



©Dirk-Jan Visser



OLTRE IL COLERA: SI AGGRAVA LA CRISI NELLO ZIMBABWE

Ogni giorno nello Zimbabwe migliaia di persone rischiano la vita per raggiungere il Sudafrica, attraverso il fiume Limpopo, dove si sono rifugiati circa 3 milioni di persone. Si tratta del più grande esodo registrato in un paese africano non in aperto conflitto.

La crisi politica e il conseguente collasso economico hanno causato il crollo del sistema sanitario e delle infrastrutture di base cui è seguita un'epidemia di colera senza precedenti che ha provocato migliaia di vittime. Tuttavia il colera è solo uno dei tanti aspetti della complessa crisi umanitaria: scarso accesso all'assistenza sanitaria, infrastrutture al collasso, alta prevalenza di HIV, violenza politica, sfollati interni e rifugiati nei paesi confinanti, carenze alimentari/malnutrizione. La situazione non è affatto nuova, ma negli ultimi mesi è peggiorata significativamente a causa dell'impasse politica e dell'aggravarsi della crisi economica. A peggiorare le cose, a fronte dell'emergenza umanitaria che si andava delineando, è mancata una risposta internazionale forte e coordinata.

Medici Senza Frontiere (MSF) lavora nello Zimbabwe dal 2000 e dal 2007 assiste la popolazione rifugiata in Sudafrica. Attualmente, le équipes sanitarie nello Zimbabwe stanno facendo fronte a circa il 75% dei casi sospetti di colera. Dall'inizio dell'epidemia nell'agosto del 2008, la sola MSF ha curato circa 45.000 pazienti e fornito il trattamento ad altre migliaia di pazienti fornendo approvvigionamenti, supporto logistico e tecnico e formando il personale del Ministero della Sanità. All'interno dei suoi progetti, MSF fornisce assistenza sanitaria agli oltre 40.000 pazienti di HIV/AIDS, 26.000 dei quali seguono la terapia antiretrovirale (ARV) e fornisce supporto nutrizionale ai bambini gravemente malnutriti.

CONTINUA L'EMERGENZA COLERA

"Fronteggiare l'incessante aumento dei pazienti è una sfida continua. Abbiamo esaurito lo spazio nelle corsie e i posti letto per i pazienti". - Un operatore di MSF

L'epidemia di colera, iniziata nell'agosto del 2008, è di dimensioni senza precedenti per lo Zimbabwe e non accenna a diminuire. In questo periodo MSF ha curato oltre 45.000 pazienti di colera, circa il 75% del totale dei pazienti dallo scoppio dell'epidemia. L'impegno di MSF si è reso necessario a causa della portata dell'epidemia e perché le strutture sanitarie locali non sono in grado di fronteggiare la situazione.

In tutte le province, sono stati individuati dei casi di colera. Attualmente, oltre 500 operatori di MSF sono all'opera per individuare nuovi casi e curare i pazienti che necessitano di cure. Ai primi di febbraio 2009, il focolaio dell'epidemia si era spostato dalle città alle zone rurali dove l'accesso all'assistenza sanitaria è particolarmente limitato, tuttavia il numero di casi in alcune aree urbane è ancora significativo. L'epidemia è tutt'altro che sotto controllo. Nella prima settimana di febbraio 2009 sono stati trattati 4.000 nuovi casi solo nelle strutture supportate da MSF.

Le cause dell'epidemia sono evidenti: scarso accesso all'acqua potabile, sistemi fognari rotti o ostruiti, rifiuti che non vengono raccolti ammassati sulle strade, tutti segnali del collasso delle infrastrutture dovuto al tracollo politico ed economico dello Zimbabwe.

Anche se MSF è stata in grado di rispondere all'epidemia su vasta scala, ha subito ritardi e restrizioni. In dicembre, quando il numero di pazienti di colera ad Harare ha raggiunto il picco massimo, con quasi 2.000 ricoveri a settimana, ci sono volute settimane per ottenere il permesso di aprire un secondo reparto nell'ospedale per le malattie infettive di Harare, al fine di aumentare i posti letto per i casi di colera.

IL COLLASSO DEL SISTEMA SANITARIO

Nella seconda parte del 2008, gli ospedali pubblici dello Zimbabwe hanno iniziato a rifiutare i pazienti per mancanza di rifornimenti e di fondi per gli stipendi. I pazienti vengono respinti e, se non possono permettersi di accedere ad una struttura sanitaria privata, restano privi di assistenza medica. Un numero sempre crescente di pazienti provenienti dai centri urbani si sta riversando nelle cliniche di MSF delle zone rurali. È un dato senza precedenti per il sistema sanitario nelle aree urbane del paese, un tempo considerato un modello di eccellenza.

Attualmente nei centri sanitari c'è una forte carenza di personale chiave, soprattutto infermieristico. Lo stipendio di un infermiere non è sufficiente per sopravvivere a causa dell'inflazione alle stelle e dell'economia informale¹ basata sul baratto e sul dollaro. Molti operatori sanitari si sono rivolti al settore non ufficiale o sono fuggiti in Sudafrica.

C'è anche una diffusa carenza di materiali sanitari di base (siringhe, guanti, ecc.) e di farmaci. In quasi tutti i servizi gestiti dal governo viene richiesto ai pazienti di pagare i farmaci. Sempre più spesso MSF raccoglie testimonianze, non ufficiali, secondo le quali il personale ministeriale richiederebbe ai pazienti di pagare i farmaci che dovrebbero essere gratuiti nelle zone rurali. In un ospedale di Gweru, i pazienti di chirurgia sono stati rifiutati perché mancavano i guanti sterili e i materiali per le suture. Le carenze delle strutture sanitarie riguardano anche le attrezzature e i reagenti dei laboratori, acqua corrente ed elettricità.

Anche se le carenze di personale e di farmaci non riguardano solo lo Zimbabwe – in effetti le strutture sanitarie hanno un aspetto di normalità – i letti vuoti e le porte chiuse sono sintomatici di un sistema al collasso che in passato aveva fornito cure sanitarie di alto livello, ma che oggi non è più in grado di far fronte alle conseguenze sanitarie per l'aggravarsi della crisi politica ed economica.

LE CONSEGUENZE DELLA CRISI SULLE PERSONE CON HIV/AIDS

Nello Zimbabwe l'aspettativa di vita è precipitata a 34 anni², principalmente a causa della devastante epidemia di AIDS. Un adulto su cinque è HIV-positivo.

Lo sconvolgimento politico e i problemi economici si ripercuotono negativamente sull'accesso dei pazienti alle cure mediche, comprese le terapie per l'HIV/AIDS.

Per le persone con HIV/AIDS è fondamentale la continuità della cura e anche un corretto follow-up. Se la terapia viene interrotta e i pazienti non assumono la terapia secondo i tempi prescritti, le conseguenze per il paziente sono gravissime. Spesso il loro stato di salute peggiora rapidamente e, nel lungo periodo, potrebbero sviluppare resistenze ai farmaci di prima linea. Ma rispettare gli incontri fissati è diventato sempre più difficoltoso. Molte persone non possono raggiungere le strutture sanitarie perché i mezzi di trasporto sono inaffidabili o troppo costosi. In più, la chiusura delle strutture sanitarie comporta viaggi più lunghi per chi ha bisogno di cure mediche.

Nello Zimbabwe sono rimasti pochi medici ma i pazienti che necessitano di farmaci antiretrovirali sono tantissimi. A Bulawayo, circa 2.500 pazienti sono in attesa di ricevere la terapia antiretrovirale. Agli infermieri non è consentito di somministrare la terapia sebbene effettuino visite ambulatoriali (OPD) e prescrivano gli antibiotici nelle cliniche.

Malgrado la carenza di personale sanitario nello Zimbabwe, MSF subisce restrizioni nel portare personale nel paese. I medici sono obbligati a effettuare una pratica di tre mesi. Ciò è reso ancora più problematico dalla chiusura dei grandi ospedali dove vengono effettuate le pratiche. I permessi di lavoro per lo staff internazionale sono difficili da ottenere e da rinnovare. In media occorrono 3 mesi per ottenere un permesso di lavoro. È essenziale che tali restrizioni vengano revocate e che gli infermieri siano autorizzati a somministrare e gestire la terapia antiretrovirale.

Lo sfollamento interno e/o la fuga nei paesi confinanti rendono ancora più difficoltoso attenersi alla terapia antiretrovirale. Alcuni pazienti avevano paura di spostarsi per andare nei servizi sanitari a causa della violenza politica scoppiata durante il ballottaggio delle elezioni nel giugno 2008. Lo scarso accesso all'assistenza sanitaria ha creato un'enorme lista di attesa di pazienti che necessitano della terapia antiretrovirale e questo può determinare un aumento della mortalità nella fase che precede questa terapia. Moltissimi pazienti sono fuggiti in altri paesi come il Sudafrica ma una volta là, hanno paura di accedere al sistema sanitario perché temono l'arresto o la deportazione.

¹ La difficile situazione degli stipendi degli infermieri potrebbe leggermente migliorare nel 2009 perché agenzie ONU, donatori e ONG si occuperanno di pagare gli incentivi al personale del Ministero della Sanità (MhH). Tuttavia, anche in questo caso, un infermiere medio percepirebbe 60 dollari/mese. Questo importo coprirebbe a malapena i costi di trasporto da/per il luogo di lavoro.

² Aspettativa di vita sana per le donne secondo i dati OMS 2006. L'aspettativa di vita sana per gli uomini è di 37 anni.

CARENZA DI CIBO E MALNUTRIZIONE

Dal 4 giugno al 29 agosto 2008, il governo dello Zimbabwe ha imposto un divieto a quasi tutte le organizzazioni umanitarie internazionali, che ha prodotto la paralisi quasi totale delle distribuzioni alimentari in tutto il paese. Anche se il divieto è stato revocato, ancora oggi se ne subiscono le conseguenze. In alcune parti del paese le distribuzioni alimentari non sono ancora riprese.

La mancanza di cibo è un problema gravissimo che si prevede aumenterà ancora tra febbraio e marzo 2009, al culmine della cosiddetta "hunger season" che precede il raccolto.

"Secondo me il problema maggiore dello Zimbabwe è la situazione alimentare. Alcuni si cibano di frutti selvatici e non mangiano nient'altro – a volte per una settimana intera".

Un paziente dello Zimbabwe in una clinica di MSF

A Epworth, nel mese di dicembre e ancora a gennaio, MSF ha visto raddoppiare il numero di bambini ammessi al proprio programma per la malnutrizione. Attualmente viene impedito a MSF di effettuare una valutazione dei bisogni nutrizionali. Ciò ostacola la capacità di MSF di rispondere alla crisi nutrizionale del paese con il timore che i bambini non arrivino in tempo nelle nostre cliniche.

L'indisponibilità, anche economica, di prodotti agricoli nel Paese si traduce in una insicurezza alimentare che continuerà anche nella prossima stagione.

"Provengo dalla zona rurale di Gutu. Mi sono sposato da poco e vivo con mia moglie e i miei genitori. Mia moglie è incinta di 7 mesi. Vivevamo lavorando la terra in una fattoria. Da quest'anno la vita è diventata sempre più difficile. Dalle nostre parti non c'è stato un buon raccolto a causa della siccità. Mia moglie sta morendo di fame ed è anche incinta. Ho deciso di venire in Sudafrica per aiutare i miei 7 familiari. Spero di mandargli presto un po' di cibo".

Rifugiato ventenne dallo Zimbabwe a Musina, Sudafrica

Alcuni pazienti hanno riferito a MSF che il loro raccolto e le riserve di cibo sono state distrutte nel corso delle violenze. A Epworth, è stato registrato un notevole aumento di casi di abbandono della terapia antiretrovirale all'interno del programma di MSF, che è coinciso con la sospensione delle distribuzioni alimentari e con l'escalation delle violenze nel periodo delle elezioni.

LA FUGA NEI PAESI CONFINANTI

Il tracollo economico, la mancanza di cibo, il collasso del sistema sanitario, la violenza e le tensioni politiche hanno determinato nello scorso decennio un forte aumento dei rifugiati dello Zimbabwe in Sudafrica. Gli abitanti dello Zimbabwe in fuga attraverso il confine con il Sudafrica, rischiano percosse, stupri o rapine da parte di banditi, i "guma-guma", o di essere divorati dai coccodrilli mentre attraversano a nuoto il fiume Limpopo.

"Sono dello Zimbabwe. Secondo me la situazione del mio paese non viene presa abbastanza sul serio. La gente ha veramente fame. Se un somalo attraversa il confine, tutti capiscono il perché. Tutti sanno della guerra ma nello Zimbabwe non è così"...

Un rifugiato dello Zimbabwe a Musina, Sudafrica

Nonostante lo Zimbabwe sia al collasso, il governo sudafricano ha definito la popolazione presente nel paese come "migranti economici volontari" e lo stato di rifugiato viene concesso a meno del 5% delle persone che chiedono asilo. Ciò significa che essi non hanno i requisiti per ottenere una personalità giuridica che garantirebbe loro protezione.

In Sudafrica vivono circa 3 milioni di cittadini dello Zimbabwe, quasi tutti privi di documenti, che vivono costantemente nella paura della deportazione. Anche se la costituzione sudafricana garantisce in teoria l'accesso all'assistenza sanitaria e ad altri servizi essenziali a tutti coloro che vivono nel paese, ciò non viene sempre rispettato e la paura della deportazione e, più recentemente, le violenze xenofobe, impediscono a molti migranti di accedere all'assistenza sanitaria.

CONCLUSIONI

La crisi politica e il conseguente tracollo economico si manifestano attraverso colera, sfollamento della popolazione, iperinflazione, insicurezza alimentare, violenze e scarso accesso alle terapie per l'HIV/AIDS e più in generale all'assistenza sanitaria.

Nonostante i macroscopici bisogni umanitari, il governo dello Zimbabwe continua a esercitare un rigido controllo sulle organizzazioni umanitarie. MSF subisce restrizioni nell'effettuare le valutazioni e negli interventi sanitari. Soprattutto per le emergenze, dove la rapidità dell'azione è determinante per salvare vite umane, è di fondamentale importanza che venga consentita una rapida risposta umanitaria.

Per far fronte ai problemi umanitari dello Zimbabwe, è necessario che una serie di attori politici e umanitari, tra i quali l'ONU e i paesi donatori, modifichino il proprio approccio e la propria strategia. Non è necessario solo un incremento della risposta umanitaria, ma anche un approccio all'emergenza più proattivo basato sul riconoscimento della gravità della crisi in tutte le sue manifestazioni, non solo riguardo al colera. Oggi si devono prendere provvedimenti urgenti per garantire che la popolazione dello Zimbabwe abbia pieno accesso all'assistenza umanitaria della quale ha disperatamente bisogno.

Ora più che mai, un'adeguata risposta umanitaria nello Zimbabwe necessita di uno "spazio umanitario" più ampio affinché le organizzazioni umanitarie indipendenti possano svolgere il proprio lavoro. Il governo dello Zimbabwe deve agevolare lo svolgimento delle valutazioni dei bisogni umanitari da parte delle organizzazioni indipendenti, deve garantire che le agenzie umanitarie possano lavorare ovunque vengano individuati i bisogni sanitari e deve ridurre le restrizioni burocratiche affinché i programmi possano essere dotati adeguatamente di personale sanitario e i farmaci possano essere reperiti in tempi rapidi.

I governi donatori e le agenzie delle Nazioni Unite devono garantire che l'erogazione di aiuti umanitari sia distinta dagli aspetti politici. Le loro politiche verso lo Zimbabwe non devono essere fatte a spese dell'imperativo umanitario di garantire che i bambini malnutriti, le vittime di violenza e le persone con HIV/AIDS e altre malattie abbiano libero accesso all'assistenza sanitaria essenziale per la loro sopravvivenza.