa quindi sulla nostra esperienza, la nostra percezione della situazione. È un riconoscimento del fatto che le nostre azioni e la nostra presenza sono limitate e sostituibili. MSF non rappresenta una risposta a lungo termine alle responsabilità di sanità pubblica di uno Stato, ma mantiene una prospettiva professionale formando team nazionali prima di andare via.

Mettere fine alle attività, sebbene possa sembrare una decisione importante da prendere, rispecchia la volontà e l'identità di MSF di portare a termine il suo mandato specifico come attore medico-umanitario d'emergenza, la cui ragion d'essere è aiutare le persone più vulnerabili in momenti di crisi estrema.

## PROGETTI CHIUSI

### ANGOLA

MSF ha iniziato a operare in Angola in 1983, al fine di arginare una serie di emergenze mediche scatenate da conflitti, per poi ampliare le proprie attività. L'organizzazione ha quindi introdotto servizi medici di base ad ampio raggio, provvedendo fra l'altro a prestare assistenza ai malati affetti da tubercolosi (TB), HIV/AIDS e tripanosomiasi umana africana (malattia del sonno). MSF ha regolarmente fatto fronte a epidemie di malattie come meningite, morbillo, colera, febbre emorragica e ad altri problemi medici, crisi nutrizionali comprese.

Nel 2007, considerato il processo di ristrutturazione del sistema sanitario avviato dalle autorità statali, MSF ha completato la fase biennale di passaggio delle consegne dei propri progetti a ONG governative, locali e internazionali.

**MSF ha lavorato in Angola dal 1983 al 2007.**

### BENIN

Nel dipartimento di Mono-Couffo, una regione rurale del Benin caratterizzata dalla più elevata percentuale di sieropositivi, MSF ha varato nel 2002 un progetto anti-HIV/AIDS. Complessivamente, nel corso del progetto MSF ha curato 903 sieropositivi. Alla fine del giugno 2007, il progetto è stato affidato a partner e autorità sanitari locali.

Sin dal giugno 2005, MSF ha inoltre prestato assistenza medica ai rifugiati togolesi ospitati presso il campo di Agamé, nel Benin meridionale. Alla fine del 2006, MSF ha affidato alla Croce Rossa locale la gestione delle attività mediche destinate agli 8.000 residenti del campo.

**MSF ha lavorato in Benin dal 2002 al 2007.**

### ECUADOR

MSF è stata la prima ONG a combattere il virus HIV in Ecuador. Nel 2004, MSF ha avviato un progetto anti-HIV/AIDS in tre distretti sanitari della cittadina di Guayaquil, caratterizzata dal tasso di infezione più elevato di tutto il paese: fino ad allora, Guayaquil disponeva di un unico ospedale di riferimento e di una sola unità sanitaria. MSF ha inaugurato un nuovo

reparto diagnostico e terapeutico nell'ambito dell'ospedale, nonché tre centri di maternità e otto centri sanitari. Per il mese di dicembre 2007, MSF aveva finalizzato il passaggio delle consegne del progetto al Ministero della Sanità. Durante il progetto in questione, MSF ha trattato circa 1.770 pazienti, di cui 530 introdotti alla terapia con antiretrovirali.

**MSF ha lavorato in Ecuador dal 1996 al 2007.**

### GIAPPONE

In Giappone, nonostante l'esistenza di un sistema assistenziale rivolto alle persone socialmente svantaggiate, la presenza di numerosissimi vincoli e la complessità delle procedure da seguire impedisce alla maggioranza dei senzateo di accedere a cure mediche adeguate. Per affrontare questo problema socio-sanitario, nel 2004 MSF ha varato un programma a Osaka, sede della più nutrita popolazione nipponica di senzateo, nell'intento di prestar loro assistenza medica presso una clinica fissa. Tuttavia, questo progetto non è risultato immediatamente concretizzabile e, per i 14 mesi successivi, MSF è ricorsa a una serie di cliniche mobili per effettuare 1.351 visite mediche e prestare assistenza a 296 pazienti affetti da patologie come ipertensione, diabete e dolori articolari. Nonostante diversi tentativi, il progetto di allestire una clinica fissa non ha mai potuto concretizzarsi a causa dell'opposizione delle autorità e delle comunità locali. All'inizio del 2007 MSF ha deciso di chiudere il programma e di indirizzare i pazienti presso altre strutture sanitarie.

**MSF ha lavorato in Giappone dal 2004 al 2007.**

### MALAYSIA

MSF ha iniziato a operare in Malaysia nel 2004, al fine di migliorare l'accesso ai servizi di assistenza medica e psicologica per le comunità di rifugiati e richiedenti asilo a Kuala Lumpur e dintorni. Queste persone, il cui stato spesso non è ufficialmente riconosciuto, stentano ad accedere a cure sanitarie adeguate. Nel 2006, MSF ha inaugurato tre cliniche mobili, operando in stretta collaborazione con partner locali ed effettuando 8.159 visite mediche.

Le cliniche provvedevano ad assistenza medica primaria, visite psicologiche e psichiatriche e ricoveri ospedalieri. MSF ha inoltre introdotto iniziative informative a carattere sanitario rivolte alla comunità locale e attività formative a carattere psicosociale e psichiatrico destinate al personale delle ONG, a gruppi comunitari e a volontari reclutati fra rifugiati e richiedenti asilo.

Dopo averne incrementato le risorse mediante iniziative formative e il supporto diretto di servizi clinici, nell'aprile 2007 MSF ha affidato il progetto a partner locali, incaricati di continuare a prestare assistenza medica e psicologica.

Per quanto di vitale importanza, i servizi sanitari erogati dalle ONG vengono considerati alla stregua di misure temporanee destinate ad alleviare alcuni dei problemi sanitari affrontati da rifugiati e richiedenti asilo.

**MSF ha lavorato in Malaysia dal 2004 al 2007.**

### RUANDA

MSF ha concluso la propria attività in Ruanda dopo 16 anni in loco. Nel corso degli anni, MSF ha provveduto fra l'altro a prestare assistenza agli sfollati, offrire servizi di chirurgia di guerra, varare programmi destinati a bambini non accompagnati e di strada, assistere vittime traumatizzate dal conflitto, gestire programmi mirati a migliorare l'accesso alle cure mediche, fronteggiare epidemie di malaria, colera e tubercolosi e promuovere programmi imperniati sulla sanità materna e riproduttiva.

Il Ruanda appare ora decisamente avviato a uno sviluppo a lungo termine: le organizzazioni presenti nel paese sono ora in numero sufficiente a soddisfare le necessità della popolazione e l'epidemia di AIDS appare adeguatamente contenuta. MSF è riuscita a ritirarsi dal paese alla fine del 2007.

**MSF ha lavorato in Ruanda dal 1991 al 2007.**

# Le crisi dimenticate del 2007

## Gli sfollati in fuga dalla guerra in Somalia si trovano di fronte ad una crisi umanitaria

Al presentarsi in Somalia della peggiore escalation di violenza in più di 16 anni, gli aiuti e gli interessi internazionali sembrano diminuiti. Le truppe etiopi e le forze del Governo Federale di Transizione si sono scontrate con gruppi armati, tra cui le rimanenze dell'Unione delle Corti Islamiche. Sono stati uccisi o feriti molti civili e in migliaia sono stati fatti sfollare dalla capitale, Mogadiscio.

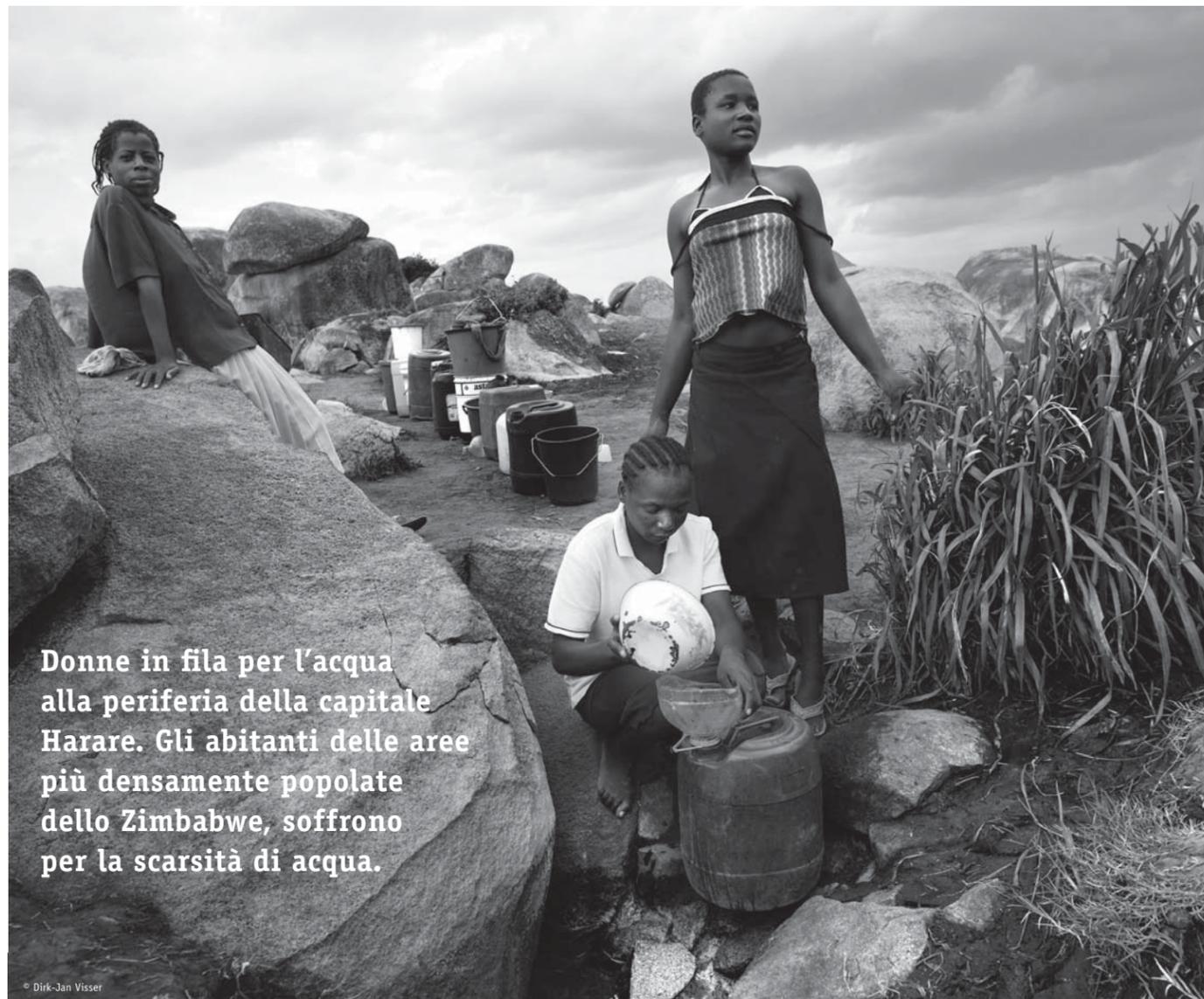
MSF ha aumentato la sua presenza a Mogadiscio e ha aperto un programma di intervento di emergenza ad Afgoooye. Qui, secondo le stime, vivono 200.000 sfollati in condizioni durissime.

Il conflitto in Somalia, che dura da 16 anni, ha causato alcuni dei peggiori indicatori di salute al mondo, con un'aspettativa di vita di soli 47 anni. Nel 2007 MSF ha condotto progetti in 10 delle 11 regioni della Somalia centro meridionale. Ma problemi di sicurezza hanno impedito al personale di MSF di raggiungere un numero maggiore di pazienti, in particolare a Mogadiscio.

Ad agosto, MSF ha chiesto a tutte le parti di rispettare la sicurezza degli operatori medici e di permetter loro di entrare a Mogadiscio e dintorni. In tutti gli ospedali di MSF, da Jamaame a Galcayo, i servizi medici forniti vanno da cure primarie e di maternità a interventi di chirurgia.

La situazione è però peggiorata a dicembre, quando due operatori di MSF sono stati rapiti e poi rilasciati, mentre a gennaio tre operatori sono stati uccisi. In seguito a questi fatti, MSF ha temporaneamente sospeso la sua presenza internazionale in Somalia e ha affidato a personale nazionale la guida delle sue attività. L'aumento della violenza ha anche portato alla chiusura dei programmi a Bossaso e Kismayo. MSF ha intenzione di ritornare gradualmente in queste zone nel corso del 2008.

**Migliaia di Somali vivono in campi come questo situato a nord di Mogadiscio, dove mancano acqua, cibo, riparo e assistenza sanitaria.**



Donne in fila per l'acqua alla periferia della capitale Harare. Gli abitanti delle aree più densamente popolate dello Zimbabwe, soffrono per la scarsità di acqua.

© Dirk-Jan Visser

## Disordini politici ed economici provocano la crisi del sistema sanitario in Zimbabwe

Gli abitanti dello Zimbabwe continuano a soffrire per la disoccupazione dilagante, l'inflazione in forte aumento, la mancanza di cibo e l'instabilità politica. Si stima che negli ultimi anni fino ad un quarto dei 12 milioni di abitanti del paese sia fuggito nei paesi vicini.

Il sistema sanitario, che una volta era considerato tra i più efficienti dell'Africa meridionale, ora è quasi al collasso, pregiudicando gravemente le condizioni dei malati di HIV/AIDS, stimati in 1,8 milioni di persone. Meno di un quarto di coloro che necessitano urgentemente della terapia con antiretrovirali (ARV) la riceve e ogni settimana muoiono circa 3000 persone. Gli operatori sanitari stanno lasciando il paese, il programma terapeutico per HIV/AIDS del governo è sovraffollato e la mancanza di forniture di ARV ne impedisce l'ulteriore espansione. L'alto costo della benzina e dei trasporti spesso rende difficile

raggiungere ospedali e cliniche.

MSF, attraverso i suoi programmi a Bulawayo, Thlotsho, Gweru, Epworth e nella provincia di Manicaland, fornisce cure mediche gratuite a 35.000 persone malate di HIV/AIDS. Di queste, 16.000 ricevono terapia con ARV, quasi un decimo di tutte le persone in cura. La capacità di MSF di curare più persone è però limitata dalla mancanza di personale sanitario qualificato, da restrizioni su chi può prescrivere farmaci ARV e da requisiti amministrativi sempre più severi per il personale internazionale che vuole operare nel paese. Focolai di diarrea hanno colpito le popolazioni di Harare e Bulawayo. Inoltre non è facile lasciare il paese, come dimostrano le numerose denunce di rifugiati picchiati o stuprati lungo il confine sudafricano. Quelli che riescono a fuggire, vivono ai margini della società, avendo un accesso limitato o addirittura inesistente all'assistenza sanitaria.



Un medico MSF visita un paziente affetto da tubercolosi nel campo rifugiati di Maela vicino a Maesot.

© Francesca Di Bonito

## La tubercolosi resistente ai farmaci si diffonde, mentre i nuovi farmaci non vengono prodotti

Si stima che ogni anno nove milioni di persone contraggano la tubercolosi (TBC) e due milioni ne muoiano. Eppure il trattamento usato è ancora quello risalente agli anni Sessanta e il test diagnostico usato più comunemente, l'esame microscopico dell'escreato, sviluppato nel 1882, diagnostica la TBC soltanto nella metà dei casi. Soltanto 206 milioni di dollari, rispetto ai 900 milioni necessari, vengono investiti ogni anno in tutto il mondo nella ricerca per la TBC.

Le terapie e la diagnostica sono ancora meno adatte se si tratta di persone affette da HIV/AIDS, la preda più facile per il bacillo della TBC. Per gli oltre 450.000 individui infettati ogni anno da TBC multiresistente (MDR) o che la sviluppano a causa di trattamenti incompleti, le probabilità di sopravvivenza sono ancora minori. I pochi che hanno accesso alla terapia devono resistere fino a 24 mesi prendendo tutti i giorni un cocktail di farmaci altamente

tossici e costosi, che spesso hanno pesanti effetti collaterali. Anche nelle migliori condizioni, nei programmi di MSF in Armenia, Abkhazia, Georgia, Cambogia, Kenya, Thailandia, Uganda e Uzbekistan, solo il 55 per cento dei pazienti affetti da TBC multiresistente hanno completato il trattamento.

Un ulteriore problema per il personale medico che opera sul fronte della pandemia di TBC è costituito dal fatto che non tutti i nuovi farmaci sono testati sui più bisognosi: i pazienti affetti da TBC multiresistente. Un recente articolo, scritto da esperti internazionali e pubblicato nella rivista medica PLoS Medicine, ha invitato a testare i nuovi farmaci sui pazienti affetti da TBC resistente agli altri farmaci. Questo renderebbe più semplice scoprire l'azione anti-TBC dei nuovi farmaci e in definitiva accelerare lo sviluppo dei farmaci stessi.

## Aumentato l'utilizzo dei cibi di pronto utilizzo altamente nutrienti, fondamentali per ridurre la malnutrizione infantile

La razione di cibo di pronto utilizzo che il bambino mangia è prodotto in Niger ed è utilizzato per il trattamento della malnutrizione dei bambini di età inferiore ai 5 anni.

La malnutrizione acuta nella prima infanzia è comune in ampie aree del Corno d'Africa, Sahel e Asia meridionale, conosciute per essere i "punti caldi della malnutrizione". Ogni anno muoiono cinque milioni di bambini al di sotto dei cinque anni di età.

I cibi di pronto utilizzo altamente nutrienti (RUF) si sono recentemente rivelati una risposta efficace, capace di salvare le vite dei bambini gravemente malnutriti. I RUF sono paste a base di latte e arachidi, arricchite di tutte le vitamine e le sostanze nutritive necessarie per una rapida guarigione. Non necessitano di refrigerazione o preparazione, quindi i bambini più gravemente malnutriti possono essere curati a casa. Eppure soltanto una piccolissima parte di bambini gravemente malnutriti sta ricevendo i RUF. Il trattamento con i RUF può inoltre prevenire la malnutrizione grave nei bambini, e quindi dovrebbero essere usati sia per la prevenzione che per il trattamento della malnutrizione come parte dei programmi di aiuti alimentari rivolti ai bambini piccoli nelle aree di alta incidenza.

In Niger, nel 2007, MSF ha lanciato un programma pilota usando un RUF modificato come integratore per prevenire la malnutrizione in 62.000 bambini durante le carenze stagionali di cibo. MSF sta quindi esortando i donatori internazionali a sostenere l'acquisto sistematico e l'uso dei RUF come terapia e misura preventiva in tutto il mondo.



Una donna e un bambino feriti vengono curati nel Centro Chirurgico di MSF a Vavuniya, città vicina alla linea del fronte dei combattimenti tra forze governative e ribelli.

## Civili sempre più coinvolti nel conflitto in Sri Lanka

Al centro degli scontri tra le forze governative e le Tigri di Liberazione di Tamil Eelam, i civili della regione orientale e settentrionale dello Sri Lanka vivono nel terrore. Lo Sri Lanka è stato nella morsa dei combattimenti ad intermittenza per quasi 25 anni, ma il conflitto, ed in particolare il prezzo pagato dai civili, ha attirato pochissima attenzione.

Bombardamenti mirati, uccisioni, attacchi suicidi, rapimenti, reclutamenti forzati, estorsioni, restrizioni di movimento e arresti arbitrari hanno reso la vita quotidiana in Sri Lanka sempre più precaria. Centinaia di migliaia di abitanti dello Sri Lanka, bisognosi di aiuti umanitari, sono stati fatti sfollare da quando gli scontri sono ripresi violentemente nell'agosto del 2006.

La situazione è aggravata da un clima generale di ostilità e sospetto verso le organizzazioni che forniscono aiuti umanitari. Gli aiuti umanitari sono sempre più limitati e i civili soffrono per l'impossibilità di accedere ad assistenza d'emergenza che potrebbe salvare delle vite. Tutto ciò succede mentre zone vicine al fronte dei combattimenti hanno perso quasi tutti i medici e gli ospedali non hanno più le risorse umane per curare i feriti.

Dopo essere stati costretti a lasciare il paese temporaneamente alla fine del 2006, MSF offre adesso cure mediche, ostetriche e chirurgiche a Point Pedro, Vavuniya, Kilinochchi e Mannar.

## Un campo sfollati a Bulengo, vicino a Goma nel Nord Kivu.



© Cédric Gerbehaye / Agence VU

## Le condizioni peggiorano nella Repubblica Democratica del Congo orientale

Dopo più di un anno dalle prime elezioni democratiche, nella provincia orientale del Nord Kivu della Repubblica Democratica del Congo continuano i combattimenti tra gruppi armati.

Sostenuto da MONUC, la missione dell'ONU, il governo è in aperto combattimento con le forze del leader dei ribelli, Laurent Nkunda. Sono inoltre coinvolti diversi gruppi come i Mai Mai e i ribelli Hutu ruandesi delle Forze Democratiche per la Liberazione del Ruanda.

Centinaia di migliaia di persone hanno lasciato le loro case, spesso costrette a nascondersi nella foresta, con scarso accesso a cibo o cure mediche di base e sotto la continua minaccia di attacchi.

MSF ha potenziato le sue attività, ma l'ambiente insicuro rende difficile fornire assistenza umanitaria completa. Ampie zone sono

inaccessibili e l'incidenza delle violenze sessuali sta crescendo spaventosamente. Nel Nord Kivu, MSF ha assistito oltre 3.000 vittime di violenza sessuale nel 2007.

Nel distretto di Ituri, dove gruppi armati diversi rispetto a quelli del Nord Kivu sono in conflitto, 150.000 sfollati vivono in totale indigenza e sono esposti allo sfruttamento.

Nell'ospedale Bon Marché in Ituri, MSF ha curato 7.400 vittime di stupro negli ultimi quattro anni, più di un terzo delle quali sono state ricoverate negli ultimi 18 mesi.

MSF è intervenuta anche in altre province per diversi focolai di malattie, tra cui un'epidemia di febbre emorragica Ebola a sud della provincia del Kasai Orientale.



Graciela e la sua famiglia sono solo alcuni dei milioni di colombiani che hanno dovuto lasciare le loro case per sfuggire ai combattimenti tra il governo, i ribelli e le forze paramilitari.

© Espen Rasmussen / Panos

## Vivere in condizioni precarie nelle zone di conflitto in Colombia

3,8 milioni di persone sono state allontanate dalle proprie case dalla violenza, rendendo la Colombia il terzo paese al mondo per il maggior numero di sfollati. Mentre il conflitto in Colombia entra nel sesto decennio e i gruppi armati continuano a colpire i civili, molti colombiani non riescono più a ricordare un tempo in cui la vita quotidiana non fosse regolata dalle armi e dal terrore.

Gruppi armati controllano circa la metà delle zone rurali in Colombia. Strade impraticabili impediscono ai civili l'accesso all'assistenza sanitaria, i bambini sono reclutati con la forza in milizie e chiunque sia sospettato di collaborare con le forze armate viene ucciso. Allo stesso tempo, chiunque sia sospettato di lavorare con i gruppi ribelli subisce pesanti ritorsioni da parte delle forze armate.

Le famiglie lasciano le loro case per andare in baraccopoli urbane portando con loro poco più dei vestiti che indossano, per poi trovare al loro arrivo condizioni ugualmente terribili. Pochissimi hanno la possibilità di ritornare in sicurezza alle loro case.

MSF è presente in 13 dei 32 dipartimenti della Colombia. Équipe lavorano in zone rurali con cliniche mobili e fisse e in aree urbane dove si sono raccolte le famiglie sfollate. Altre équipe forniscono cure mediche che vanno dalle vaccinazioni alla salute materno-infantile e ai servizi di emergenza, oltre all'assistenza psicologica alle vittime di violenza.



Padre e figlio in attesa di una visita in un ambulatorio MSF.

Claude Mahoudeau

## Aiuti umanitari ridotti in Myanmar

Isolati dal mondo da quando la dittatura militare è salita al governo nel 1962, gli abitanti del Myanmar (ex Birmania) sono sottoposti a continue rappresaglie. A settembre la repressione della marcia dei monaci per la democrazia ha attirato l'attenzione internazionale, ma la realtà della vita quotidiana è rimasta nascosta.

Poche organizzazioni umanitarie lavorano in Myanmar dove lo spazio umanitario è limitato. I donatori sono restii a finanziare i programmi che potrebbero sostenere il regime. In alcune regioni, come quelle strette nei conflitti armati che coinvolgono i ribelli Karen e Mon lungo il confine thailandese, le restrizioni del governo hanno ostacolato gli aiuti. Solo l'1,4 per cento del budget del regime è destinato ai servizi sanitari.

I servizi sanitari sono particolarmente scarsi nello stato occidentale del Rakhine, dove MSF nel 2006 ha curato 210.000 persone per mala-

ria e dove i musulmani, noti come Rohingya, si vedono negati dallo stato i diritti di cittadinanza e sono esposti a numerose forme di abuso. MSF fornisce ai Rohingya cure mediche di base e terapie per HIV/AIDS.

La risposta non tempestiva all'epidemia di HIV/AIDS ha contribuito al diffondersi del contagio. MSF offre programmi per il trattamento HIV/AIDS negli stati di Yangon, Rakhine, Kachin e Shan, ma questi programmi coprono solo una parte dei bisogni. Si pensa che solo 10.000 delle 360.000 persone affette da HIV, secondo le stime dell'ONU, ricevono il trattamento con antiretrovirali, e 8.000 di loro lo ricevono da MSF. Pochi hanno accesso alle cure per malattie come la tubercolosi. Secondo le stime dell'ONU, l'HIV/AIDS uccide 20.000 persone ogni anno.



Una madre siede con il suo bambino a Massabiou, un villaggio attaccato in Aprile dalla milizia armata. In seguito all'attacco migliaia di persone sono fuggite. Coloro che sono tornati ora lottano per sopravvivere senza cibo, acqua o riparo.

© Spencer Platt/Getty Images

## Civili intrappolati da gruppi armati nella Repubblica Centrafricana

Gli scontri tra le forze governative e i gruppi ribelli nel nord della Repubblica Centrafricana, che durano dalla fine del 2005, hanno causato un significativo spostamento della popolazione. I villaggi sono stati saccheggiati e bruciati.

Nel 2007, MSF ha sostenuto le strutture sanitarie e ha offerto assistenza sanitaria primaria e secondaria a Kabo, Batangafo, Paoua, Kaga Bandoro, Markounda e Boguila nel nord-ovest e nei loro dintorni, e a Birao e Gordil nel nord-est. Nei primi otto mesi, sono state effettuate più di 100.000 visite. Decine di migliaia di persone, compresi molti bambini al di sotto dei cinque anni, sono stati curati per malaria e altre malattie infettive spesso collegate alle condizioni di vita precarie.

Le vessazioni e la mancanza generalizzata di sicurezza hanno spesso costretto MSF a interrompere senza preavviso le attività

delle cliniche mobili, alcune volte per periodi fino a otto settimane. A giugno, le operazioni di MSF nel nord-est della Repubblica Centrafricana sono state ridotte a lungo dopo che, il 6 giugno, un'operatrice di MSF, Elsa Serfass, è stata uccisa dai ribelli.

La violenza ha anche costretto quasi 30.000 persone a rifugiarsi nel confinante Camerun, dove non hanno riparo, cibo e assistenza medica. Nel 2007 MSF è intervenuta quando sono stati scoperti tassi allarmanti di malnutrizione infantile all'interno della popolazione rifugiata. I bambini malnutriti sono stati curati e sono state distribuite razioni supplementari di cibo. Oltre 45.000 rifugiati della Repubblica Centrafricana si sono raccolti anche in Ciad, dove MSF lavora in un ospedale distrettuale e fornisce assistenza ai rifugiati nei campi e agli abitanti locali.

Una pediatra visita una bambina nell'Ospedale N° 5 di Grozny.



© Misha Galustov / agency.photographer.ru

## Il conflitto ceceno si attenua, ma i bisogni umanitari rimangono

Sono passati quasi quattro anni da quando nella Repubblica Cecena sono cessati i combattimenti più violenti tra il governo russo e le forze ribelli. Decine di migliaia tra coloro che si erano rifugiati nelle confinanti repubbliche dell'Inguscezia e del Daghestan sono ritornati alle loro case. Si sta ricostruendo la capitale, Grozny, ed è stato riaperto l'aeroporto.

Ma la situazione nella regione rimane altamente instabile. Gli scontri al di fuori della Cecenia sono aumentati e c'è ancora un'ampia presenza militare. I sequestri, le sparizioni, gli assassinii e i bombardamenti continuano. In Cecenia, la situazione dei civili per quanto riguarda la sicurezza è precaria.

I servizi sanitari di base, in particolare le cure ostetriche e ginecologiche, sono molto carenti. Attraverso le cliniche a Grozny e dintorni,

medici di MSF e medici ceceni visitano una popolazione di persone con alti livelli di malattie croniche, tra cui malattie polmonari, renali e cardiovascolari. Le squadre sono anche testimoni di un bisogno diffuso di cure psicologiche causate da anni di violenze e di isolamento. Una ricerca di MSF tra le persone che vivono in centri temporanei in Inguscezia e Cecenia ha rivelato che quasi tutti soffrono di ansia, insonnia o depressione.

Anche il sistema ceceno di controllo della tubercolosi (TBC) ha pagato un alto prezzo a causa della guerra. Per questo motivo MSF supporta gli ospedali che si occupano di TBC, occupandosi di una popolazione di 350.000 persone. Dal 2006, MSF gestisce inoltre un programma di chirurgia ricostruttiva a Grozny.

## GLOSSARIO DELLE MALATTIE

### MORBO DI CHAGAS

Questa malattia parassitaria, descritta per la prima volta dal medico brasiliano Carlos Chagas, è diffusa quasi esclusivamente in America Latina, sebbene l'aumento dei viaggi internazionali abbia fatto sì che si siano riscontrati casi anche negli USA e in Europa. Questa patologia potenzialmente fatale danneggia il cuore e i sistemi nervoso e digerente.

La malattia viene trasmessa da insetti ematofagi che vivono nelle fessure di muri e tetti delle abitazioni di fango e paglia, comuni nelle aree rurali e nelle bidonville urbane dell'America Latina. Le persone possono essere infette ma non mostrare sintomi cronici per anni. Nel 30% circa delle persone infettate si sviluppano sintomi cronici debilitanti e che possono causare la morte. Il morbo di Chagas può causare danni irreversibili a cuore, esofago e colon, riducendo l'aspettativa di vita in media di dieci anni. L'insufficienza cardiaca è una causa di morte comune negli adulti affetti dalla malattia.

Il trattamento deve essere somministrato nelle fasi acute iniziali dell'infezione e ad oggi i farmaci sono efficaci nei bambini solo nella fase acuta e asintomatica della malattia.

La diagnosi è complessa perché occorre effettuare due o tre esami del sangue per determinare se un paziente è stato infettato dal parassita. Sono pochi i farmaci sviluppati per combattere questa malattia e il trattamento attuale può risultare tossico, in quanto il suo completamento richiede da uno a due mesi.

I programmi di MSF per il morbo di Chagas in Bolivia e Guatemala si concentrano principalmente sull'educazione, le misure preventive e lo screening e la cura dei bambini.

MSF sta inoltre cercando di trattare i sintomi negli adulti attraverso un progetto in Bolivia.

**Nel 2007 MSF ha curato 685 pazienti affetti da morbo di Chagas.**

### COLERA

Il colera, termine greco per diarrea, è un'infezione gastrointestinale acuta idrodiffusa causata dal batterio *Vibrio cholerae* e veicolata attraverso acqua e cibo contaminati. L'infezione può diffondersi rapidamente e causare grandi epidemie improvvise.

Sebbene la maggior parte delle persone contaminate dal colera presenti solo un'infezione leggera, questa malattia può essere anche molto grave, con diarrea acquosa profusa e vomito, e senza un trattamento tempestivo può condurre alla disidratazione e alla morte. Il trattamento consiste nell'immediata reintegrazione di liquidi e sali con una soluzione reidratante somministrata oralmente o per via endovenosa.

MSF ha approntato dei kit di trattamento del colera per fornire una rapida assistenza e allestisce dei centri per la cura del colera (CTC - cholera treatment centres) nelle aree colpite da epidemia. Le misure di controllo e prevenzione comprendono un'adeguata fornitura di acqua potabile sicura e l'attuazione di rigorose pratiche igieniche.

**Nel 2007 MSF ha curato 43.202 persone affette da colera.**

### HIV/AIDS

Il virus dell'immunodeficienza umana (HIV) si trasmette attraverso il sangue e i fluidi corporei e indebolisce gradualmente il sistema immunitario, in genere in un periodo che va da tre a dieci anni, portando alla sindrome da immunodeficienza acquisita o AIDS. Con l'indebolimento del sistema immunitario, si possono sviluppare numerose infezioni opportunistiche (OI). Un semplice esame del sangue può accertare la presenza del virus.

Combinazioni di farmaci noti come antiretrovirali aiutano a combattere il virus e consentono di vivere più a lungo vite più sane, senza il rapido decadimento del sistema immunitario. È più facile assumere correttamente questi farmaci quando sono riuniti in singole pillole (FDC - fixed-dose combination, ovvero combinazione a dose fissa). I programmi completi HIV/AIDS di MSF comprendono generalmente attività di educazione e informazione, in modo che le persone sappiano come prevenire la diffusione del virus.

**Nel 2007 MSF ha fornito cure a oltre 166.000 persone affette da HIV/AIDS e terapia antiretrovirale a oltre 112.000 persone.**

### TRIPANOSOMIASI AFRICANA UMANA (MALATTIA DEL SONNO)

Comunemente nota come malattia del sonno, questa infezione parassitaria è diffusa nell'Africa subsahariana e viene trasmessa dalla puntura di alcuni tipi di mosca tse-tse tropicale. Oltre il 90% dei casi riscontrati di malattia del sonno sono causati dal parassita *Trypanosoma brucei gambiense* (T.b.g). Il parassita attacca il sistema nervoso centrale causando gravi disturbi neurologici e portando alla morte se non curato adeguatamente.

Durante il primo stadio della malattia, i pazienti mostrano sintomi aspecifici come febbre e debolezza. In questa fase la malattia è difficile da diagnosticare ma relativamente semplice da curare. Il secondo stadio comincia quando il parassita invade il sistema nervoso centrale. La persona infettata inizia a manifestare sintomi neurologici o psichiatrici come perdita di coordinazione, confusione o convulsioni.

Una diagnosi precisa del secondo stadio della malattia richiede il prelievo di un campione di liquido spinale; la cura è dolorosa e richiede iniezioni giornaliere. Il farmaco più comunemente utilizzato per la cura della tripanosomiasi, il melarsoprol, è stato prodotto nel 1949 e presenta molti effetti collaterali. Questo derivato dell'arsenico è estremamente tossico e in alcune aree dell'Africa risulta inefficace per il 30% dei pazienti. Inoltre uccide fino al 5% delle persone a cui viene somministrato. L'eflornitina, sebbene piuttosto difficile da fornire in quanto richiede somministrazione endovenosa e un programma di cura complesso, è un'alternativa più sicura e più recente utilizzata da MSF nei suoi progetti.

**Nel 2007 MSF ha ammesso 1.710 pazienti al trattamento per la tripanosomiasi umana africana.**

## LEISHMANIOSI (KALA AZAR)

Largamente sconosciuta nel mondo sviluppato, la leishmaniosi è una malattia tropicale parassitaria causata da una delle oltre 20 varietà di Leishmania e trasmessa dalla puntura di alcuni tipi di mosche della sabbia. La forma più grave, la leishmaniosi viscerale, è nota anche come kala azar, il termine hindi per febbre nera. Oltre il 90 per cento dei casi è localizzato in Bangladesh, Brasile, India, Nepal e Sudan. Senza cure, questa forma di leishmaniosi è fatale quasi nel 100% dei casi.

Il parassita attacca il sistema immunitario causando febbre, perdita di peso, anemia e ingrossamento della milza. Sussistono anche notevoli problemi relativi ai test diagnostici esistenti che sono invasivi o potenzialmente pericolosi e richiedono strutture e specialisti non sempre disponibili nelle aree con scarse risorse. Il trattamento richiede dolorose iniezioni giornaliere del farmaco per 30 giorni. Il farmaco maggiormente usato per la cura della kala azar, lo stibogluconato di sodio (SSG) è stato sviluppato negli anni Trenta, è piuttosto costoso e in alcuni pazienti causa una reazione tossica.

La coinfezione di leishmaniosi e HIV sta diventando sempre più una minaccia.

**Nel 2007 MSF ha curato 4.201 persone affette da leishmaniosi.**

## MALARIA

Causata da quattro specie del parassita Plasmodium, la malaria viene trasmessa da zanzare infette, in particolare durante la stagione delle piogge, e colpisce in prevalenza le comunità povere e rurali, gli abitanti delle bidonville e i rifugiati. I sintomi includono febbre, dolori alle articolazioni, mal di testa, vomito ripetuto, convulsioni e coma. Se non curata, la malaria causata dal plasmodium falciparum può portare alla morte.

La malaria viene comunemente diagnosticata in base ai soli sintomi clinici come febbre e mal di testa. Circa metà delle persone che presentano stati febbrili e sono trattate per la malaria in Africa potrebbero non essere effettivamente infettate dal parassita. Una diagnosi accurata potrebbe essere effettuata

attraverso il conto dei parassiti al microscopio o con un rapido test con dipstick. Entrambi i metodi vengono attualmente utilizzati da MSF nei suoi progetti.

Per trattare la malattia vengono utilizzati farmaci antimalarici. La cloroquina rappresentava un tempo la cura ideale per la malaria causata dal plasmodium falciparum in considerazione del prezzo, dell'efficacia e dei minimi effetti collaterali; tuttavia la sua efficacia è enormemente diminuita negli ultimi decenni. La ricerca sul campo di MSF ha contribuito a determinare che la terapia combinata con i derivati dell'artemisinina (ACT) è attualmente la più efficace contro questo tipo di malaria e i governi africani sono stati sollecitati a modificare i loro protocolli farmacologici e a utilizzare l'ACT. Sebbene molti governi abbiano messo questa modifica per iscritto, in molti casi il farmaco non è ancora disponibile per i loro pazienti.

**Nel 2007 MSF ha curato più di 1,3 milioni di pazienti affetti da malaria.**

## MENINGITE

La meningite meningococcica, causata dal batterio Neisseria meningitidis, è un'infezione contagiosa e potenzialmente fatale delle meningi, le sottili membrane che avvolgono il cervello e il midollo spinale. Le persone possono essere infettate senza che si manifestino sintomi. L'infezione può anche causare improvvisi e intensi mal di testa, febbre, nausea, vomito, sensibilità alla luce e rigidità del collo. La morte può sopraggiungere a poche ore dal manifestarsi dei sintomi.

Senza cure idonee, la meningite batterica uccide oltre la metà delle persone contagiate. I casi sospetti vengono diagnosticati attraverso l'analisi di un campione del fluido spinale e trattati con una serie di antibiotici. Anche con un trattamento antibiotico idoneo, dal cinque al dieci per cento dei pazienti colpiti da meningite muore e fino a uno su cinque può riportare danni all'udito o deficit dell'apprendimento.

La meningite si manifesta sporadicamente nel mondo, ma la maggioranza dei casi e dei decessi si riscontra in Africa, in particolare nella striscia geografica che va dal Senegal all'Etiopia,

la cosiddetta "cintura della meningite" dove si verificano epidemie regolari. La vaccinazione è il modo riconosciuto per proteggere dalla malattia.

**Nel 2007 MSF ha curato 10.829 persone per meningite e ne ha vaccinate 2,5 milioni.**

## TUBERCOLOSI

Un terzo della popolazione mondiale è attualmente infettata dal bacillo della tubercolosi (TBC). Ogni anno, nove milioni di persone sviluppano la TBC attiva e quasi due milioni ne muoiono. Il novantacinque per cento di queste persone vivono in paesi poveri.

Questa malattia contagiosa colpisce i polmoni e si diffonde nell'aria quando le persone infette tossiscono, starnutiscono o parlano. Non tutti si ammalano, ma il dieci per cento delle persone contagiate (HIV negative) sviluppa la TBC attiva nel corso della vita, con tosse persistente, febbre, perdita di peso, dolori al petto e difficoltà respiratorie, fino alla morte. La TBC è anche un'infezione opportunistica comune e una delle principali cause di morte tra le persone affette da HIV.

I farmaci utilizzati per la cura della tubercolosi risalgono agli anni Cinquanta e un ciclo di cura per TBC senza complicazioni dura sei mesi. La diffusione di trattamenti incompleti e non correttamente somministrati ha portato all'insorgenza di nuovi ceppi di bacilli resistenti a uno o più farmaci anti-tubercolosi. Tra queste forme, la tubercolosi multiresistente (MDR-TB) è una tra le più serie, che si ha quando i pazienti sono resistenti ai due antibiotici di prima linea più potenti. La tubercolosi multiresistente non è impossibile da curare, ma il trattamento necessario causa molti effetti collaterali e richiede fino a due anni. Un ceppo più nuovo, la tubercolosi estremamente resistente ai farmaci (XDR-TBC) si identifica quando all'apice della tubercolosi multiresistente si sviluppa una resistenza ai farmaci di seconda linea. Al momento la XDR-TBC è virtualmente intrattabile.

**Nel 2007 MSF ha curato oltre 29.000 pazienti affetti da tubercolosi, tra cui 640 affetti da tubercolosi multiresistente.**

# PROGETTI MSF NEL MONDO AFRICA

28	BURKINA FASO
29	BURUNDI
30	CAMERUN
30	REPUBBLICA CENTRAFRICANA
32	CIAD
32	REPUBBLICA DEMOCRATICA DEL CONGO
34	ETIOPIA
35	GUINEA
36	COSTA D'AVORIO
36	KENYA
38	LESOTHO
39	LIBERIA
40	MALAWI
40	MALI
41	MAROCCO
42	MOZAMBICO
44	NIGER
45	NIGERIA
46	REPUBBLICA DEL CONGO
46	RUANDA
48	SIERRA LEONE
48	SOMALIA
50	SUDAFRICA
51	SUDAN
54	SWAZILAND
54	UGANDA
55	ZAMBIA
56	ZIMBABWE

## BURKINA FASO

**MOTIVI DI INTERVENTO** • Malattie endemiche/epidemiche • Violenza sociale/Esclusione dall'assistenza sanitaria  
**OPERATORI UMANITARI 248**

**In Burkina Faso, la malnutrizione infantile continua a rappresentare un grave problema. MSF ha effettuato una vaccinazione di massa contro la meningite e ha continuato a trattare i pazienti affetti da HIV/AIDS, nonché a prestare assistenza a bambine e ragazze di strada.**

In Burkina Faso la sopravvivenza dipende in larga scala dal successo del raccolto. Nella regione semi-arida del Sahel, al confine con il Mali, una fra le regioni più densamente popolate, un cattivo raccolto può rapidamente tradursi in gravi carenze alimentari: di conseguenza la malnutrizione, soprattutto fra i bambini di età inferiore ai cinque anni, è endemica.

Nel settembre 2007, MSF ha varato un progetto finalizzato a migliorare le terapie di lotta alla malnutrizione nei distretti di Yako e Titao curando i bambini presso le loro abitazioni mediante cliniche mobili. A essere ricoverati sono solo i bambini gravemente malnutriti mentre tutti gli altri vengono visitati e curati nelle cliniche mobili.

Per la fine di dicembre, 7.000 bambini al di sotto dei cinque anni erano stati accolti nell'ambito del programma nutrizionale.

### Vaccinazione su larga scala contro la meningite

Verso la metà di febbraio è scoppiata un'epidemia di meningite che ha interessato oltre 25.000 persone e mietuto oltre 1.700 vittime. MSF è rapidamente intervenuta, coadiuvando le autorità sanitarie e prestando assistenza ai malati. Alla fine dell'emergenza MSF aveva curato 1.500 pazienti nella capitale Ouagadougou.

In Marzo, MSF ha avviato una campagna di vaccinazione contro la meningite nel distretto sanitario di Pissy, il più popoloso della capitale: i destinatari del vaccino ammontavano a circa 470.000 persone. Il mese successivo, MSF ha vaccinato la popolazione di quattro distretti rurali: Manga, Po, Zabre nella regione meridionale e Gorom-Gorom in quella setten-



© Yasuhiro Kunimori

**La malnutrizione, soprattutto fra i bambini di età inferiore ai cinque anni, è endemica.**

trionale del paese. Complessivamente, i pazienti vaccinati sono stati circa 955.000.

### Decentralizzazione delle cure anti-HIV/AIDS

MSF ha continuato a gestire un progetto anti-HIV/AIDS a Pissy, promuovendo in primo luogo il rispetto della terapia da parte dei pazienti mediante un'iniziativa di decentralizzazione dell'assistenza. Sono state effettuate oltre 23.000 visite mediche. A partire dal 2004, MSF ha sottoposto i pazienti affetti da HIV/AIDS a terapia antiretrovirale (ARV): i pazienti trattati finora sono stati 4.024.

### Le ragazze di strada di Ouagadougou

A Ouagadougou, MSF gestisce un progetto dedicato alle bambine e ragazze di strada

di età compresa fra i 9 e i 20 anni. Il programma prevede l'erogazione di cure per infezioni trasmesse per via sessuale e HIV/AIDS, servizi sanitari a carattere riproduttivo e ostetrico, consulenza psicologica per le vittime di violenza sessuale. Sono state effettuate circa 1.200 visite e si è provveduto all'assistenza a 29 partorienti. MSF continua inoltre a richiamare l'attenzione delle autorità e della società civile sulle violenze subite da queste ragazze, nella speranza di ridurre lo stigma associato alla loro condizione. Nel 2008, MSF affiderà questo progetto a un partner locale KEOGOO.

MSF lavora in Burkina Faso dal 1995.

## BURUNDI

**MOTIVI DI INTERVENTO** • Malattie endemiche/epidemiche • Violenza sociale/Esclusione dall'assistenza sanitaria  
**OPERATORI UMANITARI 442**

**Con l'incremento dell'attività delle agenzie di sviluppo in Burundi, MSF ha avuto la possibilità di affidare parte dei suoi progetti al Ministero della Sanità e ad altre organizzazioni umanitarie. Tuttavia, la situazione sanitaria resta precaria in molte regioni del paese, soprattutto per quanto riguarda la salute riproduttiva.**

### Passaggio di consegne

Nel 2007, a due anni di distanza dalle prime elezioni democratiche tenutesi in Burundi dalla conclusione della guerra, MSF ha affidato a terzi i programmi gestiti presso l'ospedale di Musema, a Kinyinya e Karuzi.

MSF lavora presso l'ospedale di Kinyinya, nel distretto di Ruyigi, sin dal 2003. Oltre a erogare servizi medici presso l'ospedale, gli operatori MSF prestano inoltre assistenza medica in sette centri sanitari distrettuali. Tuttavia, con l'incremento dell'attività delle agenzie di sviluppo in Burundi, MSF ha avuto la possibilità di affidare parte dei suoi progetti al Ministero della Sanità. Quattro cliniche e un ospedale

a Musema, nella provincia di Kayanza, dove MSF operava sin dal 2005, sono state affidate alla Chiesa battista a maggio. Nel distretto di Karuzi, dove MSF era presente sin dal 1995, la Comunità Europea inizierà a supportare un ospedale e 12 centri sanitari.

### Salute riproduttiva

La violenza sessuale è diffusissima e la necessità di servizi di assistenza medica gratuita è evidente. I team medici operanti presso il centro MSF Seruka a Bujumbura hanno prestato assistenza a 1.430 vittime di violenze, nel 63% e 14% di età inferiore rispettivamente ai 19 e ai cinque anni. Il Centro Seruka resta l'unica struttura di questo tipo in Burundi a essere aperta sette giorni

a settimana. Dopo cinque anni di attività, il centro è ben avviato e ben noto fra le donne della zona.

Nel distretto rurale di Bujumbura, MSF lavora in 12 cliniche provvedendo alla gestione delle emergenze ostetriche. Le ambulanze prelevano i pazienti gravi e li trasferiscono presso cliniche private a Bujumbura, dove ricevono cure specialistiche. Tuttavia, il peggiorare della situazione di sicurezza nella capitale sin dal mese di agosto fa sì che i trasferimenti siano ora possibili solo durante il giorno, perché le strade sono troppo pericolose di notte.

MSF sta costruendo una clinica nella regione di Kabezi: una volta ultimata, la struttura offrirà l'accesso gratuito ad adeguate cure ostetriche di emergenza, evitando così di costringere le donne affette da complicazioni gestazionali a spostarsi nella capitale per ottenere assistenza medica.

MSF lavora in Burundi dal 1992.



**La situazione sanitaria resta precaria in molte regioni del paese, soprattutto per quanto riguarda la sanità femminile.**

© Maartje Geels

## CAMERUN

### MOTIVI DI INTERVENTO

- **Conflitto armato**
- **Malattie endemiche/epidemiche**

OPERATORI UMANITARI 123

**È stato introdotto un nuovo protocollo terapeutico per l'ulcera di Buruli. MSF ha continuato a prestare assistenza medica e psicologica ai pazienti affetti da HIV/AIDS, nonché ad assistere i rifugiati centrafricani.**

### Lotta contro il Buruli

Il Buruli è una malattia dimenticata e presente in diversi paesi africani occidentali e centrali. Le modalità di trasmissione del Buruli sono sconosciute, ma la patologia sembra colpire le popolazioni che vivono nei pressi di corsi d'acqua. La malattia causa ulcerazioni dell'epidermide, soprattutto di braccia e gambe, e la distruzione del tessuto e delle ossa sottostanti: se non curato, può portare a invalidità perma-

nenti e alla perdita degli arti. In fase avanzata, il Buruli richiede interventi chirurgici.

Si sono registrati casi di Buruli in diverse province camerunensi: particolarmente colpite le popolazioni dei distretti di Ayos, Akonolinga e Mbalmayo.

Il progetto gestito da MSF ad Akonolinga offre assistenza medica e chirurgica agli abitanti del distretto: sin dal 2002, sono stati curati circa 600 pazienti, nel 40 - 50% dei casi di età inferiore ai 15 anni. MSF si è impegnata ad informare la popolazione sulla patologia e la disponibilità di cure.

MSF sta inoltre introducendo terapie innovative nella medicazione delle ferite, che comprendono medicazioni che dovrebbero semplificare la terapia e accelerare il processo di guarigione, con conseguente riduzione del rischio di infezioni o complicazioni.

### Terapia di pazienti affetti da HIV/AIDS

Presso l'ospedale distrettuale di Nylon a Douala e con strutture comunitarie, MSF presta assistenza medica e psicosociale a circa 7.500 pazienti affetti da HIV/AIDS, 3.100 dei quali sottoposti a terapia antiretrovirale (ARV). Il governo camerunense fornisce ora servizi medici gratuiti nell'ambito di un programma nazionale in fase di sviluppo, benché i pazienti siano ancora tenuti a pagare per test HIV e visite. MSF si è dedicata alla semplificazione dei protocolli per consentire il progressivo trasferimento del progetto di Nylon alle autorità camerunensi. Particolare attenzione viene dedicata alla formazione di pazienti, famiglie e comunità.

Presso l'ospedale distrettuale di D'joungoulo, a Yaoundé, MSF presta inoltre assistenza a 800 pazienti affetti da HIV, 525 dei quali sottoposti a terapia ARV.

### Scorte alimentari per i rifugiati provenienti dalla Repubblica Centrafricana

Per la fine del 2007, il conflitto che infuria ormai da tre anni nella vicina Repubblica Centrafricana aveva costretto alla fuga oltre 200.000 persone, di cui oltre 60.000 si erano rifugiate presso 59 campi lungo il confine orientale del Camerun. MSF ha assistito i rifugiati nelle province di Adamaoua e dell'Est, distribuendo 18 tonnellate di razioni alimentari supplementari a 4.180 people. MSF ha inoltre sottoposto i bambini a test volti ad accertare eventuali casi di malnutrizione e, per i casi più gravi, offerto assistenza medica e nutrizionale in collaborazione con il Ministero della salute pubblica camerunense.

*MSF lavora in Camerun dal 2000.*



© Claude Mahoudeau

**Le credenze popolari attribuivano la malattia a una maledizione, spingendo la gente a rivolgersi a guaritori, spesso con risultati catastrofici.**

## REPUBBLICA CENTRAFRICANA

MOTIVI DI INTERVENTO • **Conflitto armato**  
OPERATORI UMANITARI 557



**Molti villaggi sono stati saccheggianti o incendiati, obbligando alla fuga gli abitanti.**

**L'11 giugno, tutte le attività sono state interrotte in seguito all'uccisione di Elsa Serfass, ventisettenne operatrice umanitaria di MSF, colpita da una pallottola mentre viaggiava, nella regione di Ngaoundai, su un veicolo MSF. Un'infermiera in viaggio con Elsa le ha immediatamente prestato le prime cure, ma non è riuscita a salvarla. Responsabile della sparatoria è il gruppo di ribelli, noto come esercito popolare per la restaurazione della democrazia. MSF ha condannato l'assassinio di Elsa. In seguito a discussioni con tutte le parti coinvolte nel conflitto e dopo un'attenta valutazione dello spazio umanitario, le attività sono parzialmente riprese un mese più tardi.**

La popolazione della regione settentrionale della Repubblica Centrafricana continua a vivere in uno scenario di violenza, dove l'assistenza umanitaria non è in grado di far fronte a tutte le necessità. I combattimenti fra forze governative e milizie ribelli sono leggermente calati di intensità nella seconda metà del 2007, trasformandosi in un conflitto a bassa intensità.

Sin dalla fine del 2005, i combattimenti fra il governo e vari gruppi ribelli nel nord-est e nord-ovest del paese hanno causato la fuga di migliaia di persone. Eccezion fatta per il recente caso di Kabo, nella maggior parte dei casi gli sfollati sono suddivisi in piccoli gruppi piuttosto che riuniti in campi.

Nonostante un aumento degli aiuti internazionali durante il 2007, molte fra le persone costrette alla fuga continuano a vivere in rifugi di fortuna.

MSF ha offerto assistenza medica alle popolazioni coinvolte nel conflitto con cliniche mobili, ospedali e centri sanitari nella regione nordoccidentale del paese, a Kabo, Batangafo, Kaga Bandoro, Markounda, Paoua, Boguila, nonché nelle aree nordorientali di Birao e Gordil. Sono state effettuate oltre 270.000 visite ambulatoriali e si è provveduto al ricovero di oltre 16.000 pazienti. MSF ha effettuato interventi chirurgici elettivi e di emergenza e trattato pazienti affetti da malattie come tubercolosi, HIV/AIDS e malattia del sonno. Si è inoltre provveduto a prestare assistenza psicologica.

L'instabilità cronica ha gravemente compro-

messo l'accesso all'assistenza medica, impedendo alle organizzazioni umanitarie di raggiungere tutta la popolazione.

Per la fine del 2007, il conflitto che infuria ormai da tre anni nella vicina Repubblica Centrafricana aveva costretto alla fuga oltre 200.000 persone, di cui oltre 60.000 si erano rifugiate presso 59 campi lungo il confine orientale del Camerun. In collaborazione con il Ministero della Sanità, MSF ha provveduto, nelle province di Adamaoua e dell'Est, a sottoporre circa 13.000 bambini a test per accertare la presenza di casi di malnutrizione. MSF ha distribuito 5.000 razioni alimentari supplementari e ricoverato 600 bambini nei centri nutrizionali. Sono stati visitati oltre 6.000 pazienti affetti da gravi patologie come malaria, infezioni respiratorie acute, dissenteria e tubercolosi.

*MSF lavora nella Repubblica Centrafricana dal 1997.*

## CIAD

**MOTIVI DI INTERVENTO** • Conflitto armato • Malattie endemiche/epidemiche  
• Violenza sociale/Esclusione dall'assistenza sanitaria  
**OPERATORI UMANITARI 1,437**

**Nel corso degli ultimi anni, il Ciad orientale è stato teatro di una crisi umanitaria che ha coinvolto l'intera popolazione. La regione è esposta alla presenza di gruppi armati provenienti da entrambi i lati del confine Ciad-Sudan e da continui combattimenti tra il governo e le forze ribelli. Oltre 240.000 rifugiati provenienti dal Darfur continuano a dipendere esclusivamente da aiuti esterni, mentre il numero degli sfollati ha subito un rapido incremento nel corso del 2007. Nell'area a sud-ovest, MSF sta facendo fronte ad un nuovo afflusso di rifugiati provenienti dalla Repubblica Centrafricana.**

### Violenze: minaccia crescente per la popolazione ciadiana

L'intensificarsi delle violenze nel Ciad orientale ha causato la fuga di gruppi di persone, tanto che per la fine dell'anno gli sfollati ospitati

in campi erano oltre 180.000. Trovandosi a vivere in condizioni estreme, queste persone non erano assistite in modo adeguato dagli organismi internazionali, che si concentravano principalmente sulla situazione dei rifu-

giati. Il risultato era una situazione medico-sanitaria di emergenza, con tassi elevati di malnutrizione. Nonostante la scarsa sicurezza, MSF è riuscita a migliorare i servizi di assistenza destinati agli sfollati, offrendo assistenza sanitaria, l'accesso all'acqua potabile, cibo a Goz Beida, Adé, Kerfi, Koukou, Arkoum, Am Timam, Am Dam e Dogdoré.

Nel mese di dicembre, in seguito a una serie di gravi incidenti di sicurezza, MSF è stata costretta a sospendere le attività del programma a Koukou.

MSF ha continuato a erogare servizi sanitari ai residenti di Adré, Guereda, Birak, Djiré e Wilikouré, provvedendo ad assistenza chirurgica, materno-infantile e a campagne di vaccinazione.

## Gli sfollati ospitati in campi erano già 180.000.

### Assistenza di emergenza per i rifugiati del Darfur

Sin dal 2003, i campi del Ciad orientale ospitano oltre 240.000 rifugiati provenienti dal Darfur, interamente dipendenti dagli aiuti internazionali. MSF ha continuato a fornire cure mediche (comprese quelle a carattere ostetrico e pediatrico) e consulenza psicologica a circa 90.000 rifugiati ospitati presso i campi di Iridimi, Touloum, Farchana e Breidjing, nonché alla popolazione locale residente in zona. Gli operatori hanno inoltre provveduto ad

arginare le conseguenze di violenza sessuale e malnutrizione, erogare servizi di educazione sanitaria e curare le malattie infettive. Presso gli ospedali di Adré e Iriba, i team chirurgici MSF hanno erogato assistenza chirurgica di emergenza a rifugiati provenienti dai campi vicini.

### Assistenza ai rifugiati provenienti dalla Repubblica Centrafricana

A partire dal giugno 2005, la crescente violenza nella confinante Repubblica Centrafricana ha spinto alla fuga decine di migliaia di persone, di cui circa 50.000 rifugiatisi nel Ciad meridionale: fino all'aprile 2007, MSF ha prestato assistenza nei campi vicino di Goré, distribuendo acqua e offrendo servizi igienico-sanitari.

### Strategia decentralizzata nella lotta contro la malaria

Sin dal 2003, MSF è impegnata in un programma contro la malaria nel distretto meridionale di Bongor, uno fra i più colpiti dalla malattia. Per ovviare alla mancanza di operatori sanitari, alla notevole resistenza alla terapia e alle difficoltà di accesso nella regione per lunghi periodi, MSF ha introdotto un protocollo terapeutico di combinazione con i derivati dell'artemisinina e provveduto alla decentralizzazione dei servizi medici. Nel 2007, i pazienti assistiti nell'ambito del programma sono stati 110.000.

*MSF lavora in Ciad dal 1981.*

## REPUBBLICA DEMOCRATICA DEL CONGO

**MOTIVI DI INTERVENTO** • Conflitto armato • Malattie endemiche/epidemiche  
• Violenza sociale/Esclusione dall'assistenza sanitaria • Catastrofe naturale  
**OPERATORI UMANITARI 2,386**

**In tutto il suo periodo di attività nella Repubblica Democratica del Congo (RDC), MSF ha affrontato emergenze come malnutrizione, emergenze chirurgiche. Il 2007 non ha fatto eccezione. La mancanza di sicurezza persiste in molte regioni, in particolare nel Kivu settentrionale e meridionale. L'intera nazione deve essere ricostruita.**

**Nel 2007, MSF ha aumentato le attività nella regione del Kivu per cercare di far fronte alle maggiori necessità, per rispondere alle numerose epidemie e mantenere una serie di progetti medici nelle altre regioni.**

### Assistenza alle vittime della violenza

Dal mese di agosto, i violenti scontri fra varie fazioni armate nella regione di Kivu hanno costretto migliaia di persone ad abbandonare le proprie abitazioni: alcune si sono rifugiate a Goma, il capoluogo regionale, mentre altre si sono riparate nella savana. Le conseguenze umanitarie del conflitto in una società già indebolita da molti anni di guerra sono state devastanti.

Alla fine di agosto, MSF ha aperto un nuovo progetto nel Kivu settentrionale, per la precisione a Masisi, a circa 80 km a est di Goma. Un team ha iniziato a operare presso l'ospedale e il centro sanitario della cittadina di Masisi. La capacità dell'ospedale è stata ampliata, passando da 72 a 170 posti letto. Ottobre ha segnato un incremento del 50% dei ricoveri presso l'ospedale di Rutshuru, dove MSF è presente sin dal 2005. Il team MSF

ha provveduto ad aggiungere tende per aumentare la capacità di degenza, assumere ulteriori operatori sanitari e dotare la farmacia di scorte. Gli interventi chirurgici effettuati nel mese di ottobre sono stati 330, segnando un netto incremento rispetto alla media mensile di 220 registrata a partire da gennaio.

Le cliniche mobili rappresentano un fattore fondamentale per prestare soccorso. Quando la situazione di sicurezza lo consente, i team mobili visitano numerose località nei distretti di Masisi e Rutshuru. A dicembre, MSF ha effettuato 3.299 visite nei distretti sanitari di Kitchanga, Kilolirwe e Mweso. MSF è una delle poche organizzazioni non governative che si occupa di salute nell'area di conflitto attorno a Masisi.

Fra gennaio e settembre, il personale MSF ha soccorso circa 3.000 vittime di violenze ses-

suali nel Kivu settentrionale e meridionale. A Bunia, dove MSF supporta l'ospedale Bon Marché, gli operatori registrano circa 150 vittime di violenze sessuali al mese.

Le strutture sanitarie non sono accessibili a buona parte della popolazione nella regione dell'Ituri o non sono attrezzate per trattare casi complicati. MSF ha effettuato oltre 25.000 visite presso l'ospedale.

Sin dal 2003, le autorità angolane hanno in varie occasioni espulso immigrati congolese al lavoro nella provincia angolana di Lunda Norte: secondo le stime delle Nazioni Unite, nel 2007 almeno 44.000 persone sono state riportate forzatamente in patria. In queste occasioni l'esercito angolano ha perpetrato regolarmente violenza, anche sessuale. A ottobre, i team MSF hanno aperto un centro sanitario a Kamako, nella provincia del Kasai Occidentale, nei pressi del confine angolano. Presso il centro di Kamako e mediante cliniche mobili, MSF ha soccorso circa 200 vittime di violenze sessuali e offerto servizi medici di base a oltre 900 tra donne e bambini. I team hanno inoltre raccolto cento testimonianze di denuncia degli stupri di gruppo e delle violenze fisiche perpetrati dai militari angolani.

### Epidemie: una minaccia da contenere

Il ritiro delle organizzazioni umanitarie ha comportato l'abbandono di ampie regioni del paese. La nazione è distrutta, molte aree sono

isolate e la capacità del nuovo governo di far fronte alla situazione è spesso estremamente limitata.

Nell'Ituri MSF è intervenuta, rispettivamente a maggio e a giugno, per contenere un'emergenza da shigellosi a Pimbo e un'epidemia di colera a Laudjo. Maggio ha inoltre visto il varo di un nuovo progetto contro la malattia del sonno nel distretto sanitario di Doruma, dove questa patologia trascurata è endemica: nel giro di tre mesi, MSF aveva esaminato circa 10.000 persone e curato 450 pazienti.

In agosto, l'arrivo di altri 45.000 sfollati nei campi affollati e dalle strutture fognarie insufficienti situati appena fuori Goma ha scatenato un'epidemia di colera. A settembre, MSF ha aperto un centro colera (cholera treatment centre o CTC) in una località centrale, fra quattro dei campi principali. I team hanno inoltre prestato assistenza presso un CTC più piccolo nell'ospedale di Goma e altre strutture dello stesso tipo presso quattro cliniche: due nella stessa Goma e due nei vicini centri di Saké e Kiroche.

Il 10 settembre a Kampungu, nella provincia del Kasai Occidentale, è stata registrata un'epidemia di Ebola. Nel giro di pochi giorni, un team di emergenza era giunto in loco e aveva iniziato a isolare e assistere le persone colpite dall'infezione. Nel corso di due mesi, i team



© Vanessa Vick

**Le cliniche mobili rappresentano un elemento fondamentale per prestare soccorso.**

MSF hanno ricoverato 46 persone che si temeva fossero state colpite dal virus.

### Altri progetti

Oltre a promuovere e aumentare le attività mediche nella regione di Kivu, MSF continua, tramite una serie di progetti a lungo termine, a erogare terapie anti-HIV/AIDS a Kinshasa e nel Kivu meridionale, prestare assistenza sanitaria di base nelle province di Katanga e Maniema e

a curare i pazienti affetti da infezioni trasmesse per via sessuale a Kisangani. In alcune aree del Katanga, del Kivu meridionale e di Dungu nella Provincia Orientale, la situazione si è stabilizzata a tal punto da consentire a MSF di affidare le attività al Ministero della Sanità e ad altri partner.

*MSF lavora nella Repubblica Democratica del Congo dal 1987.*

## ETIOPIA

**MOTIVI DI INTERVENTO** • Conflitto armato • Malattie endemiche/epidemiche  
• Violenza sociale/Esclusione dall'assistenza sanitaria • Catastrofe naturale  
**OPERATORI UMANITARI 729**

**Il 2007 ha visto l'intensificarsi del conflitto nella Regione somala dell'Etiopia. Con l'inaspirsi delle violenze, le missioni esplorative condotte da MSF nelle cinque zone della regione somala interessate dal conflitto hanno rivelato un'allarmante crisi umanitaria, in cui i civili erano vittima di spostamenti forzati e violenze. MSF si è trovata ripetutamente impossibilitata ad accedere a queste regioni. A settembre, MSF ha denunciato la situazione e il rifiuto del governo di consentire al proprio personale di farvi ritorno. Per la fine dell'anno, MSF aveva ottenuto un accesso limitato alla regione.**



© Jean-Pierre Amigo

**Il personale MSF presta assistenza ai pazienti affetti da kala-azar presso l'ospedale di Numera.**

### Servizi sanitari di base

Nonostante le difficoltà, il personale MSF etiopico di Cherrati ha continuato a collaborare con il Ministero della Sanità per offrire servizi sanitari di base e terapie antitubercolosi (TB) presso il centro sanitario locale. È stato costruito un 'villaggio TB', costituito da una serie di capanne per dare alloggio ai pazienti durante la terapia, della durata di otto mesi. Oltre all'assistenza medica, i pazienti ricevono da MSF scorte alimentari, un fattore che sembra invogliarli a completare la terapia. Complessivamente, il numero dei pazienti trattati presso il villaggio TB ammonta a 430.

A dicembre, quando MSF è riuscita a far ritorno nella regione somala, i team hanno iniziato a supportare un centro del Ministero della Sanità e varie cliniche mobili nella zona di Fiiq. Alla fine dell'anno, i team MSF visitava-

no fino a 50 pazienti al giorno, affetti nella maggior parte dei casi da diarrea e infezioni del tratto respiratorio e urinario. Sempre alla fine dell'anno è ripreso il supporto a un centro del Ministero della Sanità a Wardher. MSF ha inoltre condotto una missione esplorativa a Degahbur, dove darà inizio alle attività durante il 2008.

Il conflitto nella regione somala non ha interrotto l'assistenza alle popolazioni vulnerabili nella regione di Gambella. MSF opera in un centro sanitario a Itang e ha cliniche mobili in cinque aree diverse. Lo staff MSF ha offerto assistenza integrata anti-HIV e TB, servizi di degenza e assistenza medica di base. È proseguito per tutto l'anno il supporto a un centro sanitario in quel di Abdurafi, nella regione di Amhara, specializzato nell'offrire aiuto e cure ai pazienti affetti

da kala-azar, patologia altrimenti nota come leishmaniosi viscerale: le persone sottoposte a terapia sono state quasi 400. MSF ha iniziato a offrire terapie antiretrovirali presso il centro sanitario di Abdurafi: nel corso dell'anno, i pazienti che avevano iniziato la terapia sono stati circa 120. MSF ha aperto un progetto a Libo Kemkem, nella regione di Amhara, offrendo cure a circa 364 pazienti affetti da kala-azar, malaria e tubercolosi.

### Interventi d'emergenza

Nel corso del 2007, i team MSF sono intervenuti in Etiopia in occasione di varie emergenze. Giugno ha visto l'apertura nella zona di Awi e nel distretto di Quara, nella regione di Amhara, di un programma di emergenza dedicato al contenimento di un'epidemia di morbillo e alla preparazione per la stagione malarica. I bambini vaccinati contro il morbillo sono stati quasi 6.000 nella zona di Awi e 5.000 nel distretto di Quara. Nelle zone interessate, MSF ha inoltre provveduto, mediante cliniche mobili, a visite nutrizionali. Dopo l'estate, MSF è intervenuta per arginare una grave epidemia di colera a Tigray e nella regione di Amhara, curando oltre 1.700 persone. A ottobre, team di operatori nella regione di Gambella hanno distribuito articoli a carattere non alimentare, come tuniche o batterie di pentole, a circa 41.000 persone colpite dalle inondazioni. Verso la metà di novembre, MSF è intervenuta per una crisi nutrizionale ad Afar, inaugurando un centro nutrizionale terapeutico e organizzando team mobili. Durante l'intervento, hanno ricevuto cure 116 bambini gravemente malnutriti.

Il personale MSF continua a prestare assistenza ai pazienti affetti da kala-azar presso l'ospedale di Numera.

### Passaggio di consegne

L'implementazione del programma nazionale anti-TB a Galaha, nella regione di Afar, ha spinto MSF, nel mese di febbraio, a chiudere il proprio progetto anti-TB nella regione. A maggio, MSF ha affidato le attività anti-HIV/AIDS del programma da essa gestito a Humera, nella regione di Tigray, al Ministero della Sanità.

*MSF lavora in Etiopia dal 1984.*

## GUINEA

**MOTIVI DI INTERVENTO**

• Conflitto armato  
• Malattie endemiche/epidemiche  
**OPERATORI UMANITARI 272**

**In Guinea, l'aumento dei prezzi delle materie prime, il deteriorarsi del tenore di vita e la diffusa corruzione hanno determinato scioperi e disordini all'inizio del 2007 provocando, secondo le stime, 180 vittime e oltre 1.000 feriti. MSF ha prestato assistenza ai feriti e ha continuato a curare i pazienti affetti da HIV/AIDS provvedendo inoltre ad arginare epidemie di colera durante la stagione delle piogge.**

### Assistenza ai feriti

La capitale Conakry e città come Guéckédou, sul confine liberiano, sono state teatro di episodi di violenza a febbraio, in seguito all'aggravarsi della crisi economica e politica che ha interessato il paese. MSF ha prestato assistenza medica d'emergenza presso il centro sanitario Matam di Conakry e l'ospedale di Guéckédou, trasferendo i casi più gravi presso l'ospedale Donka di Conakry. MSF ha curato oltre 150 feriti mentre, con i materiali e l'assistenza tecnica forniti da MSF, l'ospedale di Donka ne ha assistiti altri 800.

### Terapia anti-tubercolosi, HIV/AIDS e malaria

MSF continua a lottare contro HIV/AIDS, malaria e tubercolosi (TB). Sono state effettuate circa 32.000 visite ambulatoriali al fine di diagnosticare possibili casi di sieropositività e di TB: circa 700 pazienti sono stati diagnosticati come tubercolotici e curati a Conakry e Guéckédou. Molti erano coinfectati da HIV/AIDS. Dal 2003 MSF gestisce a Guéckédou e Conakry due programmi anti-HIV/AIDS e ha iniziato a offrire terapia antiretrovirale (ARV) sin dal 2004. Nel 2007, MSF ha aumentato le proprie attività e dato inizio alla decentralizzazione delle attività terapeutiche destinate ai pazienti affetti da HIV/AIDS dal centro di Matam a varie altre strutture sanitarie, in modo da facilitare loro l'accesso all'assistenza sanitaria gratuita. MSF ha seguito la terapia di 3.900 pazienti affetti da HIV/AIDS e ha sottoposto a terapia ARV circa 2.400 malati, un numero pari a oltre il 50% dei pazienti ARV in Guinea.

Sin dal 2005, MSF ha contribuito alle cure prestate ai pazienti affetti da malaria nella



**MSF ha prestato assistenza ai malati affetti da malaria nella provincia di Dabola.**

© Claude Mahoudeau

provincia di Dabola e promosso l'utilizzo della terapia di combinazione con i derivati dell'artemisinina (ACT), dimostratisi più efficace contro la malaria. MSF ha somministrato ACT e test diagnostici in ambito ambulatoriale e presso nove centri sanitari della regione. Benché nel 2005 il governo abbia acconsentito a modificare il protocollo nazionale per la malaria includendovi le cure ACT, alla fine del 2007 questa terapia salvavita risultava ancora non accessibile per la maggioranza dei guineani, principalmente a causa dei costi. Il problema potrebbe tuttavia risolversi nel prossimo futuro, in quanto il Fondo Globale ha finalmente deciso, a ottobre, di elargire fondi alla Guinea per l'implementazione del programma ACT. MSF intende lasciare Dabola nel 2008: nel frattempo, provvederà a documentare l'utilizzo dell'®Arthemeter per curare i pazienti più gravi.

### Epidemie di colera: una minaccia da contenere

Il colera è endemico in Guinea. L'epidemia

di colera è risultata particolarmente virulenta, soprattutto a Conakry, dove si sono verificati la metà dei casi: hanno contratto l'infezione oltre 8.000 persone, con circa 300 vittime. Per il mese di novembre, MSF aveva aperto due ulteriori centri contro-colera nelle zone di Ratoma e Matoto, a Conakry. Durante questo intervento, MSF ha assistito circa 4.000 pazienti.

### Passaggio di consegne

Ad agosto, MSF ha chiuso il progetto gestito nella regione di N'Zérékoré (nella Guinée forestière) in seguito alla chiusura ufficiale del campo rifugiati di Lainé. Nel campo in questione, MSF ha prestato assistenza per cinque anni a rifugiati in fuga dalla Liberia e dalla Costa d'Avorio, offrendo servizi medici di base, ospedalieri, ambulatoriali nonché terapia per donne affette da HIV/AIDS e per le vittime di violenze.

*MSF lavora in Guinea dal 1984.*

## COSTA D'AVORIO

### MOTIVI DI INTERVENTO

• **Conflitto armato**

OPERATORI UMANITARI 1,098

Per la Costa d'Avorio, il 2007 ha rappresentato un punto di svolta. Dopo quattro anni di guerra civile, a marzo è stato firmato un trattato di pace che ha portato a un processo di riunificazione fra la regione meridionale, controllata dal governo, e il sud del paese, precedentemente in mano alle forze ribelli. In seguito all'istituzione di un governo di unione nazionale, ad aprile si è provveduto allo smantellamento della 'Zone de Confiance', la zona cuscinetto che separava le parti in guerra. Precedentemente monitorata dalle forze di pace ONU e da forze militari francesi, la zona è ora presidiata dalle 'Brigades Mixtes', una forza di polizia



© Thierry Dricot

**MSF offre, in assenza di un sistema sanitario nazionale adeguato, assistenza medica gratuita di qualità.**

che comprende rappresentanti di entrambe le parti.

**Come migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria nelle ex-zone ribelli**

Nonostante l'evoluzione politica, l'accesso all'assistenza sanitaria continua a essere

limitato per la maggior parte della popolazione della Costa d'Avorio. Pur continuando ad assistere i residenti delle zone precedentemente controllate dai ribelli, MSF ha richiesto un riorientamento della politica sanitaria del governo e l'introduzione di servizi sanitari gratuiti. L'instabilità ha continuato a regnare

fino ad aprile nel distretto di Bangolo, nella ex-zona Zone de Confiance, dove MSF ha curato diversi feriti da arma da fuoco: ciò ha spinto MSF a denunciare pubblicamente i ripetuti attacchi, rapine, omicidi e stupri perpetrati contro la popolazione della zona e a diffondere una serie di testimonianze.

A giugno, MSF ha promosso il centro sanitario di Bangolo al livello di ospedale distrettuale: MSF offre, in assenza di un sistema sanitario nazionale adeguato, assistenza medica gratuita di qualità. Durante l'anno sono state effettuate circa 85.000 visite ambulatoriali.

MSF ha continuato a operare presso l'ospedale di Danané, nella regione occidentale del paese al confine con la Liberia erogando terapie integrate anti-TB e anti-HIV/AIDS, terapie contro malnutrizione e assistenza pediatrica e ostetrica. MSF ha gestito cliniche mobili e un programma nutrizionale mobile nei distretti di Danané e Zouan Hounien. Per la fine del 2007, restavano tre cliniche mobili e 13 ambulatori nutrizionali.

### Passaggio di consegne

Con la rinnovata funzionalità delle strutture sanitarie pubbliche, il Ministero della Sanità ha comunicato la propria disponibilità a provvedere alla gestione dell'assistenza medica. Laddove possibile, MSF ha dunque iniziato ad affidare i propri progetti alle autorità: questo processo proseguirà durante il 2008.

Durante un'emergenza nel corso del 2002, MSF ha varato un progetto di assistenza sanitaria gratuita presso l'ospedale di Bouaké, uno fra i principali centri urbani del paese. In seguito all'incremento delle risorse sanitarie regionali, nell'aprile 2007 MSF ha affidato il progetto al Ministero della Sanità. Durante i primi quattro mesi del 2007, si è provveduto al ricovero di 1.243 pazienti e all'effettuazione di 6.360 visite mediche.

A giugno, MSF ha chiuso il progetto presso l'ospedale centrale di Man nella regione occidentale del paese, dove sin dal 2003 erogava servizi sanitari di base, fra cui terapia antiretrovirale per i pazienti affetti da HIV/

AIDS e assistenza chirurgica per i feriti e le donne affette da fistole ostetriche. Fra i mesi di gennaio e giugno, MSF ha effettuato oltre 1.200 interventi chirurgici e 28.000 visite ambulatoriali.

A settembre, MSF ha concluso le proprie attività a Guiglo, nella regione occidentale del paese, dove gestiva servizi medici presso un centro di assistenza sanitaria di base e provvedeva alle cure per diversi bambini gravemente malnutriti di età inferiore ai cinque anni. Fino a settembre, sono state effettuate circa 26.800 visite ambulatoriali e 611 bambini di età inferiore ai cinque anni sono stati registrati nell'ambito del programma nutrizionale.

MSF lavora in Costa d'Avorio dal 1990.

## KENYA

MOTIVI DI INTERVENTO • **Conflitto armato** • **Malattie endemiche/epidemiche** • **Violenza sociale/Esclusione dall'assistenza sanitaria** • **Catastrofe naturale**  
OPERATORI UMANITARI 463

**L'intensificarsi delle violenze ha lasciato numerosi residenti della regione del Monte Elgon nell'impossibilità di ottenere assistenza medica. In tutto il paese, continua a salire il tasso di infezione da HIV/AIDS, tubercolosi e Kala-azar.**

### Il dramma della fuga

Sin dall'agosto 2006, le continue violenze e nelle vicinanze del Monte Elgon, nel Kenya occidentale, hanno costretto migliaia di persone ad abbandonare le proprie abitazioni cercando rifugio in centri urbani più grandi, sulle pendici della montagna, nella foresta o nei vicini villaggi. Gli sfollati, spesso coinvolti negli scontri fra le fazioni in lotta, ricevono ben pochi aiuti. In aprile, MSF ha iniziato a prestare assistenza medica umanitaria a queste popolazioni.

Nel distretto di Molo, a dicembre, le persone

costrette alla fuga da scontri, violenze e intimidazioni erano circa 17.000, molte delle quali ospitate in piccoli campi disseminati sul territorio del distretto.

### Progetti di lotta all'HIV/AIDS

Nonostante alcuni progressi nel corso degli ultimi anni, l'emergenza HIV/AIDS continua ad avere ripercussioni devastanti su ogni settore della società keniota. Benché si stimi che il tasso d'infezione fra gli adulti si aggiri in media sul 5,9%, in alcune zone rurali dove MSF svolge la propria attività, come Homa Bay, la percentuale può raggiungere il 35%. Attiva presso due bidonville di Nairobi, Kibera e Mathare, e due località nella regione occidentale del paese, Busia e Homa Bay, MSF offre a migliaia di kenioti una gamma completa di cure e terapie gratuite anti-HIV/AIDS. Il primo progetto anti-HIV/AIDS aperto da MSF risale al 1996: a fine 2007 MSF aveva in cura oltre 17.000 pazienti affetti da HIV/AIDS, di cui 10.500 sottoposti a terapia antiretrovirale (ARV).

### Lotta alla tubercolosi

In mancanza di cure adeguate contro la tubercolosi (TB), la lotta all'HIV/AIDS risulta inefficace. La tubercolosi rappresenta la prima causa di mortalità fra le persone affette da HIV/

AIDS: a livello globale, si pensa che i pazienti 'coinfettati' si aggirino intorno agli 11 milioni, mentre fra i sieropositivi la metà dei decessi è dovuta a questa malattia. Per tutto il 2007, MSF ha intensificato i propri sforzi volti a prestare assistenza ai pazienti kenioti affetti da TB: alla fine dell'anno, il numero di persone che avevano iniziato la terapia nell'ambito di vari progetti nazionali era pari a 1.445.

La diagnosi della tubercolosi nei pazienti sieropositivi può rivelarsi difficile, in quanto i campioni salivari raccolti spesso non rivelano la presenza del bacillo se sottoposti a test di laboratorio standard. Dopo mesi dedicati a costruzione e preparazione, a novembre MSF ha inaugurato un laboratorio di coltura TB presso l'ospedale di Homa Bay: portando a cinque il numero di strutture di questo tipo a livello nazionale. Questo laboratorio consentirà diagnosi molto più efficaci e precise, soprattutto per quanto riguarda i pazienti coinfettati da HIV.

Un ulteriore problema è rappresentato dalla crescente resistenza alle terapie anti-TB di prima linea: MSF si è dedicata alla cura di pazienti affetti da tubercolosi multiresistente ai farmaci (MDR-TB) sin dal maggio 2006. A novembre

2007, i pazienti sottoposti a terapia presso le cliniche di Nairobi e Homa Bay erano 11, di cui due sieropositivi in cura con farmaci ARV. I farmaci vengono somministrati due volte al giorno, al mattino e al pomeriggio: in più, MSF offre razioni alimentari ai pazienti che si presentano per ricevere i medicinali. In Kenya MSF resta l'unico ente in grado di prestare cure gratuite contro la tubercolosi multiresistente ai farmaci (MDR-TB).

### Lotta contro le patologie trascurate

MSF opera nel distretto keniota di West Pokot, nella Rift Valley, dedicandosi alla cura dei pazienti affetti da Kala-azar, altrimenti nota come leishmaniosi viscerale. Questa patologia, trasmessa dai pappataci, risulta fatale in mancanza di trattamento adeguato e colpisce ogni anno circa due milioni di persone in tutto il mondo. Nel 2007, i team MSF hanno sottoposto oltre 1.678 persone a test volti a individuare la presenza della malattia e ne hanno curate con successo 850.

Fino alla metà del 2006, l'unica medicina disponibile in Kenya per la cura del Kala-azar era un farmaco brevettato noto come Pentostan. MSF ha promosso presso il governo keniota l'utilizzo di un farmaco generico



© Brendan Bannon

**MSF presta soccorso ai civili colpiti dalle violenze e costretti a continui spostamenti.**

meno costoso, il sodio stibogluconato o ssg. Nel 2007, l'ssg è stato registrato in Kenya, benché una serie di problemi di produzione lascino supporre che non sarà disponibile molto presto. MSF continua a richiedere l'inclusione dell'ssg nell'ambito del protocollo promosso dal Ministero della Sanità keniota ai fini della cura del Kala-azar: mentre il Pentostan costa 150 dollari USA per linea di trattamento, il costo dell'ssg è di 30 dollari, cosa che ne facilita l'inserimento da parte del

sistema sanitario keniota. Dal momento che la diagnosi del Kala-azar può risultare difficile, MSF promuove inoltre l'adozione di un test diagnostico rapido ideale in contesti poveri di risorse e ne sta incoraggiando l'utilizzo presso i centri sanitari del distretto.

MSF lavora in Kenya dal 1987.

# LESOTHO

## MOTIVI DI INTERVENTO

• Malattie endemiche/epidemiche

OPERATORI UMANITARI 24



MSF cura 220.000  
pazienti, di cui 35.000  
affetti da HIV/AIDS.

**Il Lesotho è situato nel cuore del Sud Africa. Secondo le stime, 23.000 dei suoi 1,8 milioni di abitanti, pari a oltre l'1% della popolazione, muoiono ogni anno per cause connesse all'infezione da HIV. Fra i sieropositivi, la tubercolosi (TB) rappresenta di gran lunga la principale causa di morte. Oltre il 90% dei pazienti nelle zone in cui opera MSF è coinfectata dal virus HIV.**

Nell'arco di due anni oltre 2.200 pazienti hanno iniziato la terapia con farmaci antiretrovirali (ARV) presso le strutture gestite da MSF. Il programma ha sede presso lo Scott Hospital di Morija, a 40 chilometri a sud della capitale Maseru, e supporta 14 cliniche sanitarie di base situate in aree rurali. Le strutture sanitarie gestite da MSF dispensano servizi a 220.000 pazienti, di cui 35.000 affetti da HIV/AIDS.

A fine 2007, oltre 21.000 persone erano state sottoposte a test per la rilevazione del virus HIV (risultando sieropositive nel 34% dei casi), mentre la trasmissione materno-fetale del virus HIV era stata ridotta al 6% nei casi in cui sia alla madre che al bambino erano stati somministrati ARV ed erano disponibili test (DNA-PCR) per il neonato.

Si è inoltre provveduto all'integrazione dei programmi anti-HIV e anti-TB, in modo che i pazienti sieropositivi vengano automaticamente sottoposti a test anti-TB e a quelli tubercolotici vengano abitualmente offerti

test anti-HIV: i pazienti coinfectati possono così usufruire di una terapia comune.

Il programma ha conseguito in breve tempo i risultati desiderati provvedendo alla formazione di un maggior numero di infermieri, garantendo visite settimanali presso ciascuna clinica da parte dei team medici mobili di MSF, reclutando e formando 'consulenti non specializzati HIV/TB' (nella maggior parte dei casi membri della comunità anch'essi affetti dalle patologie in questione e partecipanti al programma) a cui vengono affidate molteplici responsabilità fra cui quella di assicurare una buona osservanza terapeutica.

La mancanza di operatori sanitari rischia però di compromettere un ulteriore ampliamento delle attività in Lesotho. L'intero paese conta meno di 100 medici, provenienti nella maggior parte dei casi da altre nazioni africane e spesso in attesa di ottenere il riconoscimento in Sud Africa, dov'è possibile trovare lavori meglio retribuiti, per cui il loro soggiorno in Lesotho

ha solitamente carattere temporaneo. Inoltre a giugno, in un periodo di rapido incremento del carico lavorativo connesso all'infezione da HIV, i posti vacanti fra gli infermieri ammontavano a oltre la metà nelle 14 cliniche sostenute da MSF e al 30% presso l'ospedale distrettuale.

In maggio il team lesothiano, unitamente ad altri progetti dell'Africa meridionale, ha dunque preso la decisione di scrivere un rapporto sulla crisi di personale nel settore sanitario, affiancandolo alla richiesta, a livello nazionale e internazionale, di misure volte a favorire l'assunzione e il mantenimento di operatori sanitari e garantire un 'passaggio delle consegne' per determinati compiti, clinici e non clinici, rispettivamente da medici a infermieri e da infermieri a operatori sanitari non specializzati. In assenza di cambiamenti le prospettive di un'espansione dell'accesso alla terapia ARV e di un miglioramento a lungo termine della qualità dell'assistenza medica appaiono remote.

*MSF lavora in Lesotho dal 2006.*

# LIBERIA

## MOTIVI DI INTERVENTO

• Conflitto armato • Malattie endemiche/epidemiche • Violenza sociale/Esclusione dall'assistenza sanitaria

OPERATORI UMANITARI 1,023

**La salute materno infantile è una priorità di MSF in Liberia: nonostante la situazione sia migliorata nel corso degli ultimi anni, molti liberiani vivono tuttora in condizioni di totale povertà. Particolarmente vulnerabili appaiono le donne e i bambini, che necessitano di assistenza sanitaria specializzata.**

### Assistenza a madri e bambini

Ogni mese, presso gli ospedali Island e Benson della capitale Monrovia vengono curati oltre 1.300 bambini. L'ospedale Benson eroga inoltre servizi di salute materno-infantile e chirurgia ostetrica e vanta un centro clinico dedicato alle donne. Due cliniche di assistenza medica di base, entrambe gestite da MSF, provvedono ogni mese a 13.000 visite mediche: la maggioranza dei pazienti è costituita da donne gravide, puerpere e bambini.

In aprile MSF ha iniziato nell'ospedale pediatrico Island a sottoporre a test anti-HIV i bambini che manifestano sintomi associati all'infezione: cinquantadue piccoli, risultati sieropositivi, sono attualmente sottoposti a terapia antiretrovirale (ARV). Presso l'ospedale è stato inoltre aperto un nuovo reparto, dedicato ai pazienti sieropositivi e tubercolotici sottoposti a terapia e cure farmacologiche ma comunque in grado di vivere presso le proprie abitazioni.

A Saclepea, nella contea di Nimba, MSF ha costruito un centro sanitario attrezzato con 42 letti. Presso il centro, ultimato alla fine del 2007, MSF distribuisce farmaci ARV ai pazienti sieropositivi.

### Assistenza alle vittime della violenza sessuale

Sin dal 2003, MSF ha offerto assistenza medica alle vittime di violenze sessuali a Monrovia e varato iniziative volte a promuovere la consapevolezza di questo grave problema. Ogni mese, i team MSF a Monrovia soccorrono circa 140 vittime di violenze sessuali, in oltre un terzo dei casi di età inferiore ai 12 anni. La consapevolezza dell'importanza di ottenere assistenza medica entro 72 ore dalla violenza in fase di

aumento, soprattutto fra le forze di polizia e le organizzazioni comunitarie, e diversi pazienti ora chiedono soccorso in tempi più brevi. Tuttavia, nonostante i cambiamenti positivi introdotti nel tentativo di arginare il problema, MSF è tuttora fra le pochissime organizzazioni in grado di offrire assistenza medica alle vittime di violenze sessuali a Monrovia.

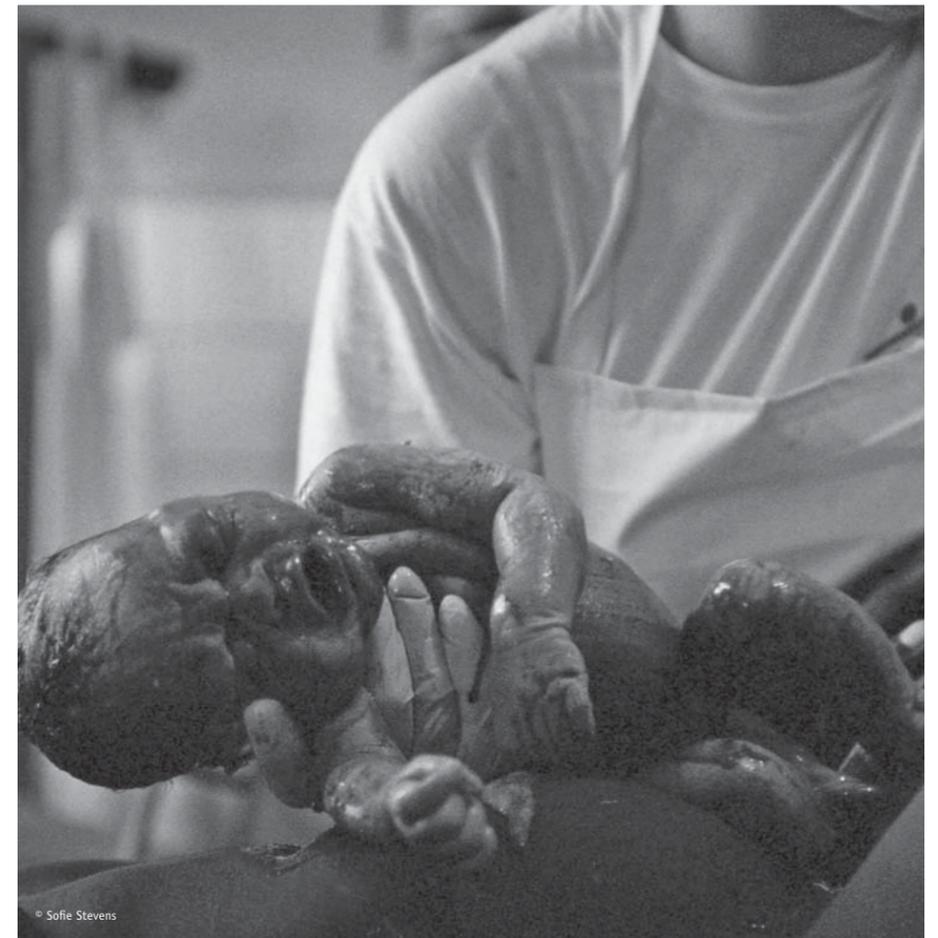
### Riduzione delle attività

Con l'affermarsi in Liberia di uno scenario di stabilità e ricostruzione, le organizzazioni umanitarie, fra cui la stessa MSF, che operano prevalentemente in situazioni di emergenza, stanno iniziando a lasciare il paese. MSF ha interrotto gradualmente l'attività presso alcune strutture sanitarie nella contea di Nimba e si

è ritirata da quella di Lofa. La maggior parte delle strutture è stata affidata alle autorità sanitarie liberiane e ad altre organizzazioni non governative. MSF ha inoltre chiuso il centro medico di Mamba Point.

Prima della conferenza internazionale dei donatori tenutasi a Washington D.C. in febbraio, MSF ha presentato un rapporto in cui si sottolineava la necessità di individuare possibili alternative all'assistenza umanitaria e di abilitare il sistema sanitario liberiano a soddisfare le necessità sanitarie nazionali. Il rapporto è stato utilizzato per informare i principali donatori.

*MSF lavora in Liberia dal 1990.*



**Le donne incinte che frequentano le cliniche hanno la possibilità di usufruire di test anti-HIV gratuiti e quelle che risultano positive vengono sottoposte alle terapie necessarie.**

## MALAWI

### MOTIVI DI INTERVENTO

• **Malattie endemiche/epidemiche**  
OPERATORI UMANITARI 652

**In Malawi, l'HIV/AIDS rappresenta una delle principali emergenze sanitarie. In questo paese di 13 milioni di persone, circa un milione ha contratto l'infezione e ogni anno 86.000 pazienti sono vittima della malattia. Nonostante gli sforzi di autorità ed enti internazionali, più di 170.000 sieropositivi in Malawi hanno ancora urgente bisogno di essere sottoposti a terapia antiretrovirale (ARV).**

MSF sta promuovendo l'implementazione di un piano nazionale anti-HIV/AIDS e si sta inoltre adoperando per incrementare il numero dei centri sanitari dedicati e la loro capacità di offrire assistenza ai pazienti sieropositivi nei distretti rurali di Thyolo e Chiradzulu

**A dicembre circa 19.000 persone in tutto il Malawi erano ancora in cura presso strutture gestite da MSF, dove ogni mese venivano sottoposti alla terapia oltre 700 nuovi pazienti.**

e in quello centrale di Dowa. Per rimediare alla grave carenza di medici e altri professionisti sanitari, è stata adottata una strategia imperniata sul passaggio di alcune funzioni a personale meno qualificato, come gli addetti alla sorveglianza sanitaria. MSF si è dedicata ad accrescere le competenze degli operatori esistenti, specializzati o meno ('pazienti esperti' compresi) per quanto riguarda l'erogazione di servizi fondamentali.

Il personale infermieristico è ora libero di dedicarsi esclusivamente ad attività mediche. MSF sta provvedendo a formare gli infermieri sulle problematiche connesse all'infezione da HIV: essi sono dunque ora in grado di prescrivere farmaci ARV, una responsabilità precedentemente riservata a medici e operatori e assistenti sanitari. Il decentramento dei servizi anti-HIV, unitamente alla strategia di delega dei compiti e alla formazione di operatori sanitari, ha consentito di seguire molti più pazienti, mediante strutture più piccole e locali e visite a domicilio. I pazienti non

sono più costretti a spostarsi per lunghe distanze al fine di ricevere visite e farmaci standard presso gli ospedali più vicini.

Questo approccio decentrato ha consentito ai team MSF di Chiradzulu, Thyolo e Dowa di sottoporre alle terapie necessarie oltre 27.000 nuovi pazienti.

MSF dà inoltre la priorità all'individuazione e cura della tubercolosi (TB) e della malnutrizione fra i pazienti sieropositivi: entrambe queste condizioni rischiano infatti di compromettere l'efficacia della terapia. Oltre 1.700 persone, molte delle quali sieropositive, sono state sottoposte a terapia anti-tubercolosi.

Dopo oltre sette anni di attività presso l'ospedale distrettuale di Dowa nel Malawi centrale, MSF ha affidato un progetto anti-HIV/AIDS al Ministero della Sanità. Il progetto aperto nel 2000, era originariamente dedicato alla

prevenzione e cura delle infezioni veneree. Nel dicembre 2004 i primi pazienti hanno iniziato la terapia ARV. Al termine del progetto, nell'ottobre 2007, i pazienti sieropositivi sottoposti a terapia nella regione orientale del distretto di Dowa e a Nponela erano rispettivamente oltre 1.100 e oltre 270. Secondo le statistiche, i pazienti registrati nell'ambito del programma nel corso degli ultimi tre anni sono oltre 3.300.

A dicembre circa 19.000 persone in tutto il Malawi erano ancora in cura presso strutture gestite da MSF, dove ogni mese venivano sottoposti alla terapia oltre 700 nuovi pazienti.

MSF lavora in Malawi sin dal 1986.

## MALI

### MOTIVI DI INTERVENTO

• **Malattie endemiche/epidemiche**  
OPERATORI UMANITARI 54

**Questi 'team mobili malaria' permettono ai bambini residenti in villaggi isolati di ricevere assistenza medica gratuita durante la stagione delle piogge.**

© Bruno De Cock

**La malaria è endemica in Mali, dove rimane la principale causa di mortalità fra i bambini al di sotto dei cinque anni. L'accesso all'assistenza sanitaria in questo paese è limitato, il 72% della popolazione vive tuttora al di sotto della soglia di povertà. Il sistema sanitario vigente, imperniato sul recupero dei costi, rappresenta un serio ostacolo e la frequentazione dei centri sanitari è estremamente ridotta. MSF si sta adoperando per offrire cure adeguate per la malaria, soprattutto ai pazienti più vulnerabili e a quelli esclusi dal sistema sanitario durante la stagione delle piogge.**

Nel 2005 un'indagine medica condotta da MSF nel Mali meridionale ha prodotto risultati allarmanti, rilevando significativi tassi di mortalità, accesso limitato all'assistenza sanitaria ed elevati livelli di resistenza alle terapie a base di cloroquina. Operando in collaborazione con le

autorità sanitarie nazionali, MSF ha varato a Kangaba un progetto mirato ad assistere i pazienti affetti da malaria erogando servizi diagnostici e terapeutici di qualità imperniati sulla terapia, nota come ACT, di combinazione con i derivati dell'artemisinina, riducendo il costo delle cure ed eliminando le barriere geografiche alla diffusione delle cure sanitarie.

MSF offre assistenza medica gratuita a tutti i bambini al di sotto dei cinque anni e, presso sette centri sanitari di Kangaba, visite e cure gratuite per patologie febbrili alle donne incinte. Si è inoltre provveduto a introdurre, al posto del sistema di recupero dei costi, una tariffa fissa di appena 200 FCFA (50 cent) al fine di consentire al resto della popolazione di accedere a cure per la malaria e altre patologie febbrili.

Dall'esordio di questo sistema ibrido, il numero delle visite è cresciuto di quattro volte. Nel 2007, ciascun centro sanitario ha effettua-

to circa 34 visite al giorno, in confronto alle otto di media nel 2005: i principali beneficiari sono donne incinte e bambini al di sotto dei cinque anni.

MSF ha formato vari gruppi comunitari, abilitandoli all'effettuazione di test di screening rapido e terapie ACT, consentendo loro di curare semplici casi di malaria in bambini di età inferiore ai 10 anni. Nel 2007, il numero di bambini in grado di accedere a servizi medici adeguati in località distanti oltre cinque chilometri da un centro sanitario è risultato cinque volte più elevato rispetto ai periodi di elevata trasmissione della malattia durante il 2006. In seguito all'introduzione di questo nuovo modello terapeutico, i casi di malaria più gravi sono calati dall'8% nel 2006 all'1,7 percento nel 2007.

MSF lavora in Mali dal 1992.

## MAROCCO

MOTIVI DI INTERVENTO • **Violenza sociale/Esclusione dall'assistenza sanitaria**  
OPERATORI UMANITARI 13

**I recenti ostacoli all'immigrazione diretta verso la Spagna hanno trasformato il Marocco in una destinazione automatica. Il prolungamento involontario dei soggiorni nel paese ha determinato la recente urbanizzazione di gruppi di immigrati, soprattutto a Rabat e a Casablanca. Benché le condizioni di vita risultino meno precarie rispetto alle zone rurali, la popolazione è costretta a fare i conti con un costo della vita più elevato, abbinato a ridotti mezzi di sussistenza e un accesso insufficiente all'assistenza medica. Gli immigrati sono sempre più esposti a fenomeni di sfruttamento e violenza. La prostituzione è comune e patologie infettive come tubercolosi (TB) e HIV/AIDS sono in fase di diffusione.**

Anche gli itinerari migratori hanno subito modifiche: molte persone provengono ormai da nazioni meridionali, come Mauritania e Senegal e, in misura minore, da regioni del Sahara.

MSF ha continuato ad assistere gli immigrati. I progetti sanitari hanno seguito gli immigrati dalle aree rurali a quelle urbane, rispondendo alle loro crescenti necessità. In ottobre è stato aperto un nuovo progetto, finalizzato a provvedere alle esigenze mediche e umanitarie degli immigrati a Rabat e Casablanca. A Rabat, la maggioranza delle visite effettuate ha riguardato infezioni dell'apparato digerente e respiratorio esacerbate da condizioni di vita precarie. MSF ha inoltre soccorso immigrati affetti da patologie più serie e a carattere cronico, fra cui tubercolosi e HIV/AIDS. In totale, nel corso del 2007 MSF ha effettuato 2.584 visite mediche.

Il 2007 ha visto qualche miglioramento nell'accesso alla sanità pubblica da parte degli immigrati nella regione di Tangeri-Tétouan: ciò ha portato al ridimensionamento e, verso la fine dell'anno, alla chiusura del progetto MSF di Tangeri. MSF continuerà comunque ad assistere gli immigrati a Rabat e Casablanca, chiedendo nel contempo l'introduzione di standard più inclusivi nell'ambito del sistema sanitario nazionale.

MSF lavora in Marocco dal 1997.

## MOZAMBICO

**MOTIVI DI INTERVENTO** • Malattie endemiche/epidemiche • Catastrofe naturale  
**OPERATORI UMANITARI** 565

**Con una percentuale di infezione superiore al 16% della popolazione, in Mozambico il virus HIV rappresenta una delle principali emergenze sanitarie. MSF gestisce vari programmi volti a contrastare il diffondersi dell'epidemia nonché a garantire una tempestiva assistenza in regioni ripetutamente colpite da intense piogge e inondazioni.**

### Decentralizzazione delle cure anti-HIV/AIDS

MSF ha aperto una serie di progetti a lunga durata nell'intento di aiutare le autorità ad arginare l'epidemia di AIDS: i progetti sono dislocati presso la capitale Maputo e nelle province di Tete (nel nord-ovest), e Niassa (nel nord). Nel mese di dicembre, i pazienti sottoposti a terapia antiretrovirale (ARV) presso le strutture gestite da MSF erano 14.300. I programmi pre-

vedono educazione sanitaria, consulenze, test e prevenzione della trasmissione del virus HIV dalle madri ai nascituri.

L'attuale mancanza di risorse umane nel settore sanitario, dovuta all'emigrazione e all'impatto del virus HIV sulla forza lavoro, appare particolarmente grave. MSF sta provvedendo a programmi di formazione intensiva destinati al personale medico locale e continua a semplificare la terapia per i pazienti affetti da HIV e tubercolosi. MSF sta inoltre facendo pressione sulle autorità al fine di convincerle ad autorizzare personale paramedico qualificato e debitamente formato a prescrivere farmaci antiretrovirali e ad utilizzare consulenti "non esperti" al fine di ridurre il carico lavorativo degli infermieri. È convinzione diffusa che la delega dei compiti costituisca l'unico modo di offrire assistenza anti-HIV/AIDS.

**Inondazioni stagionali e ciclone Favio**  
Quest'anno si è aperto con l'allagamento della valle dello Zambesi in seguito a piogge torrenziali e la conseguente fuga di 250.000 persone,

costrette ad abbandonare le proprie case. Benché le violente piogge rappresentino un fenomeno stagionale, un'inondazione di questa portata, per di più aggravata dall'impatto del ciclone Favio, non si registrava dal 2001.

In febbraio MSF ha varato un'operazione di emergenza, della durata di 2 mesi, al fine di aiutare le vittime del disastro nelle province di Zambezia e Tete: i destinatari dei soccorsi sono stati oltre 50.000. Fra le principali attività intraprese si annoverano l'erogazione di acqua pulita e potabile, la costruzione di latrine e la distribuzione di teli in plastica per erigere rifugi temporanei.

MSF ha infine assistito le autorità sanitarie locali dispensando cure mediche presso i centri di accoglienza e ha contribuito all'implementazione di un sistema di sorveglianza destinato a individuare i casi di malnutrizione e potenziali epidemie di morbillo, diarrea e colera.

*MSF lavora in Mozambico dal 1984.*



**Con una percentuale di infezione superiore al 16% della popolazione, in Mozambico il virus HIV rappresenta una delle principali emergenze sanitarie.**

## Prevenzione della trasmissione verticale madre-figlio dell'HIV

La prevenzione della trasmissione verticale madre-figlio dell'HIV (PMTCT) nei paesi in via di sviluppo è ancora lontana dall'essere ottimale. Si stima che nel 2007 ben 420.000 bambini, il 90 per cento dei quali vivono nell'Africa subsahariana, siano stati infettati dall'HIV. Mentre nei paesi sviluppati il numero di nuove infezioni pediatriche è drasticamente calato: negli Stati Uniti, per esempio, solo 250 neonati sono infettati ogni anno.

La grande maggioranza dei bambini HIV positivi vengono infettati dalle madri sieropositive durante la gravidanza, al momento del parto o con l'allattamento al seno. In assenza di intervento medico, il rischio di tale trasmissione è tra il 15 ed il 30 per cento se la madre non allatta al seno, e tra il 30 ed il 45 per cento se la madre allatta al seno per molto tempo. La PMTCT costituisce quindi un'opportunità unica di fermare la trasmissione del virus.

Peraltro, la trasmissione dalla madre al figlio è quasi completamente evitabile. I paesi sviluppati sono riusciti a ridurre il rischio di trasmissione a meno del 2 per cento, attuando interventi medici, tra cui: terapia antiretrovirale (ARV) a tutte le donne sieropositive durante la gravidanza e al neonato nelle prime settimane di vita; interventi ostetrici tra cui parto cesareo facoltativo; e l'esclusione assoluta dell'allattamento al seno. Non è semplice adottare questi interventi nei paesi in via di sviluppo.

È qui che si trova la più grande differenza tra i paesi sviluppati e quelli in via di sviluppo riguardo il rischio di trasmissione. Nei paesi sviluppati, l'allattamento con latte artificiale ha sostituito completamente l'allattamento al seno da parte di madri sieropositive. Nei paesi in via di sviluppo, invece, l'allattamento con latte artificiale spesso non è neanche preso in considerazione per ragioni sia culturali sia economiche, ma anche perché la mancanza di acqua sicura (necessaria per preparare il latte artificiale) aumenta il rischio di morte dei neonati per diarrea e altre malattie infettive. Fino a questo momento, l'unico intervento raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dall'UNICEF per ridurre la trasmissione dell'HIV attraverso l'allattamento è che la madre allatti al seno il suo bambino solo per sei mesi (cioè dando soltanto latte materno, escludendo tutti gli altri liquidi o cibi) e poi svezzi il bambino in un paio di giorni. Infatti, test hanno dimostrato che la trasmissione dell'HIV è ridotta nei bambini allattati solo al seno, rispetto a quelli che ricevono allattamento misto durante i primi mesi di vita.

MSF segue le direttive dell'Organizzazione Mondiale della Sanità di cui sopra, stabilite nel 2006. Queste direttive sono però difficili da attuare su larga scala, perché dipendono dallo stato di salute della madre, ma anche perché fanno affidamento su cambiamenti



© Jean-Marc Giboux

**Si stima che nel 2007 ben 420.000 bambini, il 90 per cento dei quali vivono nell'Africa subsahariana, siano stati infettati dall'HIV.**

culturali riguardo l'allattamento al seno. Mentre l'attuazione di queste direttive potrebbe teoricamente ridurre il rischio di trasmissione ad una percentuale tra l'otto e il dieci per cento, l'accesso alla serie completa di interventi e terapie di PMTCT è limitata in molti paesi in via di sviluppo. In Sudafrica per esempio, meno dell'11% delle donne ha accesso a servizi che offrono interventi di PMTCT.

Oggi test clinici hanno fornito prove convincenti per sostenere il trattamento di tutte le madri sieropositive - anche quelle che hanno bisogno di ARV per la loro salute personale - con una terapia tripla di antiretrovirali durante la gravidanza e il parto, come viene fatto in ambienti ricchi di risorse, ma anche durante tutto il periodo dell'allattamento al seno. Questo potrebbe ridurre la trasmissione dell'HIV in contesti dove l'allattamento con latte artificiale non è possibile.

Rimangono comunque domande cui dare una risposta, e questa strategia deve ancora essere testata in un programma di routine. MSF sta programmando l'avvio di tali test sul campo con lo scopo di mostrare che, anche nelle condizioni da programma, tale approccio è fattibile, più semplice, più sicuro, e più efficace rispetto alla strategia raccomandata attualmente. Si spera che i risultati di questi progetti pilota conducano al miglioramento delle linee guida internazionali.

## NIGER

**MOTIVI DI INTERVENTO** • Malattie endemiche/epidemiche  
• Violenza sociale/Esclusione dall'assistenza sanitaria  
**OPERATORI UMANITARI** 1.278



© Anthony Jacopucci

**La malnutrizione infantile acuta è un grave problema sanitario che in Niger. Ogni anno, i mesi fra aprile e settembre sono caratterizzati dal cosiddetto 'periodo di fame', quando le scorte alimentari messe da parte dalle famiglie si esauriscono e centinaia di migliaia di bambini si vedono in larga misura negare l'accesso al cibo o alle sostanze nutritive necessarie a uno sviluppo adeguato.**

In Niger, MSF gestisce sin dal 2001 programmi di nutrizione terapeutica e riabilitazione nutrizionale. Ricerche intraprese nel 2006 hanno dimostrato come i cibi terapeutici di pronto utilizzo (Ready to Use Therapeutic Foods o RUTF) siano più efficaci nella cura della malnutrizione acuta grave rispetto alle miscele di mais e soia abitualmente utilizzate. Nell'ottobre 2007 MSF ha lanciato una campagna, battezzata "Il cibo non basta", che mira a diffondere i risultati delle sue ricerche e a convincere altri ad adottare questa nuova strategia.

La malnutrizione infantile risulta particolarmente grave nelle regioni di Diffa, Zinder e Maradi, dove il 41% dei bambini appartenenti ai nuclei familiari più poveri e oltre il 32% di quelli appartenenti a famiglie più agiate sono

sottopeso e affetti da ritardi nello sviluppo. Il mese di giugno, coincidente con l'arrivo presso i centri medici di nutriti gruppi di bambini provenienti da Aguié e Tessahoua, ha visto il varo nella stessa Aguié di un'operazione di emergenza. MSF ha offerto supporto all'ospedale distrettuale locale e ha gestito il centro di riabilitazione nutrizionale durante il periodo di crisi, per poi affidare le attività a Save the Children UK. In totale, i bambini ricoverati in ospedale sono stati 1.102, di cui 925 affetti da malnutrizione.

A Zinder, sono state consumate quasi un milione di confezioni di RUTF e MSF ha curato 21.542 bambini. MSF sta operando in due centri nutrizionali intensivi a Magaria e Zinder e presso 13 centri mobili.

### I RUTF come terapia di prevenzione alla malnutrizione

Alla fine del 2006, le ricerche effettuate da MSF hanno rilevato come nella provincia di Maradi oltre la metà dei bambini al di sotto dei tre anni sia stata vittima di un episodio di malnutrizione. MSF ha dunque introdotto una nuova strategia volta a prevenire i casi di malnutrizione acuta grave e a ridurre il tasso di mortalità connesso alla patologia. Il nuovo approccio terapeutico ha previsto la distribuzione di RUTF supplementari a tutti i bambini a rischio al di sotto dei tre anni residenti nella regione. Durante il periodo di crisi stagionale, MSF ha provveduto a distribuire mensilmente RUTF supplementari ai 62.000 bambini, di età compresa fra sei mesi e tre anni, residenti in un quartiere di Maradi.

*MSF lavora in Niger, a fasi alterne, dal 1985.*

## NIGERIA

**MOTIVI DI INTERVENTO** • Conflitto armato • Malattie endemiche/epidemiche  
**OPERATORI UMANITARI** 319

**MSF ha provveduto a migliorare la qualità dell'assistenza prestata ai pazienti affetti da traumi nella zona del delta del Niger. È stato possibile affidare a terzi la gestione dei servizi anti-HIV/AIDS a Lagos, mentre a Jigawa MSF fatto fronte a un'epidemia di meningite.**

Nel 2007, la Nigeria è stata teatro di tensioni a causa delle elezioni presidenziali di aprile e da continui conflitti nella regione del delta del Niger, un'area instabile e densamente popolata, da sempre caratterizzata da scontri fra fazioni armate e politiche in lotta per il potere e per il controllo delle risorse naturali.

Il centro traumatologico di MSF è stato inaugurato nel 2005 presso l'ospedale di Teme, a Port Harcourt, al fine di erogare gratuitamente servizi sanitari di emergenza e assistenza psicologica. Nel corso del 2007, il centro ha visto un'impennata di ricoveri a causa di diverse esplosioni di violenza: in agosto, la struttura ha accolto 70 pazienti nel corso di due settimane, in molti casi vittime di ferite da arma da fuoco.

Nel corso dell'anno, il pronto soccorso ha accolto 6.332 pazienti e sono stati effettuati 2.028 interventi chirurgici e 833 visite a carattere psicologico. Presso il centro, MSF presta inoltre assistenza medica e psicologica alle vittime di violenze sessuali e si sta adoperando per richiamare l'attenzione su questo servizio ancora poco conosciuto.

### Lagos: miglioramento dell'assistenza anti-HIV/AIDS

Quando, nel 2003, MSF ha iniziato a offrire gratuitamente terapia antiretrovirale (ARV) e cure ai pazienti affetti da HIV/AIDS, non esistevano altre organizzazioni a livello nazionale in grado di erogare servizi ARV gratuiti. Nel 2006 è stato annunciato, mediante un decreto presidenziale, un programma nazionale mirato all'erogazione gratuita, a livello nazionale, della terapia ARV a tutti i pazienti affetti da HIV/AIDS. Di conseguenza, nel 2007 i centri in grado di offrire servizi di consulenza e cura a tali pazienti a Lagos erano oltre 20: questo progresso a livello nazionale ha consentito

a MSF di iniziare ad affidare a partner e autorità locali i propri progetti anti-HIV/AIDS, che erogavano farmaci ARV a oltre 1.900 pazienti.

### Epidemia di meningite a Jigawa

Fra i mesi di marzo e maggio, MSF è intervenuta per arginare un'epidemia di meningite nello stato di Jigawa: le aree più colpite sono state quelle di Gwaram e Dutse. MSF ha offer-

to supporto alle strutture sanitarie, formato personale e donato farmaci e test diagnostici. Complessivamente, il numero dei pazienti trattati ammonta a 583.

*MSF lavora in Nigeria dal 1996.*



© Vanessa Vick

**MSF ha provveduto a migliorare la qualità dell'assistenza prestata ai pazienti con traumi nella zona del delta del Niger.**

## REPUBBLICA DEL CONGO (CONGO-BRAZZAVILLE)



MOTIVI DI INTERVENTO • Conflitto armato • Malattie endemiche/epidemiche  
OPERATORI UMANITARI 190

**MSF ha affidato al Ministero della Sanità le attività di prevenzione e terapia per pazienti colpiti dalla malattia del sonno.**

**Dopo oltre un decennio di guerra, la Repubblica del Congo è giunta al quarto anno di trattative. La cessazione formale delle ostilità ha consentito la ripresa delle attività economiche, concentrate principalmente nella cittadina petrolifera di Pointe Noire e nella capitale Brazzaville.**

Tuttavia, i bisogni sanitari sono ancora numerose a Mindouli e Kindamba, nella regione di Pool, caratterizzata da un'elevata diffusione di malaria, infezioni respiratorie, diarrea, HIV/AIDS e tubercolosi (TB). Il paese rimane inoltre soggetto a epidemie.

MSF ha continuato a fornire assistenza sanitaria integrata presso gli ospedali di Mindouli e Kindamba: fra i servizi offerti si annoveravano assistenza ambulatoriale, cure ostetriche, terapie contro le patologie infettive come TB e HIV nonché assistenza a carattere volontario per i malati di HIV/AIDS, consulenza psicosociale e interventi chirurgici di emergenza. Complessivamente, MSF ha effettuato oltre 78.000 visite mediche.

### Epidemie di colera: una minaccia da contenere

Verso la fine di gennaio, un'epidemia di colera ha colpito la città di Pointe Noire e, poche settimane più tardi, la stessa Brazzaville. MSF ha collaborato con il Ministero della Sanità prov-

vedendo alla creazione di un'area di isolamento per i pazienti colpiti dalla malattia nonché all'erogazione di farmaci, all'organizzazione di iniziative di formazione medica e alla distribuzione di materiali idrico-sanitari accompagnata da adeguate consulenze.

### Passaggio di consegne

In giugno, MSF ha annunciato l'intenzione di affidare a terzi le proprie attività e lasciare il paese entro la metà del 2008. Al fine di garantire la continuità dei propri servizi medici, MSF intende adoperarsi al fine di individuare ulteriori partner, fra cui organizzazioni non governative locali e le Nazioni Unite, in grado di affiancarsi al Ministero della Sanità nella regione di Pool. MSF collaborerà inoltre con il Ministero della Sanità al fine di intervenire in aree geografiche di ridotta entità, individuate nel 2008 durante l'analisi progettuale finale, caratterizzate da un'elevata incidenza della malattia del sonno.

*MSF lavora nella Repubblica del Congo dal 1997.*

## RUANDA

### MOTIVI DI INTERVENTO

• Malattie endemiche/epidemiche

OPERATORI UMANITARI 71

**Alla fine del 2007, MSF ha concluso le proprie attività in Ruanda dopo oltre 16 anni.**

**Nel corso degli anni, l'operato di MSF ha incluso assistenza ai rifugiati, chirurgia di guerra, programmi dedicati a minori non accompagnati e ragazzi di strada, supporto alle vittime traumatizzate dal genocidio, programmi mirati a migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria, interventi volti ad arginare epidemie di malaria, colera e tubercolosi e progetti connessi alla salute materno-infantile.**

Nel 2000, il Ruanda si è trovato ad affrontare un'epidemia di HIV/AIDS in fase di rapida crescita e aggravata dalla mancanza di risorse disponibili.

MSF ha partecipato alla lotta contro HIV/AIDS, dedicandosi inizialmente a iniziative di prevenzione e informazione per poi iniziare a erogare servizi medici.

Nei centri sanitari di Kinyinya e Kimironko a Kigali, MSF ha assistito migliaia di pazienti. In dicembre, all'atto del definitivo passaggio di consegne alle autorità sanitarie, i pazienti in cura presso questi due centri sanitari erano oltre 6.200, di cui 2.700 sottoposti a terapia antiretrovirale (ARV): fra questi pazienti,

i bambini rappresentavano oltre il 10% del totale.

L'assistenza ai bambini affetti da questa malattia presenta particolari problemi. I team medici MSF hanno quindi sviluppato una strategia, imperniata sulle specifiche necessità dei bambini ruandesi affetti da HIV/AIDS: la strategia in questione ha previsto fra l'altro dibattiti, nell'ambito di gruppi di discussione per adulti, sull'opportunità di sottoporre bambini a test anti-HIV, iniziative di formazione di personale specializzato in servizi di assistenza psicosociale. L'approccio di MSF si è imperniato in ampia misura sulla creazione di gruppi di supporto dedicati esclusivamente ai bambini, in modo da consentir loro non solo di dar voce alla loro esperienza, ma di giocare un ruolo attivo in ambito terapeutico.

Il Ruanda appare ora decisamente avviato a uno sviluppo a lungo termine: le organizzazioni attive a livello nazionale sono ormai in numero soddisfacente a soddisfare le necessità della popolazione mentre, grazie ai consistenti investimenti effettuati dalle autorità locali e all'appoggio di vari donatori internazionali, l'epidemia di AIDS appare contenuta. Di conseguenza, MSF ha avuto l'opportunità di concludere le attività alla fine del 2007.

*MSF ha lavorato in Ruanda dal 1991 al 2007.*



## Lasciare il Ruanda

Dopo 16 anni in Ruanda, MSF ha chiuso tutte le sue attività alla fine del 2007. Lasciando alle autorità sanitarie ruandesi i progetti di prevenzione e lotta all'HIV, questo passaggio segna il culmine di un intervento che ha operato nel corso di guerre, genocidi, epidemie e ricostruzioni.

MSF cominciò a lavorare inizialmente nei distretti di Byumba e Ruhenger nel 1991, dando sostegno agli sfollati della guerra civile. Fu soltanto l'inizio di quello che si rivelò il periodo più funesto e terrificante della storia di questa regione e di questo paese. Entro un paio d'anni, MSF fornì cure mediche e nutrizionali ai rifugiati che fuggivano dai massacri in Burundi.

Nel 1994, MSF fu testimone del genocidio. Ogni tentativo di aiutare i sopravvissuti risultò vano. Pazienti e membri del team medico di MSF furono uccisi e, alla fine, MSF fu costretta a ritirarsi.

Mentre il resto del mondo distoglieva lo sguardo, i team medici riuscirono a tornare, attraversando il confine tra Uganda e Burundi. La sofferenza che trovarono era di una tale portata che il numero degli operatori aumentò rapidamente; MSF forniva cure mediche urgenti presso gli ospedali di Kigali e Nyamata, e a Byumba e Gitare sul confine ugandese. Fu inoltre aperto un centro medico a Kigali.

**La capacità dei sistemi locali e la partecipazione di altri attori esterni hanno permesso a MSF di passare gradualmente le consegne e di ritirarsi.**

Offrire cure dirette alle vittime non era tuttavia sufficiente. Dopo l'incomprensibile rifiuto della comunità internazionale non solo di riconoscere il massacro come genocidio, ma anche di intervenire per salvare vite, MSF uscì allo scoperto. Una campagna di testimonianza di grande rilievo fu presentata in tutta Europa e culminò nella consegna di un rapporto sul genocidio alle Nazioni Unite. Questa inattività collettiva rimane uno degli episodi più riprovevoli degli ultimi anni.

Nei mesi che seguirono al genocidio, MSF estese gradualmente le sue attività in tutto il paese, concentrandosi particolarmente sugli sfollati e sui bambini rimasti soli e sostenendo le strutture sanitarie che erano vicine al collasso. Inoltre fu fornita assistenza medica a circa due milioni di rifugiati che erano fuggiti dai massacri e vivevano in campi precari in Congo (ex Zaire).

Il bisogno di testimonianza per MSF non era calato. Lo staff continuava a denunciare le intimidazioni e le atrocità sia dei campi che della prigione di Gitarama, e questo ebbe come risultato l'espulsione di alcune équipe di MSF e il ritiro di altre. Il lavoro continuò però in altre parti del Ruanda e, in particolare lungo i confini, si dimostrò essenziale nel 1996, quando i combattimenti in Congo innescarono un massiccio rientro di centinaia di migliaia di rifugiati ruandesi nel paese.

In coincidenza con la fine degli anni Novanta e l'inizio del nuovo secolo, la situazione in Ruanda passò da un intervento di emergenza alla ricostruzione e allo sviluppo.

Con il passare degli anni, la capacità dei sistemi locali e la partecipazione di altri attori esterni hanno permesso a MSF di passare gradualmente le consegne e di ritirarsi.

# SIERRA LEONE

MOTIVI DI INTERVENTO • Malattie endemiche/epidemiche  
OPERATORI UMANITARI 492

Il personale dei centri sanitari gestiti da MSF ha trattato oltre 100.000 casi di malaria.

© Ake Ericson

# SOMALIA

MOTIVI DI INTERVENTO • **Conflitto armato** • **Malattie endemiche/epidemiche** • **Violenza sociale/Esclusione dall'assistenza sanitaria**

OPERATORI UMANITARI 1,061

**Il 2007 ha visto una recrudescenza delle violenze in Somalia a causa dell'intensificarsi degli scontri fra il Governo Federale di Transizione, gruppi connessi all'Unione delle Corti Islamiche e varie altre fazioni armate, soprattutto nella capitale Mogadiscio. Ciò ha spinto migliaia di persone a fuggire da Mogadiscio.**

## Alleviare le sofferenze

Migliaia di sfollati fuggiti da Mogadiscio si sono trovati privi di riparo, cibo, acqua o assistenza medica. In aprile, MSF ha aperto un programma di emergenza ad Afgoi, cittadina a circa 30 km a ovest di Mogadiscio, dove molti avevano cercato rifugio. Inizialmente, i team MSF si sono dedicati a soddisfare le necessità più immediate, fornendo medicinali alle poche strutture sanitarie esistenti, come la clinica di Hawa Abdi, e articoli a carattere non

alimentare, come tuniche e teli in plastica. Visto il manifestarsi di casi di colera in diverse località, il personale MSF ha inoltre provveduto a distribuire acqua potabile pulita servendosi di furgoni.

Durante il corso dell'anno, con l'arrivo di ondate sempre nuove di sfollati da Mogadiscio, l'emergenza medica ha continuato ad aggravarsi. Ad Afgoi e Hawa Abdi, la gran maggioranza delle 1.700 visite mediche settimanali effettuate da MSF hanno avuto come destinatari pazienti costretti a vivere in condizioni precarie e affetti da grave malnutrizione, diarrea e infezioni respiratorie acute. I team MSF hanno raddoppiato la capacità della struttura di Afgoi, passata da 20 a 40 letti, e iniziato ad allestire un reparto pediatrico da 50 letti a Hawa Abdi. Per la fine dell'anno, la capacità del centro di assistenza medica nutrizionale intensiva di Hawa Abdi era passata da 20 a 80 letti.

Nonostante il clima di insicurezza, MSF ha anche provveduto ad aprire nuovi progetti nella stessa Mogadiscio. Marzo ha visto l'apertura di un centro colera presso il centro di assi-

stenza medica di base gestito da MSF a Yaqshid: per il mese di maggio, i pazienti accolti erano oltre 1.000, più del doppio del numero trattato durante precedenti epidemie di colera nella capitale. Nel corso dell'anno, sono state inaugurate, a Balcad, Karaan e Lido, tre nuove cliniche dedicate ai bambini di età inferiore ai 12 anni. A dicembre, la clinica di Lido è stata dotata di un reparto di degenza con 35 letti.

Una clinica pediatrica inaugurata a maggio nel quartiere di Hawladag della capitale è stata chiusa e trasferita in novembre a causa del clima di insicurezza. Il team MSF gestisce ora una rete di cliniche mobili presso i campi rifugiati dislocati nel circondario cittadino e continua a offrire servizi a carattere ambulatoriale e ospedaliero per i bambini e assistenza prenatale nel quartiere K4, visitando ogni giorno circa 250 persone. A fine settembre, MSF ha iniziato a effettuare interventi chirurgici di emergenza nel quartiere di Dayniile provvedendo, nel corso dei primi tre mesi di attività, a ricevere 705 pazienti presso il pronto soccorso e a effettuare 140 interventi chirurgici.

## MSF ha aumentato la propria presenza in Somalia.

### Ampliamento delle attività

MSF ha ampliato le proprie attività, inaugurando nuovi progetti nelle regioni di Hiraan, del basso Juba e nel Puntland. A Belet Weyne, nella regione di Hiraan, MSF ha varato a febbraio un programma ospedaliero imperniato sull'assistenza chirurgica: una volta adeguatamente avviato il reparto chirurgico dell'ospedale, è stato quindi inaugurato un reparto pediatrico specializzato in salute materna. A Jamaame, nella regione del basso Juba, MSF ha provveduto in marzo ad allestire un ospedale da 30 letti completo di programma nutrizionale di ampia portata e attività di contatto. Da allora, ogni mese 950 pazienti sono stati sottoposti a terapie nutrizionali e i team MSF hanno effettuato 1.400 visite. Ogni giorno, quattro team medici mobili hanno visitato fra 300 e 1.000 bambini e donne incinte al fine di scoprire eventuali problemi sanitari riscontrati sono stati malnutrizione, polmonite e diarrea.

**In Sierra Leone, la malaria rappresenta la principale causa di mortalità fra i bambini al di sotto dei cinque anni. Nei distretti di Bo e Pujehun, nella regione meridionale del paese e teatro dell'operato di MSF, la malaria rappresenta la malattia più frequente. Durante il 2007, il personale dei centri sanitari gestiti da MSF ha trattato oltre 100.000 casi di malaria.**

MSF combatte la malaria ricorrendo a risorse diagnostiche e terapeutiche e all'utilizzo di strumenti e farmaci efficaci. Gli esami del sangue effettuati, altrimenti noti come test diagnostici rapidi, sono di facile interpretazione e adatti all'utilizzo in assenza di microscopia. Come in tutti i progetti MSF, i pazienti affetti da malaria sono sottoposti alla terapia di combinazione con i derivati dell'artemisinina (ACT), farmaci più efficaci delle medicine precedenti, a cui il parassita responsabile della patologia ha sviluppato una notevole resistenza. L'esperienza di MSF ha anche dimostrato come, al fine di migliorare l'accesso a cure antimalariche efficaci, l'erogazione gratuita

di assistenza sanitaria e medicinali rappresenta un presupposto fondamentale. Al fine di migliorare l'accessibilità delle terapie per i pazienti residenti in zone rurali, lontano da qualsiasi clinica, MSF ha iniziato a supportare 30 postazioni sanitarie più piccole. A novembre è iniziato un programma pilota finalizzato a insegnare agli operatori sanitari comunitari adibiti alle terapie antimalariche a individuare la presenza della patologia mediante test diagnostici rapidi e ad assistere gratuitamente, nei rispettivi villaggi, i pazienti affetti da malaria somministrando farmaci ACT. Le iniziative informative ed educative volte alla prevenzione e al riconoscimento della malaria nonché a incoraggiare i pazienti a richiedere rapidamente assistenza sono anch'essi fattori importanti nella lotta contro la malattia. Al fine di prevenire la trasmissione della malattia, nel 2006 e 2007 sono state distribuite oltre 64.000 zanzariere.

### Gondama referral centre

MSF gestisce, nel circondario della città di Bo, il Gondama referral centre, un ospedale specializzato in assistenza pediatrica e ostetrica

e in servizi di nutrizione. Ogni mese, il centro accoglie circa 500 pazienti pediatrici, 100 bambini malnutriti e 50 donne incinte. Nel 2007 è stata inaugurata una nuova sala operatoria, dove possono essere effettuati parti cesarei e altri interventi chirurgici a carattere ostetrico.

### Salute riproduttiva

In Sierra Leone, il rischio di morire in fase di gravidanza e parto è fra i più elevati al mondo. Le cinque cliniche gestite da MSF comprendono una speciale area di consultazione riservata alle donne e gestita esclusivamente da personale medico femminile. Vengono erogati servizi di assistenza pre e postnatale, pianificazione familiare, terapia contro le patologie veneree e consulenza psicologica per le vittime della violenza sessuale. Le cliniche provvedono anche alla gestione dei parti, mentre le donne affette da complicanze vengono inviate al Gondama referral centre.

MSF lavora in Sierra Leone dal 1986.

A Kismayo, sempre nella regione del basso Juba, MSF ha aperto a settembre un progetto chirurgico di emergenza. A Bossaso, nel Puntland, si è provveduto a fine agosto a un intervento nutrizionale di emergenza presso i campi dove migliaia di sfollati, sia somali che etiopi, si riuniscono prima di tentare la traversata del Golfo di Aden per raggiungere lo Yemen: fra agosto e dicembre, i pazienti trattati per malnutrizione sono stati 1.197.

### Assistenza medica

Con 14 progetti in 11 regioni, nel 2007 MSF garantisce l'accesso ai servizi sanitari in Somalia. I team medici MSF hanno effettuato oltre 2.500 interventi chirurgici e 520.000 visite ambulatoriali e provveduto al ricovero ospedaliero di circa 23.000 pazienti.

MSF lavora in Somalia dal 1991.



© MSF

## SUDAFRICA

### MOTIVI DI INTERVENTO

- Malattie endemiche/epidemiche
- Violenza sociale/Esclusione dall'assistenza sanitaria

OPERATORI UMANITARI 56

**MSF ha provveduto, nel 2003, ad aprire una clinica integrata dedicata alla cura delle due patologie (TB/HIV).**



**Secondo le stime, in Sud Africa i sieropositivi ammontano a oltre 5,5 milioni di persone: del milione che necessita urgentemente di essere sottoposto a terapia antiretrovirale (ARV), la metà è ancora in attesa di cure. La tubercolosi (TB), comprese le forme resistenti ai farmaci, rappresenta la causa principale dei casi di malattia e di morte fra i pazienti sieropositivi.**

### Assistenza HIV/TB in una township

Sin dal maggio del 2001, MSF provvede a erogare in collaborazione con il Western Cape Department of Health cure anti-HIV/AIDS di base nella township di Khayelitsha, alla periferia di Città del Capo. MSF ha progressivamente affidato le attività previste dal programma alle autorità provinciali e locali, ma continua a contribuire ai servizi anti-TB e anti-HIV.

Il programma di Khayelitsha vanta, a livello continentale, il gruppo di pazienti sottoposto da più tempo a terapie anti-AIDS nell'ambito del settore pubblico: si è quindi provveduto, in collaborazione con un gruppo di partner fra cui si annovera l'Università di Città del Capo, al varo di uno speciale progetto prioritario per il monitoraggio e l'analisi dei risultati terapeutici.

I nuovi pazienti sottoposti a terapia ARV ammontavano a oltre 200 al mese, un risultato che rischiava però di essere compromesso dalla completa saturazione e dall'estrema penuria di operatori sanitari. Al fine di gestire il numero sempre crescente di malati e con l'obiettivo di raggiungere quo-

ta 15.000 pazienti entro il 2010, MSF ha erogato servizi anti-HIV presso nuovi centri sanitari decentrati, affidando gran parte delle attività di assistenza a infermieri, migliorando l'organizzazione sanitaria e il triage dei pazienti e rinnovando i ruoli del personale e le attività di formazione. MSF ha inoltre lanciato nuove strategie volte a risolvere i problemi posti dall'osservanza terapeutica ARV a lungo termine: fra le iniziative in questione è compresa la creazione di 'club di osservanza' dedicati ai pazienti stabili sottoposti a terapia ARV da almeno 18 mesi senza aver subito complicazioni.

Considerata l'elevata diffusione della tubercolosi (TB) nella township e il fatto che il 70% dei pazienti tubercolotici risultavano anche sieropositivi, MSF ha provveduto, nel 2003, a inaugurare una clinica integrata dedicata alla cura delle due patologie: da allora, quella di Ubuntu si è affermata fra le strutture sanitarie di base più attive della provincia.

Non sono inoltre mancati gli sforzi volti a migliorare la diagnosi della tubercolosi resistente ai farmaci a Khayelitsha, rafforzare i controlli volti ad arginare la diffusione dell'infezione

tubercolotica e a sviluppare un modello terapeutico decentrato su base comunitaria.

MSF continua a gestire, nella township, il Simelela Centre for Survivors of Sexual Violence, che offre alle vittime di stupro, nell'ambito di un'unica struttura aperta 24 ore al giorno e sette giorni alla settimana, cure mediche, assistenza psicologica, esami forensi e assistenza da parte della polizia. Nel 2007, il centro di Simelela ha accolto quasi 1.000 vittime di violenze sessuali.

### Assistenza sanitaria per gli immigrati

Alla fine del 2007 e in risposta a un'emergenza sempre più urgente, MSF ha condotto una verifica e iniziato a erogare cure mediche di base agli immigrati, provenienti in primo luogo dallo Zimbabwe. Nella cittadina di confine di Musina, Provincia di Limpopo, MSF offre servizi di assistenza sanitaria di primo livello presso township e aziende agricole con una rete di team medici mobili. A Johannesburg, MSF ha aperto, accanto alla Chiesa metodista centrale, una piccola clinica dove 1.500 immigrati cercano rifugio ogni notte. MSF presta assistenza medica di base e consente l'accesso al sistema sanitario pubblico e a cure più specialistiche mediante una rete di strutture di ricovero.

*MSF lavora in Sud Africa dal 1999.*

## SUDAN

### MOTIVI DI INTERVENTO • Conflitto armato • Malattie endemiche/epidemiche

- Violenza sociale/Esclusione dall'assistenza sanitaria • Catastrofe naturale

OPERATORI UMANITARI 3,174

**A più di tre anni dalla stipula del Trattato di pace, nel Sudan meridionale il panorama sanitario continua a restare critico.**

### Interventi d'emergenza

In un paese devastato da oltre 20 anni di guerra, dotato di infrastrutture sanitarie scarse o inesistenti, dove le malattie mortali sono estremamente comuni e le epidemie di meningite e colera frequenti, la capacità dei team MSF di rispondere alle emergenze con rapidità ed efficienza rimane fondamentale.

Quando la meningite ha colpito il Sudan meridionale all'inizio del 2007, i team di emergenza MSF sono intervenuti immediatamente. Fra i mesi di gennaio e aprile, il Ministero della Sanità ha segnalato 11.447 sospetti casi di meningite, di cui 632 mortali, in nove stati su 10. I team MSF hanno allestito un sistema di sorveglianza al fine di provvedere al monitoraggio dei casi, rifornito le strutture sanitarie di medicine, curato pazienti e lanciato campagne di vaccinazione di massa in tutti

e nove gli stati colpiti. I pazienti curati sono stati circa 2.113, fra cui 255 casi gravi, mentre più di 630.000 persone sono state vaccinate.

Nel corso dell'anno, i team MSF hanno fatto fronte a numerose epidemie di colera istituendo centri terapeutici e di isolamento: i pazienti sottoposti a terapie contro il colera sono stati circa 2.400. In luglio, MSF ha assistito le autorità sanitarie locali a Wau, nello stato di Bahr-el-Ghazal, in seguito a un aumento dei casi di diarrea. Durante il 2007, i team MSF hanno varato varie campagne di vaccinazione contro il morbillo, immunizzando 47.500 bambini. In seguito all'inondazione di settembre, il personale MSF ha distribuito articoli di sopravvivenza essenziali, come batterie da cucina, a 3.000 famiglie di Ayod, nello stato di Jonglei.



© Susan Sanders

**Un paese devastato da oltre 20 anni di guerra, con infrastrutture sanitarie scarse o inesistenti.**

### Far fronte ai bisogni primari

In assenza di personale e strutture sanitarie, strade e trasporti, altri enti umanitari e investimenti, MSF rimane l'unica organizzazione medica presente in molte aree del Sudan meridionale e che si adopera per far fronte ai bisogni primari della popolazione.

I team MSF hanno operato in cinque stati, erogando servizi sanitari che comprendono assistenza sanitaria primaria così come interventi chirurgici e terapie volte alla cura della malnutrizione e della malattia del sonno. Gli operatori presso i centri sanitari e ospedali MSF degli stati di Jonglei, Nilo Superiore e Unità hanno effettuato oltre 350.000 visite ambulatoriali e oltre 2.000 interventi chirurgici. Nello stato di Unità, si è reso necessario il trasporto per via aerea di 150 pazienti provenienti da località remote e che necessitavano di un intervento chirurgico.

Sul fronte sicurezza, la situazione resta precaria. Gli scontri sono frequenti e nei reparti MSF i ricoverati con traumi sono numerosi, tanto da rappresentare il 10% dei pazienti sottoposti a interventi chirurgici presso l'ospedale civile di Bor (Stato di Jonglei). In novembre, MSF si è vista costretta a ritirare temporaneamente i propri operatori da Bor in seguito a scontri tribali che hanno portato alla morte di quattro persone presso una delle sue strutture.

In alcune aree, MSF è riuscita ad affidare a terzi le proprie attività. In marzo, MSF si è ritirata da un ospedale ad Akuem, nello stato di Bahr El Ghazal: la struttura era stata aperta nel 2000, durante la guerra civile, quando i pazienti erano impossibilitati a raggiungere qualsiasi altro centro. Fra i servizi erogati si annoveravano servizi ospedalieri e ambulatoriali, visite prenatali, parti, terapie contro la tubercolosi e cure di emergenza per i pazienti affetti da meningite, colera, malaria e malnutrizione. Durante i sette anni in cui MSF ha operato presso l'ospedale, i team hanno effettuato oltre 320.000 visite ambulatoriali e trattato 1.187 pazienti affetti da TB.

*MSF lavora in Sudan sin dal 1979.*



**In Darfur attualmente ci sono 2.5 milioni di sfollati.**

© Yuri Kozzyrev / Noor

## Darfur

**MSF ha fornito assistenza medico-sanitaria nel Darfur sin dal 2003, quando sono iniziati gli scontri fra forze governative affiancate dalle milizie alleate e gruppi ribelli. Le organizzazioni umanitarie, MSF compresa, sono state vittime di numerosi attacchi. Alla fine del 2007, il numero di sfollati in Darfur era giunto quasi a quota 2,5 milioni.**

### Darfur occidentale

L'accesso a cure mediche rappresenta un costante problema per le popolazioni del Darfur occidentale.

A giugno, MSF ha iniziato a operare a Foro Boranga, sul confine ciadiano, prestando assistenza a 20.000 persone costrette a vivere in condizioni difficilissime e provvedendo a necessità di base come cibo a acqua potabile. Sono state aperte cliniche mobili per l'erogazione di servizi di consulenza medica, assistenza nutrizionale, vaccinazioni e gestione dei ricoveri per i casi più gravi.

Si è inoltre provveduto alla distribuzione di zanzariere. In seguito a un serio incidente di sicurezza, a novembre MSF è stata costretta a interrompere l'attività.

Ad Habilah, un altro campo di confine che ospita oltre 22.000 sfollati, il centro sanitario MSF ha iniziato a erogare servizi di assistenza psicologica. Il centro sanitario è in procinto di essere affidato a Save the Children, la cui presenza, unitamente all'accresciuto coinvolgimento nella regione del Ministero della Sanità, è sufficiente a soddisfare le necessità della popolazione.

MSF ha inoltre continuato a offrire assistenza medica e tecnica nell'ambito di progetti gestiti a El Geneina presso i campi di Aradamata e Dorti.

Seleia, nel nord della provincia, è stata teatro di numerosi scontri: MSF supporta un ospedale

in città. Alla fine dell'anno, MSF ha provveduto a evacuare il proprio staff internazionale in seguito a una recrudescenza degli scontri fra i ribelli del JEM e le forze armate sudanesi.

A Zalingei, struttura che ospita 100.000 sfollati, MSF ha aperto due centri nutrizionali ambulatoriali e, grazie all'accresciuta presenza di medici del Ministero della Sanità, ha affidato a terzi parte delle attività gestite presso l'ospedale.

Nel Jebel Mara MSF offre assistenza sanitaria a Niertiti, luogo che conta 23.000 sfollati su una popolazione complessiva di 33.000 abitanti. In media, ogni mese hanno luogo 5.500 visite e 278 ricoveri ospedalieri.

A Kutrum, il personale MSF effettua circa 1.900 visite al mese e provvede a indirizzare i casi più gravi all'ospedale di Zalingei. Una campagna di vaccinazione contro morbillo e poliomielite ha interessato quasi 10.000 bambini.

### Darfur meridionale

Con una popolazione di 100.000 abitanti, Kalma è uno dei maggiori campi sfollati del Darfur: MSF gestisce un centro ambulatoriale dove vengono effettuate 3.000 visite al mese. Il progetto comprende progetti di salute materno infantile e supporto psicologico. A luglio, la clinica MSF è stata incendiata da piromani. A ottobre, tensioni nel campo hanno costretto fino a 15.000 residenti a fuggire. MSF è intervenuta prestando assistenza medica agli sfollati.

MSF presta assistenza medica a circa 70.000 persone a Muhajariya, dove eroga servizi ospedalieri e ambulatoriali, effettua interventi chirurgici e offre assistenza alle vittime di violenze sessuali. Il programma sanitario di base comprende servizi nutrizionali mobili e ospedalieri al fine di arginare il diffuso fenomeno della malnutrizione infantile. A ottobre, durante un feroce attacco alla cittadina, hanno perso la vita due operatori sudanesi di MSF: in seguito al tragico incidente, MSF ha evacuato da Muhajariya parte del proprio personale.

MSF ha aperto un progetto finalizzato all'assistenza di residenti e sfollati a Feina.

All'inizio del 2007, nuove famiglie di sfollati hanno iniziato a riversarsi nella regione di Bulbul dalle aree occidentali e meridionali, alla ricerca di sicurezza. Le persone bisognose di aiuti erano circa 25.000: MSF ha distribuito acqua pulita e articoli come sapone e coperte.

### Darfur settentrionale

Ad aprile, MSF ha potuto riprendere le attività mediche presso il dispensario di Kaguro, rimasto chiuso in seguito al deteriorarsi delle condizioni di sicurezza verso la metà del 2006. La struttura funge da punto di riferimento per quasi 85.000 persone impossibilitate ad accedere a qualsiasi tipo di assistenza sin dal 2003, quando l'intera area venne attaccata e la maggior parte dei villaggi bruciati: molte persone furono uccise e la maggior parte dei sopravvissuti fuggì fra le montagne circostanti. Alla fine del 2007, le attività sono state ampliate con cinque ulteriori postazioni sanitarie ed è stata istituita una rete di operatori sanitari comunitari: l'accesso e i trasporti restano tuttavia problematici, in quanto molte di queste postazioni sono accessibili esclusivamente a dorso d'asino.

Luglio ha visto il ritorno di un team internazionale al centro medico di Serif Umra, gestito esclusivamente da operatori sudanesi sin dal 2006, data dell'evacuazione del personale internazionale. Ogni mese vengono effettuate 7.000 visite ambulatoriali: i pazienti necessitanti di cure mediche di secondo livello vengono trasferiti presso gli ospedali di Zalingei o El Geneina.

Ad agosto, MSF ha iniziato a operare a Tawila, dove circa 35.000 sfollati si erano riuniti in tre campi diversi. MSF aperto cliniche mobili e un piccolo reparto ospedaliero a Tawila. Il team è stato vittima di diversi incidenti di sicurezza e ha dovuto essere evacuato a metà settembre. Le attività sono riprese a novembre: tutti i servizi sono aperti e ogni mese hanno luogo in media circa 3.000 visite.

A Shangil Tobaya, MSF assiste 28.000 sfollati ospitati nei campi di Shangil e Shadat e i residenti dell'omonimo villaggio. Il progetto comprende servizi ospedalieri e ambulatoriali, un programma di nutrizione terapeutica, servizi di sanità riproduttiva e terapie per le vittime di violenze sessuali. Il 2007 ha visto un aumento dei casi di malnutrizione a causa della continua instabilità, che ha impedito alla popolazione di dedicarsi all'agricoltura.

MSF gestisce a Kebkabiya tre centri sanitari a cui fanno riferimento circa 75.000 persone, molte delle quali rifugiate in città all'inizio del conflitto, nel 2003: ogni mese vengono effettuate circa 12.000 visite. MSF supporta inoltre l'ospedale pubblico di Kebkabiya, soprattutto per quanto riguarda il reparto ostetrico.

### Progetti chiusi

MSF ha provveduto alla chiusura delle cliniche di Killin e Gorni, nel Jebel Mara. MSF si è inoltre ritirata dal campo di Mornay nel Darfur occidentale, affidando le attività al governo e ad altre organizzazioni.

A Um Dukhun, sul confine con il Ciad e la Repubblica Centrafricana, MSF ha offerto, fino alla metà del 2007, assistenza medica a sfollati e rifugiati.

Fino al mese di aprile 2007, i team MSF hanno operato a Shariya, nel Darfur meridionale. MSF è stata obbligata a ridimensionare il programma in seguito a ripetute rapine subite dai propri team mobili. MSF ha inoltre provveduto



© Yuri Kozzyrev / Noor

**Molte persone furono uccise e la maggior parte dei sopravvissuti fuggì fra le montagne circostanti.**

a interrompere i servizi ambulatoriali e il programma nutrizionale dedicati agli sfollati che, fuggiti da Muhajariya nel 2006, si erano stabiliti a Seleah e Yassin.

MSF lavora in Darfur dal 2003.

## SWAZILAND

### MOTIVI DI INTERVENTO

• **Malattie endemiche/epidemiche**  
OPERATORI UMANITARI 9

**Nonostante un panorama politico relativamente stabile e quelle che appaiono essere risorse adeguate, il 69% della popolazione dello Swaziland vive tuttora al di sotto della soglia di povertà. La situazione sanitaria, che era migliorata durante gli anni '80 e '90, ha subito una nuova crisi a causa delle epidemie di HIV/AIDS e tubercolosi (TB).**

A novembre MSF ha aperto un progetto mirato a collaborare con le autorità locali

ai fini dell'erogazione di cure decentrate ai pazienti affetti da HIV e TB.

HIV e TB hanno già avuto un effetto devastante sulla popolazione e sull'economia. La speranza di vita alla nascita è di appena 32,5 anni, la più bassa al mondo. Il paese è inoltre caratterizzato dal tasso più elevato del mondo di diffusione della tubercolosi (TB) e da una delle maggiori percentuali di pazienti coinfectati da HIV e TB. Il 26% dei giovani adulti è sieropositivo e potrebbe morire nel corso dei prossimi anni in assenza di cure adeguate. Con l'intensificarsi delle epidemie di HIV e TB, le infrastrutture sanitarie rischiano il collasso.

In novembre, MSF ha aperto un progetto nella regione di Shiselweni, dove risiedono

circa 202.000 abitanti. MSF opera presso l'ospedale di Hlatikulu, due centri sanitari a Nhlanguano e Matsanjeni e 19 cliniche sanitarie locali. Questo progetto mira a ridurre la mortalità da HIV/AIDS e TB e a facilitare l'accesso alla terapia antiretrovirale (ARV) e TB ai pazienti che ne hanno urgente necessità.

In collaborazione con le autorità sanitarie, MSF si sta dedicando a decentrare le cure integrate anti-HIV/AIDS e TB a livello delle cliniche mediche, vale a dire le strutture sanitarie più accessibili da parte della popolazione. La strategia adottata prevede un elevato coinvolgimento a livello comunitario al fine di facilitare prevenzione, test e rispetto della terapia. Tale obiettivo viene concretizzato grazie al contributo di operatori sanitari e malati

affetti da HIV/AIDS, noti come 'pazienti esperti', in grado di offrire agli altri supporto e consulenza. Particolare importanza è data al miglioramento delle tecniche di prevenzione e diagnostica, con particolare riferimento all'effettuazione di test completi per la rilevazione di HIV/AIDS e TB. MSF fornisce inoltre una gamma completa di cure per i casi complessi di HIV/AIDS e TB, pazienti affetti da tubercolosi multiresistente ai farmaci.

Nel 2008, MSF intende sottoporre alla terapia ARV 3.000 nuovi pazienti nella regione di Shiselweni.

*MSF lavora nello Swaziland dal 2007.*

## ZAMBIA

### MOTIVI DI INTERVENTO • Malattie endemiche/epidemiche

OPERATORI UMANITARI 157

**Nel luglio 2005, il governo zambiano ha introdotto cure contro l'HIV/AIDS gratuite e, nel 2006, ha abolito il sistema sanitario nazionale basato sulla condivisione dei costi. Nonostante un rapido incremento del numero di visite mediche effettuate, non è stato implementato alcun possibile sistema sanitario alternativo.**

MSF si è dedicata ad assistere i pazienti sieropositivi aprendo un progetto nell'area di transito di Kapiri M'Poshi, una cittadina in rapida crescita e sede di numerosi collegamenti ferroviari: secondo stime nazionali, il 20% della popolazione cittadina è infettata dal virus HIV. L'accesso all'assistenza sanitaria in generale e alle cure anti-HIV in particolare è problematico per i 250.000 residenti del distretto rurale di Kapiri, dove scarseggiano sia le strade che i mezzi di trasporto.

Pur essendo stato recentemente promosso a ospedale distrettuale, l'ospedale di Kapiri manca tuttora di risorse mediche fondamentali come servizi chirurgici e di radiologia. MSF gestisce una clinica nell'ambito dell'ospedale e opera presso 12 centri rurali, implementando un modello decentrato di assistenza anti-HIV in modo da consentire ai pazienti di accedere a servizi sanitari più vicini alle loro abitazioni. Per la fine del 2007, MSF aveva accolto nel programma 7.000 pazienti, di cui 3.500 sottoposti a terapia antiretrovirale (ARV), mentre i team effettuavano oltre 3.000 visite al mese.

Nel 2001, MSF ha varato un progetto HIV/AIDS nel distretto rurale di Nchelenge, un'altra area

**MSF si è adoperata per integrare questo tipo di assistenza nell'ambito dei servizi sanitari di base e ha sottoposto 786 pazienti a terapia ARV.**

di transito nello Zambia settentrionale. MSF si è adoperata al fine di integrare questo tipo di assistenza nell'ambito dei servizi sanitari standard e ha sottoposto 786 pazienti a terapia ARV. Il numero complessivo di pazienti sieropositivi gestito nell'ambito del progetto è pari a 4.195. MSF ha inoltre coinvolto la comunità in attività di prevenzione, terapia e supporto rivolte ai pazienti affetti da HIV/AIDS. Il progetto è stato affidato al Ministero della Sanità alla fine del 2007.

*MSF lavora in Zambia dal 1999.*

## UGANDA

### MOTIVI DI INTERVENTO

• **Conflitto armato** • **Malattie endemiche/epidemiche** • **Violenza sociale/Esclusione dall'assistenza sanitaria**  
OPERATORI UMANITARI 858

**In seguito al miglioramento delle condizioni di sicurezza e al proseguimento delle trattative fra i ribelli del Lord's Resistance Army o Esercito di Resistenza del Signore e il governo ugandese, migliaia di sfollati ospitati da diversi anni nei campi del nord del paese hanno iniziato a fare ritorno a casa. Con l'assumersi di maggiori responsabilità in vari settori da parte del Ministero della Sanità, MSF ha avuto l'opportunità di affidare a terzi alcuni dei suoi progetti, dedicandosi in primis all'erogazione di servizi medici di secondo livello e imperniati sulla lotta a HIV/AIDS e tubercolosi (TB).**

### Il cambiamento

Con lo svuotarsi di parte dei campi della regione settentrionale e il rientro degli sfollati presso le proprie case o il loro trasferimento presso campi satellite, MSF ha affidato ad altre organizzazioni o al Ministero della Sanità una serie di progetti nei distretti di Pader, Kitgum, Lira e Gulu: tuttavia, alcuni bisogni medici, come quelli di cure e ricoveri ospedalieri per i pazienti affetti da HIV/AIDS, restano tuttora insoddisfatte. In maggio, MSF ha aperto

un nuovo progetto nel campo di Madi Opei, nel distretto di Kitgum. Operando presso una clinica gestita dal Ministero della Sanità, il personale MSF ha prestato assistenza contro la tubercolosi e HIV/AIDS e servizi sanitari di secondo livello e di salute materno-infantile a circa 70.000 pazienti, spesso ancora residenti nei campi. Nel distretto di Arua, il progetto gestito da MSF sul fronte della lotta a HIV/AIDS e TB continua ad essere attivo: per la fine di dicembre, il programma aveva accolto 11.618 pazienti, di cui 4.090 sottoposti a terapia antiretrovirale.

### Le emergenze

In data 29 novembre, nel distretto di Bundibugyo, nell'Uganda occidentale, è stata dichiarata un'epidemia di Ebola: per questa febbre emorragica altamente contagiosa e letale non si conoscono cure, per cui i team MSF hanno dovuto intervenire rapidamente per contenere l'epidemia e isolare e soccorrere i malati. L'intervento di MSF ha avuto inizio il 1 dicembre ed è durato circa sei settimane, durante le quali sono stati trattati 149 pazienti. Nel corso dell'anno, MSF ha inoltre fatto fronte a epidemie di colera, meningite, febbre di Marburg ed epatite E.

In febbraio, un team di emergenza MSF composto da oltre 75 operatori ha provveduto alla vaccinazione contro la meningite di 291.000 pazienti nei distretti di Arua e Koboko e consentito al Ministero della Sanità di vaccinare



© Michael Goldfarb

altre 333.000 persone fornendo vaccini e materiali sanitari.

In febbraio, una verifica condotta dal Programma Alimentare Mondiale delle Nazioni Unite nel distretto di Karamoja, nella regione nord-occidentale del paese, ha rivelato come il 20% dei soggetti partecipanti all'indagine soffrisse di malnutrizione acuta. Nel distretto in questione, i team MSF hanno varato un programma mobile di nutrizione terapeutica destinato ai bambini al di sotto

dei cinque anni. Fra luglio e dicembre, sono stati trattati 159 e 2.698 bambini, affetti rispettivamente da malnutrizione grave e moderata, 284 dei quali sono stati ricoverati presso il centro di stabilizzazione. Un'indagine condotta da MSF a novembre nel distretto di Karamoja ha rilevato un miglioramento della situazione, con un tasso di malnutrizione globale acuta pari al 15,3%.

*MSF lavora in Uganda sin dal 1980.*



© Juan Carlos Tomasi

## ZIMBABWE

MOTIVI DI INTERVENTO • Malattie endemiche/epidemiche  
 • Violenza sociale/Esclusione dall'assistenza sanitaria  
 OPERATORI UMANITARI 389



© Dirk-Jan Visser

**Secondo le stime delle Nazioni Unite, tre milioni di persone sarebbero fuggiti dallo Zimbabwe, un paese caratterizzato da un tasso di disoccupazione dell'80%, un'inflazione galoppante, carenze di valuta estera, insicurezza alimentare e un'infrastruttura sanitaria al collasso. Oltre che della crisi HIV/AIDS, MSF è stata testimone della diffusione di malattie a carattere epidemico come colera e tubercolosi (TB).**

Sin dal 2002, MSF ha aperto in Zimbabwe una serie di progetti volti alla prevenzione e cura di HIV/AIDS. Nonostante gli sforzi del Ministero della Sanità e di altri donatori, in alcune aree dello Zimbabwe il tasso di diffusione dell'HIV/AIDS è superiore al 30%, mentre la media generale è pari al 15,6%, collocandosi ancora fra le più elevate del mondo.

MSF ha collaborato con il Ministero della Sanità per il decentramento dei servizi sanitari nelle cliniche rurali o cittadine a Bulawayo, Tsholotsho, Gweru, Epworth e Buhera: la maggiore vicinanza ha consentito a molti pazienti di accedere alle cure e terapie di cui necessitavano. A fine 2007, MSF prestava assistenza a 35.000 pazienti affetti da HIV/AIDS, circa 16.000 dei quali sottoposti a terapia antiretrovirale (ARV).

La strategia completa di prevenzione e terapia dell'HIV/AIDS comprende test e consulenze a carattere volontario, terapie mirate alla cura di HIV e infezioni opportunistiche, misure volte a prevenire la trasmissione della malattia madre-figlio, somministrazione di supplementi alimentari, assistenza medica alle vittime della violenza e assistenza psicologica in genere. MSF gestisce inoltre programmi informativi su HIV/AIDS e forma gli operatori sanitari insegnando loro a gestire i vari elementi dei programmi HIV/AIDS e ARV.

Negli ultimi anni, le ripercussioni di politiche sui prezzi, inflazione dilagante, carenze alimentari, ricorrenti siccità e raccolti deludenti, abbinate all'elevata diffusione di HIV e TB, hanno determinato una preoccupante impennata dei casi di malnutrizione.

MSF supporta un centro di nutrizione terapeutica presso l'ospedale distrettuale di Tsholotsho e, alla fine del 2007, ha aperto a Epworth un centro diurno di nutrizione terapeutica per soccorrere il crescente numero di bambini malnutriti visitati durante l'anno.

MSF ha inoltre prestato assistenza medica di emergenza alle vittime delle epidemie di diarrea nel distretto rurale di Gokwe, nella cittadina di Kadoma, nel sobborgo di Mabvuku-Tafara noto come Harare e nella città di Bulawayo.

*MSF lavora in Zimbabwe dal 2000.*

**MSF è stata testimone della diffusione di malattie a carattere epidemico come colera e tubercolosi (TB).**

## ASIA E CAUCASO

- 58 | ARMENIA
- 58 | BANGLADESH
- 59 | CAMBOGIA
- 60 | CINA
- 61 | GEORGIA
- 62 | INDIA
- 63 | INDONESIA
- 64 | KIRGHIZISTAN
- 64 | LAOS
- 65 | MYANMAR
- 66 | NEPAL
- 66 | PAKISTAN
- 68 | SRI LANKA
- 69 | TAILANDIA
- 70 | TURKMENISTAN
- 70 | UZBEKISTAN



Nello Sri Lanka, Vavuniya, MSF ha aperto tre programmi chirurgici a Point Pedro, Vavuniya e Mannar, tutte zone situate nell'area di conflitto.  
 © Henk Braam / HH

## ARMENIA

**MOTIVI DI INTERVENTO** • Malattie endemiche/epidemiche • Violenza sociale/ Esclusione dall'assistenza sanitaria  
**OPERATORI UMANITARI 65**

**In Armenia, l'applicazione inadeguata dei programmi terapeutici e la diagnosi tardiva della tubercolosi (TB) costituiscono delle criticità. La percentuale di successo della terapia anti-tubercolosi è ridotta e lo scarso controllo sulla diffusione della TB è solo uno dei numerosi problemi che affliggono il disastroso sistema sanitario locale.**

Priva di sbocchi sul mare, l'Armenia è ancora un paese molto povero. A causa della complessità e del costo elevato della terapia antitubercolosi, MSF è l'unica organizzazione medica impegnata nel paese nella lotta contro la tubercolosi resistente ai farmaci (DR-TB). Se non viene arginata, questa patologia ha serie conseguenze.



**Dall'inizio del programma, ad Abovian, sono stati seguiti oltre 100 pazienti.**

In particolare, desta preoccupazione l'emergere della tubercolosi estremamente resistente ai farmaci (XDR-TB) su cui non hanno effetto neanche i principali farmaci di seconda linea.

La terapia contro la tubercolosi resistente ai farmaci può durare fino a 24 mesi e prevede la quotidiana somministrazione di decine di medicinali. Nonostante ciò, entro la fine del 2007, ad Abovian, nei pressi della capitale Erevan, alcuni pazienti avevano completato il programma terapeutico previsto da MSF.

Al suo avvio nel 2005, il programma interessava una popolazione di circa 300.000 persone. All'inizio del 2007, MSF ha iniziato a curare pazienti nella rinnovata struttura a 36 letti situata ad Abovian. I pazienti, anche quelli affetti da gravi forme di tubercolosi resistente ai farmaci, possono usufruire del ricovero ospedaliero e, una volta terminata la degenza, vengono seguiti mediante cliniche mobili. Dall'inizio del programma, sono stati seguiti oltre 100 pazienti. In collaborazione con il programma anti-TB nazionale, MSF intende introdurre la terapia in altri quartieri di Erevan.

*MSF lavora in Armenia dal 1988.*

## CAMBODIA



**MSF si è concentrata sempre più sullo sviluppo di terapie per i pazienti affetti da tubercolosi.**

A Phnom Penh, MSF lavora presso il Khmer Soviet Friendship Hospital, uno dei principali ospedali pubblici cittadini. Oltre a impegnarsi sul fronte anti-HIV/AIDS sin dal 1997, dal 2006 MSF cura per le medesime patologie 42 detenuti provenienti da tre delle principali prigioni cittadine.

Kompong Cham, a ovest di Phnom Penh, è una delle più popolate province cambogiane: MSF lavora dal 2003 e fornisce una gamma completa di cure anti-HIV/AIDS. Nel corso del 2008, MSF affiderà il progetto alle autorità nazionali per concentrarsi sulla terapia dei pazienti coinfectati da HIV e TB.

A Takeo, Siem Reap e Phnom Penh, MSF si è concentrata sempre più sullo sviluppo di terapie per i pazienti affetti da tubercolosi, compresa la forma multiresistente ai farmaci, indipendentemente dalla loro eventuale sieropositività.

A Takeo e Siem Reap, MSF utilizza un approccio innovativo, affrontando l'HIV/AIDS secondo le modalità adottate per le patologie croniche come diabete e ipertensione, anch'esse diffusissime. A dicembre 2007 i pazienti curati contro diabete e ipertensione a partire dal varo del progetto, risalente al 2002, erano oltre 6.200.

A Siem Reap, MSF opera in stretta collaborazione con organizzazioni non governative locali al fine di incrementare l'accesso ai test e alle cure contro l'HIV e le altre infezioni sessualmente trasmissibili. Inoltre, distribuisce medicine, contribuisce al trasporto delle lavoratrici del sesso presso centri sanitari e garantisce loro servizi sanitari adeguati.

In tutto il paese, i programmi pediatrici anti-HIV/AIDS gestiti da MSF hanno consentito notevoli miglioramenti del sistema immunitario, della crescita, dello sviluppo e della qualità di vita dei bambini. Alla fine del 2007, i bambini in cura erano circa 890.

MSF continua a coadiuvare le autorità locali nella lotta a patologie epidemiche stagionali come la febbre dengue. L'epidemia di dengue verificatasi nel 2007 è stata particolarmente grave, con 35.000 casi e 190 decessi a livello nazionale. MSF ha fornito assistenza al personale medico cambogiano a Takeo e a Kompong Cham.

*MSF lavora in Cambogia dal 1979.*

## BANGLADESH

**MOTIVI DI INTERVENTO** • Malattie endemiche/epidemiche • Violenza sociale/ Esclusione dall'assistenza sanitaria • Catastrofe naturale  
**OPERATORI UMANITARI 165**

**A novembre un violento ciclone ha causato numerose vittime e feriti. MSF ha risposto all'emergenza erogando servizi medici di base e continuando nel frattempo a lavorare a Rohingya.**

**La scia di distruzione del ciclone Sidr**

Il ciclone Sidr ha causato più di 3.000 vittime e lasciato senza tetto centinaia di migliaia di persone. MSF ha prestato soccorso alle vittime nelle regioni più remote ricorrendo a cliniche mobili. A dicembre, i pazienti assistiti erano oltre 7.600, la maggior parte dei quali affetti da diarrea e infezioni cutanee. In più, MSF ha distribuito 4.000 kit per la casa.

**Rischio diarrea accresciuto da violente inondazioni**

I casi di diarrea sono aumentati in seguito alle gravi inondazioni dei mesi di luglio e agosto.

MSF ha avviato un intervento su larga scala delle strutture esistenti a Dhaka.

Nei mesi di settembre e ottobre, MSF ha trattato oltre 1.800 casi di diarrea, per circa il 30% causati dal colera.

**I Rohingya**

Da decenni gli apolidi Rohingya attraversano il confine fra Myanmar (Burma) e Bangladesh. In Myanmar sono una minoranza musulmana in un paese che non li riconosce come cittadini. Sono costretti ai lavori forzati e soggetti a confisca delle terre e a restrizioni alle libertà di movimento e matrimonio. E anche quando arrivano in Bangladesh ricevono ben pochi aiuti.

MSF opera con i Rohingya in Bangladesh da molti anni. Dopo aver aperto, nel 2006, un progetto nella regione di Teknaf, al confine con il Myanmar, nel 2007 MSF si è dedicata a migliorare l'accesso all'assistenza medica, soprattutto per i 9.000 rifugiati ospitati nell'improvvisato 'campo Tal'. MSF ha inoltre perorato la causa dei Rohingya al fine di incoraggiare altri operatori internazionali a riconoscere la vulnerabilità e ad intervenire.

Nel corso dell'anno, MSF ha fornito servizi



**Il ciclone Sidr ha causato più di 3.000 vittime e lasciato senza tetto centinaia di migliaia di persone.**

di assistenza medica in una clinica ambulatoriale, dove sono state effettuate circa 1.200 visite alla settimana, e in un centro nutrizionale (2.172 pazienti accolti nel 2007) presso il campo Tal. Le infezioni cutanee e respiratorie sono risultate le patologie più comuni. A causa dell'impossibilità, per gli sfollati dei campi ufficiali di Kutupalong e Nayapara, di accedere alle cure mediche, MSF ha aperto due strutture di degenza da 20 letti ciascuna. A fine dell'anno le strutture avevano accolto 3.800 pazienti.

All'inizio di maggio, MSF ha chiuso, dopo otto anni, il progetto attivo nella regione di Chittagong, che è stato parzialmente affidato alle autorità sanitarie locali. All'epoca dell'intervento di MSF, la regione stava uscendo da un conflitto armato ventennale fra il governo centrale e le popolazioni indigene. Oggi l'accesso all'assistenza sanitaria sta migliorando. Dal momento che il governo ora è in grado di offrire una sistemazione migliore agli sfollati del Campo Tal, MSF intende affidare il suo progetto ad un'altra organizzazione e lasciare il paese entro la fine del 2008.

*MSF lavora in Bangladesh dal 1985.*

**MOTIVI DI INTERVENTO** • Malattie endemiche/epidemiche  
**OPERATORI UMANITARI 245**

**In Cambogia, il potenziamento delle strutture sanitarie e l'impegno del governo ad arginare la minaccia HIV/AIDS ha consentito un sostanziale ampliamento dei programmi terapeutici antiretrovirali (ARV). Tenuto conto del miglioramento della situazione, MSF ha iniziato il passaggio di consegne per alcuni dei suoi progetti HIV/AIDS. Attualmente vengono forniti servizi terapeutici anti-HIV/AIDS in quattro diverse località e i pazienti sottoposti a terapia ARV sono 8.000, il 30% di quelli curati a livello nazionale.**

Nell'ambito dei programmi anti-HIV/AIDS di Siem Reap, Phnom Penh, Takeo e Kompong Cham, MSF sottopone a terapia ARV (terapie di seconda linea comprese) i pazienti che non reagiscono adeguatamente alle cure di prima linea. Vengono inoltre erogati servizi di consulenza, di cura delle infezioni opportunistiche. Il numero di pazienti sottoposti a terapia di seconda linea è pari a 360.

## CINA

### MOTIVI DI INTERVENTO

- **Malattie endemiche/epidemiche**

OPERATORI UMANITARI 63

**MSF sta provvedendo all'erogazione gratuita di cure di ARV per integrare il programma governativo nazionale. Risultano, inoltre, in aumento i casi di tubercolosi resistente ai farmaci.**

### Come colmare le lacune del programma HIV/AIDS

Secondo i dati ufficiali, nel 2007 in Cina i pazienti infettati da HIV/AIDS erano circa 700.000. Degli 85.000 malati che necessitano di terapia antiretrovirale (ARV), quelli che stanno ricevendo i farmaci di cui hanno bisogno sono meno della metà, fra cui 600 bambini. Mediante un programma nazionale, il governo ha erogato gratuitamente test e farmaci, compresi gli antiretrovirali, ai pazienti affetti da HIV/AIDS, e avviato iniziative mirate alla scolarizzazione dei bambini HIV positivi.

Tuttavia, le cure e terapie anti-HIV/AIDS non sono comprese nel programma. I farmaci antiretrovirali vengono consegnati presso il Centro nazionale per il Controllo della Malattia, mentre la cura delle infezioni opportunistiche ha luogo presso uno specifico ospedale di contea.

La terapia antitubercolosi (TB) viene invece erogata presso un'altra struttura. Alcuni pazienti si trovano inoltre ad affrontare spese terapeutiche elevate per quanto riguarda ad esempio test di conferma della sieropositività, visite mediche, test di laboratorio, farmaci finalizzati alla prevenzione e cura delle infezioni opportunistiche, ricovero ospedaliero e trasporto.

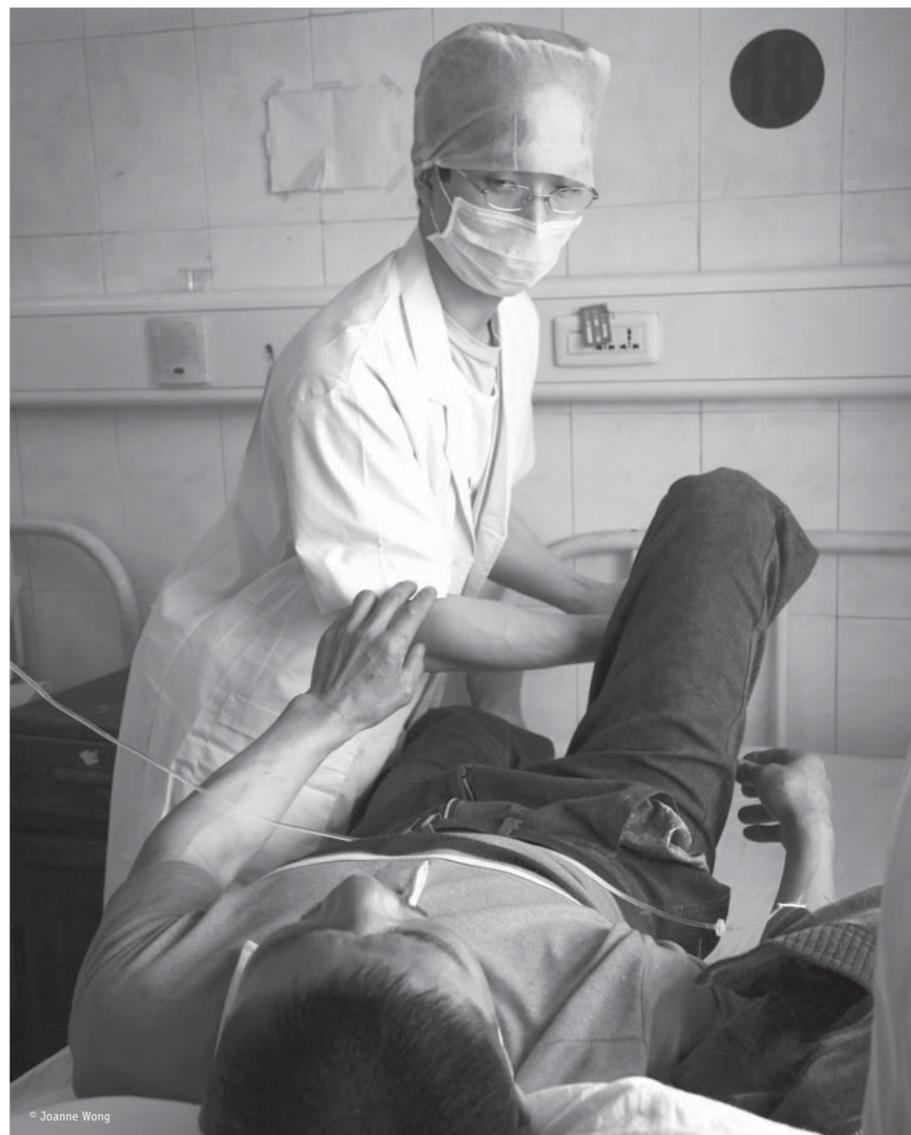
Dopo cinque anni, il progetto di Xiangfan, nella provincia centrale di Hubei, verrà affidato alle autorità sanitarie locali nel marzo 2008. Per la fine del 2007, i pazienti registrati nell'ambito dei progetti MSF di Nanning e Xiangfan erano quasi 1.500.

### MSF implementa programmi volti ad arginare l'epidemia di tubercolosi

Secondo il recente rapporto globale sulla tubercolosi a cura dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2006 in Cina si sono verificati 4,5 milioni di casi di tubercolosi (TB), con 1,3 milioni di nuovi casi stimati ogni anno. Preoccupazioni ancora maggiori suscita il diffondersi della tubercolosi resistente ai

farmaci, con oltre 130.000 nuovi casi stimati all'anno.

Visto il crescente diffondersi dell'epidemia e lo scarso accesso alle terapie a costi ridotti, MSF intende lanciare un programma antitubercolosi in collaborazione con le autorità provinciali e centrali. Nella regione autonoma della Mongolia interna e nella provincia di Jilin, MSF si è impegnata in una serie di estese trattative mirate al varo di un programma di prevenzione e cura della Tb.



© Joanne Wong

**Nel 2006 in Cina si sono verificati 4,5 milioni di casi di tubercolosi (TB), con 1,3 milioni di nuovi casi stimati ogni anno.**

### Accesso ai farmaci essenziali

Oltre a cercare di garantire la distribuzione di farmaci antiretrovirali di fondamentale importanza, la campagna per l'accesso ai farmaci essenziali condotta da MSF ha promosso un dibattito generale su salute pubblica, innovazione e proprietà intellettuale, richiedendo l'implementazione di una rete di ricerca e sviluppo di nuovi farmaci.

MSF lavora in Cina dal 1988.

## GEORGIA

### MOTIVI DI INTERVENTO • Malattie endemiche/epidemiche

- **Violenza sociale/Esclusione dall'assistenza sanitaria**

OPERATORI UMANITARI 202



© Jean-Marc Giboux

**A Sukhumi (Abkazia) e Zugdidi (Georgia occidentale), MSF si dedica alla cura della tubercolosi multiresistente ai farmaci (MDR-TB). Secondo le stime, la percentuale di pazienti colpiti è pari ad oltre il 10% dei nuovi casi di tubercolosi e al 57% dei casi di ritrattamento. La quotidiana somministrazione di decine di medicinali e la lunghezza della terapia sono difficili da tollerare e l'attenzione da parte dei pazienti a seguire la cura prevista è solitamente scarsa.**

Da un punto di vista psicologico, per i pazienti affetti da MDR-TB è estremamente arduo rimanere isolati in ospedale per diversi mesi: molti provengono da famiglie povere e non possono permettersi ricoveri ospedalieri prolungati se i familiari contano sul loro supporto finanziario. MSF ha affrontato questo problema riducendo il soggiorno ospedaliero da 6-8 mesi a una media di appena due. Questo progetto pilota prevede che, non appena il paziente sottoposto a striscio salivare risulta negativo alla presenza di bacilli tubercolari attivi, questi possa lasciare l'ospedale e ricevere le cure necessarie mediante un servizio mobile in grado di garantire trattamenti e

supporto post-terapeutici.

Nel 2007, i pazienti affetti da MDR-TB partecipanti al programma di Zugdidi erano 78: dal varo del programma, nel novembre 2006, nessun paziente ha interrotto la terapia. MSF ha rinnovato la struttura anti-TB e provvede continuamente a fornire farmaci e scorte mediche. Inoltre, ha operato in stretta collaborazione con i servizi nazionali dediti alla lotta contro la patologia, offrendo assistenza tecnica e formazione ai fini della gestione della MDR-TB. Il progetto di Zugdidi verrà utilizzato come modello per il programma nazionale georgiano antitubercolosi.

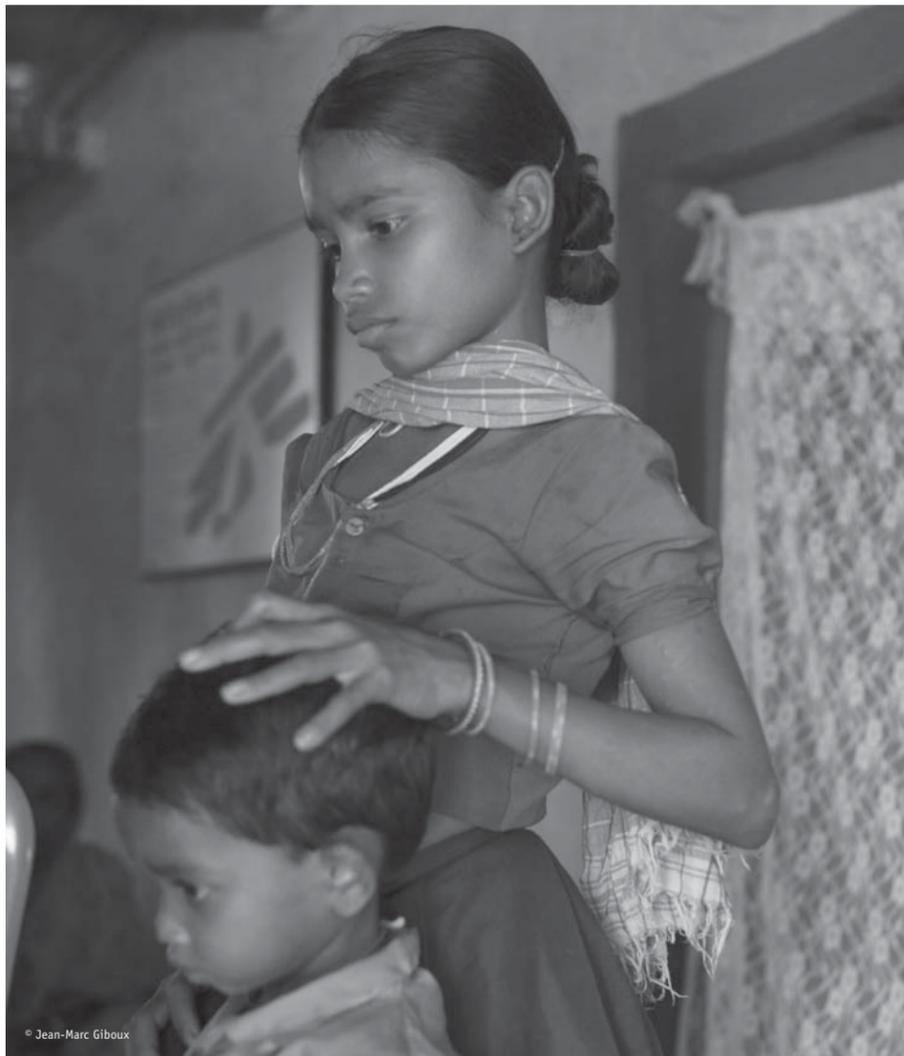
**Per i pazienti affetti da MDR-TB è estremamente difficile rimanere isolati in ospedale per diversi mesi.**

In Abkazia, MSF supporta i servizi anti-TB locali sin dal 1999 ed ha provveduto, fra l'altro, alla ristrutturazione di un ospedale dedicato ai malati di tubercolosi nei pressi di Sukhumi rifornendolo anche di farmaci, scorte mediche e attrezzature da laboratorio. A partire dal 2001, il programma si è concentrato sulla tubercolosi resistente ai farmaci e, a fine 2007, il numero di pazienti tubercolotici che avevano iniziato la terapia era pari a 166. MSF ha inoltre iniziato a sottoporre i pazienti coinfectati da HIV e TB alla terapia antiretrovirale (ARV) in grado di prolungarne l'esistenza.

All'inizio del 2007, MSF ha affidato il programma standard anti-TB alle autorità sanitarie abkaziane, continuando però a supportare le iniziative anti-TB a Dranda. Anche il programma sanitario rivolto ai pazienti più vulnerabili è stato considerevolmente ridimensionato, benché a Sukhumi e Tkvarchili i team medici mobili MSF continuano a fornire assistenza a un gruppo di anziani vulnerabili impossibilitati sia fisicamente che economicamente ad accedere ai servizi sanitari di base.

MSF lavora in Georgia dal 1993.

## INDIA



© Jean-Marc Giboux

**A fine 2007, il numero di pazienti affetti da kala-azar trattati da MSF era pari a 675.**

**MOTIVI DI INTERVENTO • Conflitto armato • Malattie endemiche/epidemiche • Violenza sociale/Esclusione dall'assistenza sanitaria • Catastrofe naturale**  
**OPERATORI UMANITARI 446**

**Nel 2007, MSF ha operato negli stati di Kashmir, Manipur, Assam, Chhattisgarh e Bihar, prestando assistenza medica di base ad alcune fra le comunità più trascurate del paese in regioni sconvolte da conflitti armati.**

Nel Kashmir, MSF continua a fornire, a livello comunitario, servizi di assistenza psicosociale e cure mediche di base, fra cui oltre 12.000 visite mediche, per le vittime di anni di

violenza. Nel Manipur, MSF gestisce cliniche integrate in grado di garantire servizi medici di base, con particolare attenzione sulla diagnosi e la cura delle infezioni da HIV/AIDS. MSF sta inoltre valutando l'entità delle esigenze di assistenza psichiatrica generate dal conflitto a bassa intensità e dalle continue violenze che caratterizzano la regione. In totale, sono state effettuate 61.798 visite.

Ad ottobre MSF ha chiuso il proprio progetto sanitario di base ad Assam, poiché il Ministero della Sanità si è dimostrato in grado di far fronte alle necessità. Fra le priorità affrontate, c'è stata l'ottimizzazione della terapia per la lotta contro la malaria da *falciparum* mediante una terapia combinata con i derivati dell'ar-

temisinina (ACT). In totale, sono state effettuate 58.971 visite.

Nel cuore dell'India, gli scontri fra il governo indiano e i ribelli maoisti locali, noti come Naxaliti, hanno provocato la fuga di decine di migliaia di persone. Coinvolte nei combattimenti, circa 56.000 persone sarebbero state costrette a cercare rifugio nei campi governativi di Chhattisgarh.

Altre migliaia di persone continuano a nascondersi nella foresta del Chhattisgarh meridionale, controllato dai Naxaliti, oppure si sono rifugiate presso strutture di accoglienza intorno ai villaggi appena al di là del confine, nell'Andhra Pradesh.

MSF opera presso tre campi e dispone di cliniche mobili nel Chhattisgarh e nell'Andhra Pradesh. Fra i servizi medici offerti si annoverano quelli di assistenza pre e postnatale. In totale, sono state effettuate 7.781 visite.

Nel 2006, MSF ha varato un progetto anti-HIV a Mumbai, con lo specifico intento di trattare i pazienti coinfectati da TB e HIV e altre persone escluse dal programma sanitario nazionale. Il progetto offre consulenza, cura delle infezioni opportunistiche e terapia antiretrovirale (ARV) alle lavoratrici del sesso e ai transgender: all'inizio del 2008, i pazienti registrati presso la clinica erano oltre 530, di cui 259 sottoposti a terapia ARV e 23 a terapie secondarie. MSF ha inoltre iniziato la lotta contro la tubercolosi multiresistente ai farmaci (MDR-TB): i pazienti attualmente in cura sono 19.

Nel Bihar, MSF ha aperto, presso l'ospedale di riferimento di Hajipur, un programma per affrontare la crescente minaccia rappresentata dalla leishmaniosi viscerale o kala-azar, una patologia per cui l'India, con l'80% dei casi, ha il primato globale. Il 90% dei casi nazionali si manifesta nel Bihar. A luglio, MSF ha di iniziato a curare questa patologia, spesso trascurata, introducendo una terapia più semplice, breve ed efficace rispetto a quella contro cui i pazienti avevano sviluppato una certa resistenza. A fine 2007, il numero di pazienti affetti da kala-azar trattati da MSF era pari a 675.

Durante la stagione delle piogge, le cliniche mobili MSF hanno inoltre offerto assistenza medica e umanitaria a circa 30.000 persone rimaste vittima delle inondazioni in tre distretti isolati del Bihar.

*MSF lavora in India dal 1999.*

## INDONESIA

**MOTIVI DI INTERVENTO • Violenza sociale/Esclusione dall'assistenza sanitaria • Catastrofe naturale**  
**OPERATORI UMANITARI 174**

**Dislocata nel cosiddetto 'Anello di fuoco', l'Indonesia è soggetta a disastri naturali come terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni e frane. MSF lavora nel paese da ottobre 1995. Dopo lo tsunami del 2004, MSF ha aperto una clinica ad Aceh e gestito progetti in otto diversi distretti, erogando servizi medici come interventi chirurgici, vaccinazioni e assistenza psicologica. MSF continua ad assistere le vittime di catastrofi naturali tramite i propri programmi di emergenza e offre cure mediche.**



© Véronique Terrasse

**I team hanno avviato iniziative di supporto psicologico, prestando consulenza a 29.000 persone.**

**Le emergenze**

MSF ha fatto fronte a un'epidemia di morbillo nel distretto di Mamuju, Sulawesi occidentale, e ha collaborato con le autorità sanitarie locali per organizzare una campagna di vaccinazione di massa che ha coinvolto oltre 7.000 bambini.

MSF ha trattato 1.132 casi di malaria nella regione meridionale dell'isola di Halmahera e distribuito 3.701 zanzariere da letto nell'isola di Buano, nella Provincia di Maluku. Ha inoltre fornito assistenza sanitaria a 1.291 minatori a Mimika, nell'isola di Papua, in seguito al verificarsi di un elevato numero di casi di meningite.

MSF è intervenuta in seguito alle inondazioni a Giacarta e a una serie di terremoti che hanno colpito la zona occidentale di Sumatra, a Bengkulu, Muko Muko e l'isola di Mentawai. I team hanno avviato progetti di supporto psicologico, prestando consulenza a 29.000 persone.

Dopo il terremoto nella zona occidentale di Sumatra, MSF ha predisposto 4 ospedali da campo per integrare l'attività dell'ospedale di Padang Panjang e le Puskesmas (centri sanitari di base) di Lunang Silaut e ha elargito forniture mediche agli enti sanitari locali. I team hanno effettuato 5.110 visite mediche e distribuito 43.600 coperte, 24.600 teli in plastica, 1.400 batterie da cucina e 22.000 kit igienici.

**Servizi sanitari di base**

Dopo aver avviato una campagna di vaccinazione contro il morbillo nella lontana isola di Papua nel maggio 2006, MSF ha lanciato, in collaborazione con il Ministero della Sanità, un programma di assistenza sanitaria di base ad Asmat, Papua meridionale. L'obiettivo del programma consisteva nel migliorare la salute materno-infantile e nell'agevolare l'accesso di queste comunità isolate ai servizi sanitari di base e di emergenza.

Nel 2007 sono state effettuate 5.527 visite mediche; presso le strutture sanitarie supportate sono nati 269 bambini ed è stata implementata una rete di ricovero ostetrico per i casi urgenti. In giugno, MSF ha affidato il progetto anti-tubercolosi di Ambon, nelle isole Molucche, agli enti sanitari locali.

*MSF lavora in Indonesia dal 1995.*

## KIRGHIZISTAN

### MOTIVI DI INTERVENTO

- Malattie endemiche/epidemiche
- OPERATORI UMANITARI 46

**Sin dal 2005, MSF è impegnata nella lotta contro la tubercolosi (TB) in due carceri kirghise, dove la frequenza della patologia è risultata fino a 25 volte superiore a quella riscontrata fra la popolazione civile. MSF contribuisce ai test di rilevazione della tubercolosi e presta la necessaria assistenza presso gli istituti carcerari. MSF si sta inoltre sforzando di arginare l'allarmante diffusione della tubercolosi resistente ai farmaci.**

Nonostante il processo di riforma penale avviato dal Ministero della Giustizia, le prigioni kirghise restano fra le più affollate di tutte le repubbliche ex-sovietiche. Anche in un quadro di elevata diffusione della tubercolosi, la complicata infrastruttura burocratica rende estremamente difficile implementare meccanismi di controllo della malattia. La continuazione della terapia in caso di trasferimento o rilascio è dubbia e gli ex-detentivi spesso devono affrontare pregiudizi e discriminazioni.



© Alexander Gladyetov

Molti prigionieri si ammalano in carcere, mentre altri capiscono di essere affetti da tubercolosi solo all'arrivo. In passato, i detenuti erano ospitati in celle affollate, con minima ventilazione e scarsa luce; per ovviare a questa situazione, MSF ha implementato un sistema di diagnosi precoce della tubercolosi presso i centri di detenzione destinati ai detenuti in attesa di giudizio e ha ristrutturato i locali medici e le celle dei pazienti tubercolotici.

MSF si è occupata della ristrutturazione e manutenzione del laboratorio e del rinnovo dell'ospedale di una delle prigioni. La nuova struttura garantisce l'isolamento dei pazienti altamente infettivi e resistenti

ai farmaci. MSF offre cure anti-TB a 550 pazienti all'anno e alimenti nutrienti per favorirne la guarigione.

Al fine di contribuire ad alleviare i pregiudizi che circondano questi malati, MSF ha organizzato una mostra fotografica dedicata alla vita e alla terapia dei pazienti tubercolotici. MSF sta inoltre facendo pressione sulle autorità competenti affinché si assumano la responsabilità di risolvere il problema tubercolosi negli istituti carcerari, mettendo in primo luogo a disposizione sufficienti risorse umane.

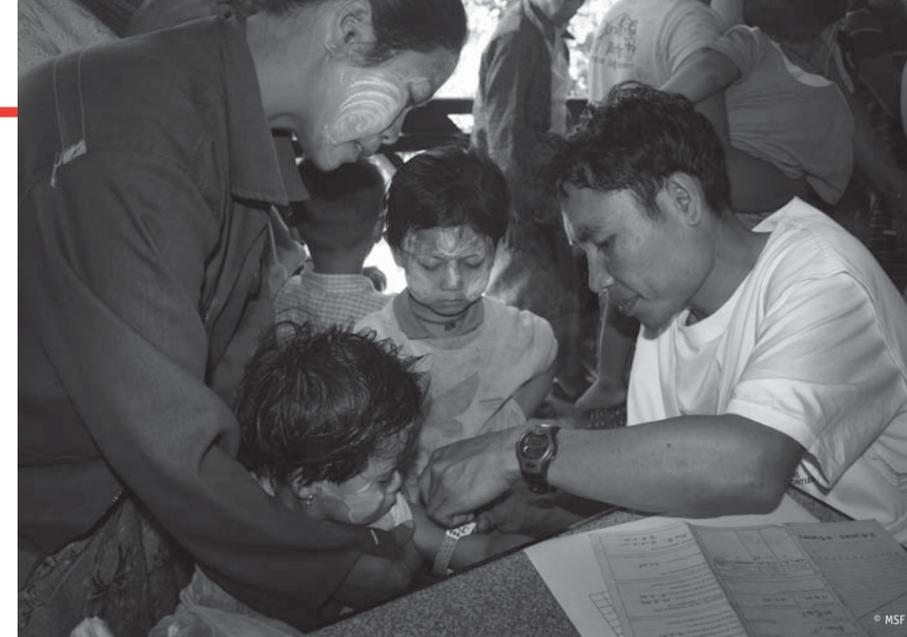
*MSF lavora in Kirghizistan dal 2005.*

## MYANMAR

- ### MOTIVI DI INTERVENTO
- Conflitto armato
  - Malattie endemiche/epidemiche
  - Violenza sociale/Esclusione dall'assistenza sanitaria

OPERATORI UMANITARI 1,200

**Il 2007 ha visto il Myanmar al centro dell'attenzione dei media internazionali, in seguito a una serie di proteste inizialmente innescate da un aumento dei prezzi del carburante e successivamente inaspriti con l'affiancarsi ai dimostranti dei monaci buddisti: il benessere e la salute degli abitanti del Myanmar, controllato da una giunta militare sin dal 1962 e isolato dal resto del mondo, sono minacciati dalla repressione e da un conflitto a bassa intensità. Particolarmente esposte sono le minoranze etniche. I servizi sanitari risultano insufficienti: l'80% della popolazione vive in zone a rischio malaria, mentre migliaia di persone affette da malattie infettive come tubercolosi (TB) e HIV/AIDS sono costrette a fare a meno dell'assistenza medica.**



© MSF

Nel 2007, MSF ha continuato a gestire una serie di progetti di assistenza medica in regioni a cui è stato consentito l'accesso a fini umanitari, vale a dire gli stati di Rakhine, Kachin, Shan e Kayah e le province di Yangon e Thanintharyi.

Nello stato di Rakhine, MSF presta assistenza medica di base dedicandosi in particolare a malaria, TB e infezioni trasmesse per via sessuale. I pazienti sottoposti a test anti-malaria sono stati quasi mezzo milione, di cui 210.000 sottoposti a terapia.

caso di epidemia. Quattro cliniche mobili prestano assistenza sanitaria presso tre comunità del distretto di Thanintharyi. Alla fine del 2007, il progetto è stato affidato a un'altra organizzazione non governativa internazionale (Aide Médicale Internationale).

Nello stato di Kayah, caratterizzato da continui conflitti civili e precedentemente off-limits per le organizzazioni umanitarie internazionali, MSF offre assistenza sanitaria di base e terapia antitubercolosi a pazienti costretti a lottare

## LAOS

### MOTIVI DI INTERVENTO

- Malattie endemiche/epidemiche
- OPERATORI UMANITARI 36

**A causa della graduale introduzione, nel corso degli ultimi dieci anni, di un sistema decentralizzato funzionale al recupero dei costi, nel Laos l'accesso a cure sanitarie adeguate è tutt'altro che universale. L'assistenza offerta ai pazienti affetti da HIV/AIDS è stata particolarmente carente.**

Quando, nel 2001, MSF ha inaugurato a Savannakhet il primo progetto anti-HIV/AIDS, in Laos questa patologia era scarsamente conosciuta. Oltre a erogare servizi sanitari più che mai necessari, il progetto mirava a sensibilizzare l'opinione pubblica e le autorità sull'esistenza della minaccia HIV/AIDS e sulla necessità di cure specialistiche.

Il progetto MSF prevede l'erogazione di cure



© Bruno Stevens / Cosmos

**Alla fine dell'anno, i pazienti in cura erano 608, di cui 490 sottoposti a terapia ARV.**

mediche gratuite ai pazienti, che fino a poco tempo fa provenivano da tutte le province del paese. A Savannakhet, nel Laos meridionale, MSF offre servizi di profilassi e cura, finalizzati

ad arginare le infezioni opportunistiche, e terapia antiretrovirale (ARV). Entro il 2007, i servizi di test e consulenza anti-HIV erano stati affidati all'ospedale; alla fine dell'anno,

i pazienti in cura erano 608, di cui 490 sottoposti a terapia ARV. Il mese di agosto 2006 ha visto il progressivo trasferimento di circa 100 pazienti da Savannakhet all'ospedale di Setthathirat nella capitale del Paese, Vientiane. Nel 2007, questa struttura ha iniziato ad accogliere nuovi pazienti. A dicembre ammontavano a 300.

MSF sta provvedendo a un progressivo passaggio di consegne per tutte le attività anti-HIV, che verranno affidate alle autorità laotiane. La maggior parte dei farmaci viene fornita dal Fondo Globale; altre organizzazioni non governative (ONG) stanno contribuendo alla terapia e ci sono stati sviluppi positivi sul fronte governativo. Questa situazione segna un significativo miglioramento rispetto a quella precedente, quando la minaccia HIV/AIDS non era neppure ufficialmente riconosciuta. I costi dei test di laboratorio e di determinati farmaci non risultano del tutto coperti e sarà necessario ovviare a questo problema al fine di garantire un adeguato accesso alla terapia.

*MSF lavora in Laos dal 1989.*

**MSF ha inoltre erogato servizi di educazione sanitaria e fornitura di siringhe pulite e distribuito oltre 3,5 milioni di preservativi.**

Nelle regioni di Yangon, Kachin e Shan, MSF ha prestato assistenza medica a 16.000 pazienti affetti da HIV/AIDS. Nel distretto di Thanintharyi, nel sud del paese, MSF gestisce un progetto mirato alla cura della malaria.

A Dawei, nel distretto di Thanintharyi, MSF ha sviluppato un approccio integrato alla cura di TB, malaria e infezioni trasmesse per via sessuale (HIV compreso). Le cure vengono erogate presso due cliniche fisse e un ulteriore centro sanitario dedicato principalmente ai pazienti affetti da HIV/AIDS e TB: complessivamente, i malati sottoposti a terapia anti-HIV/AIDS e anti-TB sono stati rispettivamente 914 e 586.

A Myeik, a sud di Dawei, MSF gestisce dal 2002 un progetto dedicato all'arginamento e alla cura della malaria, provvedendo fra l'altro alle iniziative di controllo ed emergenza in

contro povertà, conflitti a bassa intensità e servizi medici inadeguati. Complessivamente, sono state effettuate 22.350 visite mediche presso varie cliniche: tre situate nel nord del paese, una nel sud e una aperta verso la metà del 2007 e dedicata agli abitanti del Kayah orientale.

Durante l'anno in corso, MSF ha richiamato l'attenzione sul calvario di minoranze come musulmani dello stato di Rakhine, Kayah e Karen, nonché sulla vulnerabilità dei pazienti affetti da HIV/AIDS. Fra le poche ONG internazionali presenti nel paese, MSF ha sollecitato e aiutato altri operatori ad assumere un ruolo più attivo nella crisi umanitaria del Myanmar.

*MSF lavora in Myanmar dal 1992.*

## Malnutrizione infantile

Per restare in salute e crescere, i bambini piccoli hanno bisogno di 40 ingredienti essenziali. I bambini che non li ricevono soffrono di malnutrizione, una condizione che contribuisce a più di cinque milioni di morti infantili al di sotto dei cinque anni. L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che ci siano 178 milioni di bambini malnutriti in tutto il mondo: tutti loro sono meno capaci di difendersi dalle malattie e 20 milioni sono a rischio di morte. In una campagna internazionale lanciata ad ottobre 2007, MSF chiede cambiamenti radicali nella lotta alla malnutrizione infantile.

L'età critica è tra i sei e i 24 mesi. A sei mesi, le madri cominciano ad integrare il latte materno con altri cibi. Ma, nei "punti caldi della malnutrizione", come il Corno d'Africa e le regioni del Sahel e in Sud Asia, il cibo adatto è o troppo costoso o semplicemente non disponibile. Assicurare un regime alimentare completo e bilanciato per i bambini è una sfida notevole che richiede un intervento urgente.

MSF e molte altre ONG che lavorano in situazioni di risorse limitate, hanno visto ottimi risultati negli ultimi cinque anni trattando i bambini malnutriti con cibi di pronto utilizzo (ready-to-use-foods o RUF). Questi cibi apportano tutte le sostanze nutritive di cui ha bisogno un bambino racchiusi in una pasta densa di energia fatta con latte in polvere. Sono facili da mangiare e non richiedono refrigerazione o preparazione. La madre può trattare efficacemente il bambino da sola, e così soltanto i casi più gravi richiedono il ricovero in ospedale. È quindi più facile raggiungere molti più bambini, molti dei quali guariscono in pochissimo tempo. Nonostante tutto ciò, soltanto il 3% dei 20 milioni di bambini in pericolo di morte ricevono i RUF.

C'è meno sicurezza invece sul come trattare le forme meno gravi di malnutrizione e strategie diverse funzionano in contesti diversi. L'efficacia dei RUF è però innegabile e MSF auspica una forte espansione di questo tipo di intervento.

**La madre può trattare efficacemente il bambino da sola, e così soltanto i casi più gravi richiedono il ricovero in ospedale.**

I paesi ricchi devono fare di più per prevenire la malnutrizione infantile e smettere di donare cibi non adatti a bambini piccoli. Gli aiuti alimentari devono comprendere prodotti specifici che soddisfino i bisogni di bambini al di sotto dei due anni di età. Allo stesso modo, i governi dei paesi colpiti da questo problema, devono dare la priorità alla malnutrizione ed assicurare che i bambini ricevano RUF ed altre integrazioni efficaci. I RUF devono essere più accessibili, disponibili per più produttori e in una gamma di prodotti più ampia che soddisfi le necessità locali e faccia fronte ai diversi gradi di malnutrizione.

Ma la cosa più importante è la voglia di cambiare lo status quo, in modo che i bambini dei paesi in via di sviluppo abbiano il giusto accesso a cibi nutrienti. Questo è un passo fondamentale per far diminuire radicalmente il numero di bambini che muoiono per malnutrizione.

## NEPAL

MOTIVI DI INTERVENTO

• **Conflitto armato**

OPERATORI UMANITARI 125

**Gli abitanti delle regioni rurali del Nepal soffrono di diverse patologie associate alle precarie condizioni di vita: come infezioni respiratorie, dermatiti e patologie diarroiche. Le strutture sanitarie sono carenti e in pessime condizioni, personale insufficiente e si assiste alla mancanza di scorte mediche.**

Inizialmente, MSF ha iniziato a operare in Nepal per assistere gli abitanti isolati dal conflitto maoista.

Tuttavia, i progetti si focalizzano sempre di più sul miglioramento dell'assistenza medica di base e sull'introduzione di servizi destinati alle donne. Spesso escluse dal sistema sanitario in virtù di discriminazioni sociali.

In maggio, MSF ha provveduto, in collaborazione con il Ministero della Sanità nepalese e la ONG locale Public Health Concern Trust, ad organizzare e supervisionare un 'centro di chirurgia' per le donne. Il progetto prevedeva l'esecuzione di interventi chirurgici su donne affette da prolasso uterovaginale, 83 pazienti sono state operate con successo.

MSF ha inoltre ampliato il progetto di Kalikot, dedicato alla salute materna infantile, le pazienti visitate sono state quasi 20.000. L'infrastruttura e le procedure operatorie dell'ospedale sono state migliorate e MSF ha aperto un centro diurno in grado di sottoporre a nutrizione terapeutica oltre 100 bambini malnutriti. Il team ha inoltre fatto fronte a numerose epidemie di colera.

Benché il conflitto fra maoisti e governo si sia ufficialmente concluso nel novembre 2006,



© P.K. Lee

sporadici combattimenti hanno continuato a minacciare la fragile pace raggiunta.

MSF ha aperto un nuovo progetto nel Terai centrale, distretto di Rauthahat, dove la popolazione locale vive nel mezzo dei combattimenti fra gruppi armati Madheshi e forze governative.

Entro la metà dell'anno, i notevoli miglioramenti dal punto di vista della sicurezza hanno consentito a MSF di cedere l'amministrazione

di tre progetti. Le autorità sanitarie hanno preso in consegna il progetto di Khotang, mentre le attività a Rukumkot e Arviskot sono state affidate a organizzazioni non governative locali.

MSF lavora in Nepal dal 2002.

## PAKISTAN

MOTIVI DI INTERVENTO • **Conflitto armato • Violenza sociale/Esclusione dall'assistenza sanitaria • Catastrofe naturale**

OPERATORI UMANITARI 413

**A tre anni dal terremoto del 2005, la vita in Pakistan sta lentamente tornando alla normalità. A giugno, tuttavia, questo processo è stato compromesso dal ciclone Yemyin, che ha causato notevoli danni nella regione meridionale del paese.**

**Le conseguenze del ciclone Yemyin**

In Pakistan, le violente piogge monsoniche, il cui effetto è stato esacerbato dal ciclone Yemyin hanno causato inondazioni e costretto alla fuga migliaia di persone nella provincia occidentale di Balochistan. MSF è intervenuta per arginare l'emergenza affiancandosi alle attività promosse dal Ministero della Sanità.

MSF ha trattato oltre 1.000 pazienti affetti da diarrea e infezioni cutanee ed ha istituito due centri di trattamento del colera a Turbat e Jhal Magsi. MSF ha fornito, a Jaffarabad, Jhal Magsi, Nasirabad e Turbat, beni di prima necessità e scorte mediche.

**Miglioramento della salute materno-infantile**

Nell'ottobre 2006, MSF ha aperto un nuovo progetto nella regione di Malakand, parte della Provincia di frontiera del nord-ovest. Il progetto mirava ad appoggiare l'Ospedale di Agra e una serie di centri sanitari sul fronte dell'assistenza medica di base, con particolare riferimento alla salute materna. Per il mese di dicembre 2007, MSF aveva effettuato circa 6.300 visite mediche presso l'ospedale, provveduto a 67 parti e ricoverato 100 pazienti, molti fra i quali affetti da infezioni respiratorie, traumi e patologie croniche.

Attiva sin dal marzo 2006 nelle aree tribali, MSF ha effettuato, presso l'ospedale di Alizai, nel Kurram, fino a 1.000 visite pediatriche. Il progetto è stato ampliato, introducendo servizi di salute riproduttiva, fra cui chirurgia ostetrica di emergenza e servizi neonatali, presso gli ospedali di Alizai e Sadda.

A dicembre, durante i combattimenti nel distretto di Swat, a nord del Malakand, molte persone sono rimaste ferite e molte altre sono state costrette a fuggire. MSF ha donato farmaci e scorte mediche al pronto soccorso dell'ospedale di Mingora e varato, in collaborazione con un

servizio di ambulanza locale, una clinica mobile operativa durante il coprifuoco. Operando in collaborazione con organizzazioni non governative locali, MSF ha inoltre provveduto a distribuire agli sfollati scorte alimentari, kit igienici e materiali per l'allestimento di ripari.

**Assistenza agli Afgani nella Provincia del Balochistan**

MSF fornisce assistenza presso un centro sanitario rurale e contribuisce ai servizi pediatrici a Kuchlak, un grande campo rifugiati a prevalenza afgana appena a nord di Quetta, nel Balochistan. Ogni mese vengono effettuate oltre 5.000 visite mediche.

Le strutture di assistenza sanitaria nella cittadina di confine di Chaman operano oltre la capacità massima, provvedendo alla popolazione locale, ai rifugiati e ai pazienti provenienti dal vicino Afghanistan. A maggio MSF ha dunque iniziato a contribuire, presso l'ospedale di Chaman, nel Balochistan, a un progetto di salute riproduttiva.

**Assistenza ai terremotati**

Nell'ottobre 2005, un terremoto ha colpito a circa 100 chilometri a nord della capitale pakistana Islamabad, causando, secondo



**MSF ha trattato oltre 1.000 pazienti affetti da diarrea e infezioni cutanee.**

le stime, 73.000 morti, quasi 128.000 feriti e oltre tre milioni di senza tetto.

MSF ha prestato assistenza distribuendo viveri, kit abitativi e igienici e provvedendo all'installazione di impianti idrico-sanitari, all'erogazione di servizi sanitari. Nell'ottobre 2007, MSF ha affidato alle autorità locali l'ospedale edificato a Bagh in occasione del terremoto.

MSF lavora in Pakistan dal 2000.

## PAPUA NUOVA GUINEA

### MOTIVI DI INTERVENTO

• **Conflitto armato**

OPERATORI UMANITARI 163

**La Papua Nuova Guinea è una nazione indipendente da appena 30 anni, è composta da migliaia di tribù per un totale di oltre 860 lingue. Gli abitanti non si sono ancora abituati all'idea di appartenere a un'unica nazione dotata di un governo centrale e gran parte del paese è ancora teatro di un difficoltoso processo di modernizzazione. La maggior parte della popolazione, che conta circa sei milioni di persone, vive in regioni predominantemente rurali.**

### Gravi problemi sanitari

Le statistiche sanitarie per la Papua Nuova Guinea si collocano fra le peggiori della regione pacifica: il tasso di mortalità materna e infantile è elevato e patologie curabili come malaria, polmonite e tubercolosi (TB) assai co-

muni. Con un tasso di diffusione del virus HIV pari al 2% fra gli adulti e ma assai più elevato in determinate comunità, l'AIDS è diventato un problema significativo a livello sanitario. La violenza che caratterizza tutte le classi sociali risulta allarmante: particolarmente gravi gli episodi di violenza (a carattere sia fisico sia sessuale) nei confronti di donne e bambini.

### Indagine

Verso la metà del 2007, una seconda indagine ha dimostrato come donne e bambini continuino a essere oggetto di diffusissime violenze a livello domestico e sociale e come, nella maggior parte del paese, le vittime non abbiano alcuna possibilità di accedere a cure mediche e psicosociali adeguate. In base a questi dati, MSF ha iniziato a prestare assistenza presso il Women and Children's Support Centre, nella città di Lae. La clinica, fondata da Soroptomists International, è stata affidata MSF ai sensi di un accordo stipulato con l'Angau Memorial Hospital, nella provincia di Morobe. Il programma varato mira a offri-

re servizi sanitari di qualità e a fungere da modello assistenziale. Il team ha offerto una gamma completa di servizi medici e psicologici a carattere ambulatoriale alle vittime di violenze, stupri compresi.

Il team MSF ha inoltre operato in stretta collaborazione con lo staff del Ministero della Sanità presso l'ospedale di Lae, nell'intento di migliorare i servizi ospedalieri per le vittime della violenza, con particolare riferimento a quelli d'emergenza.

### Nuovi progetti

Nel 2008, MSF intende ampliare e sviluppare ulteriormente i servizi offerti dalla clinica esistente, mettendosi inoltre alla ricerca, a livello nazionale, di luoghi adeguati per l'apertura di nuovi progetti.

*MSF lavora in Papua Nuova Guinea dal 2007.*

## SRI LANKA

### MOTIVI DI INTERVENTO

• **Conflitto armato**

OPERATORI UMANITARI 163

**Nel 2002, la firma di un cessate il fuoco fra il governo dello Sri Lanka e il LTTE (Liberation Tigers of Tamil Eelam) aveva consentito agli abitanti di sperare in un nuovo futuro per il paese. In seguito al riesplodere del conflitto quella speranza si è rivelata effimera. MSF, rimasta presente durante gli anni della guerra, dal 1987 al 2003, ha ripreso la propria attività alla fine del 2006.**

Il 2007 ha visto l'intensificarsi dei combattimenti nelle regioni settentrionali e orientali dell'isola.

La mancanza di sicurezza limita seriamente la possibilità di raggiungere le vittime del conflitto, e lo stesso vale per le restrizioni governative all'assistenza umanitaria.

Nonostante MSF abbia fatto ritorno nel 2006, è stato solo nel gennaio 2007 che il Ministero



**Il conflitto domina la vita quotidiana.**

della Sanità ha autorizzato i team a riprendere la propria attività. MSF presta assistenza chirurgica, ostetrica - ginecologica e pediatrica in zone sia controllate dal governo sia sotto l'influenza del LTTE.

Il conflitto e la conseguente mancanza di sicurezza hanno spinto alla fuga molti operatori sanitari e nelle aree interessate dal conflitto si registra ora una grave carenza di operatori sanitari.

MSF ha aperto tre nuovi programmi a Point Pedro (nella regione orientale della penisola di Jaffna), Vavuniya e Mannar, tutte aree sotto controllo governativo vicine al fronte del

conflitto dove la popolazione corre rischi particolarmente elevati. Operando in collaborazione con il personale locale, MSF fornisce servizi generali e di chirurgia d'urgenza di alta qualità nonché assistenza ostetrica. MSF ha effettuato oltre 6000 interventi chirurgici.

MSF è inoltre riuscita ad ampliare la propria attività nelle regioni interessate dal conflitto e in quelle controllate dal LTTE. MSF gestisce un ambulatorio chirurgico a Point Pedro e offre sostegno all'ospedale distrettuale di Vavuniya, che funge anche da punto di riferimento per gli abitanti delle regioni controllate dal LTTE. A maggio, MSF ha aperto un progetto a Kilinochchi, nel cuore dell'area sotto il controllo del LTTE. A Batticaloa è stato aperto un progetto finalizzato ad assistere 12.000 sfollati attraverso la presenza di cliniche mobili e la distribuzione di scorte mediche. In seguito al miglioramento della situazione, verso la fine dell'anno lo stesso progetto è stato affidato a terzi.

*MSF lavora in Sri Lanka dal 2007.*

## TAILANDIA

### MOTIVI DI INTERVENTO • Malattie endemiche/epidemiche • Violenza sociale/

**Esclusione dall'assistenza sanitaria**

OPERATORI UMANITARI 225



**A Mae Sot, sono state effettuate 5.234 visite mediche su 581 pazienti tubercolotici, 70% dei quali hanno completato con successo la terapia.**

**L'attività di MSF in Thailandia ha avuto inizio nel 1976, quando i primi team medici sono intervenuti a prestare assistenza alla grande ondata di rifugiati lungo il confine thailandese-cambogiano. Oggi, MSF fornisce assistenza medica, terapie ARV ai gruppi vulnerabili, minoranze etniche e lavoratori immigrati.**

### Assistenza per i malati di HIV/AIDS

MSF ha aperto il suo primo programma di terapia antiretrovirale (ARV) in Thailandia nel 2000 e, da allora, ha operato in stretta collaborazione con le autorità sanitarie e vari partner locali al fine di prestare assistenza ai pazienti affetti da HIV/AIDS e migliorare le relative terapie e cure mediche. Attualmente, 100.000 pazienti sono sottoposti gratuitamente a terapia di prima linea con ARV nell'ambito del programma sanitario nazionale e anche con terapie di seconda linea gratuite.

Nella provincia di Kalasin, nella Thailandia nordorientale, MSF opera in collaborazione con l'ospedale distrettuale di Kuchinarai

e con alcuni gruppi di supporto per promuovere e implementare la terapia (ARV) a base di farmaci antiretrovirali di prima linea. Attualmente, i pazienti sottoposti a terapia di prima linea sono 220, mentre quelli sottoposti a terapia di seconda linea sono cinque.

MSF ha iniziato a testare e curare i pazienti affetti da retinite da CMV (citomegalovirus), una pericolosa infezione opportunistica in grado di portare alla cecità e alla morte. I malati sinora sottoposti a terapia sono 28.

### Assistenza sanitaria agli immigrati e alle minoranze

A Petchabun, nella Thailandia settentrionale, MSF si è dedicata, sin dal 2005, a garantire cure mediche e strutture idrauliche e sanitarie adeguate nel campo per i rifugiati Hmong laotiani. Verso la fine di giugno, 7.900 rifugiati sono stati trasportati presso una struttura più grande: nel nuovo campo, MSF ha continuato ad erogare i propri servizi medici e a provvedere alle strutture idrauliche e sanitarie, iniziando inoltre a distribuire scorte alimentari.

A novembre sono iniziate le attività di assistenza psicologica e psichiatrica.

Il governo thailandese ha annunciato il prossimo rimpatrio dei rifugiati Hmong. MSF ha invitato il governo a non rimpatriare i rifugiati in assenza di adeguate garanzie. MSF richiede inoltre il monitoraggio della situazione da parte di un'organizzazione indipendente come l'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR).

A Mae Sot, al confine fra Thailandia e Myanmar, MSF ha varato nel 1999 un progetto anti-tubercolosi (TB) destinato ai lavoratori immigrati illegali burmesesi e ai rifugiati del campo di Mae Lae. L'iniziativa prevede inoltre servizi di consulenza ed educazione sanitaria. Nel 2007 sono state effettuate 5.234 visite mediche.

MSF ha inoltre offerto servizi terapeutici ARV ai pazienti coinfectati da TB e HIV: a fine anno i pazienti curati con farmaci antiretrovirali erano 115.

A Phang Nga, migliaia di immigrati burmesesi continuano ad attraversare il confine alla ricerca di lavoro in Thailandia. Dal momento che non hanno accesso all'assistenza sanitaria mediante i canali ufficiali, MSF interviene mediante cliniche mobili.

### Assistenza sanitaria ai gruppi emarginati

I tossicodipendenti sono fra i gruppi a più alto rischio di contrarre l'infezione da HIV perciò MSF offre educazione sanitaria e forma educatori presso uno dei centri di prima accoglienza di Bangkok.

MSF sta gradualmente affidando al Dipartimento carcerario un progetto intrapreso presso due istituti di pena di Bangkok. Il progetto, aperto nel 2003, offriva ai detenuti informazioni mirate alla prevenzione dell'infezione da HIV. MSF ha inoltre provveduto a formare personale medico carcerario MSF sta collaborando con il Dipartimento carcerario al fine di sviluppare un programma di formazione che verrà utilizzato per introdurre i medesimi servizi presso tutti i penitenziari thailandesi.

*MSF lavora in Thailandia dal 1983.*

## TURKMENISTAN

### MOTIVI DI INTERVENTO

- **Violenza sociale/ Esclusione dall'assistenza sanitaria**

OPERATORI UMANITARI 68



**L'elevato indice di mortalità fra neonati e bambini continua a rappresentare un problema.**

**MSF si sta adoperando per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria rivolta a bambini e donne incinte nella regione di Magdanly, un'area depressa al confine orientale del Turkmenistan popolata in prevalenza di etnia uzbeka. Nonostante alcuni problemi burocratici, sono stati ottenuti miglioramenti sul fronte delle cure pediatriche.**

### La burocrazia: un ostacolo superato

L'elevato indice di mortalità fra neonati e bambini continua a rappresentare un problema, così come la diffusione di patologie infettive come tubercolosi (TB) e infezioni trasmesse per via sessuale.

MSF ha iniziato nel 2004 a operare nella regione orientale di Magdanly, dove lavora presso i reparti di pediatria generale, malattie infettive, terapia intensiva e maternità del Magdanly Town hospital. Il progetto, che prevede anche regolari visite presso unità

sanitarie di base nei dintorni di Magdanly, ha visto la realizzazione di un reparto di terapia intensiva neonatale e pediatrica. MSF ha inoltre costruito e approvvigionato un laboratorio anti-TB al fine di arginare la crescente diffusione della patologia.

Benché MSF si sforzi di migliorare l'assistenza pediatrica disponibile in città, la possibilità di erogare cure adeguate è stata compromessa dal fatto che tutti i servizi sanitari disponibili a livello distrettuale risentono di ostacoli burocratici e della mancanza di volontà politica.

Nonostante questi motivi di frustrazione, nell'ambito del programma MSF sono state effettuate oltre 4.000 visite ospedaliere e circa 15.000 visite ambulatoriali e sono state assistite oltre 1.000 partorienti.

Nel 2008, MSF intende estendere la propria attività ad altre regioni e si manterrà pronta a intervenire in caso di emergenze sanitarie.

*MSF lavora in Turkmenistan dal 1999.*

## UZBEKISTAN

### MOTIVI DI INTERVENTO

- **Malattie endemiche/epidemiche**

OPERATORI UMANITARI 81

**Nella repubblica ex-sovietica dell'Uzbekistan si registrano alti indici di diffusione della tubercolosi (TB) nonché uno dei livelli più elevati al mondo di tubercolosi multiresistente ai farmaci (MDR-TB). La MDR-TB rappresenta il 13% di tutti i nuovi casi di tubercolosi e il 40% dei casi di ritrattamento.**

MSF combatte la tubercolosi in Uzbekistan sin dal 1998, ricorrendo inizialmente alla terapia anti-tubercolosi a breve termine per osservazione diretta o DOTS (Directly Observed Treatment, Short-course) e, più di recente, al programma DOTS-Plus, utilizzato per arginare la MDR-TB

nella regione autonoma del Karakalpakstan.

Il ricorso a cure inappropriate e inadeguate per i casi di normale e curabile TB non fa che accrescere la resistenza ai farmaci. MSF ha riscontrato, nell'ambito del sistema sanitario locale, numerose pratiche allarmanti che danno nuovo impulso all'epidemia: come ad esempio insufficienti controlli all'utilizzo inappropriato di farmaci di prima e seconda linea. MSF è ora testimone di un aumento del numero di casi di tubercolosi estremamente resistente ai farmaci (XDR-TB).

Nell'ambito di un programma gestito in collaborazione con il Ministero della Sanità, MSF ha aperto a Nukus un laboratorio di riferimento per la diagnosi della MDR-TB.

Nella regione di Nukus e Chimbay, i pazienti

sono sottoposti a terapia DOTS-Plus in un ospedale dedicato a questa malattia. La terapia è lunga e complessa. Dopo sei mesi in ospedale, ai pazienti vengono somministrati farmaci per altri 18 mesi, presso una clinica mobile DOTS-Plus o mediante visite a domicilio effettuate da un infermiere MSF. Nel 2007, MSF ha accolto 265 malati rispetto ai 150 del 2006. Dall'inizio del programma nel 2003, MSF ha trattato oltre 617 pazienti.

Alla fine dell'anno, MSF ha sottoscritto con il Ministero della Sanità del Karakalpakstan un protocollo d'intesa finalizzato al graduale passaggio di consegne, nel corso dei prossimi tre anni.

*MSF lavora in Uzbekistan dal 1997.*

## AMERICHE

- 72 | BOLIVIA
- 72 | BRASILE
- 73 | COLOMBIA
- 74 | GUATEMALA
- 74 | HAITI
- 76 | HONDURAS
- 76 | PERÙ



Un team MSF di esperti psico-sociali lavora con bambini e adulti per aiutarli a riprendersi dopo il terremoto che in Agosto ha scosso la costa peruviana.

© Jodi Hilton / Corbis

## BOLIVIA

### MOTIVI DI INTERVENTO

- **Malattie endemiche/epidemiche**
- OPERATORI UMANITARI 35

**L'infezione parassitaria di Chagas colpisce circa 18 milioni di persone in America Latina. Il morbo di Chagas, trasmesso da insetti ematofagi, debilita il cuore e l'intestino, accorciando l'aspettativa di vita di circa 10 anni.**

Il Chagas ha attirato investimenti esigui per quanto riguarda la diagnostica e lo sviluppo di farmaci. L'unico trattamento disponibile si basa su due farmaci ormai superati e caratterizzati da numerosi effetti collaterali. Le cure mediche sono sempre state rivolte principalmente ai bambini, poiché il trattamento non è mai stato molto efficace negli adulti.

MSF ha intrapreso numerosi progetti per la prevenzione e il trattamento del Chagas in Bolivia. Inizialmente i progetti prevedevano il solo trattamento dei bambini, ma un nuovo progetto, aperto a Cochamba ad agosto, si occupa anche del trattamento degli adulti ed è integrato in sei centri sanitari urbani.

Sebbene il Programma nazionale anti-Chagas abbia cominciato nel 2006 a diagnosticare e curare malati al di sotto dei 15 anni in vari



© Juan Carlos Tomasi

**I progetti legati al trattamento del Morbo di Chagas erano rivolti solo ai bambini ma ora è stato aperto un nuovo progetto a Cochamba anche per gli adulti.**

comuni del paese, le cure rimangono ancora inaccessibili per la maggioranza e MSF sta incrementando il suo impegno all'interno del paese per migliorare la situazione. Anche la ricerca è stata un fattore chiave nel progetto Chagas in Bolivia, e per il nuovo anno sono state programmate ulteriori attività di ricerca.

MSF collabora con organizzazioni nazionali ed internazionali al fine di richiamare l'attenzione sul Chagas ed incoraggiare una

maggiore ricerca e lo sviluppo di strumenti diagnostici e farmaci efficaci. MSF fa parte dell'Organizzazione Panamericana della Sanità ed è membro del Global Network for Chagas Elimination (Global (network globale per l'eliminazione del Chagas), istituito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

*MSF lavora in Bolivia dal 1986.*

## BRASILE

### MOTIVI DI INTERVENTO

- **Conflitto armato**
- OPERATORI UMANITARI 42

**Complexo de Alemão è un quartiere degradato e violento di Rio de Janeiro, una delle principali città del Brasile. Questa zona è conosciuta a causa degli scontri tra gruppi locali armati e le forze di polizia di Rio de Janeiro, che avvengono regolarmente. La popolazione locale, stimata in circa 150.000 persone, vive intrappolata nella violenza.**

Da ottobre, MSF fornisce cure di emergenza e servizi di salute mentale agli abitanti di Complexo do Alemão. MSF gestisce un pronto soccorso a Fazendinha, nel cuore del quartiere, che offre cure di emergenza, servizi di salute mentale, accettazione ambulatoriale e un con-



© MSF

sultorio. Fino a dicembre, MSF ha curato circa 2000 pazienti, principalmente per ferite da arma da fuoco ed accidentali, infezioni dell'apparato respiratorio e sospetti casi di febbre

dengue. In tutto il Brasile, MSF offre formazione ai comuni, principalmente sulla gestione del rischio per la sicurezza in ambienti violenti. Oltre 600 operatori del programma di salute familiare a Rio, Belo Horizonte ed altre città hanno seguito questo programma di formazione durante l'anno.

In collaborazione con la Oswaldo Cruz Foundation, MSF ha un progetto di diagnosi del Chagas nella regione amazzonica. Il progetto ha come obiettivo la formazione di professionisti della sanità, ed anche l'identificazione del parassita che causa la malattia durante i test diagnostici per la malaria. Il progetto, attuato in 12 strutture sanitarie fino a questo momento, ha identificato 200 casi di Chagas. Il progetto sarà ampliato nel 2008, includendo ulteriori strutture sanitarie.

*MSF lavora in Brasile dal 1991.*

## COLOMBIA

### MOTIVI DI INTERVENTO • Conflitto armato

- **Violenza sociale/Esclusione dall'assistenza sanitaria**
  - **Catastrofe naturale**
- OPERATORI UMANITARI 312



© Espen Rasmussen / Panos

**Centinaia di migliaia di colombiani sono sfollati, intrappolati, isolati ed impoveriti dal conflitto che da 45 anni devasta il paese. Gruppi di guerriglieri, forze del governo e gruppi paramilitari continuano a combattere in molte zone. L'accesso all'assistenza sanitaria è difficile e pericoloso per coloro che vivono in zone rurali interessate dal conflitto e per coloro che sono stati costretti a cercare rifugio nei quartieri più degradati delle città.**

### Fornire assistenza sanitaria nelle zone colpite dal conflitto

MSF ha una serie di progetti sanitari in tutto il paese ed in particolare nelle aree interessate dalla violenza e dagli scontri. Cliniche mobili forniscono cure di base, assistenza per la salute sessuale e riproduttiva e servizi di salute mentale a pazienti nelle aree rurali di Norte de Santander, Sucre/Bolívar, Chocó, Córdoba, Nariño, Cauca, Putumayo, Arauca e Caquetá.

A luglio, MSF ha cominciato a fornire cure mediche usando équipe mobili per assistere le popolazioni delle aree rurali di Cartagena del Charia e San Vicente de Caguán. Anche gli abitanti della Colombia del Sud soffrono per gli effetti del conflitto, essendo Cauca e Putumayo spesso testimoni di combattimenti. A marzo MSF ha cominciato a lavorare in questa zona, fornendo sostegno alle strutture sanitarie e offrendo assistenza sanitaria attraverso équipe mobili.

MSF ha inoltre ottenuto l'accesso alla regione di Montes de Maria, dopo tre anni di blocco di tutte le organizzazioni internazionali.

A Buenaventura (Valle del Cauca), una delle città più violente della Colombia, dove l'accesso all'assistenza sanitaria è limitato a causa dei pericoli nello spostarsi all'interno della città, MSF ha istituito cliniche mobili che forniscono cure mediche urgenti. MSF ha inoltre aperto un centro per assistere pazienti che non possono accedere ad altre strutture sanitarie per ragioni economiche o di sicurezza.

### Sostegno alle popolazioni sfollate (IDP)

MSF ha inoltre fornito sostegno alle popolazioni sfollate all'interno del paese (IDP), visitando 9.240 pazienti nella clinica urbana di Sincelejo, a Sucre. Nella periferia di Bogotá, la capitale della Colombia, MSF lavora con gli sfollati a Soacha, effettuando consultazioni mediche e offrendo cure di salute mentale per coloro che sono esclusi dal sistema sanitario pubblico. Nel 2007 sono stati visitati circa 2.700 pazienti, molti di loro soffrivano di malattie della pelle, infezioni respiratorie e problemi psicologici.

Ad agosto, MSF ha cominciato un nuovo progetto per gli IDP sul confine venezuelano, a Tame, provincia di Arauca, dove sono stati effettuati 1.500 consultazioni nei primi due mesi. I ritardi delle prestazioni sociali del governo provocano dei buchi nella copertura assistenziale degli IDP che MSF copre offrendo cure mediche. Le consultazioni di salute mentale sono anche integrate da formazione e sostegno agli istituti di igiene mentale locali. Nel 2007 sono state visitate 9.540 persone.

### Dare la priorità alla salute materno-infantile

A Quibdó, Chocó, MSF si concentra sulle esigenze della maternità di donne e bambini fornendo sostegno diretto alla tutela della maternità. MSF offre inoltre assistenza sessuale, riproduttiva e mentale usando cliniche mobili in alcune zone della città. Sono state effettuate oltre 17.600 consultazioni, con particolare attenzione alle esigenze mediche e psicologiche delle vittime di violenza sessuale e domestica.

### I progetti a Tolima e Huila sono stati chiusi

Dopo sette anni, MSF ha cominciato a chiudere i progetti che fornivano assistenza sanitaria di base e mentale nelle aree rurali di Tolima e Huila e agli sfollati di Ibagué essendo diminuita la popolazione sfollata.

*MSF lavora in Colombia dal 1985.*

## GUATEMALA

**MOTIVI DI INTERVENTO** • Malattie endemiche/epidemiche • Violenza sociale/  
Esclusione dall'assistenza sanitaria  
**OPERATORI UMANITARI** 44

**La povertà in Guatemala è diffusa nelle campagne e tra le comunità indigene. La mortalità infantile e la malnutrizione sono tra le più alte della regione, l'aspettativa di vita è tra le più basse.**

In Guatemala non è stata dedicata sufficiente attenzione medica alle vittime di violenza sessuale. Il protocollo per prendersi cura di questi pazienti, approvato dal Ministero della Sanità nel 2005, non è ancora stato attuato.

MSF ha avviato un progetto per curare i sopravvissuti a violenza sessuale nella zona 18 di Guatemala City. MSF fornisce assistenza sanitaria tramite un'unità mobile che lavora insieme e diverse organizzazioni non governative (ONG) in tutta Guatemala City. Il progetto ha anche

l'obiettivo di attirare l'attenzione sulla violenza e sull'importanza e la disponibilità di cure specialistiche.

### Passaggio di consegne nei progetti di trattamento di HIV/AIDS

Il maggiore sostegno da parte di donatori internazionali e i miglioramenti gradualmente nei servizi di assistenza sanitaria finanziati e forniti attraverso strutture del governo guatemalteco hanno portato MSF a trasferire alle autorità sanitarie i suoi progetti contro HIV/AIDS a

### MSF ha aperto un progetto per curare le vittime di violenza sessuale nella zona 18 di Guatemala City.

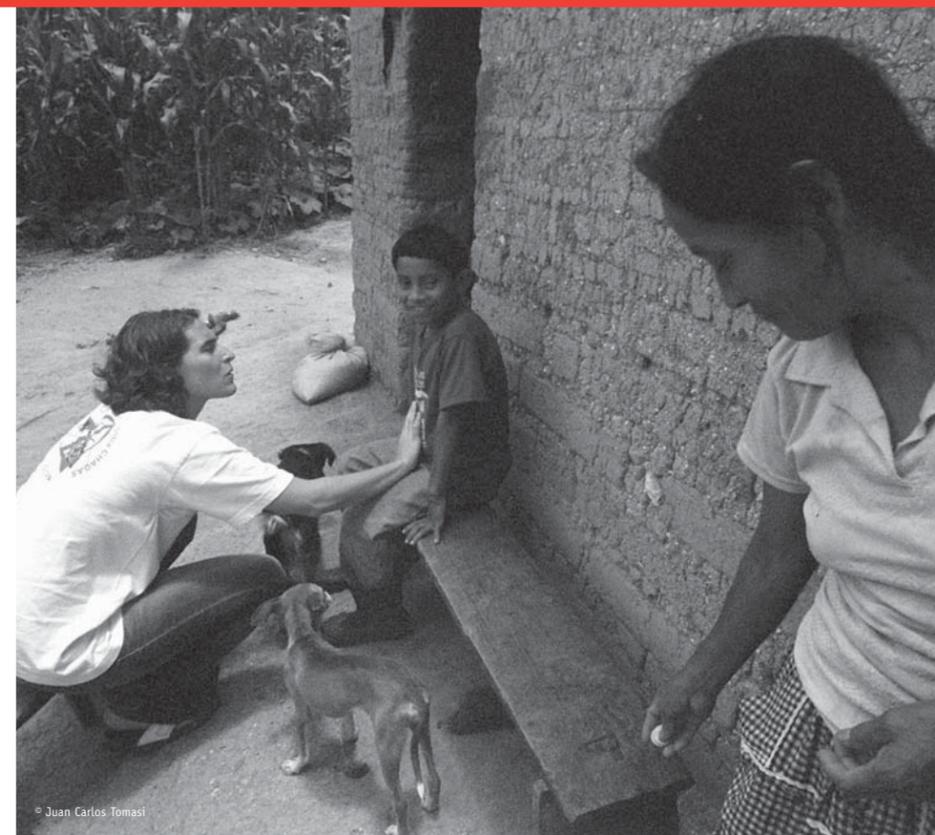
Coatepeque, Puerto Barrios e Guatemala City. Il servizio sanitario nazionale si è assunto la responsabilità della cura di HIV/AIDS presso l'ospedale di Coatepeque mentre le terapie per la maggior parte dei 750 pazienti del programma di Guatemala City saranno fornite da una ONG locale chiamata Yaloc.

MSF ha fornito farmaci antiretrovirali alle strutture sanitarie. La scarsità di farmaci era dovuta principalmente a obiettivi terapeutici troppo bassi che non riflettevano il numero

effettivo di persone bisognose di cure, a problemi di budget, inadeguata coordinazione tra il programma nazionale contro HIV/AIDS e il partner attuativo del Global Fund e un ritardo nell'approvvigionamento di farmaci. MSF ha sottoposto la questione pubblicamente.

A settembre, MSF ha anche sottolineato le carenze nel sostegno al dipartimento HIV/AIDS dell'ospedale di Coatepeque e i rischi inerenti all'insufficienza di farmaci antiretrovirali. MSF crede che il Global Fund dovrebbe lavorare con il suo partner attuativo in modo da fissare obiettivi terapeutici realistici ed usare la sua influenza finanziaria per abbassare i prezzi dei farmaci.

*MSF lavora in Guatemala dal 1984.*



© Juan Carlos Tomasi

## HAITI



### MOTIVI DI INTERVENTO

• **Conflitto armato**  
• **Violenza sociale/**  
**Esclusione dall'assistenza sanitaria**  
**OPERATORI UMANITARI** 794

**Nonostante i lievi miglioramenti per quanto riguarda la sicurezza, gran parte della popolazione, specialmente nella capitale, Port-au-Prince, vive in un ambiente pericoloso. La violenza continua in diversi quartieri, specialmente a Martissant, dove MSF ha curato 218 ferite da arma da fuoco nel 2007. Un'indagine di MSF, effettuata a Martissant tra gennaio 2006 e luglio 2007, ha rivelato che quasi una morte su quattro era collegata alla violenza.**

Da dicembre 2006, MSF gestisce un centro sanitario di emergenza a Martissant, un quartiere caratterizzato da violenza quotidiana e dalla mancanza di servizi sanitari. Ogni giorno, i pazienti sono trasferiti dal centro sanitario di emergenza ad altri ospedali dove lavora MSF. MSF ha istituito un gruppo di cliniche mobili nel cuore dei quartieri di Martissant, con team medici che offrono assistenza sanitaria di base a circa 400 pazienti al giorno.

Alla fine del 2007, MSF ha passato al Ministero della Sanità il suo progetto nella bidonville di Cité Soleil, in cui la situazione è migliorata per quanto riguarda la sicurezza. Il progetto era cominciato nel luglio 2005 per garantire accesso alle cure per le vittime di sparatorie. La presenza costante delle squadre di MSF, anche durante gli scontri più violenti, ha avuto come risultato 72.000 consultazioni presso il centro sanitario di Chapi e 32.000 presso l'ospedale di Choscal, dove sono stati ricoverati oltre 13.000 pazienti. La situazione è comunque migliorata a partire da aprile; all'ospedale di Choscal non è stato visitato nessun paziente con ferite da armi da fuoco.

I tassi di mortalità materna a Haiti sono i più alti dell'emisfero occidentale (quasi 630 donne muoiono su 100.000 nascite), e sono dovute principalmente ad eclampsia. L'ambiente insicuro della bidonville urbana, dove molte donne vivono, limita il loro accesso all'assistenza sanitaria, dato che la violenza fisica e sessuale, l'estorsione e il crimine comune sono gravi minacce.

Nel 2006 è stato aperto a Port-au-Prince l'ospedale ostetrico d'emergenza Jude Ann, l'unico ospedale di Haiti che fornisce gratuitamente servizi ostetrici d'emergenza. A fine 2007 sono già oltre 13.000 le donne che hanno partorito in questa struttura. MSF ha inoltre cominciato ad offrire servizi in cliniche fisse presso alcune comunità delle bidonville, fornendo cure pre e post-natali ed un servizio di accettazione nelle tre bidonville di La Saline, Pelé Simon e Solino. Nel 2008 sarà aggiunto anche un servizio di igiene mentale.

MSF continua inoltre a fornire cure mediche e chirurgiche presso il suo centro traumatologico di Trinite a Port-au-Prince, accogliendo oltre 14.000 pazienti invece degli 11.000 del 2006. Il numero di ricoveri per ferite da arma da fuoco è diminuito da 1.300 nel 2006 a 500 nel 2007, sebbene il numero di vittime di

**MSF garantisce cure di primo livello a circa 400 pazienti al giorno a Martissant.**

ferite da armi da taglio, stupro e pestaggi abbia continuato a salire. In totale, sono stati ricoverati 2.847 pazienti per traumi violenti.

Durante tutto l'anno, i team medici di MSF si sono concentrati sul miglioramento della qualità dell'assistenza, lavorando per perfezionare la tecnica ortopedica, introdotta recentemente, di fissazione interna delle fratture. Un totale di 205 pazienti ha già beneficiato di questa tecnica, che ha ridotto notevolmente la lunghezza del loro ricovero ospedaliero.

A giugno, MSF ha aumentato la portata del suo programma di assistenza alle vittime di violenza sessuale nella capitale, offrendo cure mediche e psicologiche complete. Il programma ha curato 242 vittime tra luglio 2006 e giugno 2007. Le campagne di sensibilizzazione, che sottolineano la riservatezza del programma e la necessità di ricevere cure entro 72 ore, sono riprese a luglio nelle baraccopoli e nel centro della città.

*MSF lavora ad Haiti dal 1991.*

## HONDURAS

### MOTIVI DI INTERVENTO

- **Violenza sociale/Esclusione dall'assistenza sanitaria**
- OPERATORI UMANITARI 41

La violenza urbana, specialmente nella capitale, Tegulcigalpa, è particolarmente pericolosa per i giovani della città. I bambini spesso vivono in strada, dove trovano però ancora più violenza ed emarginazione. Tossicodipendenza, lavoro precario e prostituzione sono diffusi. La polizia mira spesso alla repressione più che alla riabilitazione.

MSF gestisce un centro giornaliero per giovani che vivono in strada a Comayaguela, uno dei quartieri più poveri di Tegulcigalpa.

Il progetto fornisce aiuto medico e psicologico a bambini e adolescenti fino ai 24 anni che vivono in strada. Per fare in modo che i giovani sappiano dell'esistenza del centro e dei suoi servizi, vengono organizzate campagne di informazione. I giovani sono anche informati sui loro diritti e, in situazioni di emergenza, accompagnati presso le strutture sanitarie.

Ci si propone soprattutto di informare sui danni provocati dalla droga, in particolare sulla diffusa dipendenza da colla. Le altre attività mediche si concentrano sulla salute sessuale e riproduttiva, dato che le ragazze sono spesso coinvolte in attività di prostituzione o vittime di violenza sessuale. Si stima che nel 2007 400 giovani sono stati visitati presso il centro.

MSF sostiene la causa di questi bambini, mettendo in evidenza la loro condizione tra agenzie governative e non-governative e il pubblico nell'intento di migliorare la loro situazione. Per esempio, MSF ha raccolto le esperienze di giovani che vivono in strada in un libro distribuito alle autorità locali, alle organizzazioni partner e al pubblico.

Alla fine di quest'anno, MSF ha cominciato ad assistere altri gruppi vulnerabili e stigmatizzati che hanno un accesso limitato ai servizi sanitari e sociali.

MSF lavora in Honduras dal 1998.



## PERÙ

### MOTIVI DI INTERVENTO

- **Malattie endemiche/epidemiche**
- **Violenza sociale/Esclusione dall'assistenza sanitaria**
- **Catastrofe naturale**

OPERATORI UMANITARI 73

Jodi Hilton / Corbis

### Psicologi gestiscono sedute psico-educative di gruppo, chiamate "charlas".

**MSF ha fornito cure mediche di emergenza in occasione del terremoto che ha colpito il paese ad agosto. Parallelamente a questo, MSF ha continuato progetti di lotta HIV/AIDS.**

#### Il terremoto

Il 15 agosto, un terremoto di magnitudo 7.9 della scala Richter ha fatto tremare la costa del Perù, uccidendo 600 persone, ferendone 2.000 e lasciando senza casa decine di migliaia di persone. Le città più colpite sono state Chinchá, Pisco e Ica, circa 200 chilometri a sud di Lima. La prima squadra di MSF arrivò sul posto entro 24 ore per valutare le necessità ed avviare le attività di emergenza.

MSF ha concentrato il suo impegno nelle aree più remote verso est e a Guadalupe, una città del sud-est. Nel centro di Pisco è stato istituito un centro di cure post-traumatiche e post-operatorie. In molte città sono state istituite cliniche mobili, supportate da 30 strutture sanitarie che hanno fornito medicine e monitoraggio epidemiologico. Psicologi hanno offerto sedute psico-educative di gruppo, chiamate "charlas", e sedute individuali per aiutare le persone ad affrontare gli effetti psicologici del disastro. Quando le attività di soccorso sono state chiuse, a dicembre, era stata fornita assistenza psicologica a 8.000 persone. Inoltre, 12.000 persone avevano ricevuto medicine, acqua, misure sanitarie e beni di conforto.

#### MSF: passaggio di consegne dei progetti HIV/AIDS

Nel 2004, è stato avviato un progetto a Villa El Salvador, la seconda bidonville in ordine di grandezza di Lima, dove vivono mezzo milione di persone. Questo progetto aveva lo scopo di decentralizzare le cure di HIV/AIDS e ridurre l'emarginazione e la discriminazione.

MSF ha inoltre implementato la conta manuale dei CD4 in cinque province peruviane. MSF ha formato operatori del Ministero della Sanità su questa tecnica, fondamentale per stabilire i livelli immunitari e determinare quando è opportuno che una persona sieropositiva cominci la terapia con antiretrovirali (ARV).

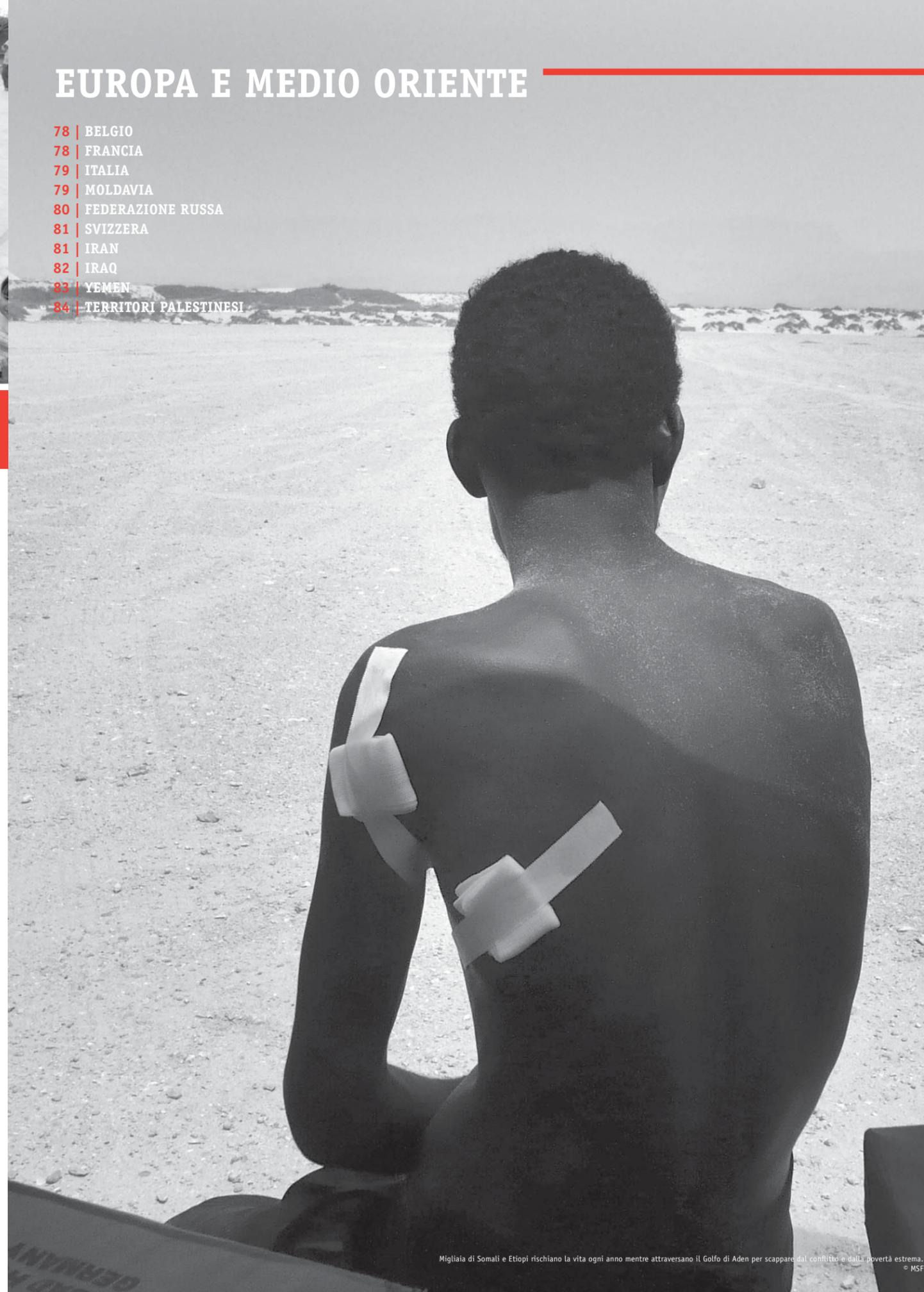
Dal 2006, MSF ha gradualmente passato il progetto al Ministero della Sanità. Alla conclusione del progetto, MSF aveva formato oltre 2000 operatori sanitari e implementato il sistema di test volontario in oltre 30 centri sanitari. Un totale di 482 pazienti affetti da HIV sono stati inseriti nel programma, e 342 hanno cominciato la terapia con antiretrovirali.

MSF ha chiuso il progetto nella prigione di Lurigancho. Il progetto è stato replicato nelle prigioni di Chorillos Common, Chinchá e Huaral.

MSF ha lavorato in Perù dal 1985 ed ha chiuso tutti i progetti nel 2007.

## EUROPA E MEDIO ORIENTE

- 78 | BELGIO
- 78 | FRANCIA
- 79 | ITALIA
- 79 | MOLDAVIA
- 80 | FEDERAZIONE RUSSA
- 81 | SVIZZERA
- 81 | IRAN
- 82 | IRAQ
- 83 | YEMEN
- 84 | TERRITORI PALESTINESI



## BELGIO



**A Bruxelles e Anversa, MSF ha continuato a prestare assistenza medica e psicosociale.**

**In Belgio, l'assistenza medica è un diritto per tutti, immigrati non registrati e richiedenti asilo compresi: in pratica, però, per questi ultimi l'accesso ai servizi sanitari è limitato da vari ostacoli amministrativi. MSF assiste gli immigrati in Belgio offrendo assistenza medica e facendo pressioni sui servizi pubblici affinché adempiano le loro responsabilità.**

A Bruxelles e Anversa, MSF ha continuato a prestare assistenza medica e psicosociale ai pazienti non in grado di accedere a questi servizi attraverso i canali normali. Nel 2007 sono state effettuate oltre 5.000 visite: nella maggior parte dei casi, i pazienti erano immigrati non registrati e richiedenti asilo. Lungi dal voler creare un sistema parallelo, il programma mira a indirizzare i pazienti verso il sistema pubblico, che dovrebbe erogare il servizio.

In caso di necessità, MSF perora la causa dei propri pazienti sia presso i servizi sociali che nella sfera politica, cosa che ha migliorato l'accesso al sistema sanitario nazionale. Di conseguenza, nell'aprile 2008 MSF affiderà le proprie attività a un'altra organizzazione: nonostante il miglioramento della situazione, si rende infatti ancora necessario un punto di riferimento che consenta a immigrati e richiedenti asilo di orientarsi nel complesso sistema sanitario.

Fino alla fine di maggio, MSF ha anche offerto consulenze mediche e psicologiche presso i cinque centri detentivi di Vottem, Melsbroek,

Steenokkerzeel, Merksplas e Brugge, che ospitano gli immigrati in attesa di espulsione. La maggior parte delle 206 persone visitate a partire dal maggio 2006 è risultata affetta da problemi psicosomatici dovuti allo stress. MSF ha pubblicato un rapporto che illustra l'effetto deleterio dei centri detentivi sulla salute delle persone ospitatevi, con particolare riferimento all'equilibrio psicologico.

MSF ha anche rilevato il costo umano della detenzione sui pazienti affetti da gravi malattie, fra cui donne affette da gravidanze complicate, sieropositivi, diabetici e casi psichiatrici gravi, molti dei quali confinati nei centri detentivi per diversi mesi. MSF ha richiesto una sostanziale verifica e aggiornamento delle politiche di detenzione applicate in Belgio agli immigrati.

MSF offre un servizio informativo ai pazienti a rischio di espulsione che, nei paesi di origine, non saranno in grado di accedere alla necessaria assistenza.

*MSF lavora in Belgio dal 1987.*

## FRANCIA

**MOTIVI DI INTERVENTO**

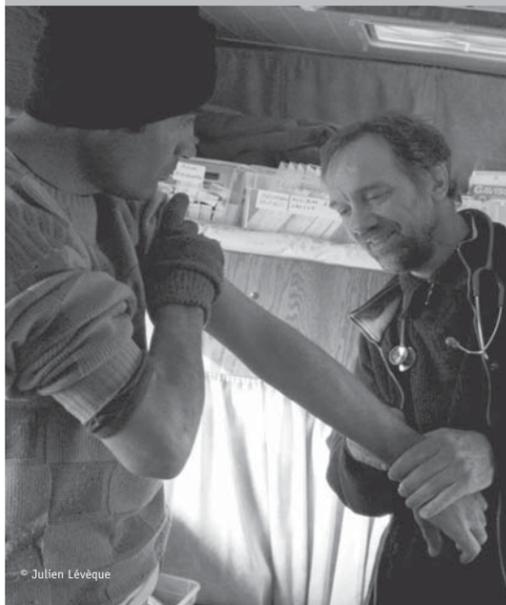
• **Violenza sociale/ Esclusione dall'assistenza sanitaria OPERATORI UMANITARI 5**

**Il 2007 ha visto un incremento del numero di immigrati e tentativi di modificare le politiche di asilo. In più, l'accesso al territorio francese ed europeo si fa sempre più difficile e le procedure amministrative per i richiedenti asilo diventano sempre più complesse. In Francia, i servizi di assistenza psicologica per i senza-tetto e i non francofoni restano estremamente limitati.**

In marzo, MSF ha aperto a Parigi un centro rivolto agli immigrati, sprovvisti dei necessari documenti. L'assistenza psicologica si rivela fondamentale al fine di prevenire la depressione che può portare a tentativi di suicidio. La maggior parte di questi immigrati non parla francese e, in assenza di documenti validi, trova notevoli difficoltà nell'accedere ai servizi sanitari.

MSF presta ai rifugiati e richiedenti asilo assistenza medica e psicologica e offre loro consulenza legale. Il team multidisciplinare di medici, psicologi e assistenti sociali ha condotto circa 2.700 visite mediche.

*MSF lavora in Francia dal 1987.*



## ITALIA

**MOTIVI DI INTERVENTO**

• **Violenza sociale/ Esclusione dall'assistenza sanitaria OPERATORI UMANITARI 32**

**Le difficoltà affrontate dagli immigrati che arrivano in Italia o lasciano il paese continuano a destare preoccupazione. Nonostante l'assistenza medica prestata da MSF, per molti la vita in Italia si rivela più precaria del previsto.**

Ogni anno, migliaia di immigrati attivano in Italia dopo aver attraversato il Mediterraneo, diretti in Europa, a bordo di imbarcazioni. Molti perdono la vita: i sopravvissuti arrivano esausti e disidratati. MSF ha aperto una ambulatorio a Lampedusa, dove sono stati soccorsi oltre 12.000 immigrati nel 2007.

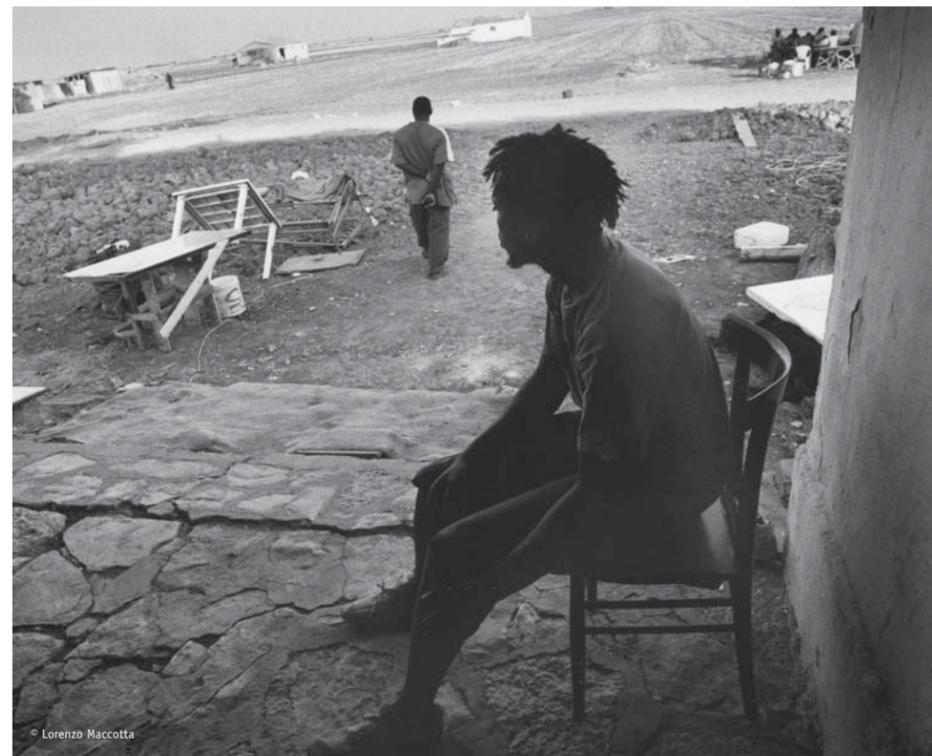
MSF prosegue la propria attività in Campania, nelle province di Caserta e Napoli, gestendo una serie di cliniche destinate agli immigrati: questa zona, fra le più povere d'Italia, ospita un elevato numero di immigrati costretti

a vivere in condizioni estremamente difficili. Il progetto MSF comprende attività di contatto, assistenza sanitaria e prevenzione HIV/AIDS. Nel 2007, le visite effettuate sono state più di 7.000.

Molte migliaia di immigrati peregrinano per l'Italia meridionale cercando impiego nei campi come lavoratori stagionali: si tratta, nella maggior parte dei casi, di giovani africani privi di permesso di soggiorno. Fra i mesi di luglio e novembre 2007, un team MSF ha provveduto, oltre che a prestare cure mediche, a intervistare oltre 600 lavoratori stagionali: un rapporto completo dei risultati è stato pubblicato nel 2008. Le condizioni di vita, lavorative e sanitarie sono molto precarie.

Dopo aver gestito vari programmi in Sicilia durante gli ultimi 5 anni, MSF ha affidato tutte le cliniche per immigrati al Ministero della Salute e alle strutture locali.

*MSF lavora in Italia dal 1999.*



**Nonostante l'assistenza prestata da MSF, per molti la vita in Italia si rivela più precaria del previsto.**

## MOLDAVIA

**MOTIVI DI INTERVENTO**

• **Violenza sociale/ Esclusione dall'assistenza sanitaria OPERATORI UMANITARI 28**

**Nella repubblica moldava secessionista di Transnistria, i pazienti sieropositivi hanno difficoltà ad accedere a servizi sanitari adeguati. MSF sottopone i pazienti alla terapia antiretrovirale (ARV), aiutando inoltre le autorità locali.**

MSF è stata fra le prime organizzazioni umanitarie internazionali a prestare assistenza diretta ai pazienti affetti da HIV/AIDS in questa regione. Secondo le statistiche ufficiali, l'incidenza dell'infezione da HIV/AIDS in Transnistria è quattro volte superiore a quella riscontrata nel resto della Moldavia. La regione non è riconosciuta dalla comunità internazionale e, nonostante la considerevole assistenza prestata alla Moldavia da parte di organizzazioni internazionali, in zona sono arrivati ben pochi aiuti.

A maggio, MSF ha iniziato a sottoporre i pazienti sieropositivi alla terapia ARV. Ad agosto, MSF ha aperto un reparto presso il principale ospedale della capitale Tiraspol, provvedendo inoltre a formare il personale medico del Ministero della Sanità. A settembre, il programma è stato esteso al sistema carcerario, dove l'infezione da HIV/AIDS è assai più diffusa rispetto alla media: assai più elevata appare inoltre la percentuale dei casi di coinfezione, ascrivibili principalmente alla TB.

Il team MSF esegue delle consultazioni per i malati di tubercolosi di Bender. A dicembre, il programma è stato ampliato fino a includere Ribnita, nel nord del paese, dove è ora previsto un consultorio settimanale presso l'ospedale cittadino.

Per la fine del 2007, MSF aveva provveduto, in collaborazione con il Ministero della Sanità, ad accogliere nell'ambito del programma 367 pazienti, 65 dei quali avevano iniziato la terapia con antiretrovirali. MSF si sta ora sforzando di garantire la sostenibilità del programma, così da affidarlo alle autorità locali entro il 2008.

*MSF lavora in Moldavia dal 2007.*

## FEDERAZIONE RUSSA

### MOTIVI DI INTERVENTO

• **Conflitto armato** • **Violenza sociale/Esclusione dall'assistenza sanitaria**  
OPERATORI UMANITARI 74

**MSF concentra i propri sforzi nel Caucaso settentrionale ancora provato dalle conseguenze del conflitto, curando i traumi e offrendo assistenza psicologica e psichiatrica, servizi sanitari per donne e bambini e terapia anti-tubercolosi (TB).**

In Cecenia, il servizio sanitario è stato paralizzato da oltre dieci anni di guerra: la maggioranza dei medici è fuggita e la sicurezza di centinaia di migliaia di civili e sfollati è tuttora precaria. MSF è dunque intervenuta offrendo servizi sanitari di base e assistenza chirurgica e psicologica e contribuendo al programma anti-tubercolosi ceceno. Per motivi di sicurezza, il numero di operatori internazionali presente è ridotto: i programmi sono invece gestiti da

personale ceceno coadiuvato dal team internazionale presente a Mosca.

Nella capitale cecena, Grozny, MSF offre assistenza sanitaria di base alle comunità più vulnerabili, che godono di accesso limitato o nullo ai servizi medici. Una serie di team medici mobili composti da un internista, ginecologo, pediatra e psicologo hanno operato presso sei centri di accoglienza per sfollati ceceni che,

di ritorno dall'Ingushezia, hanno trovato le proprie case in macerie. Nel corso del 2007, il team mobile MSF ha effettuato circa 38.000 visite mediche.

A Grozny, dove gestisce farmacie gratuite, MSF ha provveduto alla ristrutturazione di due cliniche. Al di fuori di Grozny, MSF presta assistenza agli ospedali distrettuali dei villaggi di Shatoy, Sharoy e Itum-Kale, e ha aperto una clinica di assistenza base nel distretto di Shelkovskoy.

MSF gestisce inoltre a Nazran, capitale della vicina Ingushezia, un centro medico dove effettua visite a carattere psicologico e psichiatrico. In Ingushezia vivono tuttora circa 17.000 rifugiati in fuga dal conflitto ceceno e altri 18.000 reduci dal conflitto osseto dei primi anni '90. MSF effettua fino a 1.200 visite al mese, assistendo i rifugiati e le poche persone del posto che utilizzano anch'esse la clinica.

Dal momento che in Cecenia i servizi anti-TB sono stati in gran parte compromessi dalla guerra, MSF promuove presso quattro ospedali specializzati l'adozione di un programma a breve termine per osservazione diretta (Directly Observed Treatment, Short-course o DOTS) destinato a circa 350.000 persone. Dal 2004, anno di varo del programma, i pazienti sottoposti a terapia sono stati più di 1.500, mentre quelli registrati nel 2007 sono stati 455. La percentuale di successo, è superiore all'80%. MSF prevede inoltre di raddoppiare la portata del programma, introducendolo anche presso il principale ospedale anti-TB di Grozny.

Sempre a Grozny, MSF ha continuato a offrire servizi di chirurgia ricostruttiva presso l'ospedale n. 9, la principale struttura traumatologica della repubblica. MSF ha infine offerto sostegno ai reparti di traumatologia e di neurochirurgia, dove nel corso dell'anno sono stati effettuati circa 600 interventi chirurgici.

*MSF lavora nella Federazione Russa dal 1988 e nel Caucaso settentrionale dal 1999.*



© Misha Galustov / agency.photographer.ru

**Nella capitale cecena, Grozny, MSF offre assistenza sanitaria di base alle comunità più vulnerabili.**

## SVIZZERA

### MOTIVI DI INTERVENTO

• **Violenza sociale/Esclusione dall'assistenza sanitaria**  
OPERATORI UMANITARI 7

**Nel gennaio 2006, MSF ha aperto a Zurigo il progetto 'Meditrina', che prevede visite gratuite per tutti i pazienti, di origine svizzera o meno, impossibilitati ad accedere al servizio sanitario pubblico in quanto non in possesso di assicurazione medica o dei mezzi economici necessari al pagamento di consulti e terapie mediche.**

Il centro si è dedicato in primis agli stranieri senza permesso costretti a vivere in circostanze incerte e impossibilitati a ottenere assistenza medica mediante il sistema sanitario svizzero; del servizio hanno fatto uso anche senza tetto e richiedenti asilo. Fra le malattie più comuni si annoverano problemi ginecologici e dentali nonché malattie del sistema scheletrico.

Per il mese di dicembre, presso la struttura venivano effettuate oltre 70 visite al mese.

Si è inoltre provveduto all'integrazione, nel tessuto sociale degli immigrati che vivono e lavorano a Zurigo, di nove 'mediatori' di varie nazionalità, incaricati di richiamare l'attenzione su questo servizio gratuito.

**Il progetto 'Meditrina' prevede visite gratuite per i pazienti impossibilitati ad accedere al servizio sanitario.**

Il progetto Meditrina offre ora servizi di consulenza e test HIV/AIDS su base volontaria. Nel caso vengano diagnosticate altre patologie che necessitano di terapie specialistiche, i pazienti possono venire indirizzati ad altre strutture mediche una volta completati gli esami iniziali. Al fine di consentire tali ricoveri, Meditrina opera in collaborazione con una rete nazionale di medici, farmacisti, ospedali e laboratori.

*MSF lavora in Svizzera dal 2003.*

## IRAN

MOTIVI DI INTERVENTO • **Conflitto armato**  
OPERATORI UMANITARI 78



© Siavash Maghsoudi

**Nel 2007, fra i mesi di maggio e agosto sono stati espulsi circa 150.000 rifugiati afgani.**

**Sin dal 2001, MSF ha prestato assistenza ai rifugiati afgani di Zahedan, capoluogo della provincia iraniana del Sistan-Baluchistan. Nel 2002, nonostante il peggioramento del quadro generale in Afghanistan, il governo iraniano ha adottato una politica di rimpatrio forzato.**

Nel 2007, fra i mesi di maggio e agosto sono stati espulsi circa 150.000 rifugiati afgani: nel Sistan-Baluchistan ne restano però oltre mezzo milione, mentre a Zahedan arrivano 34 nuove famiglie ogni settimana.

MSF eroga a questa comunità servizi sanitari a carattere di base e di secondo livello. MSF gestisce tre cliniche sanitarie a Shirabad, Karimabad e Besat, effettuando visite mediche gratuite ed erogando aiuti alimentari per i bambini. MSF provvede inoltre a indirizzare i pazienti presso strutture di assistenza di secondo livello e ad accollarsi le spese di visite specialistiche, terapie e ricoveri ospedalieri. Un gruppo di assistenti sociali individua

i rifugiati bisognosi di assistenza medica e si assicura che vengano visitati. Le persone assistite nell'ambito del programma sono complessivamente 18.000.

### Nuovo progetto a Mehran

Viste le enormi difficoltà incontrate in Iraq nel poter incontrare i pazienti e prestar loro assistenza, alla fine del 2007 MSF ha aperto a Mehran, presso il confine iracheno, un nuovo progetto dedicato a garantire assistenza chirurgica alle vittime di violenze provenienti dall'Iraq. Il progetto è in grado di gestire 30-50 pazienti al mese.

*MSF lavora in Iran dal 1996.*

## IRAQ

MOTIVI DI INTERVENTO • Conflitto armato  
OPERATORI UMANITARI 249



**A quattro anni di distanza dall'inizio del conflitto, persiste il divario fra le impellenti necessità dettate dall'emergenza medica e le risorse dell'infrastruttura medica irachena. L'economia è crollata e circa il 50% dei medici locali è fuggito dal paese: l'assoluta mancanza di sicurezza e le continue violenze limitano l'accesso diretto alle vittime civili.**

Gli spostamenti sono pericolosi e la popolazione non riesce ad accedere all'assistenza medica. Nella regione del Kurdistan sono stati varati, presso i tre ospedali di Dohuk, Erbil e Sulemaniyah, programmi destinati a garantire assistenza chirurgica e psicologica. Fra i problemi più comuni si annoverano le ustioni cutanee causate da infortuni domestici, tentativi di suicidio falliti o esplosioni. A Erbil sono stati effettuati oltre cento interventi chirurgici al mese, di cui circa la metà riguardanti ferite di guerra. A luglio, MSF ha aperto a Sulemaniyah un programma dedicato alla cura dei pazienti ustionati e all'esecuzione di interventi chirurgici ortopedici: a dicembre, i pazienti trattati erano ormai 738, molti dei quali affetti da gravi ustioni.

Il 2007 ha anche visto l'esacerbarsi della violenza nelle province confinanti di Tameem e Ninevah: in queste zone, MSF appoggia le strutture sanitarie fornendo materiali e farmaci e provvede al trasporto di vittime gravemente ferite presso gli ospedali del Kurdistan. MSF sta anche valutando la situazione dei rifugiati e prestando assistenza medica di base, soprat-

tutto nella provincia di Dohuk, dove circa 1.000 famiglie sono state soccorse durante il gelido inverno.

Un team MSF ad Amman, in Giordania, ha iniziato a offrire sostegno a cinque ospedali iracheni in zone particolarmente colpite dalla violenza. Il sostegno in questione si è concretizzato sotto forma di scorte mediche essenziali, fra cui anestetici, analgesici e strumenti chirurgici. Alcuni membri del personale iracheno si recano inoltre regolarmente ad Amman per essere formati in merito ai protocolli di assistenza e alle procedure di assistenza psicologica e psichiatrica.

#### Attività in Giordania e Iran in aiuto alla popolazione irachena

Ad Amman, MSF gestisce, in collaborazione con la Croce Rossa, un programma chirurgico che vede la partecipazione in primo luogo di medici locali e l'effettuazione di interventi di chirurgia maxillofacciale, plastica e ortopedica. Il progetto ha accolto 281 pazienti, ma la sua capacità potenziale è limitata da una serie di ostacoli e imposizioni a carattere ammini-

strativo circa il trasporto dei pazienti dall'Iraq alla Giordania.

Alla fine dell'anno, MSF ha inaugurato a Mehran, Iran, un programma di chirurgia ricostruttiva: l'obiettivo consiste nel prestare assistenza ai pazienti provenienti dalle province orientali e dalle regioni a sud di Baghdad.

#### Confusione fra obiettivi umanitari e militari

Vari problemi di sicurezza fanno dell'Iraq un contesto particolarmente difficile per gli interventi umanitari indipendenti.

La confusione dei ruoli venutasi a creare fra Nazioni Unite e coalizione con a capo gli Stati Uniti rende fondamentale riaffermare la natura assolutamente imparziale e umanitaria di MSF e ribadire la necessità di salvaguardare, difendere e proteggere l'integrità dell'azione umanitaria da obiettivi politici e militari. MSF intende riaffermare la propria identità di organizzazione umanitaria indipendente. A novembre, MSF ha approfondito il dialogo con le principali parti in causa e forze in conflitto, al fine di garantirsi uno spazio sicuro entro cui concretizzare i propri obiettivi.

*MSF lavora in Iraq dal 2006.*

## YEMEN

MOTIVI DI INTERVENTO • Conflitto armato • Esclusione dall'assistenza sanitaria  
OPERATORI UMANITARI 44

**Sin dalla riunificazione delle sue regioni settentrionali e meridionali nel 1990, la Repubblica dello Yemen è stata teatro di tensioni a carattere politico e sociale e di occasionali ondate di violenza. In particolare, la provincia di Saada nel nord-ovest del paese è stata caratterizzata da tensioni fra forze ribelli e governative sin dal 2004. MSF ha iniziato a operare in Yemen nel settembre 2007, supportando strutture sanitarie nella provincia di Saada e assistendo immigrati e rifugiati nei governatorati di Abyan e Shabwah.**

#### Supporto alle infrastrutture sanitarie

Nella prima metà del 2007, circa 56.000 persone hanno temporaneamente abbandonato le loro abitazioni in seguito a nuovi episodi di violenza nella provincia di Saada.

In settembre, in seguito alla stipula di un cessate il fuoco, MSF ha iniziato a operare presso l'ospedale di Haydan al fine di migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria. È la prima volta dall'inizio dei combattimenti che un'organizzazione umanitaria internazionale diversa dal Comitato internazionale della Croce Rossa si vede accordare il permesso di operare nella regione. Il team offre servizi a carattere ambulatoriale e ospedaliero e gestisce reparti ostetrico-ginecologici, nonché il pronto soccorso ospedaliero. In novembre, MSF è stata costretta in diverse occasioni a lasciare temporaneamente Haydan in seguito alla ripresa dei combattimenti: in questi casi, le attività sono state gestite da personale locale.

Nel 2008, fra i servizi offerti presso l'ospedale verrà introdotta anche l'assistenza chirurgica.

Durante i combattimenti del 2007, l'ospedale di Razez, a ovest di Haydan, che dispensa servizi a 75.000 residenti, è stato saccheggiato e parzialmente distrutto.

L'instabilità sul fronte sicurezza rende difficili gli spostamenti in alcune zone: un team MSF si reca dunque sei giorni su sette presso la cittadina di Dhayan, in cui vivono 25.000 persone nella zona in mano ai ribelli. In media, ogni giorno vengono effettuate 120 visite mediche, riguardanti donne e bambini. MSF sta inoltre contribuendo alla ristrutturazione dell'ospedale di Al Talh, nei pressi di Dhayan, che riaprirà i battenti nell'aprile 2008 dopo sette anni di chiusura.

#### Assistenza ai rifugiati

Ogni anno, migliaia di persone rischiano la vita tentando la traversata del Golfo di Aden, il pericoloso braccio di mare che separa Yemen

e Somalia. Nel 2007, benché 28.000 persone siano riuscite a raggiungere la costa meridionale dello Yemen, circa 650 sono morte, mentre un numero equivalente risulta disperso: senza dubbio, l'effettivo numero delle vittime è molto più elevato. Da settembre, MSF si dedi-

ca ad assistere i rifugiati che hanno intrapreso questo viaggio, offrendo assistenza medica e umanitaria a oltre 3.000 rifugiati e immigrati.

Il team mobile MSF sottopone i sopravvissuti a terapie mediche di emergenza e distribuisce loro cibo, acqua e articoli di prima necessità. Nel 2008, MSF continuerà a prestare assistenza medica a questa fascia della popolazione, operando presso un nuovo centro di accoglienza recentemente inaugurato ad Ahwar dall'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR).

*MSF lavora in Yemen dal 2007.*



**MSF supporta strutture sanitarie nella provincia di Saada e assiste i rifugiati nelle province di Abyan e Shabwah.**

## TERRITORI PALESTINESI



MOTIVI DI INTERVENTO • **Conflitto armato**  
OPERATORI UMANITARI 91

© Valerie Babize

**Nei Territori palestinesi, povertà, scarsa libertà di movimento e crescente violenza hanno avuto terribili ripercussioni dal punto di vista psicologico: nonostante ciò, scarseggiano gli psicologi. MSF offre assistenza psicologica alle vittime della violenza nel conflitto israeliano-palestinese e inter-palestinese. I team sono attivi nella West Bank e a Gaza.**

I pazienti vivono in condizioni di instabilità e insicurezza, in campi o zone soggette a frequenti incursioni, spesso nelle vicinanze di posti di controllo e insediamenti israeliani. I residenti soffrono di depressione, ansia, stress post-traumatico e problemi psicosomatici e manifestano sintomi come sonno agitato, flashback e incubi. MSF ha incaricato gruppi di psicologi di condurre terapie individuali e di gruppo a bambini, adolescenti e adulti: tale servizio clinico mira a ridurre i sintomi e a consentire ai pazienti di sviluppare meccanismi di difesa. I team comprendono uno psicologo, un medico e un assistente sociale. Nel 2007 sono state effettuate in tutto 4.617 visite (1.284 a Hebron, 1.851 a Nablus e 1.482 a Gaza): quasi la metà dei pazienti (42 %) era al di sotto dei 12 anni.

### Cure post operatorie

In seguito a una serie di violenti scontri con Fatah durante i mesi di maggio e giugno, Hamas ha assunto il controllo della Striscia di Gaza. Il conflitto ha causato oltre 1.200 feriti e diversi pazienti che necessitavano di cure specialistiche. Per il mese di luglio, MSF aveva aperto un programma di assistenza post-operatoria al fine di facilitare il processo di guarigione dei pazienti. Oltre al rispetto dei criteri medici previsti, l'ammissione dei pazienti al programma veniva decisa in base all'esistenza di problemi finanziari, di mobilità o di sicurezza. Verso la fine dell'anno, il numero di pazienti che necessitavano di questi servizi risultava ancora elevato, a causa delle continue violenze.

### Fornitura di farmaci e scorte mediche

L'embargo imposto nel 2006 dagli stati occidentali ha causato un deterioramento generale del sistema sanitario e numerosi scioperi da parte degli operatori sanitari. Benché siano state varate iniziative mirate ad alleviare le pressioni finanziarie e a garantire la fornitura di scorte mediche, a oggi gli operatori sanitari non ricevono stipendi completi e gli scioperi ricorrenti nel settore pubblico hanno compromesso l'accesso all'assistenza sanitaria, soprattutto nella West Bank. MSF ha effettuato periodiche donazioni di farmaci a Hebron per rimediare in parte ai periodi di penuria più grave, nonché donazioni di farmaci e scorte mediche di emergenza a ospedali nella striscia di Gaza.

MSF lavora nei Territori palestinesi dal 1988.

## La Striscia di Gaza

Così come tutti i Territori Palestinesi Occupati, sulla striscia di Gaza è stato imposto un embargo internazionale sin dall'inizio del 2006. La già difficile situazione è peggiorata significativamente verso la metà del 2007, quando Hamas ha preso il controllo, dopo settimane di aspri combattimenti interni. Con uno schieramento di servizi di sicurezza e milizie alleate lungo le linee delle fazioni, l'avvicendamento è stato il punto culminante di una sempre più intensa rivalità tra Hamas e Fatah. Il resto del 2007 ha visto una violenta repressione delle dimostrazioni anti Hamas e l'emergere dell'insurrezione da parte dei membri insoddisfatti dell'autorità precedente.

Mentre Israele e i donatori internazionali hanno subito riconosciuto e integrato il nuovo governo palestinese nella Cisgiordania, la striscia di Gaza è rimasta in effetti sotto il controllo di Hamas e sottoposta a sanzioni più dure.

Parallelamente all'isolamento politico ed economico della striscia di Gaza, il conflitto israelo-palestinese oscilla. Hamas e gruppi più piccoli continuano a bersagliare con missili e mortai le comunità israeliane vicine e le basi militari. Attacchi aerei mirati e limitate incursioni da parte di Israele hanno lo scopo di contenere gli attacchi con i missili, ma comportano inevitabilmente vittime tra i civili.

Durante il picco massimo degli scontri interni in Palestina, a maggio e giugno, almeno 200 persone sono state uccise e circa 1.200 sono rimaste ferite. Le conseguenze di più ampia portata sono però dovute alla successiva divisione all'interno dell'Autorità Palestinese. Il settore della sanità, già fragile, è diventato altamente politicizzato, con le due fazioni opposte che spesso davano istruzioni contraddittorie. Le dispute sono sfociate in nomine politiche, scioperi e personale demoralizzato.

Con l'embargo che rendeva il rifornimento di medicine e attrezzature per gli ospedali estremamente problematico e un collasso economico generale, l'accesso all'assistenza medica è stato ridotto significativamente. MSF ha per questo motivo esteso le sue attività al di là della sfera dell'igiene mentale per comprendere le cure post-operatorie, in aggiunta alla riabilitazione e alla pediatria.

Il crescente bisogno di assistenza medica esterna è il risultato non solo della violenza e della ridotta capacità delle strutture mediche ma anche del clima politico. Man mano che le posizioni dei principali antagonisti si facevano sempre più estreme, l'accesso ai servizi sanitari degli individui con affiliazioni specifiche o percepite è cambiato di conseguenza.

I rispettivi Ministeri della Sanità e molte altre organizzazioni locali sono visti come direttamente influenzati da Hamas o Fatah, mentre alcune organizzazioni internazionali non governative, in particolare quelle finanziate da donatori istituzionali, sono accusate di avere motivazioni politiche più ampie. Per questo, essere un'organizzazione di aiuto medico economicamente indipendente non è solo rilevante ma anche necessario per operare a Gaza. MSF spiega e sottolinea continuamente questa sua indipendenza alle autorità palestinesi riconosciute in Cisgiordania, agli israeliani e ovviamente agli attori locali sul campo, nel tentativo di ottenere il più ampio accesso possibile alle comunità bisognose.

Le dispute però continuano, e l'assistenza sanitaria diventa un altro strumento politico mediante il quale esercitare pressione. Con le varie posizioni che rimangono radicate, i servizi sanitari non potranno che peggiorare ulteriormente, rendendo l'azione umanitaria indipendente sempre più essenziale ed importante.



© Leo Saoufhanne

## FATTI E CIFRE

Medici Senza Frontiere (MSF) è un'organizzazione internazionale medico-umanitaria.

Comprende 19 sedi nazionali in Australia, Austria, Belgio, Canada, Danimarca, Francia, Germania, Grecia, Olanda, Hong Kong, Italia, Giappone, Lussemburgo, Norvegia, Spagna, Svezia, Svizzera, Regno Unito, Stati Uniti e un ufficio internazionale a Ginevra.

La ricerca dell'efficienza ha spinto MSF a creare organizzazioni specialistiche - chiamate satelliti - incaricate di attività specifiche come forniture umanitarie, studi medici e epidemiologici e ricerca sull'azione sociale e umanitaria. Queste unità comprendono: Epicentre, Etat d'Urgence Production, Fondation MSF, MSF Assistance, MSF Enterprises Limited, Médecins Sans Frontières - Etablissement d'Utilité Publique, MSF-Logistique, MSF-Supply, SCI MSF, SCI Sabin, e Wali-Nawaz. Tutte queste organizzazioni sono controllate da MSF e sono comprese nel bilancio.

I dati indicati rappresentano le finanze di MSF a livello internazionale. Questi dati internazionali del 2007 sono stati calcolati in base agli standard contabili internazionali di MSF, conformi alla maggior parte delle norme contabili internazionali (IFRS - International Financial Reporting Standards). I dati sono stati certificati congiuntamente dalle società di revisione KPMG e Ernst & Young in base alle norme di revisione internazionali. Una copia del bilancio 2007 è disponibile su richiesta dall'International Office. Inoltre ogni sede nazionale di MSF pubblica un bilancio finanziario annuale certificato in base alle politiche, alle leggi e alle norme relative alle revisioni. Copia di questi bilanci può essere richiesta ai rispettivi uffici nazionali.

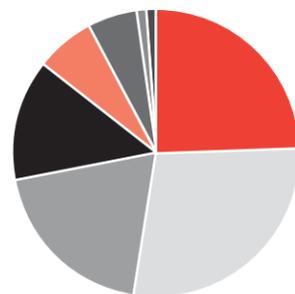
I dati presentati qui si riferiscono all'anno solare 2007. Tutte le cifre sono in milioni di euro.

*NB: i dati di queste tabelle sono arrotondati e possono essere leggermente diversi.*

### Come è stato investito il denaro?

#### Costi dei programmi\*

- Personale nazionale | 28%
- Personale internazionale | 25%
- Forniture mediche e alimentari | 20%
- Trasporto, nolo e immagazzinaggio | 13%
- Logistica e fognature | 6%
- Costi di gestione operativa | 5%
- Formazione e supporto locale | 1%
- Altre spese | 1%



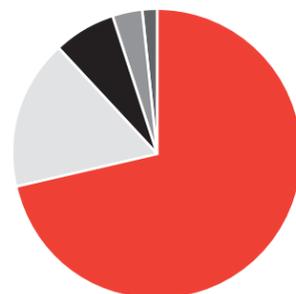
#### Costi dei programmi per paese/regione

Paesi/Regioni	in M€	Paesi/Regioni	in M€
<b>Africa</b>		<b>Asia/Medio Oriente</b>	
Sudan	40.9	Iraq	10.0
Repubblica Democratica del Congo	39.9	Myanmar	8.9
Ciad	25.3	India	5.9
Somalia	21.9	Cambogia	4.9
Niger	15.8	Tailandia	4.2
Kenya	13.1	Pakistan	3.9
Liberia	10.1	Sri Lanka	2.9
Uganda	9.8	Indonesia	2.8
Costa d'Avorio	9.0	Territori Palestinesi	2.4
Zimbabwe	9.0	Georgia	2.3
Malawi	8.6	Bangladesh	2.1
Mozambico	8.3	Uzbekistan	2.1
Repubblica Centrafricana	8.1	Yemen	1.7
Etiopia	7.3	Armenia	1.6
Sierra Leone	5.3	Nepal	1.5
Burundi	5.3	Cina	1.5
Nigeria	4.9	Iran	1.3
Burkina Faso	4.7	Altri paesi*	3.0
Guinea	3.5	<b>Totale</b>	<b>62.9</b>
Repubblica del Congo	3.0	<b>Americhe</b>	
Sudafrica	3.0	Haiti	12.6
Zambia	2.9	Colombia	7.5
Angola	2.4	Perù	1.7
Camerun	2.4	Guatemala	1.5
Ruanda	1.2	Altri paesi*	2.4
Mali	1.2	<b>Totale</b>	<b>25.8</b>
Altri paesi*	1.7	<b>Europa</b>	
<b>Totale</b>	<b>268.7</b>	Cecenia / Inguscezia /	6.3
		Russia	2.0
		Italia	1.1
		Kirghizistan	1.1
		Belgio	1.0
		Altri paesi*	1.1
		<b>Totale</b>	<b>12.7</b>

\* "altri paesi" riunisce tutti i paesi per cui i costi dei programmi sono stati inferiori a 1 milione di euro.

#### Costi dei programmi\* per continente

- Africa | 72%
- Asia | 17%
- Americhe | 7%
- Europa | 3%
- Non assegnate | 1%



\*spese delle équipes di progettazione e coordinamento nei paesi

2007

2006

#### Entrate

	In M€	In %	In M€	In %
Entrate da privati	518.7	87.6%	488.4	85.9%
Istituzioni pubbliche	54.2	9.1%	61.8	10.8%
Altre entrate	19.8	3.3%	18.5	3.2%
<b>Totale entrate</b>	<b>592.7</b>	<b>100.0%</b>	<b>568.7</b>	<b>100.0%</b>

#### Come è stato speso il denaro?

	In M€	In %	In M€	In %
Operazioni*	439.1	76.1%	431.2	77.0%
Témoignage	19.4	3.4%	18.0	3.2%
Altre attività umanitarie	9.1	1.6%	7.9	1.4%
<b>Totale missione sociale</b>	<b>467.6</b>	<b>81.0%</b>	<b>457.1</b>	<b>81.6%</b>
Raccolta fondi	76.9	13.3%	71.8	12.8%
Gestione, spese generali e amministrazione	32.9	5.7%	30.9	5.5%
<b>Costi totali</b>	<b>577.4</b>	<b>100.0%</b>	<b>559.9</b>	<b>100.0%</b>
Guadagni e perdite netti sui cambi (realizzati e non realizzati)	-3.2		-4.5	
<b>Surplus/(deficit)</b>	<b>12.1</b>		<b>4.3</b>	

\* Costi di supporto dei programmi e del programma Headquarter

#### Bilancio

	In M€	In M€
(Posizione finanziaria di fine anno):		
Immobilizzi	37.1	35.8
Attivo disponibile	61.0	66.2
Liquidi e liquidità quasi monetarie	350.2	347.5
<b>Totale attivi</b>	<b>448.4</b>	<b>449.5</b>
Fondi vincolati permanentemente	2.5	2.5
Fondi non vincolati	402.2	389.4
Altri utili non distribuiti	-14.6	-7.1
<b>Totale utili non distribuiti e titoli</b>	<b>390.1</b>	<b>384.7</b>
Passività non esigibili	3.4	3.7
Passività correnti	52.5	55.5
Fondi vincolati temporaneamente non spesi	2.3	5.6
<b>Totale passività e utili non distribuiti</b>	<b>448.4</b>	<b>449.5</b>

#### Statistiche risorse umane

	2007	2006
<b>Partenze internazionali (anno intero):</b>	<b>4,134</b>	<b>4,623</b>
Pool medico	1,117	1,292
Infermieri e altro personale paramedico	1,303	1,500
Pool non medico	1,714	1,831
<b>Prime partenze (anno intero):</b>	<b>1,152(*)</b>	<b>1,332</b>
(*) in % delle partenze internazionali	28%	(*) 29%
<b>Posizioni sul campo:</b>	<b>24,348</b>	<b>26,981</b>
Personale internazionale	1,994	2,022
Personale nazionale	22,354	24,959

#### Fonti di reddito

Al fine di garantire la propria indipendenza e rafforzare i suoi legami con la società, MSF cerca di mantenere una percentuale elevata di entrate da privati.

Nel 2007, 90% del reddito di MSF è stato di provenienza privata.

Oltre 3.8 milioni di donatori in tutto il mondo hanno reso possibile questo risultato.

Tra le agenzie e gli enti pubblici che finanziano MSF si annoverano ECHO, i governi di Belgio, Canada, Danimarca, Irlanda, Lussemburgo, Olanda, Norvegia, Spagna, Svezia, Svizzera e Regno Unito.

#### Spese

Le spese sono distribuite in base alle attività principali svolte da MSF. Le operazioni comprendono spese relative ai programmi e spese di supporto della sede. Tutte le categorie di spesa comprendono salari, costi diretti e spese generali.

**Fondi vincolati:** possono essere fondi i cui attivi, su richiesta dei donatori, devono essere investiti o conservati per utilizzo effettivo invece che spesi, o possono essere il livello minimo obbligatorio di utili non distribuiti che devono essere mantenuti da alcune sezioni.

**Fondi non vincolati:** sono fondi non designati dei donatori, non spesi, che possono essere investiti a discrezione dei fiduciari di MSF per il compimento della nostra missione sociale.

**Altri utili non distribuiti:** rappresentano capitale di fondazioni e conti tecnici relativi al processo di combinazione, compresa la differenza di conversione. Gli utili non distribuiti di MSF sono stati costituiti negli anni da saldi attivi dei redditi rispetto alle spese. Alla fine del 2007, la loro parte disponibile (i fondi non vincolati meno la differenza di conversione) rappresentava 8 mesi di attività. La conservazione degli utili non distribuiti ha lo scopo di soddisfare le seguenti esigenze: future importanti emergenze per cui non è possibile ottenere finanziamenti sufficienti e/o una improvvisa diminuzione dei finanziamenti privati e/o di enti pubblici e la sostenibilità di programmi a lungo termine (ad esempio i programmi per il trattamento ARV), oltre al pre-finanziamento di operazioni da finanziare.

**Fondi vincolati temporaneamente non spesi:** sono fondi non spesi, designati dai donatori, che dovranno essere spesi da MSF in assoluta conformità ai desideri dei donatori (ad esempio determinati paesi o tipi di intervento) quando se ne presenta la necessità.

## CONTATTI MSF

### Australia Médecins Sans Frontières

Suite c. Level 1 | 263 Broadway Glebe NSW 2037  
PO BOX 847 | Broadway NSW 2007 | Australia  
T 61 (0) 29 552 4933 | F 61 (0) 29 552 6539  
office@sydney.msf.org | www.msf.org.au  
Pr Dr. Nick Wood | DG Philippe Couturier

### Austria Médecins Sans Frontières/ Ärzte Ohne Grenzen

Taborstraße 10 | 1020 Vienna | Austria  
T 43 1 409 7276 | F 43 1 409 7276/40  
office@aerzte-ohne-grenzen.at  
www.aerzte-ohne-grenzen.at  
Pr Dr. Reinhard Doerflinger | DG Franz Neunteufl

### Belgio Médecins Sans Frontières/ Artsen Zonder Grenzen

rue Dupré 94 | Dupréstraat 94  
1090 Bruxelles | Belgio  
T 32 2 474 74 74 | F 32 2 474 75 75  
info@azg.be | www.msf.be o www.azg.be  
Pr Dr. Jean-Marie Kindermans  
DG Christopher Stokes

### Canada Médecins Sans Frontières/ Doctors Without Borders

720 Spadina Avenue, Suite 402 | Toronto  
Ontario M5S 2T9 | Canada  
T 1 416 964 0619 | F 1 416 963 8707  
msfcan@msf.ca | www.msf.ca  
Pr Dr. Joanne Liu | DG Marilyn McHarg

### Danimarca Médecins Sans Frontières/ Læger uden Grænser

Kristianiagade 8 | 2100 Copenhagen Ø | Danimarca  
T 45 39 77 56 00 | F 45 39 77 56 01  
info@msf.dk | www.msf.dk  
Pr Dr. Søren Brix Christensen  
DG Michael G. Nielsen

### Francia Médecins Sans Frontières

8 rue Saint Sabin | 75011 Parigi | Francia  
T 33 1 40 21 29 29 | F 33 1 48 06 68 68  
office-par@paris.msf.org | www.msf.fr  
Pr Dr. Marie-Pierre Allié | DG Thierry Durand (interim)

### Germania Médecins Sans Frontières/ Ärzte Ohne Grenzen

Am Köllnischen Park 1 | 10179 Berlino | Germania  
T 49 (30) 22 33 77 00 | F 49 (30) 22 33 77 88  
office@berlin.msf.org | www.aerzte-ohne-grenzen.de  
Pr Dr. Tankred Stoebe | DG Dr. Frank Doerner

### Grecia Médecins Sans Frontières

15 Xenias St. | 115 27 Atene | Grecia  
T 30 210 5 200 500 | F 30 210 5 200 503  
info@msf.gr | www.msf.gr  
Pr Ioanna Papaki | DG Reveka Papadopoulou

### Olanda Médecins Sans Frontières/ Artsen zonder Grenzen

Plantage Middenlaan 14 | 1018 DD Amsterdam  
Olanda  
T 31 20 520 8700 | F 31 20 620 5170  
office@amsterdam.msf.org  
www.artsenzondergrenzen.nl  
Pr Dr. Pim De Graaf | DG Wouter Kok (interim)  
(a partire da Ottobre 2008, Hans van der Weerd)

### Hong Kong Médecins Sans Frontières

22/F Pacific Plaza | 410 - 418 Des Voeux Road West  
Sai Wan | Hong Kong  
T 852 2959 4229 | F 852 2337 5442  
office@msf.org.hk | www.msf.org.hk  
Pr Carmen Lee | DG Dick van der Tak

### Italia Medici Senza Frontiere

Via Volturmo 58 | 00185 Roma | Italia  
T 39 06 44 86 92 1 | F 39 06 44 86 92 20  
msf@msf.it | www.medicisenzafrentiere.it  
Pr Raffaella Ravinetto | DG Kostas Moschochoritis  
Sede di Milano  
Largo Settimio Severo 4 | 20144 Milano | Italia  
T 39 (0)2 439 127 96 | F 39 (0)2 439 127 96

### Giappone Médecins Sans Frontières

3-3-13 Takadanobaba | Shinjuku | Tokyo  
169-0075 | Giappone  
T 81 3 5337 1490 | F 81 3 5337 1491  
office@tokyo.msf.org | www.msf.or.jp  
Pr Satoru Ida | DG Eric Ouannes

### Lussemburgo Médecins Sans Frontières

68, rue de Gasperich | 1617 Lussemburgo  
Lussemburgo  
T 352 33 25 15 | F 352 33 51 33  
office-lu@msf.org | www.msf.lu  
Pr André di Prospero (interim)  
DG François Delfosse

### Norvegia Médecins Sans Frontières/ Leger Uten Grenser

Postboks 8813 Youngstorget | 0028 Oslo  
Norvegia | Youngstorget 1 | 0181 Oslo | Norvegia  
T 47 23 31 66 00 | F 47 23 31 66 01  
epost@legerutengrenser.no  
www.legerutengrenser.no  
Pr Dr Øyun Holen | DG Patrice Vastel

### Spagna Médicos Sin Fronteras

Nou de la Rambla 26 | 08001 Barcellona | Spagna  
T 34 93 304 6100 | F 34 93 304 6102  
office-bcn@barcelona.msf.org | www.msf.es  
Pr Dr. Paula Farias | DG Aitor Zabalgoeazkoa

### Svezia Médecins Sans Frontières / Läkare Utan Gränser

Gjörwellsgatan 28, 4 trappor | BOX 34048  
100 26 Stoccolma | Svezia  
T 46 8 55 60 98 00 | F 46 8 55 60 98 01  
office-sto@msf.org | www.lakareutangranser.se  
Pr Anneli Eriksson | DG Dan Sermand

### Svizzera Médecins Sans Frontières/ Ärzte Ohne Grenzen

78 rue de Lausanne | Case Postale 116  
1211 Ginevra 21 | Svizzera  
T 41 22 849 84 84 | F 41 22 849 84 88  
office-gva@geneva.msf.org | www.msf.ch  
Pr Isabelle Segui-Bitz | DG Christian Captier

### Regno Unito Médecins Sans Frontières (UK)

67-74 Saffron Hill | Londra EC1N 8QX | UK  
T 44 207 404 6600 | F 44 207 404 4466  
office-ldn@london.msf.org | www.msf.org.uk  
Pr Dr. Christa Hook | DG Marc DuBois

### USA Médecins Sans Frontières/ Doctors Without Borders

333 7th Avenue | 2nd Floor |  
New York, NY 10001-5004 | USA  
T 1 212 679 6800 | F 1 212 679 7016  
doctors@newyork.msf.org  
www.doctorswithoutborders.org  
Pr Dr. Matthew Spitzer | DG Nicolas de Torrente

### Ufficio internazionale Médecins Sans Frontières e Liaison con l'ONU - Ginevra

78 rue de Lausanne | Case Postale 116  
1211 Ginevra 21 | Svizzera  
office-intl@bi.msf.org | www.msf.org  
T 41 22 849 84 00 | F 41 22 849 84 04  
Policy and Advocacy Coordinator: Emmanuel Tronc  
emmanuel.tronc@msf.org  
Pr Dr. Christophe Fournier | SG Christopher Stokes  
(a partire da Ottobre 2008, Kris Torgeson)

### ALTRI UFFICI

#### MSF Access to Essential Medicines Campaign

78 rue de Lausanne | Case Postale 116  
1211 Ginevra 21 | Svizzera  
T 41 22 849 8405 | F 41 22 849 8404  
www.accessmed-msf.org  
Direttore: Dr. Tido von Schoen-Angerer

#### Ufficio di Liaison con l'ONU - New York

333 7th Avenue | 2nd Floor |  
New York, NY 10001-5004 | USA  
T 1 212 655 3777 | F 1 212 679 7016  
MSF UN liaison officer: Fabien Dubuet  
fabien.dubuet@newyork.msf.org

#### Ufficio MSF in Brasile

Rua Santa Luzia, 651/11° andar  
Centro - Rio de Janeiro | CEP 20030-040 | Rio de Janeiro  
T (+55) 21 2220-8277 | www.msf.org.br

#### Ufficio MSF in Sudafrica

Orion Building | 3rd floor | 49 Jorissen Street,  
Braamfontein 2017 | Johannesburg  
T +27 11 403 44 40/41 | www.msf.org.za

#### Ufficio MSF negli Emirati Arabi Uniti

P.O. BOX 47226 | Abu Dhabi, UAE  
T (+971) 2 6317 645 | www.msfuae.ae

## MSF – SPECIALE ITALIA



Ayantu, una bimba di soli 4 anni ricoverata nel centro gestito da MSF in Sembete, nella regione di Oromiya. Oltre a soffrire di malnutrizione, Ayantu ha anche la tubercolosi, ed è rimasta orfana di mamma.  
© Francesco Zizola

# MSF Italia: 15 anni dopo

di Kostas Moschochoritis, *Direttore Generale di MSF Italia*

**Le nostre azioni di soccorso sono rivolte alle persone che vivono situazioni di crisi senza distinzioni di razza, di religione o di appartenenza politica.**

Un medico MSF visita un bambino affetto da malnutrizione acuta.  
© Francesco Zizola

**Era il 1993, ben 15 anni fa, quando fu messa la prima pietra della sezione italiana di Medici Senza Frontiere (MSF). Lo spirito e i principi di quei medici che nel 1971, insieme a un gruppo di giornalisti, fondarono a Parigi MSF, arrivava anche in Italia. Quell'organizzazione che in molti conoscevano per la sua tenace presenza nei principali contesti di emergenza siano essi conflitti, catastrofi naturali o epidemie, per la sua ostinazione a garantire il diritto inalienabile alla salute a quelle popolazioni prigioniere di crisi dimenticate iniziava a parlare italiano.**

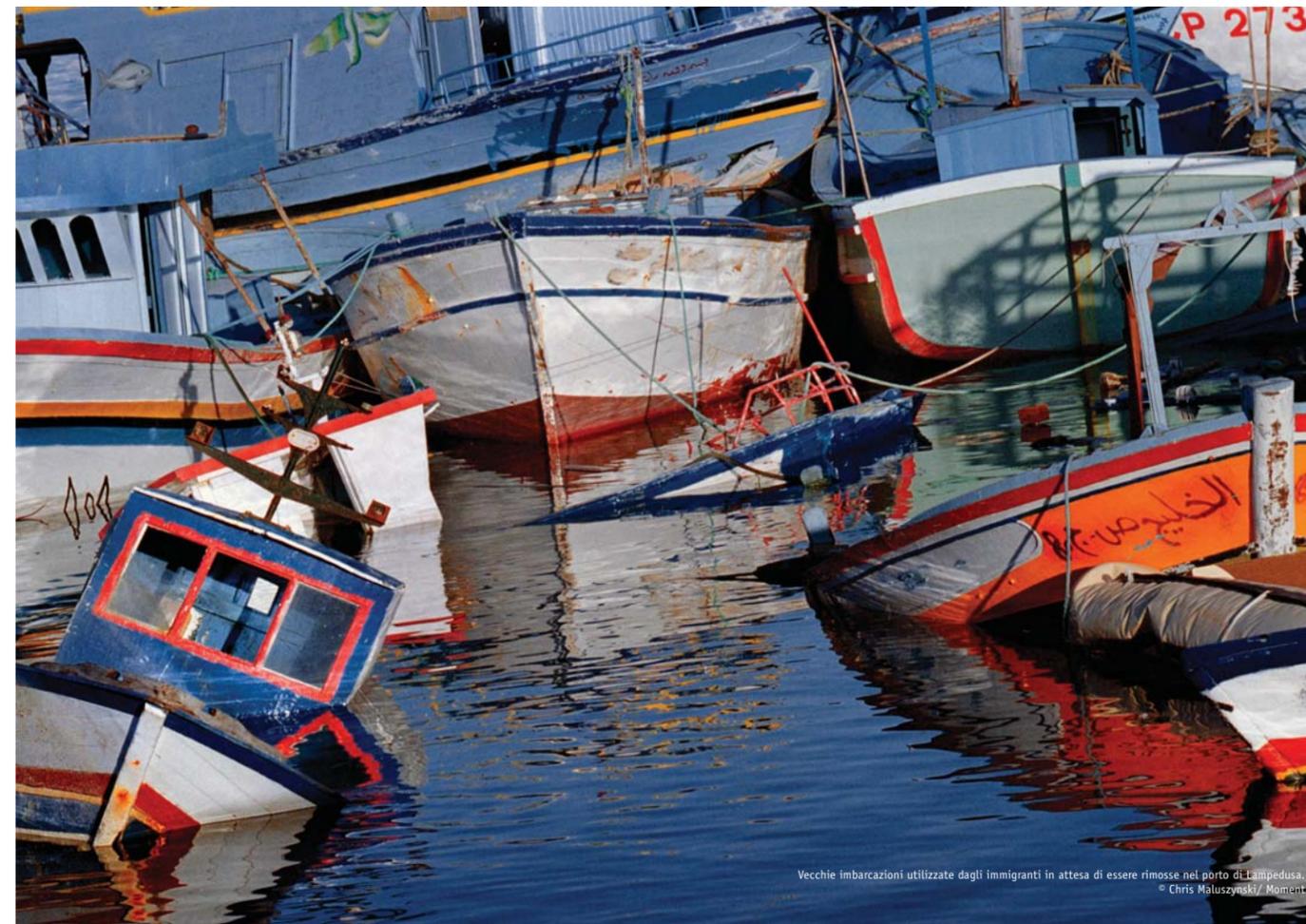
Da allora di strada ne abbiamo fatta. A livello internazionale MSF è diventata la più grande organizzazione umanitaria indipendente di soccorso medico al mondo. Ecco alcuni dati: in un anno abbiamo fornito assistenza medica gratuita a 8.5 milioni di persone, effettuato 53.000 interventi chirurgici, assistito 13.000 donne vittime di violenza sessuale, vaccinato più di 1.8 milioni di bambini contro la meningite e fornito il trattamento antiretrovirale a 110.000 persone sieropositive). Presente nei contesti di emergenza, siano essi conflitti, catastrofi naturali o epidemie, viene definita la più grande organizzazione umanitaria indipendente di soccorso medico al mondo. Siamo presenti in 65 paesi con oltre 365 missioni portate avanti da 2.300 operatori internazionali, tra cui più di 200 italiani, e 25.000 collaboratori locali.

C'è un aspetto di cui andiamo particolarmente orgogliosi ed è la nostra indipendenza da agende politiche, militari o religiose. MSF può muoversi con indipendenza, rapidità ed efficacia in tutte le

situazioni di crisi (tsunami, guerra in Libano, Darfur, Somalia, ciclone Nargis, Iraq, Colombia, ecc.) perché oltre l'80% dei fondi raccolti da MSF provengono da fonti private, per la maggior parte da privati cittadini e non da poteri politici. Gli altri due principi per noi fondamentali sono l'imparzialità e la neutralità. Le nostre azioni di soccorso sono rivolte alle persone che vivono situazioni di crisi senza distinzioni di razza, di religione o di appartenenza politica. MSF non si schiera a favore di nessuna delle parti nei conflitti armati, presta assistenza solo sulla base dei bisogni delle persone e insiste perché si renda più agevole ed indipendente l'accesso alle vittime dei conflitti così come previsto dal diritto umanitario internazionale.

Ma anche i risultati che abbiamo ottenuto in Italia sono molto importanti. Ogni anno circa 200 italiani partono in missione con MSF e in prevalenza in situazioni d'emergenza e di guerra. L'età media dei nostri operatori è 37 anni e questo sfata un luogo comune sul fatto che MSF utilizzi persone giovani e inesperte. Nel 2007 abbiamo raccolto circa 34 milioni di euro e il 99% proveniva da privati cittadini. A loro rivolgiamo un grazie particolare per aver voluto sostenere i nostri progetti, garantendoci la totale indipendenza da ogni potere. Dal 2004, MSF Italia gestisce direttamente progetti in Colombia, Brasile, Etiopia, Haiti, Iraq.

A 15 anni dalla nascita, abbiamo deciso di presentare una versione del rapporto internazionale delle attività corredata da un approfondimento sulle attività svolte dalla sezione italiana. Questo per noi rappresenta un importante gesto di trasparenza



Vecchie imbarcazioni utilizzate dagli immigranti in attesa di essere rimosse nel porto di Lampedusa.  
© Chris Maluszynski/ Moment

e rendiconto nei confronti dei nostri sostenitori e dell'opinione pubblica in generale.

Nel panorama delle organizzazioni non governative (ong) in Italia, intendiamo sottolineare la nostra peculiarità e competenza quale organizzazione medica di risposta alle emergenze, ambito in cui abbiamo elaborato efficaci modalità di intervento e notevole esperienza sul campo in 37 anni di attività. Per questo ci sentiamo legittimati a promuovere il dibattito sulla natura dell'azione umanitaria indipendente, sui suoi limiti e sulle sue contraddizioni, in un contesto in cui sono sempre più frequenti i tentativi di manipolarne il senso e gli obiettivi.

Inoltre, e per quanto possa apparire paradossale, da alcuni anni abbiamo avviato dei progetti anche in Italia. Come per una beffa del destino, ci troviamo ad assistere nella nostra terra, e spesso in condizioni disperate, le stesse popolazioni che assistiamo nei

loro paesi di origine. Dal 1999 forniamo infatti assistenza sanitaria agli stranieri regolari e irregolari che si trovano nel nostro paese con l'obiettivo di garantire a queste persone l'accesso alle cure previsto dalla nostra legislazione, e di assistere coloro che sbarcano sulle nostre coste. Siamo presenti a Lampedusa, con un team attivo 24 ore su 24, sette giorni su sette, per soccorrere i migranti nel momento drammatico dello sbarco. Dal 2003, forniamo assistenza sanitaria alle migliaia di stranieri che ogni anno vengono impiegati come lavoratori stagionali per la raccolta di primizie nelle regioni del Sud Italia.

MSF non risponde a un mandato politico o istituzionale deciso a tavolino. MSF risponde al mandato dell'etica medica, della nostra coscienza di professionisti, di uomini e donne che ritengono che la salute di ogni essere umano meriti, in ogni luogo e in ogni situazione, di essere riconosciuta come diritto inalienabile e di essere soddisfatta come bisogno primario.

**Ci troviamo ad assistere nella nostra terra, e spesso in condizioni disperate, le stesse popolazioni che assistiamo nei loro paesi di origine.**



Lo staff di MSF prepara i kit per le vaccinazioni di meningite, dopo lo scoppio di un'epidemia in Uganda. © Vanessa Vick

# La nostra "lotta quotidiana all'indifferenza"

di Sergio Cecchini, *Direttore della comunicazione di MSF Italia*

**Comunicare per denunciare cosa accade alle centinaia di migliaia di persone che lottano quotidianamente per la loro sopravvivenza è un dovere.**



Un medico MSF mentre visita un bambino a Kuyera, nella regione di Oromiya. © Francesco Zizola

**Al giorno d'oggi, la comunicazione delle organizzazioni umanitarie ha raggiunto livelli di sofisticazione estremamente elevati. Comunicare per denunciare cosa accade alle centinaia di migliaia di persone che lottano quotidianamente per la loro sopravvivenza è un dovere. Ma la comunicazione, per essere credibile, deve basarsi sulla testimonianza diretta e su indicatori chiari e inequivocabili. Sempre più spesso, però, molte organizzazioni tendono a comunicare al solo scopo di guadagnare uno spazio di visibilità sul telegiornale delle otto o in un trafiletto del quotidiano, spesso "abusando" di tragedie altrui.**

In occasione di catastrofi naturali, si assiste ormai a una competizione tra chi diffonde la cifra più alta di morti, tra chi azzarda la previsione più tragica sulle possibili conseguenze della catastrofe. Spesso si ha la triste impressione di trovarsi a un tavolo da gioco sul quale le organizzazioni gettano le loro fiches in un perverso gioco al rilancio per cercare il colpo ad effetto che le garantisca maggiore visibilità.

Esagerare le cifre, "dopare" la tragedia, drammatizzare le previsioni rappresentano ottimi espedienti per finire in prima pagina. Medici Senza Frontiere non ha mai partecipato a questo gioco. Per essere credibile, un'organizzazione umanitaria deve descrivere ciò che vede, denunciare ciò di cui è testimone diretta e non inventare cifre o azzardare previsioni che non siano dimostrabili. L'organizzazione umanitaria non deve cadere nel tranello di dover dire per forza qualcosa pur di essere visibile, di dover gridare al lupo pur di essere notata. I nostri medici, infermieri, logisti non lo accetterebbero mai.

David Rieff, giornalista del New York Times Magazine e profondo conoscitore del mondo umanitario, in un articolo pubblicato recentemente denuncia questo comportamento: "In Myanmar, subito dopo il ciclone Nargis - spiega Rieff - inizialmente un alto funzionario statunitense presente nella capitale birmana, senza neanche essere uscito dalla città, aveva dichiarato ai giornalisti che sebbene i morti confermati erano 22.000 lui riteneva che il numero totale avrebbe potuto raggiungere i 100.000 morti. Pochi giorni dopo, un'importante organizzazione umanitaria diffuse la stima che 1.5 milioni di persone erano a rischio epidemie, senza minimamente spiegare come era giunta a questa incredibilmente allarmante previsione." Questo atteggiamento di gridare al lupo rischia di danneggiare la credibilità di chi ha deciso di non ricorrere a questi metodi. Crisi dopo crisi, dalla guerra in Kosovo a quelle in Afghanistan e Iraq, dallo tsunami al recente ciclone Nargis, sempre più organizzazioni hanno predetto cifre e scenari ben più catastrofici rispetto alla realtà.

Riteniamo che sobrietà e credibilità debbano essere dei valori nella comunicazione e non degli intralci. Cerchiamo di ottenere visibilità non per fare delle inutili previsioni, ma per denunciare situazioni concrete. Abbiamo cercato di dare visibilità alle condizioni di vita vergognose dei migranti impiegati come lavoratori stagionali in Italia, alle deportazioni dei rifugiati dello Zimbabwe in Sud Africa, alle sofferenze del popolo somalo, alla mancanza

di cure specifiche per bambini affetti da HIV/AIDS, a quelle crisi dimenticate che fanno meno notizia di una storia d'amore tra un calciatore e una velina.

"Ho visto la speranza in fondo a tanti sguardi desolati - scriveva Jean-Sélim Kanaan<sup>1</sup> - poi ho visto quella stessa speranza diminuire e infine spegnersi, schiacciata dal peso della nostra indifferenza".

Vogliamo essere sobri e credibili nella nostra ostinata lotta all'indifferenza. Non vogliamo partecipare al gioco perverso di chi sceglie di accentuare i toni pur di ottenere un briciolo di visibilità, non vogliamo trovare scorciatoie medianiche per comunicare ciò di cui siamo testimoni ogni giorno. Vogliamo continuare a credere che sobrietà e credibilità siano dei valori nella comunicazione e non degli ostacoli.

Attraverso gli scatti di Francesco Zizola, fotografo plurivincitore del World Press Photo, abbiamo realizzato la mostra fotografica "Colombia. Voci nascoste" per raccontare una Colombia che raramente va in pagina sui giornali, quella degli sfollati, delle donne vittime di violenze sessuali, di persone condannate al silenzio.

Con Francesco Cocco, fotografo dell'agenzia Contrasto, abbiamo pubblicato "Nero, l'altra faccia dell'Italia" (edizioni Logos), per raccontare il lato nascosto dell'immigrazione del nostro paese, di quelle persone condannate a essere "invisibili" nonostante contribuiscano in maniera fondamentale a un intero settore economico, l'agricoltura. Con il cameraman Alessandro Nucci abbiamo realizzato il video "Una stagione all'inferno", sulle condizioni dei lavoratori stagionali, vincitore del Premio Giovani al Premio Giornalistico Televisivo Ilaria Alpi.

Come tutti gli anni, in collaborazione con l'Osservatorio di Pavia, abbiamo pubblicato il **Rapporto Annuale sulle Crisi Dimenticate** (2007), alla sua quarta edizione. Il rapporto contiene la "top ten" delle crisi umanitarie più ignorate nel mondo e un'analisi sullo spazio dedicato alle crisi umanitarie dai principali telegiornali della televisione generalista in Italia.

Le dieci crisi umanitarie identificate da MSF come le più ignorate sono state per il 2007: Somalia, Zimbabwe, tubercolosi, malnutrizione infantile, Sri Lanka, Repubblica Democratica del Congo, Colombia, Myanmar, Repubblica Centrafricana e Cecenia. L'analisi delle principali edizioni (diurna e serale) dei telegiornali RAI e Mediaset hanno mostrato un calo delle notizie sulle crisi umanitarie nel corso del 2007, che sono passate dal 10% del totale delle notizie (dato 2006) all'8% (6.426 notizie su un totale di 83.200).

L'unico dato apparentemente positivo riguarda l'aumento di notizie sulla crisi in Darfur, regione del Sudan dove dal 2003 è in corso un conflitto tra il governo del Sudan e i ribelli, ma ciò è legato soprattutto all'aumento di notizie relative a iniziative di raccolta fondi e a brevi visite di personaggi celebri del mondo dello spettacolo. Il rapporto integrale è disponibile sul sito [www.crisidimenticate.it](http://www.crisidimenticate.it).

Grazie alla collaborazione con la casa editrice "Il Pensiero Scientifico" abbiamo pubblicato "Non tornerò col dubbio e con il vuoto. Lettere Senza Frontiere", una raccolta di 43 piccole storie, frammenti di diario, lettere scritte dai nostri operatori umanitari in missione.

Le nostre attività rivolte alle scuole hanno fatto un balzo in avanti e in un anno abbiamo collaborato con 600 licei, 340 scuole medie e 278 elementari. Abbiamo prodotto il kit Colombia per le scuole superiori e un nuovo supporto didattico per le scuole elementari: "Le fantastiche avventure degli oggetti di Medici Senza Frontiere".

La newsletter trimestrale che mandiamo ai nostri 350.000 mila donatori è stata rinnovata per dare più risalto al linguaggio fotografico e per dare ai nostri sostenitori uno strumento utile non solo per tenersi aggiornati su quelle crisi di cui si parla molto poco ma anche per conoscere le storie di un'umanità molto più vicina a noi di quanto pensiamo.

Il sito [www.medicisenzafrontiere.it](http://www.medicisenzafrontiere.it) è stato rinnovato nella grafica e nei contenuti e oggi conta una media di 1.000 visitatori unici al giorno. 55.000 persone si sono iscritte alla newsletter elettronica per essere costantemente aggiornate sulle crisi umanitarie in cui opera MSF e sulle attività dell'organizzazione.

MSF ha anche creato il sito **Fieldresearch** per condividere il proprio patrimonio di ricerche mediche, analisi epidemiologiche, rapporti scientifici prodotti in quasi 40 anni di attività a fianco delle popolazioni più vulnerabili del pianeta. Questi documenti sono stati pubblicati in oltre 90 riviste mediche specializzate (come The Lancet o il British Medical Journal) e spesso hanno determinato il cambiamento della pratica medica.

<sup>1</sup> Jean-Sélim Kanaan (Roma, 1970 - Baghdad, 19 agosto 2003), è stato un diplomatico delle Nazioni Unite, collaboratore dell'Alto commissariato ONU per i diritti umani, nonché un volontario di organizzazioni non governative nei Paesi in guerra, fra cui la Somalia e la Bosnia-Erzegovina. È morto nell'attentato del 19 agosto 2003 contro la sede ONU di Bagdad, costato la vita anche ad altre venti persone. Ha scritto il libro: "La mia guerra all'indifferenza" (Milano, Il Saggiatore, 2004).



**La newsletter trimestrale che mandiamo ai nostri 350.000 mila donatori è stata rinnovata per dare più risalto al linguaggio fotografico.**

# I NOSTRI OPERATORI UMANITARI

MSF recluta medici generici, internisti, chirurghi, anestesisti, pediatri, specialisti in malattie infettive, infermieri, ostetriche, tecnici di laboratorio, psicologi/psichiatri, farmacisti, logisti, amministratori, responsabili finanze, specialisti in "water and sanitation", specialisti in informazione, educazione e comunicazione.

Nel 2007, sono stati 213 gli italiani che hanno partecipato a missioni umanitarie con MSF. Nel 2006 erano stati 175.

## Requisiti minimi per partire

- Condivisione di obiettivi e valori di MSF
- Almeno due anni di esperienza professionale
- Disponibilità per 6/12 mesi (a parte chirurghi e anestesisti che possono essere reclutati per periodi più brevi)
- Flessibilità
- Capacità di gestione dello stress
- Conoscenza della lingua inglese e preferibilmente di un'altra lingua (francese, spagnolo, arabo, ecc.)

## Processo di selezione

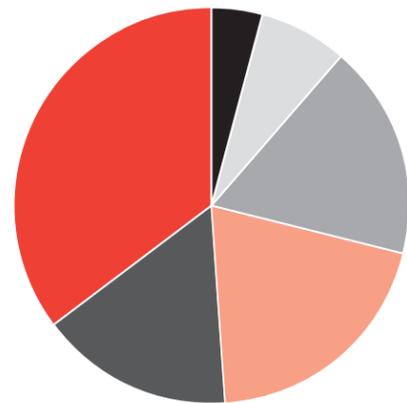
Il dipartimento Risorse Umane di MSF Italia si occupa del processo di selezione, della formazione dei futuri operatori umanitari che partiranno in missioni all'estero e della gestione degli operatori umanitari, includendo l'inquadramento professionale, l'assistenza personale e amministrativa. La selezione dei nostri operatori è un processo comune condiviso a livello internazionale con le altre 18 sezioni di MSF.

La scelta dei futuri operatori umanitari passa attraverso diverse fasi: viene anzitutto analizzato il Curriculum vitae (cv) del candidato, che giunge al dipartimento delle risorse umane per via telematica. I candidati pre-selezionati sulla base del cv vengono invitati a una selezione di gruppo, durante la quale vengono osservati e valutati attraverso una serie di colloqui, prove teoriche, prove di gruppo ed esercizi pratici individuali. I candidati che vengono ritenuti idonei al termine della selezione di gruppo vengono reclutati per partire per le missioni di MSF.

Per prepararsi alla prima missione, i candidati reclutati partecipano a un corso di formazione che dura da una a due settimane a seconda dei profili professionali. La formazione ha come obiettivo quello di fornire ai futuri operatori umanitari le basi dei principi operativi di MSF, una conoscenza iniziale delle principali tematiche sanitarie, dei protocolli medici e di sicurezza utilizzati da MSF nelle sue missioni. Altri corsi relativi a tematiche più specifiche vengono poi organizzati per quelle persone che assicurano impegno e disponibilità per più missioni con MSF.

Gli operatori umanitari selezionati da MSF Italia sono professionisti con comprovata esperienza nel proprio ambito operativo, che dimostrano durante il processo di selezione una condivisione dei principi fondamentali di MSF e un alto livello di motivazione.

## Tipologia degli operatori umanitari (2007)



- Medici | 42
- Infermieri/ostetriche | 37
- Tecnici di laboratorio/farmacisti | 15
- Psicologi | 9
- Logisti | 74
- Amministrazione/comunicazione | 33

## Alcuni dati (2007)

CV ricevuti: 1.298

Candidati selezionati per la selezione di gruppo: 145

Candidati reclutati: 73

L'età media delle persone che sono partite in missione con MSF nel 2007 è 37 anni.

Gli operatori umanitari che partono in missione con MSF firmano un contratto di lavoro e ricevono una copertura assicurativa sanitaria e una sul rischio vita. Inoltre l'organizzazione fornisce loro vitto e alloggio, sostiene le spese di viaggio e riconosce una diaria giornaliera calcolata in base al costo della vita relativo al paese dove viene svolta la missione.

La retribuzione degli operatori sanitari è determinata secondo una procedura internazionale. Essa è coerente con uno dei principi fondamentali di MSF: assistere le popolazioni in pericolo tramite progetti sul terreno. La maggioranza dei fondi raccolti da MSF è quindi destinata ai nostri progetti, e la partecipazione alle missioni sul terreno continua ad essere per i nostri operatori umanitari una scelta ideale, non motivata da interessi di carriera o finanziari.

## Principali paesi (Italia esclusa) in cui sono stati impegnati operatori italiani nel 2007

Sudan (Nord e Sud)	27
Repubblica Democratica del Congo	24
Somalia	14
Ciad	13
Haiti	11
Repubblica Centrafricana	10
India	8
Uganda	8
Sierra Leone	7
Mozambico	6

## Tipologie di progetti in cui sono stati impegnati operatori italiani nel 2007

Contesti di conflitto	64
Assistenza medica di base	47
Progetti rivolti a persone colpite da HIV-TB	24
Assistenza medica a popolazioni migranti (Italia, Spagna, Grecia, ecc.)	20
Contesti di violenza urbana (Rio de Janeiro, Port-au-Prince, ecc.)	13
Progetti rivolti a popolazioni rifugiate	10
Malaria	9
Epidemie di febbri emorragiche (Ebola, Marburg, ecc.)	9
Interventi d'emergenza per catastrofi naturali	5
Campagne di vaccinazione di massa (morbillo, meningite, ecc.)	5
Malnutrizione	4
Epidemie di colera	3

## Testimonianze

### Loris, infermiere

Io credo che MSF sia un'organizzazione che combini due spiriti, da un lato l'esigenza di portare soccorso a persone in pericolo nel modo più rapido ed efficace possibile e dall'altro coprire l'esigenza di dare voce a chi voce non ce l'ha. Parto con MSF soprattutto per l'efficacia degli interventi e perché ti dà la libertà di poter esprimere la tua parola.

### Carlo, chirurgo

Lavorare per MSF è una bellissima opportunità. Ho una professione che mi dà questa possibilità perché non approfittarne?

### Raffaella, farmacista

Ho deciso di unirmi a MSF perché sono farmacista e MSF è stata l'unica organizzazione che mi ha permesso di lavorare indipendentemente e di scegliere i farmaci secondo criteri di qualità adeguati e di applicare standard etici al mio lavoro.

### Angelo, logista

Sono partito pensando, e sono ancora convinto, di migliorare un po' questo mondo. Ma alla fine penso che il risultato è migliorare un po' anche me stesso.

### Monica, medico

Ho deciso di partire con MSF perché faccio il medico, lavoro nell'emergenza e se incontro per la strada qualcuno che ha bisogno di cure sanitarie sono obbligata ad intervenire. Sento lo stesso obbligo nei confronti di coloro che stanno a chilometri di distanza.



Scorte di cibo impilate nel magazzino di MSF in Shashemene, Sud Etiopia. © Francesco Zizola

# La nostra raccolta fondi



Programma terapeutico esteso e centro nutrizionale supplementare in Tunto, SNNP region. © MSF

## Medici senza Frontiere Italia raccoglie fondi da privati cittadini, da aziende e da fondazioni.

Nel 2007 oltre 300.000 privati cittadini ci hanno sostenuto con donazioni per un totale di 30.974.463 euro. Di essi, circa 42.000 sono donatori regolari, cioè ci sostengono regolarmente con domiciliazione bancaria/postale o con carta di credito regolare, per un totale di circa 7 milioni di euro (oltre 20% del totale).

Tramite il sostegno regolare MSF può agire con tempestività in qualsiasi emergenza, pianificare le azioni nel tempo e ridurre i costi di gestione.

Il nostro programma di sostegno regolare, **Sostenitore senza Frontiere**, dà la possibilità al donatore di specializzarsi in una tra le varie aree di intervento di Medici senza Frontiere: malattie dimenticate, zone di crisi o malnutrizione.

La raccolta fondi su privati avviene attraverso diversi canali:

- il **direct mailing**, cioè le richieste di donazioni tramite comunicazioni postali che includono aggiornamenti sulle attività dell'organizzazione (lettere o periodico trimestrale);
- il **dialogo diretto** (o Face to Face), permette al pubblico di incontrare direttamente i nostri dialogatori, nelle strade di Roma e Milano e di aderire al sostegno regolare per i nostri progetti;

- le **occasioni speciali**, donazioni effettuate in occasione di ricorrenze speciali (compleanni, matrimoni, battesimi, ecc.);
- il **web**, tramite donazioni con carta di credito on-line. Nel 2007 abbiamo ricevuto circa 5.000 donazioni on-line registrando un incremento sostanziale rispetto agli anni passati. Molte di queste donazioni sono pervenute grazie al web-cartoon 'La Favola' che narra la storia di Assam, uno dei tanti bambini malnutriti che attende di essere curato dagli operatori umanitari di MSF. Il video, che è stato realizzato con il prezioso contributo dell'attore Neri Marcorè, ha vinto il premio 'Filantropia 2008'. Il web e i nuovi media ci permettono di realizzare campagne di raccolta fondi con costi relativamente contenuti;
- i **lasciti testamentari**. Il 2007 è stato l'anno di lancio delle attività di promozione e comunicazione di questa forma di donazione anche attraverso collaborazioni con interlocutori esterni, come il Consiglio Nazionale del Notariato che ha fornito il patrocinio per questa campagna. Dall'inizio di questa attività MSF ha registrato un notevole aumento di richieste di informazioni sui lasciti testamentari da parte dei sostenitori. Nel 2007 i fondi ricevuti da lasciti testamentari hanno superato il 10% della raccolta fondi totale, rappresentando una fondamentale forma di sostegno per i progetti di lungo termine.

## AZIENDE E FONDAZIONI

Nel 2007 oltre 4.000 aziende hanno sostenuto MSF per un totale di donazioni pari a 3.939.865 euro (11% del totale dei fondi raccolti).

Le modalità di collaborazione sono diverse: donazioni in denaro e servizi, sostegno di un progetto specifico, programmi di fidelizzazione clienti, coinvolgimento dei dipendenti (match-giving program), raccolta mediata, premi

non ritirati, sconto etico, donazioni natalizie, acquisto dei prodotti MSF e riciclo materiali. Nel corso dell'anno importanti partner hanno scelto di collaborare con MSF con diverse iniziative di solidarietà. Nel 2007 i contributi da fondazioni sono stati pari 708.284 euro (2% del totale dei fondi raccolti) corrispondenti a 24 enti.

AZIENDA	PROGETTI SOSTENUTI	INIZIATIVA
Alitalia		Campagna di raccolta miglia
Bamado	Haiti – Programma di assistenza sanitaria di emergenza nella bidonville di Cité Soleil	Adozione di un progetto
Busquets	Progetti diversi	Prodotti MSF
Le Coop del distretto Adriatico	Repubblica Democratica del Congo – Sostegno all'ospedale di Lobutu e sistema di trasferimento pazienti	Campagna di raccolta punti
Dimeglio	Haiti – Programma di assistenza sanitaria di emergenza nella bidonville di Martissant	Campagna di raccolta punti
Granarolo	Costa d'Avorio – Assistenza medica e nutrizionale alla popolazione della Costa d'Avorio Occidentale	Campagna di raccolta punti
Hamelin paperbrands	Progetti diversi	Prodotti MSF
Ikea	Haiti – Programma di assistenza sanitaria di emergenza nelle bidonville di Port-au-Prince	Iniziativa nei negozi e donazione di mobili per la sede di MSF
Interdis	Costa d'Avorio – Assistenza medica e nutrizionale alla popolazione della Costa d'Avorio Occidentale	Campagna di raccolta punti
Interseroh/Adler	Progetti sulla malnutrizione	Campagna riciclo cellulari e toner usati
Lemart group	Progetti diversi	Prodotti MSF
Ogilvy & Mather		Realizzazione gratuita di creatività per campagne di raccolta fondi

FONDAZIONE	PROGETTI SOSTENUTI
Compagnia San Paolo	Etiopia – Progetto di assistenza sanitaria primaria e programma sulla tubercolosi nel distretto di Cherrati
Fondazione Cassa Risparmio di Chieti	Corso MSF prima partenza (PPD)
Fondation Assistance Internationale	Indonesia – Programma di assistenza sanitaria primaria e d'emergenza e programma di salute materno-infantile nel distretto di Asmat
Fondazione Monte Paschi di Siena	Haiti – Programma di assistenza sanitaria di emergenza nella bidonville di Martissant
The Charities and defence of nature Foundation	Sud Sudan – Progetti di potabilizzazione e igiene nei distretti di Pibor e Bor
Fondazione Vodafone	Italia – Programma di accesso alle cure per i migranti e assistenza medica agli sbarchi
Fondazione Ermenegildo Zegna	Bangladesh – Assistenza alle vittime del ciclone Sidr

## Che cosa possiamo fare con le donazioni

### Curare le persone affette da AIDS e prevenire la trasmissione del virus dalla madre al bambino

70 euro è il costo annuo di una terapia antiretrovirale per una persona affetta da HIV, mentre con 500 euro si previene la trasmissione del virus da madre a figlio per 25 bambini, tramite la somministrazione di terapia antiretrovirale a entrambi.

### Ridurre la mortalità infantile tramite vaccinazioni di massa

150 euro è il costo per vaccinare 1000 bambini contro il morbillo. Ogni anno 500.000 bambini nei paesi in via di sviluppo muoiono a causa del morbillo.

### Curare bambini malnutriti

25 euro è il costo necessario a salvare 6 bambini malnutriti grazie alla somministrazione di cibo pronto all'uso ad alto contenuto proteico per 2 settimane.

### Fornire soccorso in situazioni di emergenza e conflitto

400 euro è il costo di kit sanitari di emergenza necessari per 1000 persone per 3 mesi in un campo rifugiati.

# BILANCIO 2007 – LE CIFRE DI MSF ITALIA

## I fondi raccolti

I fondi raccolti nel 2007 da Medici Senza Frontiere Italia ammontano a 35.872.505 euro, un incremento del 9% rispetto al 2006 (32.770.837 euro). I grafici Ricavi Totali 2006 e Ricavi Totali 2007 mostrano le fonti di provenienza delle entrate negli ultimi due anni.

Come per il 2006, oltre l'85% dei fondi raccolti proviene da privati cittadini, oltre il 10% da aziende e il 2% da fondazioni. Solo lo 0,5% delle entrate di Medici Senza Frontiere Italia proviene da fondi pubblici (istituzioni locali / cooperazione decentrata).

La provenienza privata dei fondi garantisce l'indipendenza finanziaria, la rapidità e la libertà della nostra azione e la possibilità di denunciare tutte le situazioni di sofferenza e di violazione dei diritti umani di cui siamo testimoni.

I fondi raccolti da privati cittadini, se escludiamo i lasciti, sono rimasti sostanzialmente invariati nei due anni (25.457.544 euro nel 2007 e 25.157.066 euro nel 2006). Circa il 30% delle entrate da privati cittadini nel 2007 proviene da donazioni regolari, tramite domiciliazione bancaria / postale o carta di credito automatica. Questa forma di donazione assicura la tempestività dei nostri interventi nei contesti di emergenza, garantendo delle entrate sicure e stabili e nel tempo. I fondi che provengono da lasciti testamentari rappresentano una fonte sempre più importante di entrate per Medici senza Frontiere.

Nel 2007 i lasciti esclusi gli immobili (4.408.050 euro), sono aumentati di oltre il 60% rispetto al 2006 (2.696.093 euro) passando dal 10% delle entrate da privati nel 2006 al 14% nel 2007.

Il bilancio 2007 di MSF Italia non riporta proventi da "5 x 1000": i proventi derivanti dal primo anno di applicazione del "5 x 1000" (dichiarazione dei redditi 2005) sono stati infatti incassati nel 2008 e quindi contabilizzati nel bilancio d'esercizio dello stesso anno.

Nei primi due anni di applicazione del "5 x 1000", dichiarazioni dei redditi 2005 e 2006, MSF Italia è stata tra le prime associazioni in termini di preferenze da parte dei contribuenti italiani: 150.497 preferenze nel primo anno, cresciute a 202.766 (+35%) nel secondo. I proventi che ne sono derivati ammontano a circa 5 milioni per il primo anno, per superare i 6 milioni nel secondo.

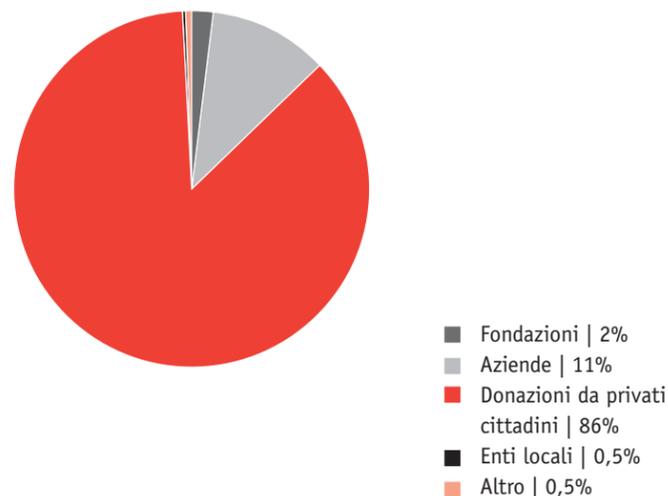
## Come vengono utilizzate le donazioni

Nel 2007, l'80% delle entrate complessive (28.520.930 euro) è stato utilizzato per finanziare i progetti di soccorso medico di Medici Senza Frontiere.

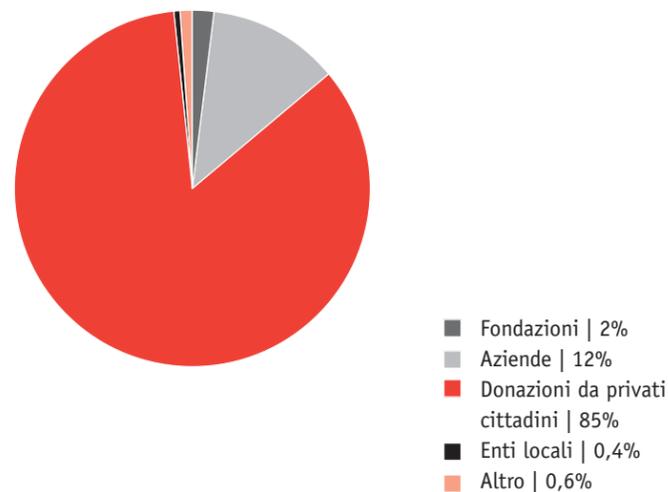
Da precisare che, di questi:

- il 9% è stato destinato ad attività di supporto ai progetti (reclutamento operatori umanitari effettuato a livello internazionale, loro coordinamento e formazione, studi epidemiologici e supporto logistico)
- l'11% rappresenta un fondo di liquidità per garantire a tutti i nostri interventi un periodo di autonomia finanziaria, in caso di necessità
- 1.090.869 euro, che rappresentano il valore degli immobili ricevuti da lasciti, saranno inviati ai progetti in seguito alla vendita degli immobili stessi.

## Ricavi totali 2007 | 35,872,505 euro



## Ricavi totali 2006 | 32,770,837 euro

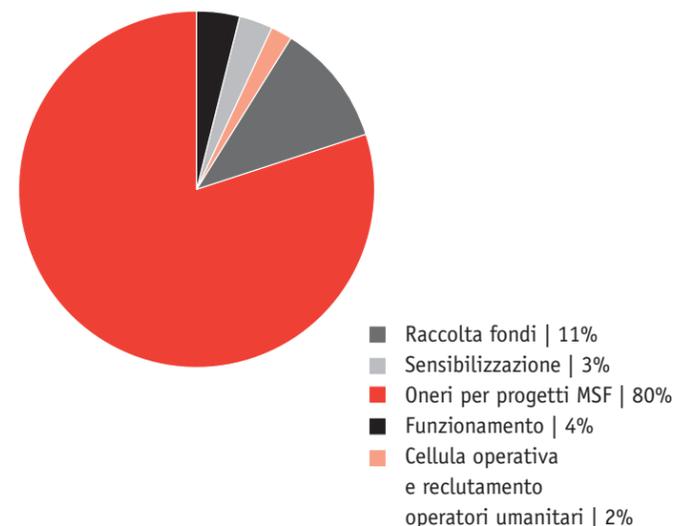


Il totale dei costi, pari al 20% delle entrate, è stato di 7.351.575 euro, ed è così suddiviso:

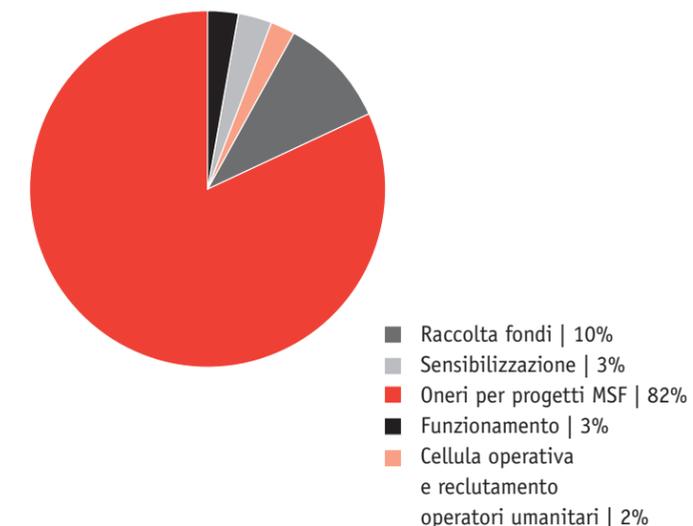
- attività di raccolta fondi: 4.041.673 euro (11%)
- attività di sensibilizzazione: 1.157.448 euro (3%)
- gestione cellula operativa di MSF Italia, reclutamento degli operatori umanitari Italiani fatto da MSF Italia: 819.747 euro (2%)
- stipendi, oneri amministrativi e altre spese di funzionamento dell'ufficio: 1.332.707 (4%)

Medici Senza Frontiere Italia continua a rispettare l'impegno di mantenere i costi di gestione entro il 20% del totale delle entrate.

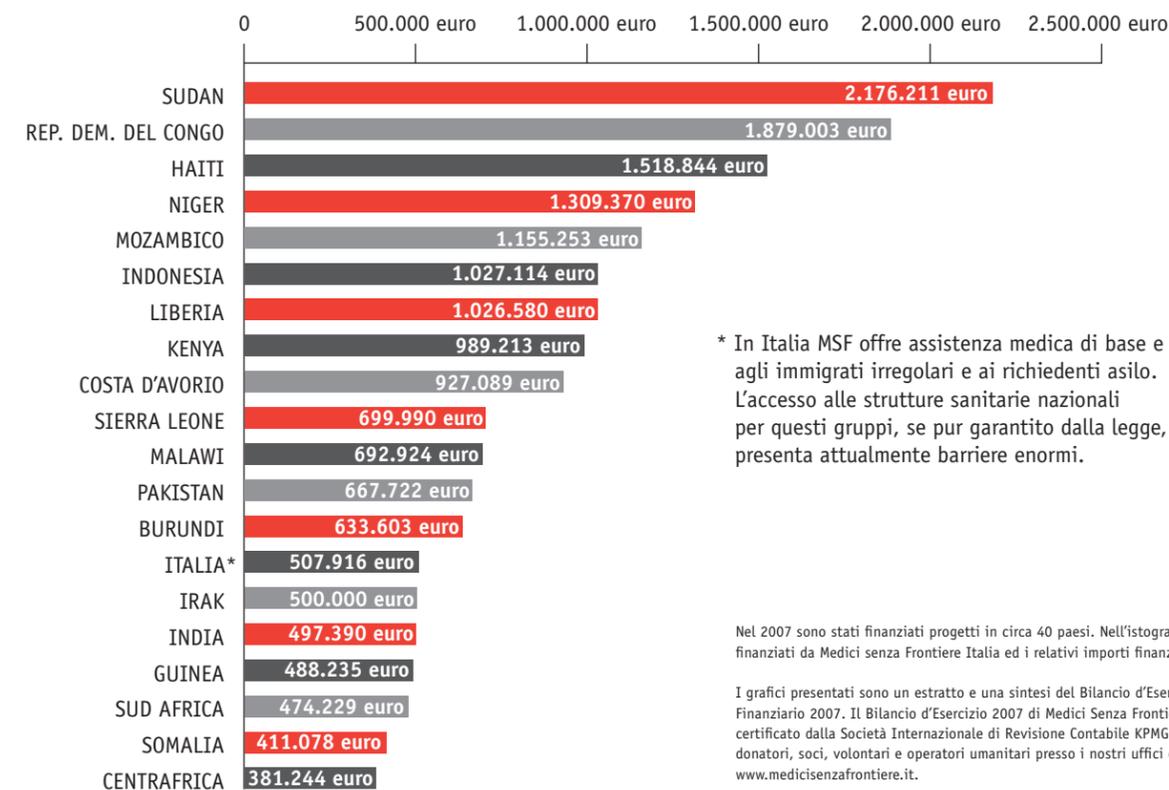
## Utilizzo ricavi 2007 | 35,872,505 euro



## Utilizzo ricavi 2006 | 32,770,837 euro



## I primi 20 paesi finanziati da MSF Italia



\* In Italia MSF offre assistenza medica di base e legale agli immigrati irregolari e ai richiedenti asilo. L'accesso alle strutture sanitarie nazionali per questi gruppi, se pur garantito dalla legge, presenta attualmente barriere enormi.

Nel 2007 sono stati finanziati progetti in circa 40 paesi. Nell'istogramma sono riportati i primi paesi finanziati da Medici senza Frontiere Italia ed i relativi importi finanziati per paese.

I grafici presentati sono un estratto e una sintesi del Bilancio d'Esercizio pubblicato nel Rapporto Finanziario 2007. Il Bilancio d'Esercizio 2007 di Medici Senza Frontiere Italia è stato controllato e certificato dalla Società Internazionale di Revisione Contabile KPMG, ed è a disposizione di tutti i donatori, soci, volontari e operatori umanitari presso i nostri uffici e sul nostro sito internet [www.medicisenzafrontiere.it](http://www.medicisenzafrontiere.it).

## PUBBLICAZIONI

### Rapporto annuale sulle crisi umanitarie dimenticate dai media nel 2007

Rapporto annuale di Medici Senza Frontiere (MSF), in collaborazione con l'Osservatorio di Pavia, sulle crisi umanitarie dimenticate dai media nel 2007.

Il rapporto contiene la "top ten" delle crisi umanitarie più ignorate nel mondo e un'analisi realizzata dall'Osservatorio di Pavia sullo spazio dedicato alle crisi umanitarie dai principali telegiornali della televisione generalista in Italia. Le dieci crisi umanitarie identificate da MSF come le più ignorate erano: Somalia, Zimbabwe, tubercolosi, malnutrizione infantile, Sri Lanka, Repubblica Democratica del Congo, Colombia, Myanmar, Repubblica Centrafricana e Cecenia.

[www.crisidimenticate.it](http://www.crisidimenticate.it)

### Una stagione all'inferno

Rapporto di MSF sulle condizioni di salute, vita e lavoro degli stranieri impiegati in agricoltura nelle regioni del Sud Italia (2007).

Da luglio a novembre 2007 un'equipe mobile di MSF ha visitato e intervistato oltre 600 stranieri impiegati come lavoratori stagionali in agricoltura nelle regioni del Sud Italia. I risultati dell'inchiesta sono allarmanti: gli stranieri si ammalano a causa delle durissime condizioni di vita e lavoro cui sono costretti. Già nel 2004 MSF aveva visitato le campagne del Sud Italia per portare assistenza sanitaria agli stranieri impiegati come stagionali e per indagare questa scomoda realtà.

[www.medicisenzafrotiere.it](http://www.medicisenzafrotiere.it)

### Fuga da Oronero. Le attività di MSF in fumetto

Oronero, Africa centrale: un colpo di stato sconvolge la vita della popolazione e i villaggi della campagna sono assaltati dai militari. La notizia arriva anche in Europa e la macchina dei soccorsi si mette subito in moto. Per Kayode e i suoi fratellini sembra già troppo tardi: rimasti improvvisamente soli devono fuggire verso Solecaldo, al di là del fiume, dove c'è qualcuno pronto ad aiutarli. La strada è difficile e il tempo sembra correre più veloce di loro... ma la salvezza non è poi così lontana.

Testi di Marco Berrini, Andrea Pasini  
Disegni di Graziano Barbaro  
Colori di Davide Turotti  
Il fumetto è indicato per bambini di età compresa tra i 6 e i 10 anni.

**Carthusia Edizioni**

### NERO. L'altra faccia dell'Italia

Il lato nascosto dell'immigrazione del nostro paese, di quelle persone condannate a essere "invisibili" nonostante contribuiscano in maniera fondamentale alla nostra economia, raccontato attraverso le foto di Francesco Cocco, fotografo dell'agenzia Contrasto. "La nostra storia è la loro storia", scrive Gian Antonio Stella nella prefazione. "E farla vedere, come fanno Medici Senza Frontiere e Francesco Cocco con questo libro, non aiuta solo a capire gli immigrati di oggi nelle campagne del Mezzogiorno italiano. Rende l'onore a quanti di noi, fino a ieri, si sono adattati a vivere nella stessa disperazione, coltivando le stesse speranze".  
Prefazione di Gian Antonio Stella e introduzione di Renata Ferri.

**Edizioni Logos**

### Non tornerò col dubbio e con il vuoto. Lettere Senza Frontiere

Raccolta di 43 racconti di piccole storie quotidiane che si svolgono nell'ambito della grande Storia dei popoli. Narrano la vita e le esperienze dei tanti operatori di MSF, medici, infermieri, logisti, psicologi, che sono partiti e ritornati, che hanno vissuto e conosciuto mondi, realtà, persone. "Giungono dalle trincee delle guerre dimenticate, dagli oscuri territori dove è in agguato la morte, dai sordidi recessi di un'umanità negata e vilipesa. Ma sono lettere che inneggiano alla vita e trasudano speranza. Poca pubblicità, nessun protagonismo: è la filosofia, e lo scudo protettivo, dei volontari di MSF. Il grande pubblico non conosce i loro nomi, non vede i loro volti alla tv, non immagina in quali condizioni siano costretti a vivere e a operare. Sono loro a rivelarsi, a raccontare le ansie e i dubbi, le sfide, le vittorie, le sconfitte. Le piccole grandi storie che danno un senso alla vita.

Li vediamo alle prese con il coprifuoco e con i posti di blocco, con il generatore di corrente e la latrina, con le zanzare, le inondazioni, le febbri emorragiche, le bambine stuprate. Con la paura e la solitudine, ripagate dal sorriso fiducioso della gente" (Giovanni Porzio, inviato speciale di Panroma).

Prefazione di Giovanni Porzio, inviato speciale del settimanale "Panorama".

**Il Pensiero Scientifico Editore**

## L'organizzazione

Medici Senza Frontiere è un'organizzazione internazionale privata nata nel 1971 per offrire soccorso sanitario alle popolazioni in pericolo e testimoniare della loro situazione.

L'impegno di Medici Senza Frontiere in Italia prende l'avvio alla fine del 1992, con una forte azione di denuncia sulla carestia che, insieme alla guerra civile, decima la popolazione in Somalia. La sezione italiana si costituisce legalmente nel 1993, ma è nel 1994, con l'emergenza del Ruanda, che la presenza di MSF, testimone diretta del genocidio rwandese nell'aprile 1994, si consolida anche nel nostro paese. Nel 1998 MSF Italia si costituisce come Onlus (Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale) ottenendone il riconoscimento da parte del Ministero della Sanità, mentre nel 2002 riceve l'idoneità di ONG (Organizzazione Non Governativa).

L'organo supremo di governo dell'associazione è l'Assemblea degli Associati, che riunendosi annualmente nomina i componenti del Consiglio Direttivo e detta le linee di indirizzo e le direttive generali per il funzionamento dell'associazione per mezzo di mozioni e deliberazioni che vincolano l'universalità dei soci. Spettano al Consiglio Direttivo (che opera su base totalmente volontaria) la nomina - tra le altre cariche - del Presidente e del Direttore Generale e tutti i poteri per la gestione ordinaria e straordinaria dell'Associazione.

Altri organi sono il Collegio dei Revisori dei Conti ed il collegio dei Proviviri. Il primo è incaricato di esaminare i bilanci e formulare in apposite relazioni le proprie osservazioni e conclusioni; l'attività di revisione effettuata da quest'organo è affiancata da quella dei revisori esterni che certificano il bilancio di Medici Senza Frontiere Onlus (attualmente, la società di revisione è KPMG). Il collegio dei Proviviri invece esercita, a richiesta di chi abbia interesse, l'attività giurisdizionale sulle controversie tra organi associativi, titolari di cariche e soci.

Le attività di Medici Senza Frontiere Italia si articolano attorno al reclutamento nel nostro Paese di personale sanitario e non sanitario per tutte le missioni di MSF nel mondo; alla raccolta fondi per partecipare al finanziamento dei progetti di MSF; alla sensibilizzazione per portare le crisi umanitarie all'attenzione dell'opinione pubblica, criticare le inadeguatezze del sistema degli aiuti e denunciare la strumentalizzazione degli aiuti umanitari per fini politici. Le partenze per i progetti sul terreno di operatori umanitari selezionati da MSF Italia nell'ultimo anno sono state 213. I fondi raccolti nel 2007 ammontavano a circa 36 milioni di euro.

La sede legale di MSF in Italia è a Roma, dove lavorano più di 40 persone. Nel maggio del 2002 è stato aperto un secondo ufficio con sede a Milano, in cui lavorano 4 persone. Gli uffici sono organizzati in dipartimenti:

- La Direzione Generale, oltre a dettare l'impronta dell'organizzazione, mantiene le relazioni con gli organi istituzionali, quelle con il mondo accademico ed altri attori che si affacciano sull'arena dell'azione umanitaria, e facilita i rapporti tra l'associativo e l'esecutivo.
- Il Dipartimento della Comunicazione svolge azioni di sensibilizzazione e raccolta fondi, abbracciando il settore dei media, la raccolta fondi stessa e l'organizzazione di eventi.
- Il Dipartimento Finanze e Risorse Umane ha la responsabilità della gestione delle risorse umane delle sedi, del reclutamento e della formazione degli operatori umanitari italiani, della gestione economica e finanziaria dell'Associazione. Questo dipartimento inoltre gestisce il funzionamento operativo degli uffici e i servizi informatici.
- Infine, a partire dal gennaio 2005 MSF Italia ha assunto anche un ruolo direttamente operativo all'interno del movimento MSF, con la creazione di una "Cellula" di coordinamento delle operazioni sul campo in alcuni Paesi. La "Cellula" è composta da un coordinatore generale, un responsabile medico, un responsabile logista, un responsabile amministrativo e uno finanziario, e risponde al Direttore delle Operazioni del Centro Operazionale di Bruxelles (OCB). Grazie a questo nuovo assetto oggi MSF Italia gestisce direttamente i progetti in Iraq, Colombia, Etiopia, Brasile, Haiti, Italia e Malta.

Oltre agli uffici di Roma e Milano, MSF Italia ha deciso nel 2003 di aprire delle strutture locali chiamate Punti Informativi - composte da volontari e operatori umanitari che senza alcun vincolo contrattuale decidono di dedicare parte del loro tempo a MSF - al fine di radicare lo spirito dell'organizzazione sul territorio con attività di sensibilizzazione e l'organizzazione di eventi. Attualmente i Punti Info sono presenti ad Aosta, Milano, Roma, Bergamo, Padova, Brescia, Torino, Verona e Bologna. Nei prossimi mesi si prevede l'apertura di un nuovo punto informativo anche a Napoli, che dia respiro al movimento anche nel sud Italia.

MSF Italia partecipa naturalmente anche alla diffusione ed alla azione di lobbying per le campagne internazionali (Campagna per l'Accesso ai Farmaci Essenziali) e nazionali (Osservatorio Crisi Dimenticate) di MSF.

### La struttura di un centro operativo



L'azione di MSF è anche in Italia dove, con un progetto denominato "Missione Italia", porta assistenza agli immigrati sin dai primi drammatici momenti dello sbarco, sollecitando e supportando le istituzioni sul territorio ad applicare la legislazione prevista per l'accesso alle cure sul nostro territorio nazionale, e intervenendo anche nelle aree agricole del Sud Italia per garantire risposta ai bisogni di salute e di accettabili condizioni di vita per gli immigrati reclutati come braccianti.

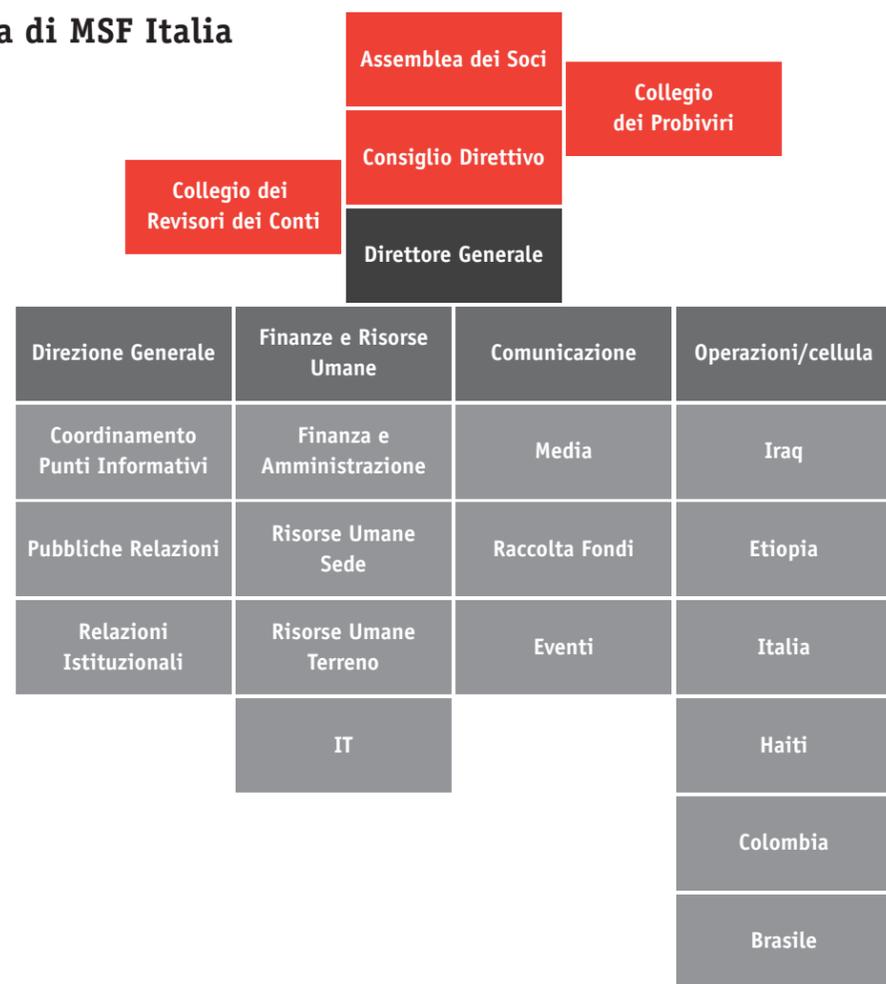
Il movimento MSF internazionale si compone di 19 sezioni che sono strutturate attorno a 5 Centri Operativi (CO): Parigi, Ginevra, Amsterdam, Barcellona e Bruxelles.

Le sezioni sono così distribuite: Australia, Francia, Giappone, USA nel CO di Parigi, Austria e Svizzera nel CO di Ginevra, Grecia e Spagna nel CO di Barcellona, Canada, Olanda, Germania e UK nel CO di Amsterdam ed infine, Norvegia, Danimarca, Svezia, Belgio, Lussemburgo, Hong Kong ed Italia fanno parte del CO di Bruxelles. A questo totale di 19 sezioni si aggiungono il Brasile, il Sud Africa e gli Emirati Arabi Uniti che per ora hanno la qualifica di uffici di rappresentanza.

Tutte le sezioni di MSF condividono il nome, i principi fondanti dell'organizzazione ed il Charter. Presentano molti livelli di interdipendenza e partecipano inoltre ai progetti ed alle campagne internazionali di MSF, tra cui la Campagna di Accesso ai Farmaci Essenziali. L'organo supremo decisionale del movimento di MSF è l'International Council (IC) del quale fanno parte tutti i Presidenti delle sezioni. La coordinazione internazionale e l'attuazione delle decisioni prese dall'IC e dall'ExDir (che raggruppa i Direttori Generali delle sezioni) spettano all'Ufficio Internazionale, sotto la coordinazione del Segretario Generale. L'Ufficio Internazionale è l'entità che vincola legalmente ed unisce tutte le sezioni.

La struttura dei Centri Operativi di Medici Senza Frontiere è molto articolata al suo interno e l'organizzazione ruota attorno alle operazioni, che costituiscono il cuore e la finalità ultima del lavoro di tutti gli altri dipartimenti. Dato il carattere della nostra organizzazione, il ruolo del Dipartimento Medico è cruciale per lo svolgimento delle attività sul terreno. I centri di approvvigionamento di Bruxelles, Bordeaux e Amsterdam insieme ad Epicentre, centro di ricerca epidemiologica di eccellenza, completano il quadro degli attori che si celano dietro ogni intervento di MSF.

## La struttura di MSF Italia



### I Punti Informativi. Come contattarli:

**Milano** info.milano@rome.msf.org | **Aosta** info.aosta@rome.msf.org | **Bergamo** info.bergamo@rome.msf.org  
**Bologna** info.bologna@rome.msf.org | **Brescia** info.brescia@rome.msf.org | **Padova** info.padova@rome.msf.org  
**Torino** info.torino@rome.msf.org | **Roma** info.roma@rome.msf.org | **Verona** info.verona@rome.msf.org

## CARTA DEI PRINCIPI

di **Sven Torfinn**

**Medici Senza Frontiere – MSF è un’organizzazione privata a carattere internazionale. L’organizzazione annovera, in gran parte, medici e operatori sanitari ed è aperta alle altre professioni che siano utili alla sua missione. Tutti devono attenersi, sul proprio onore, ai seguenti principi:**

**i Medici Senza Frontiere – MSF prestano la loro opera di soccorso alle popolazioni povere, alle vittime delle catastrofi di origine naturale o umana, alle vittime della guerra, senza discriminazione alcuna, sia essa razziale, religiosa, filosofica o politica;**

**operando nello spirito di neutralità e in completa imparzialità, i Medici Senza Frontiere rivendicano, in nome dell’etica professionale universale e del diritto all’assistenza umanitaria, la totale libertà nell’esercizio della loro funzione;**

**si impegnano a rispettare i principi deontologici previsti dalla professione nonché a mantenere una totale indipendenza da qualsiasi potere e da ogni forza politica, economica o religiosa;**

**in qualità di operatori umanitari, sono al corrente dei rischi e dei pericoli presenti nelle missioni che compiono astenendosi, quindi, dal reclamare, per sé o per altri aventi diritto, compensi diversi da quelli che l’associazione sarà in grado di fornire loro.**

di **Sven Torfinn**

I testi del presente rapporto relativi ai singoli paesi forniscono una panoramica del lavoro di MSF nel mondo tra gennaio e dicembre 2007.

I numeri relativi al personale rappresentano il numero totale di posizioni FTE (equivalente a tempo pieno) per paese nel 2007. I motivi dell’intervento classificano l’evento/i iniziale/i che ha suscitato la risposta medico-umanitaria di MSF come documentato nello studio del 2007 sulla tipologia internazionale.

I riassunti per paese sono a carattere rappresentativo e, per motivi di spazio, non possono essere del tutto completi.

## LA PUBBLICAZIONE

di **Sven Torfinn**

**Testi dei paesi ed editoriali scritti da**

Wei Baozhu, Siân Bowen, Jean-Marc Jacobs, Anthony Jacopucci, Alois Hug, Isabelle Jeanson, Duncan Mclean, Sally McMillan, Anna-Karin Moden, Alessandra Oglino, Hélène Ponpon, Susan Sandars, Natalia Sheletova, Sheila Shettle, Véronique Terrasse, Elena Torta, Caroline Veldhuis, Joanne Wong

**Si ringraziano**

Montserrat Batlló, Daniel Berman, Laure Bonnevie, Karen Day, Tory Godsál, Myriam Henkens, Pierre Humblet, Anara Karabekova, Fernando Pascual, Jordi Passola, Barry Sandland, Miriam Schlick, Susan Shepherd, Emmanuel Tronc, Caroline Veldhuis, Tido von Schoen-Angerer e tutti gli operatori sul terreno, lo staff della comunicazione e delle operazioni che hanno corretto il materiale di questo rapporto.

**Direttore responsabile** Siân Bowen

**Ricerca e Redazione** Hélène Ponpon

**Photo Editor** Bruno De Cock, Sofie Stevens

**Correttore di bozze** Emily Wood

**Edizione francese**

**Coordinatore** Hélène Ponpon

**Traduzione** Translate 4 U sàrl

(Aliette Chaput, Emmanuel Pons)

**Redattore** Hélène Ponpon

**Edizione italiana**

**Coordinatore** Barbara Galmuzzi

**Traduttore** Selig S.a.S.

**Redattore** Barbara Galmuzzi

**Impaginazione** LS graphic design

**Stampa** Musumeci S.p.A. - Aosta

**Edizione spagnola**

**Coordinatore** Javier Sancho

**Traduttore** Pilar Petit

**Redattore** Eulalia Sanabra

**Graphic Design**

Studio Roozen, Amsterdam, The Netherlands