

Partorire a Freetown

Alex Renton, Prospect, Gran Bretagna
Foto di Lynsey Addario

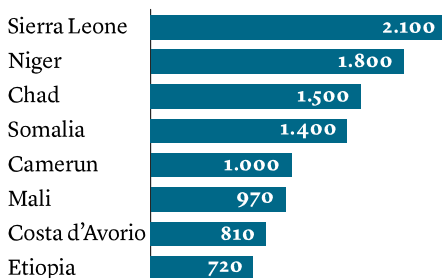
È il posto peggiore in cui mettere al mondo un bambino. L'assistenza sanitaria è costosa, le donne partoriscono in casa e la mortalità delle mamme è alta. Colpa anche degli aiuti internazionali

La baracca è maleodorante, e sembra impossibile che ci abitino undici persone. Ma ora ce ne sarà una in meno: Sia Brima, la primogenita di Mabinti, è crollata dopo tre giorni di "dolori alle ossa", come li chiamava lei. Quando è arrivata l'ambulanza era già morta.

Sia aveva 24 anni, stava per sposarsi ed era incinta di cinque mesi. Come sua madre, soffriva di anemia falciforme. Anche nei paesi industrializzati il 20 per cento dei bambini concepiti da donne affette da questa malattia nascono prematuri o sottopeso e il rischio di aborto spontaneo è alto. Ma nessuno sa esattamente di cosa è morta Sia, perché è stata sepolta subito, senza essere sottoposta a un'autopsia. Sul certificato di morte c'era scritto "mal di ossa".

Da sapere

Tassi di mortalità materna in alcuni paesi africani (numero di partorienti morte ogni centomila nascite), 2005



FONTE: UNICEF

La morte di Sia, una delle tante morti che si contano nelle bidonville africane, si sarebbe potuta evitare come quella di molte altre donne incinte in Africa. In Sierra Leone una donna su otto muore di complicanze nel corso della gravidanza o del parto. Il primo giorno in cui ha avuto i dolori alle ossa Sia ha consultato un medico privato, che le ha venduto pillole di acido folico e le ha consigliato di rivolgersi all'ospedale materno Princess Christian. Ma Sia non poteva permetterselo. Una visita all'ospedale costa almeno cinquemila leoni (98 centesimi di euro) e le terapie molto di più. Queste cifre sono fuori dalla portata dei sierraleonesi, che nel 70 per cento dei casi vivono con meno di un dollaro al giorno. Sia viveva a dieci minuti da una clinica, ma non poteva permettersi di andare neanche lì. Il centro sanitario George Brook è stato costruito dall'Unicef ed è gestito dallo stato in collaborazione con alcune ong. Qui la prima visita costa 25mila leoni (cinque euro) e le donne che non pagano rischiano di essere trattenute finché un familiare non salda il debito. A Mabinti sarebbero servite due settimane per guadagnare quella somma.

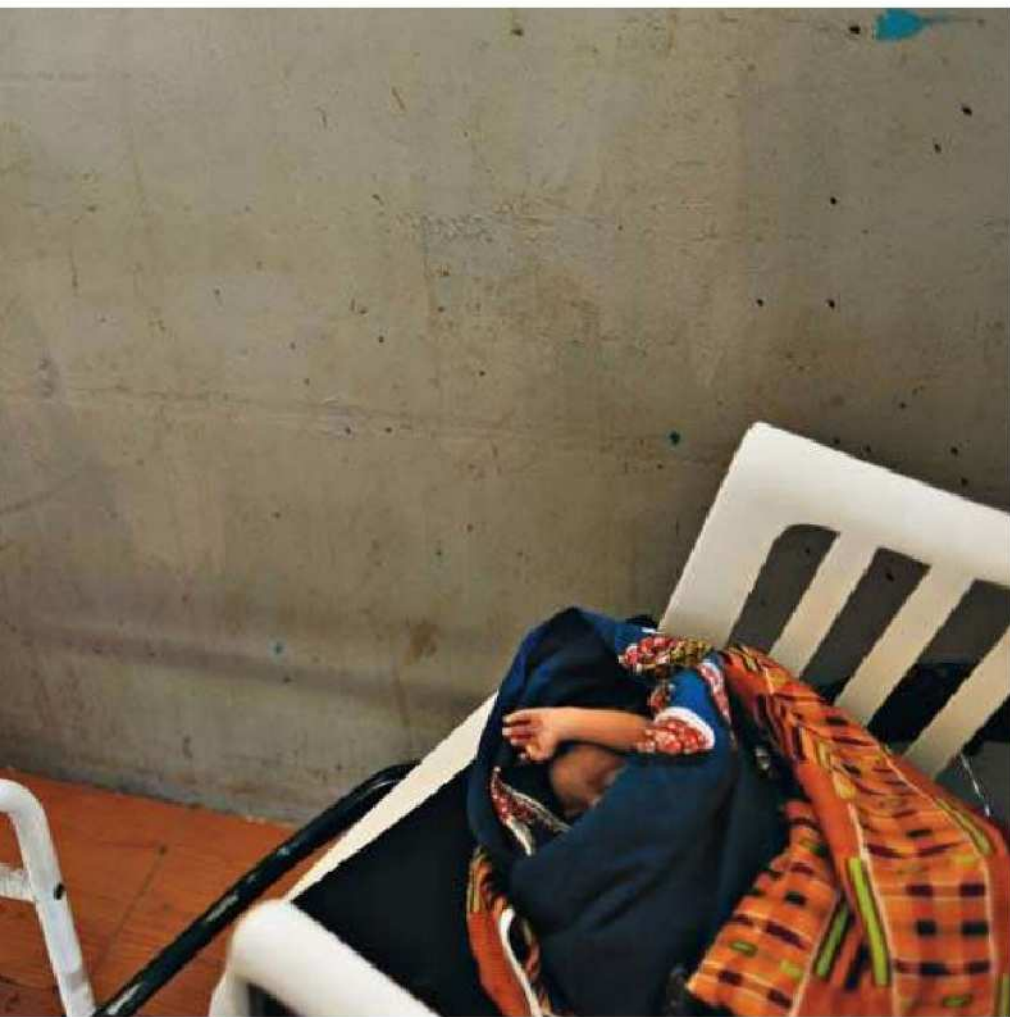
La Sierra Leone ha i tassi di mortalità infantile e materna peggiori del mondo. Dalla fine della guerra civile, nel 2002, il paese ha ricevuto degli aiuti internazionali per ridurre alcuni indici di povertà e raggiungere gli obiettivi di sviluppo del millennio individuati dalle Nazioni Unite. Ma di solito gli aiuti non vengono concessi senza



Nelle foto di queste pagine Mamma Sassey, una ragazza di 18 anni. Ha partorito il primo dei suoi due gemelli in casa, in un villaggio alla periferia di Freetown. Poi ha preso una canoa e un'ambulanza per raggiungere l'ospedale di Magburaka, dove ha partorito il secondo bambino. È morta di emorragia postparto. È stata sepolta nel villaggio di Mayogbah

condizioni. Le teorie dello sviluppo, applicate da più di vent'anni dalla Banca mondiale e da organismi come l'Unicef e l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), prevedono il versamento di contributi. Un esempio sono i ticket sanitari che hanno impedito a Sia di avere l'assistenza medica.

Ho attraversato le stradine della baraccopoli che dalla casa di Mabinti portano alla clinica. Quattro donne incinte chiacchieravano al sole in attesa di essere visitate e in corsia solo uno degli otto letti era occupato. Nello studio di Albert Vandy, l'ufficiale sanitario di zona, un foglio ingiallito appeso al muro riportava le statistiche mediche della



Da sapere



- ◆ Nel 1961 la Sierra Leone ha ottenuto l'indipendenza dalla Gran Bretagna. Nel 1992 i ribelli del Fronte unito rivoluzionario hanno lanciato un'offensiva contro il governo centrale. La **guerra civile** si è conclusa nel 2001 con l'intervento delle Nazioni Unite e la firma di un accordo di pace tra il governo e i ribelli. La missione dell'Onu ha lasciato il paese nel 2005.
- ◆ Nel 2002 è stato istituito il Tribunale speciale per la Sierra Leone per indagare sui crimini della guerra civile. Durante il conflitto sono stati arruolati migliaia di bambini-soldato tra i 4 e i 16 anni, il 90 per cento delle bambine rapite dai ribelli è stato violentato.
- ◆ La Sierra Leone ha circa 5 milioni di abitanti. È il primo paese al mondo per mortalità infantile sotto i 5 anni (283 ogni mille nati vivi) e per mortalità materna. La speranza di vita alla nascita è di 42 anni.

zona di Dwarzak Farm: secondo quei dati, su venti bambini nati nella valle tre muoiono prima dei cinque anni. Ho parlato con Vandy della morte di Sia. "Le cure non vengono negate a nessuno", mi ha detto il funzionario. "La tariffa richiesta varia a seconda delle possibilità della paziente". La riscossione dei contributi è fondamentale per coprire le spese della clinica anche se Vandy ha detto di non usarli, come succede in altri ospedali, per aumentare gli stipendi, che nel settore sono i più bassi di tutta l'Africa: Vandy guadagna 144 mila leoni al mese e le infermiere 120 mila.

Ricordi di guerra

Nel cortile era parcheggiata una Land Cruiser, l'ambulanza della clinica. Sotto la patina di polvere arancione si potevano ancora distinguere gli stemmi del Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione e del Progetto giapponese per la riduzione della mortalità materna. Nessuno può usare il veicolo, mi ha spiegato Vandy, senza prima versare cinque euro per il carburante. Qual è il tasso di mortalità materna della zona? "Non lo sappiamo", mi ha risposto dispiaciuto. "So-

lo pochi casi vengono denunciati". Gli ho chiesto perché lavorasse lì quando avrebbe potuto ricevere uno stipendio cinque volte maggiore collaborando con una ong. "Voglio servire il mio paese", ha detto.

Dieci anni fa avevo visitato la Sierra Leone per seguire la missione di una piccola task force di paracadutisti e truppe speciali inviata dalla Gran Bretagna. Il generale di brigata David Richards (oggi capo di stato maggiore) dirigeva l'operazione: il suo compito era quello di dare sostegno a una missione di pace dell'Onu che rischiava di perdere il controllo di Freetown negli scontri con i miliziani ribelli che avevano conquistato gran parte del paese.

Quella spedizione non rispondeva a un grande interesse di natura strategica o economica e non era degna di nota neanche per l'opinione pubblica inglese. Era la cosiddetta "politica estera dalla dimensione etica" dei laburisti: Robin Cook, il ministro degli esteri dell'epoca, aveva promesso di "ricostruire la Sierra Leone" e un gruppo di funzionari pubblici britannici era stato distaccato nei ministeri del paese mentre un commissario di polizia a riposo di Manche-

ster era stato messo a capo delle forze di sicurezza. Così cominciò un vasto programma di aiuti, e ancora oggi la Sierra Leone riceve dalla Gran Bretagna una quantità di fondi pro capite superiore a quelli inviati in qualunque altro stato africano. Nel 2000, lo stesso anno dell'intervento britannico, l'Onu ha approvato gli obiettivi di sviluppo del millennio: quindici dovranno essere realizzati entro il 2015. Il quinto obiettivo è ridurre di tre quarti la mortalità materna entro il 2015.

La Sierra Leone non riuscirà neanche ad avvicinarsi a questo risultato. Il tasso nazionale di duemila morti materne per 100 mila bambini nati (dichiarato sia dall'Unicef sia dall'Oms) è probabilmente il più elevato del pianeta. La cifra registrata nell'Africa subsahariana nel 2005 era di 900 su centomila, mentre in Europa occidentale è di nove su centomila. Nell'Africa subsahariana ogni anno 250 mila donne muoiono di parto, in un terzo dei casi per problemi banali come un'emorragia. In molti paesi la nascita di un figlio è la causa di decesso più diffusa tra le donne giovani. Nella regione la mortalità materna si sta riducendo molto lentamente



e tra tutti gli obiettivi di sviluppo del millennio la riduzione delle morti non necessarie collegate alla gravidanza è il più difficile da raggiungere.

La morte di parto muove facilmente le coscienze dei paesi ricchi. Da un lato all'altro del mondo, le mogli dei capi di governo hanno promosso una campagna per la salute delle madri e dei bambini, e forse proprio grazie a questa iniziativa gli aiuti umanitari hanno subito un'impennata, passando secondo Oxfam da 1,7 a 2,8 miliardi di euro nel triennio compreso tra il 2003 e il 2006. La spesa sanitaria dei paesi in via di sviluppo si è triplicata negli anni duemila. Ma allora come mai i tassi di mortalità materna sono ancora così elevati?

A questo interrogativo gli studiosi dello sviluppo forniscono due risposte. La prima, quella secondo cui "gli aiuti non funzionano", si inserisce nella corrente molto in voga sostenuta l'anno scorso in *La carità che uccide*, il libro dell'economista zambiana Dambisa Moyo. A questa posizione hanno aderito economisti come Jagdish Bhagwati e politici come il ruandese Paul Kagame e l'ex segretario generale delle Nazioni Unite, Kofi Annan. Moyo afferma che nei paesi dove mancano gli strumenti per gestire gli aiuti in modo adeguato, le iniezioni di denaro favoriscono il clientelismo e la dipendenza oltre che la corruzione e l'inefficienza dello stato. Forse ha ragione: negli ultimi tre anni la Sierra Leone ha ricevuto più di 250 milioni di dollari in finanziamenti alla sanità pubblica dall'Unicef, dal ministero

britannico per lo sviluppo internazionale (Department for international development, Dfid) e dalla Banca mondiale e ora l'ex ministro della sanità sierraleonese è in attesa di un processo per corruzione.

Ma esiste anche un'altra tesi sostenuta da organizzazioni come Oxfam, che ha pubblicato da poco un documento intitolato "Aid in the 21st century". Secondo questa tesi, i fallimenti degli aiuti allo sviluppo so-

In tutto il paese ci sono cinque ginecologi e 95 ostetriche per tre milioni di donne

no in parte dovuti alle condizioni e alle idee che i donatori impongono ai paesi beneficiari. Gli aiuti allo sviluppo possono rappresentare un problema, ma la mortalità materna dipende da vari altri fattori e molti sono legati a questioni culturali. Le donne sottoposte a infibulazione sono esposte a rischi maggiori durante il primo parto. In alcune società poligame la vita di una donna ha così poco valore che a volte la famiglia non è disposta a pagare per tutelare la sua salute. Inoltre, un travaglio ostruito può essere interpretato come un segno dell'infedeltà della donna. In Sierra Leone ci sono tutti questi elementi, oltre ai problemi di infrastrutture e di personale. Per prevenire le morti di parto, un paese ha bisogno di ostetriche, di chirurghi e di strutture in cui

effettuare gli interventi. La fuga di cervelli nei paesi industrializzati, che ha riguardato soprattutto infermieri e ostetriche, è un ostacolo allo sviluppo dei paesi poveri.

In Sierra Leone si contano appena cinque ginecologi e 95 ostetriche per una popolazione di tre milioni di donne, e sei dei tredici distretti del paese non hanno un pronto soccorso ostetrico. Perciò meno dell'1 per cento delle donne ricorre al parto cesareo contro una percentuale compresa tra l'8 e il 9 per cento nelle società in cui i servizi sanitari sono accessibili a tutti. I tentativi di migliorare la salute delle madri (e la sopravvivenza dei neonati) hanno risentito delle scelte ideologiche dei paesi donatori. Tre sono i problemi principali: la dipendenza dai metodi di parto tradizionali, la riduzione dei finanziamenti per la pianificazione familiare e l'imposizione di una tassa per il ricorso ai servizi medici, l'aspetto più criticato di tutti.

Pagare il ticket

Per quanto riguarda il primo problema, in molti paesi africani sono state investite ingenti somme di denaro per insegnare alle donne anziane dei villaggi a fare le levatrici tradizionali. I risultati sono stati deludenti: le levatrici tradizionali erano poco propense a chiedere un consulto professionale nei casi in cui il parto andava storto. Secondo Ibrahim Thorlie, primario della maternità dell'ospedale Princess Christian, "se lo scopo è quello di ridurre la mortalità materna, alle levatrici tradizionali non deve essere



riservato alcun ruolo. Quando cercano di portare a termine un parto difficile, per noi sono solo un problema". Non si possono ottenere tassi di sopravvivenza moderni senza strumenti moderni.

La seconda questione è puramente ideologica. L'amministrazione Bush ha ritirato i fondi destinati alla pianificazione familiare in Africa, assecondando le pressioni della destra cristiana che preferiva promuovere l'astinenza sessuale. L'impatto di questa decisione è difficile da valutare, ma nel 2009 l'Onu ha calcolato che ci sono 215 milioni di donne che non hanno accesso a metodi contraccettivi. In Sierra Leone si ritiene che siano usati da meno del 4 per cento della popolazione femminile.

L'ideologia è anche alla base della questione più rilevante di tutte: i ticket sanitari. Nel 1987 l'Oms e l'Unicef hanno organizzato un vertice a Bamako, in Mali. Su sollecitazione della Banca mondiale, i ministri della sanità africani hanno concordato l'introduzione di tariffe per i singoli servizi. Questa misura faceva parte dei piani di "aggiustamento strutturale" adottati dai paesi in via di sviluppo per ridurre la spesa statale. Il principio del ticket, noto come iniziativa di Bamako, è stato sostenuto dalle principali organizzazioni del settore sanitario internazionale e da paesi donatori come la Gran Bretagna. La Banca mondiale ha stimato che le entrate provenienti da questi contributi avrebbero coperto tra il 15 e il 20 per cento delle spese per la

sanità pubblica. Inoltre, il ticket avrebbe ridimensionato gli sprechi e ostacolato un uso "futile" dei farmaci.

A metà anni novanta l'iniziativa di Bamako è stata un elemento centrale delle politiche di aiuto allo sviluppo dei servizi pubblici. Nelle riforme dei sistemi sanitari, quasi tutti i paesi più poveri hanno introdotto una tassa sui servizi. I prestiti erogati dalla Banca mondiale e dall'Fmi alla sanità pubblica sono stati concessi a condizione che venisse introdotto un ticket. Nel 2000 solo tre paesi africani non imponevano una tassa ai pazienti. Ma quando sono stati resi noti i risultati delle ricerche sugli effetti di questa politica, alcune delle organizzazioni più radicali nel campo degli aiuti internazionali, come Medici senza frontiere, Oxfam e Save the Children, hanno lanciato una campagna di protesta. L'Onu e le istituzioni finanziarie sono rimaste ferme sulla loro posizione anche se i dati dimostrano



che i ticket sanitari allontanano i più poveri dalle strutture ospedaliere. I ticket hanno anche costretto i poveri a vendere i loro beni o a contrarre prestiti a tassi d'interesse esorbitanti in caso di malattia. Secondo alcune fonti, nella Repubblica Democratica del Congo queste tasse hanno ridotto l'uso "futile" dei servizi sanitari al punto che ormai la popolazione va a farsi visitare in ospedale in media ogni 6,7 anni. In tutta l'Africa i ticket hanno coperto appena il 5 per cento delle spese sanitarie: molto meno di quanto avesse previsto la Banca

mondiale. Nel frattempo i dati sulla salute pubblica non sono migliorati.

Eppure la Banca mondiale e altre istituzioni sono rimaste inflessibili. I promotori dell'iniziativa di Bamako erano ancora quasi tutti in carica e, per citare le parole di un analista, avevano "fondato la loro carriera sui ticket sanitari". Hanno studiato una strategia difensiva fondata sull'idea che, se un sistema sanitario è gestito come si deve (vale a dire se gli aiuti finanziari vengono investiti negli stipendi degli operatori sanitari invece di sparire da qualche parte ai vertici della piramide), tutto funziona.

L'Unicef, che sostiene tuttora la causa dei ticket sanitari, ha pubblicato nel 2005 una serie di statistiche da cui si poteva desumere che quando i servizi migliorano vengono usati di più. Ma dai dati forniti dalle varie agenzie dell'Onu risulta evidente che in quasi tutti i paesi il ricorso ai servizi si sta riducendo. Negli stati meno efficienti i ticket sono diventati l'unico mezzo per garantire il funzionamento dei centri sanitari di base, oltre a essere una componente fondamentale dei salari di chi ci lavora.

In alcune cliniche di Freetown la metà del personale percepisce lo stipendio grazie ai ticket, e quando medici e infermieri sottopagati sono direttamente interessati a esigere un compenso per i servizi erogati le cose possono degenerare in fretta. In Sierra Leone non è difficile trovare una spiegazione ai tassi di mortalità materna: il fatto è che gli ospedali pubblici uccidono le madri affidando ai loro collaboratori il compito di esi-

gere i ticket. "Hanno detto a mia moglie che il bambino doveva essere tirato fuori con un'operazione. Hanno chiesto un milione di leoni. Allora lei ha risposto che si sarebbe affidata al Signore, ha partorito a casa ed è stata benissimo", mi ha raccontato il gestore del ristorante del mio albergo. Evidentemente, la cattiva gestione del meccanismo dei ticket riduce la fiducia della popolazione nel sistema sanitario statale. La rivolta contro i ticket sanitari ha preso definitivamente piede nel 2001. A pochi giorni dalle elezioni il presidente ugandese Yoweri Museveni ha annunciato che avrebbe garantito a tutti l'assistenza sanitaria gratuita. Rob Yates, che oggi è un alto consulente sanitario del Dfid, all'epoca era distaccato presso il ministero ugandese della sanità. "Avevo seri dubbi sull'efficacia di quella decisione", racconta. Ma poco dopo Yates si è convinto: con l'istituzione del sistema sanitario gratuito il ricorso ai servizi ospedalieri di base è raddoppiato e la metà dell'assistenza fornita è stata richiesta dal 20 per cento più povero della popolazione. "I ticket avevano escluso proprio le persone a cui erano stati destinati gli aiuti".

Armato di una dose consistente di dati, Yates e altri hanno cominciato a diffondere la notizia. In Kenya bastava chiedere 60 centesimi di euro per una zanzariera trattata con insetticida (uno degli strumenti a basso costo più efficaci per la prevenzione della malaria) per registrare una riduzione del 75 per cento della domanda. L'assunzione di vermifughi, rilevante per lo sviluppo dell'organismo infantile, subiva un crollo dell'80 per cento non appena si chiedeva un minimo contributo.

Nell'ottobre del 2005 l'iniziativa di Bamako ha ricevuto un duro colpo dopo la pubblicazione di un articolo sul *British Medical Journal*. Basato sui dati raccolti in venti paesi africani, lo studio faceva una proiezione degli effetti di un'eventuale abolizione del ticket, concludendo che ogni anno sarebbe stato possibile salvare la vita a 233mila bambini di età inferiore ai cinque anni. Avendo osservato il successo dell'Uganda, nel 2006 il Senegal e il Burundi hanno promesso di fornire assistenza sanitaria gratuita alle partorienti nonostante la persistente opposizione delle organizzazioni internazionali. Anche i paesi donatori stavano cambiando idea: in una pubblicazione del 2006 la Gran Bretagna ha annunciato l'intenzione di sostenere gli stati che avessero deciso di abolire i ticket sanitari e l'Uel ha seguito a ruota.

A quel punto molti analisti si sono convinti che questa inversione di rotta avrebbe

permesso ai paesi poveri dell'Africa di conseguire gli obiettivi di sviluppo del millennio. In Burundi quasi il 60 per cento dei parti avviene oggi in una struttura sanitaria, mentre cinque anni fa erano meno del 25 per cento e ormai hanno rinunciato al ticket lo Zambia, il Burundi, il Niger, la Liberia, il Kenya, il Senegal, il Lesotho, il Sudan e il Ghana. Ad aprile la Sierra Leone ha compiuto lo stesso passo e con il sostegno economico della Gran Bretagna ha abolito il ticket per i bambini di età inferiore ai cinque anni e per le donne incinte. Il primo anno questa misura costerà 91 milioni di dollari (una spesa a cui la Gran Bretagna contribuirà per il 10 per cento), determinando un aumento del 35 per cento della spesa sanitaria. Ma ridurre le tasse sui servizi medici non dev'essere per forza così costoso. In Uganda questa scelta ha aumentato le uscite della sanità pubblica di una cifra pro capite compresa tra uno e nove dollari, e lo Sri Lanka offre assistenza sanitaria gratuita al costo di 23 dollari a persona. Secondo alcuni occorrerebbe maggiore prudenza. Dan Harris, ricercatore presso l'Overseas development institute di Londra, ha osservato la transizione in Uganda e sostiene che in seguito all'abolizione del ticket, avvenuta nel 2001, sono subito tornati a galla i vecchi problemi. "L'enorme impennata dell'uso dei servizi ha prodotto una carenza di farmaci, costringendo la popolazione a procurarseli presso fornitori privati. In definitiva, il numero di persone costrette a versare somme esorbitanti per l'assistenza sanitaria non si è ridotto granché". Chris James, il direttore dell'équipe di ricercatori che ha pubblicato l'articolo sul *British Medical Journal*, oggi collaboratore dell'Oms nel sudest asiatico, afferma: "Rinunciare troppo in fretta ai contributi dei pazienti è rischioso, e bisogna verificare che esistano altre fonti di finanziamento, soprattutto per il personale sanitario".

Infermiere a passo

Quando sono andato a Freetown, le pareti dei reparti del Princess Christian risplendevano di bianco. Questa clinica ostetrica costruita nel 1925 è l'unica del paese e, in una città in cui ogni anno mille donne muoiono di parto, mi aspettavo che fosse molto movimentata. Invece, a parte il parcheggio pieno di fuoristrada contrassegnati con i nomi di grandi ong e agenzie dell'Onu, era l'ospedale più calmo che abbia mai visto. Intorno allo sportello dell'accettazione sedevano tre infermiere senza far niente. Era-

no le quattro del pomeriggio e in questo ospedale di 150 letti c'erano solo sette partorienti. Ibrahim Thorlie, il primario, mi ha detto che un taglio cesareo costa 400mila leoni (78 euro) e un parto normale 160mila leoni: lo stipendio mensile di una caposala. Se serve una trasfusione, i parenti devono prima donare il sangue. Per questo l'ospedale era così poco affollato. "Ogni giorno facciamo tagli cesarei gratis", ha aggiunto il primario mentre visitiamo le corsie. In realtà alcuni ufficiali sanitari locali mi hanno detto che in molti casi le madri si sono viste rifiutare le cure finché non hanno versato i soldi.

Thorlie lo ha confermato: "Molte donne muoiono perché non vogliono rivolgersi all'ospedale". Ma forse il peggio è che molte muoiono perché arrivano in ritardo, probabilmente scoraggiate dal ticket. Nonostante le sue infrastrutture straordinarie, la clinica ha avuto dei risultati pessimi: nel primo semestre del 2008 il 9 per cento dei circa novecento parti effettuati ha avuto un esito mortale. Cosa pensa il primario dell'idea di abolire i ticket? "Sono d'accordo. Ma i nostri stipendi devono aumentare".

La Banca mondiale, la più convinta sostenitrice dei servizi a pagamento, afferma ora che non si opporrà alla scelta dei singoli stati di rinunciare ai ticket sanitari. La raccolta di fondi per la sanità pubblica, però, resta una questione scottante: le grandi organizzazioni raccomandano ormai il ricorso a una forma di assicurazione medica, ma questa strategia può funzionare solo in paesi dotati di un buon sistema sanitario. Altrove circolano idee più radicali: in alcuni stati dell'India le donne incinte ricevono un sussidio da spendere in ogni tipo di assistenza medica, e il Messico ha adottato una politica simile. In alcune zone della Sierra Leone le autorità hanno cominciato a multare le donne che non partoriscono in ospedale, e Oxfam ha proposto di adottare il tasso di mortalità materna, invece del numero di operatori sanitari o la spesa pro capite, come indicatore fondamentale per valutare il funzionamento del settore sanitario dei vari paesi.

Ma, soprattutto, Rob Yates invita a esaminare in futuro i dati che dimostrino l'efficacia di una regola prima d'imporla ai paesi poveri. "Alla fine degli anni ottanta non è stato fatto", ha scritto Yates su *Lancet*. "Avremmo dovuto sapere che chiedere soldi alle persone povere nel momento in cui si ammalano non è una buona idea". Sarebbe bastato chiederlo a Sia Brima. ♦ fp

