

Notizie da Matany

Il nostro ospedale in Uganda



DOMENICA 22 NOVEMBRE 2015 – ORE 11:00 ISTITUTO LEONE XIII ASSEMBLEA INFORMATIVA DI AUTUNNO

Cari amici,

i mesi trascorsi dalla nostra Assemblea di primavera sono segnati da una serie di eventi di grande rilevanza politica, economica e sociale.

Abbiamo vissuto e stiamo vivendo l'acceso dibattito parlamentare sulle riforme, il tumultuoso successo della grande esposizione universale Expo 2015, un'ondata migratoria con tensioni enormi a livello europeo, il Sinodo sulla famiglia voluto da papa Francesco.

Tutti questi avvenimenti sono caratterizzati da forti polarizzazioni e contrasti tra visioni molto diverse sul da farsi: tutti questi fatti hanno un potenziale dirompente ma nello stesso tempo possono determinare una grande unione tra le persone e i popoli se a guidare le scelte finali è un criterio genuino di perseguimento del bene comune. Come ci ricorda ancora Francesco nella lettera enciclica *Laudato si'*, esortandoci a una visione di "ecologia integrale" che coinvolge in un legame affettivo tutte le creature.

Quasi per una provvidenziale coincidenza, sto scrivendo questa lettera il 25 ottobre, data della Giornata Missionaria Mondiale che ci richiama al dovere della testimonianza.

Cerchiamo dunque di trovare – anche negli eventi importanti di questo periodo e con lo sguardo verso il prossimo Giubileo della Misericordia – ispirazione e stimolo per il nostro impegno a favore di salute, famiglia, "casa comune" in Karamoja, sostenendo il grande lavoro svolto dall'Ospedale di Matany.

Tomaso Quattrin

La famiglia in Karamoja

Considerazioni di Padre Damiano Guzzetti, vescovo di Moroto, in margine al Sinodo sulla famiglia

«Non si è mai parlato così tanto della famiglia come ai nostri giorni. Il Sinodo appena conclusosi ci ricorda che c'è una grossa emergenza da affrontare a livello planetario che deciderà le sorti dell'umanità. Tutte le culture e tutte le religioni hanno a cuore la famiglia, perché è l'elemento fondante che dà stabilità e futuro a qualsiasi società. Sappiamo che la famiglia nasce da un'unione e da una comunione. Il singolo non può fare famiglia. Dalla creazione impariamo che è la coppia uomo-donna dalla quale nasce la famiglia. In Karamoja la cultura detta leggi molto radicate nel cuore della gente sulla famiglia, perché i karimojong sanno che il loro futuro dipende tutto da questa realtà fondamentale.

In Africa, in generale, il matrimonio è concepito a tappe le quali sono scandite da rituali ben definiti e pieni di significato. I karimojong hanno molte tappe che sono raggruppate in due fasi. La prima è costituita dai primi contatti che lo sposo ha nel villaggio del padre della futura sposa. La seconda fase raggruppa i riti più ufficiali quando si tratta di iniziare a corrispondere alla famiglia della sposa i capi di bestiame pattuiti. Questa fase può durare mesi e anche anni, perché tutto dipende da quanti capi di bestiame lo sposo è in grado di portare. Le cerimonie della prima fase del matrimonio in corso vengono fatte con i membri del *clan* paterno della futura sposa, mentre per la seconda fase entrambe le famiglie entrano in causa. Questo perché la nuova famiglia creerà

un legame di solidarietà nuova fra i due *clan*. È chiaro quindi che il matrimonio qui in Karamoja ha caratteristiche fondamentali proprie per difenderlo e già si percepisce la sua solidità per la nuova famiglia. Se non fosse per la poligamia, sarebbe molto facile vederlo già come in accordo con il Vangelo.

Una volta che la dote viene data completamente, ha luogo il rito finale che consiste in una grande festa dove tutti sono invitati. Cibo e birra locale devono essere abbondanti e la sposa sarà fiera di diventare moglie a tutti gli effetti e di avere contribuito, con la dote del marito, alla propria famiglia di origine. I figli nati in questo tempo potranno appartenere ora al marito e alla sua famiglia, perché fino a quel momento erano ancora considerati figli del *clan* del padre della sposa.

In tutti questi anni di evangelizzazione i cristiani hanno capito il sacramento del matrimonio cristiano e lo apprezzano moltissimo, perché dà dignità specialmente alla donna che non si sente più oggetto di scambio e anche all'uomo che non avrà più l'assillo della dote enorme da corrispondere. La comunità cristiana, infatti, piano piano sta stabilendo le nuove regole sulla dote, che rimane comunque sempre un aspetto importante e fondamentale del matrimonio in Karamoja. Anziché arrivare anche fino a cento capi di bestiame, si stabilisce che tra cristiani che vogliono sposarsi in Chiesa basteranno quattro o cinque capi di bestiame grosso, come segno dell'impegno preso. I genitori continueranno a garantire e rispettare la nuova famiglia firmando sull'altare solennemente il giorno del matrimonio con gli sposi novelli.

C'è ancora molta strada da fare, perché la cultura locale influisce non poco sui giovani.

Rimane chiaro che qui in Karamoja i due valori fondamentali del matrimonio sono rispettati. La coppia uomo-donna e la stabilità non sono minimamente da mettere in discussione, perché chiaramente sono gli elementi che possono dare futuro ai karimojong».

TUBERCOLOSI 2015: LA NUOVA SFIDA DELLA TBC MULTIRESISTENTE

Si fa riferimento al testo di: Alberto Matteelli, Giuliano Garagioni, Matteo Zignol, Mario Raviglione / World Health Organization, Global tuberculosis Programme, in «Salute e Sviluppo/Cuamm», giugno 2015, pp. 8-9.

La tubercolosi (TB) resta una delle patologie infettive più letali al mondo. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che 9 milioni di persone si siano ammalate di TB nel 2013 e che 1,5 milioni ne siano morte. La strategia globale per la lotta alla TB, promossa dall'OMS a partire dal 1994, ha permesso di salvare 37 milioni di vite tra il 2000 e il 2013. Questi successi sono tuttavia insufficienti, se si considera l'elevato numero di persone che ancora oggi muore per una patologia prevenibile e curabile.

Nell'ultimo decennio si è inoltre affacciata una nuova minaccia: la comparsa di germi della malattia resistenti ai farmaci fino ad ora in uso contro la Tubercolosi.

La MDR-TB (MultiDrug-Resistant TB = Tubercolosi multiresistente) è una forma di TB in cui i germi responsabili della malattia (i micobatteri, stessa famiglia di quelli della lebbra) sono resistenti ad almeno rifampicina ed isoniazide, i due farmaci cardine della terapia. I pazienti con MDR-TB non rispondono alla terapia di prima linea. La resistenza ai farmaci può essere causata da vari fattori quali l'uso improprio e inadeguato dei farmaci di prima linea, la non aderenza del paziente al regime terapeutico, la bassa qualità dei farmaci utilizzati o la sospensione del trattamento. La MDR-TB si trasmette ad altri soggetti con le stesse modalità di una normale tubercolosi farmaco-sensibile. Quindi anche a un soggetto che non ha mai avuto la tubercolosi può essere diagnosticata MDR-TB.

In effetti, sarebbe scientificamente più corretto dire che ceppi di *Mycobacterium tuberculosis* causano la tubercolosi MDR: è una caratteristica del ceppo batterico, non del trattamento. Purtroppo ancora mancano dei veri e propri programmi per la sorveglianza dei casi di MDR-TB, anche se OMS e altre Organizzazioni internazionali come MSF (*Medicins sans Frontières*) hanno avviato progetti pilota per la diagnosi e la cura dei casi multi-resistenti in diversi paesi. Una recente stima parla di una prevalenza di MDR-TB > 5% tra tutti i nuovi casi di TB nel mondo. Questi sono concentrati soprattutto nelle regioni dell'ex Unione Sovietica, dove la percentuale è più del doppio rispetto alla prevalenza mondiale (circa 10-12%). Si stima che si siano verificati, nel 2013, ben 480 mila casi (il 5% dei totali).

Fondamentale, nella diagnosi di una MTB, è una diagnosi il più possibile precoce: la disponibilità di un *test* rapido e sensibile come lo **Xpert MTB** con l'identificazione della resistenza alla rifampicina offre grandi opportunità in questo senso (tale è l'apparecchiatura acquistata a Matany nel 2014 con l'ausilio del nostro Gruppo d'appoggio).

Attualmente la terapia contro la MDR-TB si avvale dell'utilizzo dei farmaci di prima linea a cui il ceppo è ancora sensibile, con l'aggiunta di un farmaco iniettabile e di un altro farmaco di seconda linea. Si tratta di una terapia che può durare fino a 24 mesi, con l'assunzione giornaliera fino a sei farmaci, gravata di una notevole tossicità: non è raro l'abbandono della terapia per questi motivi.

“È il 2013 e sto iniziando il mio quarto anno di vita con la TBC multi-resistente, quando invece dovrei essere al mio quarto anno di università”, afferma Phumeza Tisile, una ragazza sudafricana di 22 anni in cura per una TBC particolarmente resistente alla rifampicina. “Ho ingoiato circa 20.000 pillole e ho fatto più di 200 dolorose iniezioni da quando ho iniziato la cura nel mese di giugno 2010; i farmaci mi hanno resa sorda. Sogno di poter prendere solo due compresse al giorno per un mese, o giù di lì, e guarire”.

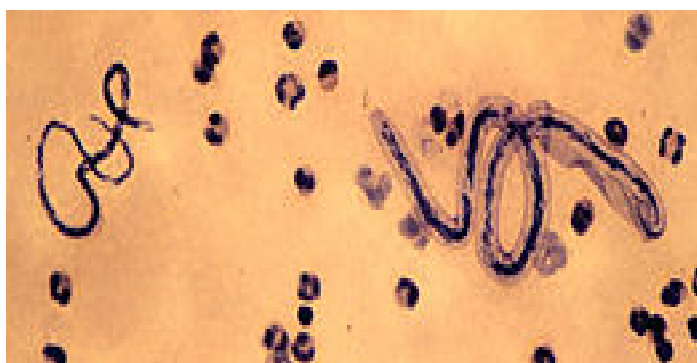
La MDR costituisce, inoltre, un aggravio finanziario enorme per i programmi nazionali antitubercolari: il costo complessivo per un singolo trattamento “normale” varia tra 100 e 500 dollari, mentre nella MDR-TB può variare a seconda dei paesi (poveri o ricchi) da 9.235 dollari a 48.553 dollari.

I cinque interventi cardine attualmente promossi dalla OMS per la lotta alla MDR-TB sono:

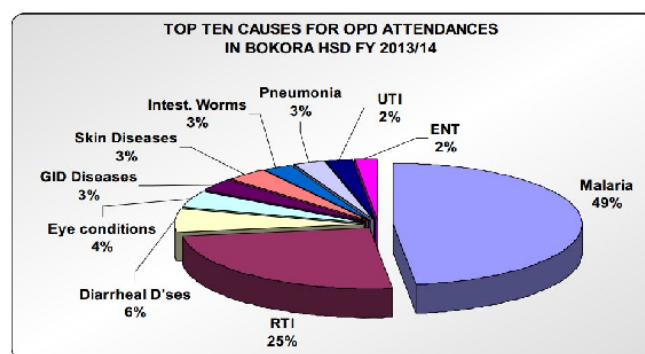
- 1) la terapia appropriata dei casi di TB sensibile, in modo da prevenire l'insorgenza di ceppi resistenti;
- 2) l'accesso più ampio a *test* diagnostici rapidi per la resistenza;
- 3) la disponibilità immediata di regimi di seconda linea per il trattamento dei casi resistenti;
- 4) la prevenzione della trasmissione da soggetti affetti da MDR-TB;
- 5) maggiori investimenti finanziari. L'OMS identifica l'insufficiente finanziamento degli interventi per la TB a livello globale come un problema prioritario: la differenza tra risorse necessarie, pari a 8 miliardi l'anno, e quelle disponibili è attualmente di almeno due miliardi di dollari l'anno. Queste cifre non includono i costi della ricerca – in larga misura dedicati allo sviluppo di nuovi vaccini, nuovi farmaci e un *test* diagnostico rapido da eseguirsi al letto del paziente – stimati in 2 miliardi di dollari l'anno. La scarsa disponibilità di risorse è difficile da giustificare se si pensa che, tra gli interventi sanitari, il trattamento della TB ha un profilo di costo-efficacia estremamente favorevole, come ampiamente documentato anche nell'ambito di processi rivolti alla preparazione dei nuovi obiettivi di sviluppo sostenibile.

Il Premio Nobel per la medicina quest'anno è per i paesi poveri

I tre vincitori possono ben dire di avere salvato vite umane nell'ordine dei milioni: 100 mila all'anno solo in Africa. L'irlandese Campbell e il nipponico Omura hanno scoperto una cura per alcune malattie parassitarie come la cecità fluviale e la filariosi (malattie causate da un minuscolo verme parassita, che provoca nel primo caso un'inflammazione cronica della cornea; la filariosi è invece un rigonfiamento permanente dei tessuti), che colpiscono un terzo della popolazione mondiale, concentrata nell'Africa Sub-sahariana, nell'Asia del Sud e nell'America Latina.



Filaria



Prevalenza della malaria nell'ambulatorio di Matany

La cinese Youyou Tu è la studiosa dell'artemisina, una sostanza ricavata dall'*Artemisia*, un'erba della medicina tradizionale cinese, cruciale per contrastare la malaria, una malattia antica quanto l'uomo, che infetta 200 milioni di persone all'anno e ne uccide 450mila, rendendo la piccola zanzara anofele l'animale più letale del pianeta. Il lavoro di Youyou Tu parte dalla fine degli anni '60, quando la malaria stava crescendo in molte zone del pianeta e il chinino mostrava tutti i suoi limiti. Dopo il parziale tramonto della cloroquina, i successivi antimalarici si sono rivelati costosi e gravati da importanti effetti collaterali. Youyou è tornata alla medicina tradizionale cinese, alla ricerca di una soluzione: è arrivata a scoprire l'efficacia di un estratto dell'*Artemisia annua*, che è poco più di un'erba stagionale. Secondo gli esperti del Comitato Nobel, le persone che hanno beneficiato delle scoperte dei tre medici sono 3,4 miliardi. Non è detto che la scoperta della cinese Youyou Tu riguardi direttamente Matany: i plasmodi malarici sono sensibili in modo differente ai farmaci. La malaria resta comunque la patologia più rappresentata negli approcci ambulatoriali dei karimojong, a Matany e negli altri ospedali e centri di cura, soprattutto tra i bambini, le cui anemizzazioni sono tragiche.

Buoni risultati a Matany: meno cesarei e più parti naturali

«Si chiama John Bosco Nsubuga, è un medico ugandese specialista in ostetricia e ginecologia, e il suo lavoro presso l'ospedale di Matany fa la differenza. Nel corso del 2014 il dott. Nsubuga ha avuto un ruolo fondamentale nella maternità dell'ospedale orientandola a una più appropriata gestione dei parti complicati. Nel 2014 sono stati eseguiti 245 cesarei su 1.060 parti con una percentuale del 23,1% di cesarizzazione. A fronte di un sensibile incremento dei parti rispetto all'anno precedente (+109), si è assistito a una riduzione numerica (-81) e percentuale (-11,2%) dei cesarei: un calo così rapido del tasso di cesarizzazione è indice di un cambiamento positivo nella gestione delle emergenze ostetriche. Se il contributo di un singolo produce questi risultati, si riconferma che puntare sulla formazione delle risorse umane sanitarie conduce a miglioramenti tangibili».

Da «èAfrica» – CUAMM, n. 2 maggio 2015.

COSA STIAMO FACENDO QUEST'ANNO PER MATANY

Dal 2014 ci siamo impegnati nella campagna "Prima le mamme e i bambini" a Matany. La nostra azione era iniziata nel 2013 con il garantire la presenza di un medico capace di assicurare il parto cesareo e le complicanze materne delle distocie (lacerazioni, rotture d'utero ecc.). Nel 2014, il CUAMM ci aveva eccezionalmente chiesto di "deviare" le nostre sovvenzioni sulla diagnostica di laboratorio per il riconoscimento rapido della TBC e delle sue nuove resistenze agli antibiotici, per riprendere però nel 2015 e nel 2016 la finalità materno-infantile, in adempimento di quanto programmato. E così stiamo facendo, seguendo le indicazioni che ci vengono da Br. Günther Nährich da Matany. Riassumendo, questa è la situazione:

- il Dr. John Bosco Nsubuga prosegue la propria attività di *Medical Superintendent* e di ginecologo ostetrico, garantendo la professionalità necessaria per un centro di riferimento dei parti a rischio;
- il chirurgo, il Dr. Sebastiano Cipriano, prosegue la propria attività di capo-missione CUAMM e di chirurgo generale,
- la specializzanda in chirurgia di 4° anno, Dr.ssa Dolcet, ha appena concluso il proprio semestre ed è stata già sostituita dalla Dr.ssa Capuano;
- il laboratorio, dotato dell'apparecchio GeneXpert, ha introdotto la metodica di diagnosi rapida di TBC e di resistenza agli antibiotici antitubercolari (vedi il successivo box) e l'ampliamento murario è in ultimazione per fine novembre 2015; l'attività è in pieno svolgimento e i primi casi di farmaco-resistenza sono stati individuati e curati con successo;
- tutti i parti cesarei per complicanze sono diventati completamente gratuiti, affinché non ci siano difficoltà di fruizione: con il nostro finanziamento viene riconosciuta a consuntivo la copertura di 100 € per ogni parto cesareo effettuato; inoltre, si è dimostrato altamente apprezzato il finanziamento del trasporto delle partorienti ai Centri di Salute di cui Matany è responsabile. Il *Voucher* (Buono di trasporto di 5000 – 50.000 Ush) è limitato alle sole gestanti del Distretto Napak di Matany, avendo ognuno degli altri sei distretti un proprio ospedale di riferimento e non potendo Matany garantire tutto a tutti; per garantire questo, abbiamo ultimamente inviato al CUAMM € 20.000, essendo il nostro impegno finalizzato alla copertura a rendicontazione delle attività svolte;
- Il progetto UNICEF/CUAMM sulla salute nel territorio prosegue e ha visto quest'anno la consueta stretta collaborazione tra medicina ospedaliera e territoriale.
- Prosegue il finanziamento delle cure collaterali per i malati di AIDS con l'invio di € 15.000; abbiamo garantito una copertura parziale delle spese correnti per € 20.000;

Per dare un'idea riassuntiva degli impegni fino ad ora assolti, vi proponiamo questa tabella:

PROGRAMMA	ANNO	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Borse di studio per studenti infermieri St. Kizito		30000	30000	15000	terminato		
Disabilità e riabilitazione motulesi		6000	sospeso	terminato			
Sistema fotovoltaico per scuola infermieri St. Kizito (Fond Vismara)							
Stipendio di uno/due medici italiani/ugandesi							
Terapia di supporto AIDS alla cura HRRT gratuita		15000	15000	15000	15000	15000	15000
Nuovo reparto Pronto soccorso / postoperatorio							
Programma assistenti sul territorio (biciclette)		terminato					
Maternità/cesarei e immunizzazione tetano alle gestanti		18000	terminato				
Spese apparecchio Rx, stipendio MedSup e corso agg. 2 tec lab			20000				
Spese correnti		20000		20000	20000	20000	20000
Progetto da definire / particolare							
Attrezzatura sala operatoria?							
Vaccinazione HBV				annullato			
Fotovoltaico per maternità			15000	terminato			
Ampliamento laboratorio per TB GeneXpert						30.000	terminato
Stipendio Dr. Franz Martig (progetto ponte per chirur e ginecol)				9000	31000	↑	
Prima le mamme e i bambini (triennale)						↑	20000
TOTALI		89000	80000	50000	66000	65000	55000

Previsioni sull' economia africana a due velocità

Un tasso di crescita media del 4,5% nell'anno in corso e del 5% per il 2016: sono le stime relative alle economie dei paesi dell'Africa rese note dalla Banca africana di sviluppo in *African Economie Outlook 2015*. I dati evidenziano come l'Africa sia una delle regioni a più rapida crescita a livello mondiale, nonostante l'epidemia di febbre emorragica Ebola e il calo dei prezzi del petrolio. Nel 2014 ad avanzare più rapidamente sono stati i paesi dell'Africa orientale, a un ritmo del 7,1% in un anno, dell'Africa occidentale (6%) e dell'Africa centrale (5,6%). Rallenta la crescita in Africa australe (+2,7%), a causa soprattutto del declino dell'economia del Sud Africa. Il Nord Africa ha registrato un tasso di crescita media dell'1,7%, a causa della crisi libica. www.africaneconomicoutlook.org

Le vostre offerte possono essere inviate a: GRUPPO DI APPOGGIO OSPEDALE DI MATANY. ONLUS

- **con bonifico bancario** UBI - Banca Popolare Commercio e Industria
Coordinate bancarie: IBAN IT73M0504801623000000030225
Essenziale scrivere sempre la causale: "erogazione liberale"
- **con versamento su conto corrente postale** N° 40117467 intestato a:
Gruppo di Appoggio Ospedale di Matany ONLUS
Essenziale scrivere sempre la causale: "erogazione liberale"
- **in contanti**, qualora **non** s'intenda usufruire dei benefici fiscali