

# il MONDODOMANI

ISSN 1724-7594

Bimestrale del Comitato Italiano per l'UNICEF - Onlus

POSTE ITALIANE SPA - SPEDIZIONE IN ABB. POSTALE DL 3653/2003 (CONVERTITO IN LEGGE 27/02/2004 - N.46) ART. 1, COMMA 2 - DCB - ROMA ANNO XXX NUOVA SERIE - N.2 MARZO - APRILE 2010

## La salute è vita

uniti per  
i bambini

unicef 



Bianchi, neri, gialli  
il mondo è una tintura!  
E siamo tutti diversi  
nessuno è spazzatura.  
E tutti siamo uguali  
evviva la mistura!



RICHIEDI IL POSTER A  
FUMETTI DI GINO IL  
POLLO E GLI STICKER A:  
[PUBBLICAZIONI@UNICEF.IT](mailto:PUBBLICAZIONI@UNICEF.IT)  
OPPURE CHIAMA LO  
06-478091



**GINO**  
il pollo




Se vuoi vedere il video di  
Gino il Pollo fotografa il  
codice QR oppure vai su  
[www.unicef.it/ginoilpollo](http://www.unicef.it/ginoilpollo)



ANDREA ZINGONI & JOSHUA HELD

**Lo sai che hai dei diritti?**

uniti per  
i bambini

unicef 

**Direttore**  
Vincenzo Spadafora

**Direttore responsabile**  
Susanna Bucci


**Redazione**  
Silvia Antonini  
Patrizia Paternò  
Raffaella Zannetti

Si ringraziano tutti coloro  
che hanno collaborato  
a questo numero:

Patrick Gaillardin, Vincent Gaullier, Vania  
Giacomet, Gian Vincenzo Zuccotti,  
Salvatore Geraci, Marco Mazzetti,  
Aldo Morrone, Massimo Ruggero  
e l'Agenzia PicturTank di Parigi

**Redazione e amministrazione**  
Via Palestro, 68 00185 Roma  
tel 06478091 - fax 0647809272  
mondodoman@unicef.it  
www.unicef.it/mondodoman

**Progetto grafico** Silvia Persi  
**Impaginazione** Kaoma  
**Stampa** PrimeGraf  
Via Ugo Niutta, 2 00176 Roma  
tel 062428352 - fax 062411356

 Finito di stampare il 30/04/2010  
su carta ecologica e riciclata Symbol Freelifa Satin

Le opinioni espresse dagli autori non riflettono  
necessariamente il pensiero dell'UNICEF e del  
Comitato Italiano per l'UNICEF - Onlus

Contributo annuale per spese di stampa e  
spedizione **20,00 euro** da versare sul ccp  
**745000** intestato a Comitato Italiano per  
l'UNICEF - Onlus, con causale: "il  
mondodoman"

**INFORMATIVA SULLA PRIVACY**  
Ai sensi dell'art. 13, d. lgs 196/2003  
I dati saranno trattati da Comitato Italiano per l'UNICEF Onlus  
- titolare del trattamento - Via Palestro 68, 00185 Roma, per  
le operazioni connesse alla donazione, per informare su  
iniziative e progetti realizzati anche grazie al contributo  
erogato e per inviare il catalogo prodotti, la rivista ed il  
materiale informativo riservati ai sostenitori, per campagne di  
raccolta fondi e sondaggi. Prevo consenso, le informazioni  
potranno essere inviate anche via fax e e-mail. I dati saranno  
trattati, manualmente ed elettronicamente con metodologie  
di analisi statistica, esclusivamente dalla nostra  
organizzazione e dai responsabili preposti a servizi connessi a  
quanto sopra; non saranno comunicati né diffusi né trasferiti  
all'estero e saranno sottoposti a idonee procedure di  
sicurezza. Gli incaricati del trattamento per i predetti fini  
possono essere preposti ai rapporti con i sostenitori, al call  
center, ai sistemi informativi, all'organizzazione di campagne  
di raccolta fondi, alla preparazione e all'invio di materiale  
informativo. Ai sensi dell'art. 7, d. lgs 196/2003, si possono  
esercitare i relativi diritti fra cui consultare, modificare,  
cancellare i dati od opporsi al loro trattamento per l'invio  
dimateriale informativo rivolgendosi al titolare al suddetto  
indirizzo, presso cui è disponibile, a richiesta, l'elenco dei  
responsabili del trattamento.

## editoriale

### 25 aprile: libertà anche dalla malaria

di Vincenzo Spadafora, Presidente Comitato Italiano per l'UNICEF

Riuscite a immaginare una città come Torino che ogni anno si svuota di tutti i suoi abitanti perché uccisi dalla stessa malattia? È quanto accade ancora oggi, in alcune aree del mondo, a causa della puntura di una zanzara. La malaria uccide 850mila persone ogni anno.

Ma il 2010 potrebbe rappresentare una svolta, perché nella lotta contro questa infezione siamo in bilico: tra il successo definitivo e un fallimento nelle strategie di contrasto che farebbe ripiombare indietro di anni. I progressi nella prevenzione e nel controllo della malattia sono infatti tangibili, reali ma restano fragili.

Tra 8 mesi scadrà il Decennio per la lotta alla malaria e, con esso, il termine fissato dal Segretario Generale dell'Onu per assicurare la copertura universale della popolazione a rischio. I dati contenuti nel rapporto redatto dall'UNICEF e dalla partnership *Roll Back Malaria* evidenziano che stiamo andando nella direzione giusta: in Africa, dove si registra il 90% di tutte le vittime, il volume di finanziamenti è decuplicato nel quinquennio 2004-2009, raggiungendo l'anno scorso la cifra di 1,8 miliardi di dollari. La produzione di zanzariere trattate con insetticida - essenziali nelle zone a più alto rischio - è cresciuta di cinque volte: 350 milioni di pezzi prodotti, 200 dei quali hanno raggiunto i paesi africani. La fornitura di farmaci antimalarici basati sull'artemisina (ACT) è aumentata di 30 volte (solo nel 2009 ne sono state somministrate 160 milioni di dosi).

Eppure per vincere la sfida servono ulteriori impegni. Gli aspetti critici non mancano: la percentuale di bambini africani curati con farmaci ACT è ancora oggi troppo bassa e,



nell'uso delle zanzariere, c'è una disparità inaccettabile tra le città e le campagne. Solo un bambino su 20 (il 5%) dorme in un ambiente protetto e, nelle aree rurali, questa percentuale si dimezza. Ma il problema maggiore è senza dubbio la garanzia di accesso a

finanziamenti certi e adeguati. Le somme disponibili, grazie alle quali sono stati raggiunti i successi prima ricordati, sono ancora meno di un terzo rispetto ai 6 miliardi di dollari indispensabili ogni anno, secondo le stime del *Global Malaria Action Plan*.

Fallire quando si è così vicini alla meta sarebbe una beffa inaccettabile. Non solo per le centinaia di migliaia di vite che si possono salvare, ma perché sconfiggere la malaria è il primo passo di un circolo virtuoso per lo sviluppo dei paesi africani. Significherebbe sgravare di enormi carichi di lavoro le loro strutture sanitarie spesso vicine al collasso.

Permetterebbe di ridurre il numero di morti per AIDS, delle quali la malaria è una delle maggiori concause. Vorrebbe dire migliorare la salute delle donne in gravidanza e, di conseguenza, dei loro figli.

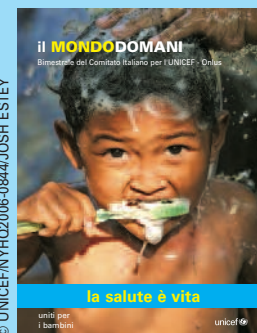
L'obiettivo è troppo vicino per lasciarlo sfuggire. Per centrarlo serve il contributo di tutti: singoli, associazioni, istituzioni nazionali e organismi internazionali.

Il 25 aprile, che per noi Italiani rappresenta da 65 anni la Festa della liberazione dall'occupazione nazifascista, è ormai da quattro anni anche la Giornata mondiale contro la malaria. L'UNICEF è come sempre in prima linea per trasformare questa data in una festa su scala planetaria.

In questo numero

- 03 Tra vecchie e nuove malattie di Massimo Ruggero
- 06 Persone, prima che pazienti di Aldo Morrone
- 08 Buone leggi fanno buona salute di Salvatore Geraci e Marco Mazzetti
- 10 Quattro camici bianchi di Susanna Bucci

- 12 E-consulti nel satellite di Vincent Gaullier e Patrick Gaillardin
- 14 La sieropositività neonatale e pediatrica di Gian Vincenzo Zuccotti e Vania Giacomet
- 16 Libri a cura di Patrizia Paternò



© UNICEF/NYHQ2006-0844/JOSH ESTEY



*Naisia Morupa, 15 anni, aspetta un bambino. Può dormire protetta da una zanzariera trattata con insetticida, nel suo villaggio rurale a Cocamissava, in Mozambico, grazie ad un programma di prevenzione della malaria finanziato dall'UNICEF nel paese.*





## Tra vecchie e nuove malattie

Alla conferenza dell'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1978, si disse che le malattie infettive non rappresentavano più una priorità nei paesi progrediti. Ma nel 1981 iniziò l'era dell'AIDS. Vent'anni dopo, nel 2001, sempre alla conferenza dell'OMS, si è affermato che il mondo stava vivendo una nuova "crisi infettivologica". Un approfondito excursus nella globalizzazione delle epidemie.

di Massimo Ruggero

Docente di Geografia e storia dello sviluppo e del sottosviluppo - Università degli Studi di Genova

Negli ultimi dieci anni almeno 30 nuove o vecchie malattie infettive sono comparse o riemerse. Clamorosa è senza dubbio la recrudescenza della tubercolosi, mentre l'epidemia da HIV ha esteso i suoi rischi di contagio a tutti i paesi. Dopo la Sars e l'avaria è stata la volta dell'emergenza da H1N1, la tanto temuta influenza suina. E la soglia di attenzione continua a rimanere sempre alta. Nel *World Health Report* del 2007, l'Organizzazione Mondiale della Sanità sottolinea che il mondo è oggi a maggior rischio di pandemie, incidenti industriali, disastri naturali ed emergenze sanitarie. Ormai il binomio globalizzazione e salute salta usualmente alla ribalta di fronte alle sempre più frequenti emergenze sanitarie che balzano troppo spesso all'onore delle cronache. Considerata la velocità con cui si possono diffondere nuove malattie, parallelamente è cresciuta anche la preoccupazione per il rischio di pandemie. Tuttavia, possiamo sentirci rassicurati, almeno in parte, dal fatto che la globalizzazione si porta dietro un'elevata capacità di rispondere alle emergenze su scala planetaria, con le misure sanitarie e preventive opportune, com'è successo per il controllo della diffusione della Sars, dell'encefalite bovina, dell'avaria e, come potrà avvenire anche per l'infezione da H1N1. D'altro canto, ogni possibile pandemia può essere affrontata e risolta, se si procede con una organizzazione efficace e moderna. Tuttavia questa regola non vale per tutti. Uno studio recente realizzato dalla *London School of Hygiene and Tropical Diseases* ha messo in evidenza come esista già una profonda diversità di approccio e di livello di preparazione nei piani pandemici nazionali dei paesi europei. Questo divario appare ancora più marcato se rapportato alle strategie preventive attivate dagli stati più poveri del Sud del mondo. Ma, differenze a parte, è altresì vero che proprio sul terreno delle malattie infettive, il mondo moderno appare forse più fragile di quello del passato... Anche se abbiamo imparato a difenderci da infezioni mortali come vaiolo, peste, tifo e colera, nell'era della globalizzazione e dei voli intercontinentali non ci sono più gli oceani e le grandi distanze a farci da barriera. Allo stesso modo il concetto di "cordone sanitario" si è indebolito: l'allarme si diffonde troppo tardi rispetto alla velocità dei viaggi e al gran nume-



© UNICEF/HO2009-2013 CHRISTINENESBITT

ro di viaggiatori nel mondo. Sono interrogativi nuovi, di fronte ai quali chiudere gli occhi non serve, ma alzare la guardia sì. Però se da un lato i rischi per la salute aumentano, dall'altro crescono anche gli strumenti per capirli e le misure per farvi fronte. D'altro canto virus e malattie non emergono certo da mondi ed epoche oscure, senza un perché. Così, per gli esperti virologi, molte patologie saranno di ritorno nei prossimi anni. E con esse la paura che gli stessi agenti patogeni possano mutare e compiere in maniera definitiva il cosiddetto "salto di specie", diventare cioè più aggressivi e provocare pandemie. Ma sono giustificati questi spaventosi scenari? La causa di un futuro pericoloso, ma non impossibile, è da ricercarsi proprio nei nuovi o vecchi virus, nella loro capacità di contagiare gli uccelli, di mutare, di trasmettersi da una specie a un'altra. C'è di fatto una causa remota, più profonda, che favorisce il ritorno "delle malattie infettive e amplifica i rischi di future pandemie.

Questa causa si chiama semplicemente "evoluzione". Il nostro Dna reca i segni del reciproco adattamento tra organismi superiori e virus: molti "mattoni" del nostro codice genetico hanno proprio un'origine virale. Il nostro organismo pullula di batteri, che hanno imparato a vivere in simbiosi con noi.

Tutto ciò attraverso lunghe fasi di "equilibri dinamici" che oggi, sempre più frequentemente, vengono messi in crisi. Evolvono i virus, i batteri e tutti gli altri agenti infettivi. Evolve l'ambiente in cui noi e



© UNICEF NYHQ2009-2136 TOMI PIETRASIK

i virus viviamo. Evolve l'uomo stesso, nei suoi stili di vita molto più velocemente che nella sua biologia. È questa co-evoluzione, che ci ha fatto precipitare in pochi anni in una nuova fase dell'antico e mutevole rapporto con i nuovi agenti infettivi, sempre più virulenti e contagiosi.

#### **Clima e globalizzazione. La quarta transizione**

Una serie di novità ecologiche, ambientali e demografiche concorrono a questa insidiosa transizione, di cui solo ora stiamo acquisendo una pallida conoscenza e consapevolezza. Prova ne è che gli epidemiologi hanno ampliato e drasticamente modificato l'elenco delle cause che, combinandosi e intrecciandosi tra loro, concorrono a definire la cosiddetta "quarta transizione". D'altro canto negli ultimi trent'anni abbiamo assistito ad almeno tre fenomeni inattesi, primo fra tutti l'emergere di nuove malattie ad opera di agenti infettivi prima sconosciuti. Il virus dell'AIDS e di Ebola sono solo due tra gli esempi più noti. Quindi il ritorno di vecchie malattie in paesi e continenti dai quali sembravano sparite. La tubercolosi endemica nel Sud del mondo si è riaffacciata anche in Occidente e negli Stati Uniti; il colera in America del Sud e nell'Africa sub-saharia-

na è stato causato dal deterioramento dei sistemi sanitari, fognari e di accesso all'acqua potabile. Insomma dalla povertà. Infine lo sviluppo di un'inattesa resistenza agli antibiotici da parte di molti agenti infettivi che hanno imparato a sopravvivere alle armi di difesa e di contrattacco dell'uomo. Tra i fattori comuni che caratterizzano questo scenario, il più importante è senza dubbio il cambiamento climatico. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità il riscaldamento globale e la variazione nel regime delle precipitazioni verificatisi, negli ultimi trent'anni, producono già ogni anno oltre 150mila morti.

Attualmente a livello mondiale sono dodici le patologie monitorate che colpiscono e uccidono a causa di tali cambiamenti. Per la verità la *Wildlife Conservation Society* (WCS), un'organizzazione internazionale con sede a New York che si dedica alla conservazione di specie animali selvatiche e alla salvaguardia degli ambienti naturali, l'ha definita "the deadly dozen", la dozzina mortale. Si tratta delle malattie che potrebbero diffondersi in regioni diverse da quelle generalmente colpite come conseguenza degli stessi cambiamenti climatici. Il rapporto, presentato al Congresso dell'*IUCN-International Union for Conservation of Nature* lo scorso 17 settembre a Barcellona, punta il dito sull'importanza della salvaguardia degli ecosistemi per proteggere la salute degli animali che vi abitano e su come i cambiamenti minimi possano avere grandi conseguenze sul tipo di malattie trasmissibili anche all'uomo. La diffusione di alcune malattie negli animali, secondo la comunità scientifica, può essere l'indicatore dei cambiamenti climatici e svelare quali effetti attendersi, a cascata, sulla salute dell'uomo. In pratica, come sostiene Steven Sanderson, presidente della WCS, monitorare la salute degli animali dovrebbe aiutare a prevedere quali saranno le zone critiche e a organizzarci per essere pronti ad ogni tipo di situazione. La lista nera delle malattie include proprio l'influenza aviaria, Ebola, Sars, colera, tubercolosi e febbre gialla, destinate a diffondersi in nuove zone del mondo soprattutto a causa dal progressivo innalzamento della temperatura. E se già esiste la *Global Avian Influenza Network for Surveillance*, una sorta di task force sanitaria che monitora la situazione dell'influenza aviaria, la *Wildlife Conservation Society* prevede che presto questa sorveglianza verrà allargata anche a tutte le malattie virali che colpiscono gli animali, grazie all'uso di mappe e database già esistenti e adattabili a qualunque tipo di patologia. Una sfida ambiziosa, specialmente per le nazioni più povere del Sud del mondo, che deve diventare parte integrante delle politiche di adattamento ai cambiamenti climatici, alle quali molti paesi stanno già dedicando energie e risorse importanti. Di recente il presidente dello Zambia, Rupiah Banda, ha lanciato una campagna di vaccinazione obbligatoria per il bestiame proprio a salvaguardia del patrimonio economico e sanitario

delle comunità rurali del paese e per combattere il circolo vizioso della povertà. Ma dietro questa esigenza delle stesse comunità locali africane si esprime forse la responsabile necessità di una salvaguardia globale per la salute di tutti.

### **Batteri, antibiotici e nuovi virus. La storia della logica moderna del profitto**

Le sempre più frequenti recrudescenze di malattie e morbi del passato sono troppo spesso riconducibili agli atteggiamenti irresponsabili dell'uomo. A corollario di tali incognite è essenzialmente il trionfo incontrastato delle strategie legate alla logica del profitto. Le multinazionali farmaceutiche hanno mostrato interesse a produrre e commercializzare sostanze antibatteriche, sempre nuove, potenti e costose.

Ma soprattutto sempre più numerose. Tutto ciò fa sì che, ad esempio, circa l'80% delle prescrizioni di antibiotici in Occidente si è rivelata erronea e quindi in tutti i sensi nociva, tanto per l'individuo quanto per la collettività e per l'ambiente. La situazione si mostra ovviamente ben più grave e drammatica nei paesi del Sud del mondo dove l'utilizzo coatto di nuovi ritrovati non serve a debellare proprio le vecchie patologie batteriche. Anzi, troppo spesso è causa di pericolose recidive. A questo deve aggiungersi il rischio delle biotecnologie come causa di un impatto più catastrofico sull'ecosistema microbico, legato alla diffusione e dispersione di sostanze antibatteriche nell'ambiente. In particolare in agricoltura e zootecnia dove la diffusione è ancora più capillare e pericolosa perché causa quotidiana di contatto con antibiotici e chemioterapici. Essi distruggono gran parte della fauna microbica selezionando germi resistenti e soprattutto avvantaggiando alcuni agenti patogeni come virus, virioni e prioni, praticamente non aggredibili con sostanze di tipo antibiotico. Tali agenti dotati di meccanismi infinitamente più sofisticati e temibili per innescare nuove malattie possono penetrare nel genoma delle nostre cellule per conquistarne il controllo totale delle loro potenzialità fino a condurre all'insorgenza di tumori e malformazioni. Anche questo è uno dei risultati della globalizzazione. Non si può certo dimenticare che l'imposizione di un "sistema di sviluppo" in ambito sanitario non può non avere un impatto catastrofico anche sull'ecosistema microbico. E così mentre il virus dell'Influenza A, allerta i cordoni sanitari del villaggio globale, già altri virus, apparentemente nuovi o forse mai totalmente debellati, spesso mutanti, sembrano preoccupare maggiormente gli esperti. Anche l'ultimo terribile flagello, Lujo, isolato recentemente in Zambia e Sudafrica, non si allontana di molto da parametri ben noti. D'altro canto, se le analisi di laboratorio hanno scongiurato l'appartenenza del virus al ceppo di Ebola, secon-



do uno studio condotto dal *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* di Atlanta, questo virus causerebbe in ugual maniera febbre emorragica, mortale nel 80% dei casi. Attualmente, l'agente patogeno di Lujo, ascrivibile alla famiglia delle arenaviridae (di cui i roditori sono portatori sani) è però notevolmente simile a quello che causa la febbre emorragica di "Lassa", già conosciuta dalla comunità scientifica e apparsa per la prima volta in Nigeria nel lontano 1969.

### **La nuova geografia delle epidemie globali in Italia**

Secondo l'OMS negli ultimi 5 anni vi sono state più di 800 epidemie a livello mondiale. Molte di esse si trovano solamente a poche ore di distanza dai nostri violabilissimi confini geopolitici. Nell'estate 2007, l'Italia, ad esempio, ha sperimentato, per la prima volta in Europa, un'epidemia di malattia tropicale - la Chikungunya - importata da un viaggiatore indiano e veicolata attraverso zanzare tigre stanziali, la cui densità in questi anni è progressivamente aumentata per l'inadeguatezza delle campagne di disinfestazione. È inoltre colpa di una mutazione genetica la maggior virulenza di un altro virus d'importazione: la cosiddetta "febbre del Nilo occidentale", scoperta per la prima volta in Italia dal laboratorio di virologia dell'Università di Padova, che ha isolato il virus da un donatore di sangue non affetto dalla patologia. Dall'agosto del 2008 in Italia sono stati riportati 24 casi di meningoencefalite riconducibili a questo virus, undici dei quali sono stati identificati nella sola provincia di Rovigo. La presenza della variante, insieme con le condizioni ambientali favorevoli alla sua moltiplicazione (clima, zanzare veicolo di trasmissione e serbatoio animale), potrebbe aumentare il rischio di diffusione in Italia e i casi umani d'infezione. Così come il rischio di una nuova pandemia influenzale aviaria o da altro virus simile si fa sempre più concreto. Crescono i casi di contagio da animale ad uomo specie in Asia, ma anche in Turchia ed Egitto; i ricercatori hanno recentemente dimostrato che il virus sta mutando in forme più pericolose per l'uomo adattandosi a vivere proprio a temperature più basse. È stato dimostrato altresì che il virus H5N1 può attraversare la placenta e raggiungere il feto e infettare altri organi oltre ai polmoni. Ricordiamo infine che anche la ricerca può essere veicolo di diffusione di virus: basti ricordare che Ebola è giunto in Italia, a Siena nel 1992, con 8 scimmie-cavie che furono sopresse senza troppo clamore.



## Persone, prima che pazienti

Il binomio tra sanità e migrazione ha assunto, nel corso degli ultimi anni, una valenza sociale e politica di assoluta centralità. Le asperità dei percorsi migratori e le difficoltà di integrazione nel contesto di accoglienza determinano la proliferazione di patologie che rischiano di minare le capacità di resilienza delle persone straniere che vivono e lavorano in Italia.

di Aldo Morrone

Direttore Generale Istituto Nazionale per la Prevenzione della Salute delle Popolazioni Migranti e il Contrasto delle Malattie della Povertà (INMP), Roma

La degenerazione delle condizioni di salute dei migranti ha ovviamente gravi ricadute sul sistema sanitario nazionale e sul tessuto sociale nel suo complesso, anche sul piano della salute pubblica. Manca però la coscienza sociale del fenomeno così come sembra mancare la volontà politica, sia a livello nazionale che locale, di rintracciare soluzioni efficaci ad una questione di grande complessità.

Dai dati di base raccolti su casistiche molto ampie, sappiamo che la persona che lascia il proprio paese d'origine in cerca di una prospettiva migliore si configura come un soggetto generalmente forte, giovane, con più spirito d'iniziativa, più stabilità psicologica; in una parola, sano, tenendo presente che il proprio corpo, insieme alla capacità lavorativa, è l'unico mezzo di scambio, almeno inizialmente, che ha con la nuova società. Una buona salute rappresenta infatti l'unico investimento su cui costruire il proprio futuro e quello della propria famiglia.

Sulla scorta della casistica tracciata dall'esperienza maturata dal 1985, grazie alle attività dell'Istituto San Gallicano di Roma, avevamo definito in passato questo fenomeno come "effetto migrante sicuro"; tuttavia, oggi, l'osservazione di questo fenomeno è molto rara.

Il patrimonio di salute in dotazione all'immigrato, sempre che giunga integro in Italia, si dissolve infatti sempre più rapidamente per una serie di fattori di rischio: innanzi tutto la mancanza di lavoro e quindi di reddito, la sottoccupazione in lavori rischiosi e non tutelati, il degrado abitativo, ma anche il malessere psicologico dovuto all'assenza del supporto familiare. A questo si aggiungono un clima e abitudini alimentari diverse, che spesso sfociano in condizioni di status nutrizionale compromesse e difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari, dovute soprattutto alla scarsa conoscenza delle possibili opportunità di assistenza.

Nel corso degli anni, inoltre, si è fortemente ridotto il periodo di intervallo che trascorre dall'arrivo in Italia alla prima richiesta di intervento medico, passando da circa 10-12 mesi del 1993/94 ai 30-45 giorni del 2008. Una tendenza che suggerisce un cambiamento di fondo, su una duplice direttiva: il patrimonio di salute a disposizione del migrante si riduce progressivamente, anche in ragione delle condizioni di viaggio spesso ai limiti della sopravvivenza, mentre si accresce il livello di conoscenza delle possibilità di cura e di intervento rese disponibili dal network del servizio sanitario pubblico.

### Linee di miglioramento

Questa nuova realtà deriva da un migliorato accesso alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), in favore principalmente degli immigrati di seconda generazione e di quelli presenti nel nostro paese da un più lungo periodo di tempo. Ma, soprattutto, incide la migliorata capacità delle strutture del SSN di riconoscere, oggi più che in passato, una serie di patologie che fino a poco tempo fa non venivano identificate.

Oggi infatti, l'attenzione verso tale fenomeno e l'esperienza accumulata ci permettono di comprendere meglio le condizioni di salute di persone che provengono da culture altre e che, specie nel primo periodo di permanenza, non sono sempre in grado di esprimere in maniera chiara i propri bisogni di salute.



© UNICEF NYHQ2009-0789 CHRISTINE NESBITT





La presenza di stranieri sul nostro territorio stimola inoltre una rilettura della nostra stessa società, determinando una graduale trasformazione in ambito normativo, istituzionale, culturale e, ovviamente, sanitario. Come spesso accade, tuttavia, la prassi mossa da un bisogno non differibile come quello della salute, ha preceduto i lenti percorsi del diritto, dando vita a originali esperienze, come quella della “medicina transculturale”, che il nostro Istituto sperimenta da oltre 25 anni, dove diverse professionalità costruiscono le modalità del prendersi cura in un modello di assistenza sanitaria multidisciplinare ad alta efficacia e bassi costi, che, nella relazione terapeutica, rimette al centro la persona malata e i suoi bisogni.

Ecco allora che la sfida di oggi consiste nel garantire a tutti, migranti e cittadini italiani una reale fruibilità dei servizi e delle prestazioni; pensare a un’organizzazione adeguata, a una capacità comunicativa efficiente, a una compatibilità culturale, alla formazione specifica personale, è, ancora una volta, un’occasione per il nostro sistema di ripensare se stesso e rendersi più fruibile e attento a tutti.

Ripartire da coloro che vivono ai margini, quindi, è un’operazione necessaria ed essenziale perché la loro inclusione significa rialzare lo sguardo verso una prospettiva più alta, che superi il rischio sempre incombente di confondere la promozione umana con l’assistenza, la dignità della persona e i suoi diritti con un qualche provvedimento più o meno utile, l’impegno per la coesione sociale con un’attenzione ai bisogni direttamente proporzionali alla capacità di riuscire a rappresentarli.

#### **Salute e ambiente sociale**

Prendere coscienza della portata di questa

sfida è la condizione necessaria per non rimanere sopraffatti dalla logica della inevitabilità dei dati e delle tendenze, cioè della ineluttabilità dei fatti compiuti. È oggi infatti sempre più evidente quanto la salute sia imprescindibilmente legata all’ambiente sociale nel quale gli esseri umani vivono. Il patrimonio di salute non dipende infatti solo da fattori genetici, biologici, chimici e fisici ma anche, e soprattutto, dai contesti socio-economici. Un modello valido di *welfare state* deve sapere integrare un servizio sanitario nazionale solidale, pubblico e universale, poiché è inevitabile che disuguaglianze economiche, sociali e culturali determinino iniquità nell’accesso ai servizi sanitari. E questo è vero ovunque, anche in paesi come l’Italia, in cui il benessere economico sembra essere molto elevato, ma dove il fenomeno dell’esclusione sociale e della marginalità presenta un’incidenza crescente. In questi ultimi anni si è assistito infatti ad un aumento sia delle disuguaglianze di salute che di esclusione sociale e le fasce di popolazione più emarginate si sono ampliate. Appare allora necessario proporre la sperimentazione di attività di ricerca, diagnosi, cura e formazione che affrontino questo tema e promuovano le azioni di contrasto che il sistema sanitario può efficacemente costruire contro l’emergere della salute diseguale, superando la dicotomia italiani/stranieri, e parlando piuttosto di garantiti/non garantiti, inclusi/esclusi.

Se la società sarà in grado di dare spazio agli ultimi, se li considererà non semplici destinatari di assistenza, ma soggetti portatori di valori e cittadini alla pari se, in una parola, sarà in grado di farli “diventare persone”, si farà un passo importante verso l’attuazione di una vera giustizia sociale.

## Buone leggi fanno buona salute

La condizione dei bambini stranieri in Italia tra bisogni di salute e garanzia di diritti, letta attraverso un decalogo per le politiche a tutela del minore immigrato.

di Salvatore Geraci e Marco Mazzetti  
Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

All'inizio di aprile è stata pubblicata la notizia che una bambina nigeriana di 13 mesi è morta (il fatto risale a circa un mese prima) all'ospedale di Cernusco sul Naviglio, dopo essere stata dimessa dal pronto soccorso ed essere stata ricoverata solo dopo ripetute insistenze: "Gli infermieri, la prima volta che è stata portata in ospedale con il 118, hanno detto che non potevano ricoverarla perché la tessera sanitaria era scaduta", si legge nella denuncia presentata dal padre della bambina ...

Non sappiamo con esattezza ciò che è accaduto ma la notizia, indipendentemente dalla sua veridicità, mette in evidenza una fragilità "in più" dei bambini stranieri in Italia e cioè quella dell'incertezza nell'accessibilità ai servizi sanitari.

Ma questa è solo una delle fragilità che essi, incolpevolmente, subiscono e che dovrebbe essere loro evitata. Oltre 700.000 del quasi milione di minori stranieri presenti nel nostro paese, sono nati in Italia e possono, e a nostro parere devono, essere considerati i "nuovi italiani". Qualche mese fa il Ministro Gelmini ha proposto l'istituzione di una quota del 30% per limitare la presenza scolastica dei bambini figli di immigrati, che ha suscitato un vivace dibattito. In quell'occasione abbiamo avuto modo di presentare alcune proposte di politiche adeguate per favorire il benessere dei bambini stranieri.

Non deve sorprendere che una società medica (e non solo) abbia voluto sottolineare delle criticità ed avanzare delle proposte che vanno oltre un approccio strettamente sanitario: per noi essere medici significa occuparsi di salute pubblica, e occuparsi di salute pubblica significa fare politica. Riteniamo che faccia parte del nostro compito di tecnici della salute indicare i bisogni della *pòlis* e suggerire gli interventi che ci paiano utili. Una delle necessità psichiche fondamentali, duran-

te l'età evolutiva, è quella della stabilità. I bambini hanno bisogno di sapere di avere un luogo e un tempo sicuri in cui crescere e progettare il proprio futuro. Politiche migratorie che tengano le famiglie in condizioni di precarietà, ad esempio con permessi di soggiorno a cadenza annuale o biennale, che comportano nei bambini un'incertezza anche riguardo alla possibilità di poter continuare il loro percorso scolastico nell'anno successivo, sono potenzialmente assai nocivi sia per la crescita psicologica che per il senso di appartenenza sociale di quelli che saranno gli italiani di domani. Così come lo sono scuole in cui l'inserimento e lo sviluppo di un senso di appartenenza siano ostacolati da norme o risorse (economiche e pedagogiche) non adeguate alle necessità.

Per questa ragione proponiamo dieci punti, alcuni dei quali ormai ineludibili, che riguardano politiche scolastiche e sanitarie ma soprattutto creano le premesse perché prospettano le basi per un sereno convivere sociale, creando le premesse perché i bambini possano crescere sereni e sviluppino un senso di appartenenza alla loro patria, che è anche la nostra.

### I dieci punti

1. Come già nella maggior parte dei paesi di strutturale immigrazione appare necessario passare dallo *jus sanguinis* allo *jus soli* nella concessione della cittadinanza italiana, in modo che nascere in Italia comporti l'acquisizione dello status di cittadino. Attualmente nascere in Italia non comporta infatti l'acquisizione della cittadinanza che segue invece il "sangue", cioè lo status dei genitori. I bambini figli di stranieri sono così costretti a crescere in una condizione di discriminazione rispetto ai loro coetanei figli di italiani, di cui non condividono i diritti civili, nonostante i loro genitori condividano al contrario tutti i doveri degli italiani, in primo luogo il pagamento delle tasse. Appare necessario predisporre percorsi agevolati per l'acquisizione della cittadinanza per i minori stranieri che, pur non essendo nati nel nostro paese, vi abbiano trascorso un tempo significativo, in specie di scolarizzazione. Interventi di questo tipo non solo sono protettivi per la salute dei minori, ma si configurano anche come un investimento per la collettività: consentono infatti di non disperdere un capitale di competenze costato finanziariamente al nostro paese, che ha sostenuto le spese per la scolarizzazione di questi minori. È necessario inoltre che le procedure per l'acquisizione della cittadinanza, oltre a essere semplici e garantite sul piano legislativo, incontrino anche un iter burocratico sufficiente-





mente snello. A oggi l'esame delle pratiche arriva a richiedere un tempo di oltre tre anni.

2. Garantire permessi di soggiorno a lungo termine (almeno cinque anni) alle famiglie con bambini presenti, in specie se questi bambini sono in età scolare (almeno fino al compimento del 14° anno di età), in modo da garantire la possibilità di una ragionevole programmazione degli studi e almeno del futuro prossimo.
3. Le scuole devono predisporre appropriati percorsi di inserimento didattico dei bambini recentemente immigrati che non conoscano l'uso della lingua italiana. Questi percorsi devono essere integrati nella normale attività didattica delle classi (e non con "classi differenziate") avvalendosi di insegnanti di supporto e ore aggiuntive per l'apprendimento della lingua, e al tempo stesso favorendo l'integrazione del bambino nel normale gruppo classe. Tutti gli istituti scolastici devono essere in grado di predisporre specifici programmi di inserimento per i nuovi arrivati, secondo linee guida psico-pedagogiche che vanno elaborate su scala nazionale ma che debbono essere sufficientemente flessibili da adattarsi alle realtà locali. Questi programmi devono essere opportunamente finanziati, ad esempio con quote capitarie (finanziamenti alle singole scuole in proporzione al numero di nuovi allievi stranieri inseriti).
4. Devono venire predisposti opportuni dispositivi legislativi in modo che al raggiungimento della maggiore età, o al termine degli studi, i minori scolarizzati in Italia non rischiano l'espulsione se non trovano immediatamente un contratto di lavoro che consenta il rilascio di un permesso di soggiorno. Appena diventano maggiorenni, infatti, i ragazzi rientrano nella normale normativa degli adulti, e possono rimanere nel paese solo a condizione che studino o abbiano un lavoro stabile (quanto questo sia facile da ottenere a 18 anni non vale la pena discuterlo). Una tale normativa può anche significare, ad esempio, per un ragazzino di dieci anni l'espulsione di un fratello maggiore con separazione forzata da questi.
5. Con lo scopo di promuovere la salute psichica e prevenire il disagio mentale, si suggerisce di finanziare uno specifico capitolo di spesa con la finalità di promuovere interventi per favorire l'integrazione (scolastica e sociale) dei minori di origine straniera nel tessuto sociale italiano, e per accompagnare i piccoli immigrati nei ricongiungimenti familiari a volte difficili (in specie quando la separazione dai genitori sia stata particolarmente prolungata). Interventi di questo tipo, diffusi capillarmente sul territorio, possono aiutare a prevenire, o quanto meno a gestire, condizioni di malessere psichico.
6. Sempre per la promozione della salute psichica, appare necessario agevolare i ricongiungimenti familiari. Attualmente i parametri abitativi sono assai restrittivi e, se venissero applicati anche agli italiani, molti di noi sarebbero costretti a separarsi dai propri figli. Inoltre i requisiti dovrebbero essere modulati

anche sulla base dei legami tra i conviventi, riducendoli ulteriormente se si tratti di nucleo familiare semplice (genitori e figli), rispetto alle situazioni in cui siano presenti altre persone. Appare inoltre necessario snellire l'iter burocratico: attualmente tra la domanda di ricongiungimento e la sua approvazione possono passare 10-12 mesi. L'introduzione del silenzio-assenso potrebbe essere di aiuto in tal caso. Si suggerisce, inoltre, di consentire il ricongiungimento con le stesse regole anche per i figli maggiorenni inferiori ai 21 anni di età, e in tutti i casi in cui questo serva a non separare i fratelli (ad esempio se le età fossero 22, 16 e 12 anni).

7. Garantire l'accesso alle scuole per i figli degli immigrati privi di permesso di soggiorno anche al di fuori della scuola dell'obbligo: attualmente questo diritto non è garantito a chi ha meno di 6 anni o più di 16. Per far questo è necessario anche annullare gli effetti dell'art. 10bis della legge 94/09 (il cosiddetto "pacchetto sicurezza" e il relativo "reato di clandestinità" istituito) nei confronti di questi bambini e dei loro genitori, o permettere l'iscrizione, come avviene per la scuola dell'obbligo, anche senza la presentazione del documento di soggiorno.
8. Offrire parità di trattamento nel ricevere provvidenze economiche a tutela della donna, della maternità e del bambino tra italiani e stranieri con permesso di soggiorno in regola; attualmente questa parità è riconosciuta solo ai titolari di carta di soggiorno (permesso di soggiorno a tempo indeterminato).
9. Iscrivere al SSN tutti i minori stranieri presenti sul territorio nazionale: attualmente i bambini figli di immigrati irregolari non godono di questo diritto, con un potenziale danno per la loro salute. Alcune regioni, in modo autonomo, hanno cominciato a garantire questa assistenza, ma in molte altre manca.
10. Estensione del Permesso di Soggiorno per gravidanza. Attualmente viene rilasciato un permesso per tutta la durata della gravidanza e per i primi sei mesi dopo il parto, dopodiché scatta l'espulsione della donna e del bambino. Comprensibilmente molte mamme preferiscono non richiedere questo permesso, che in realtà diventa un'autodenuncia, e rimangono nell'irregolarità, non riuscendo così a godere appieno degli interventi a tutela della maternità. Gli indicatori di salute relativi agli esiti al parto ci dicono che i figli di mamme straniere sono ancora assai svantaggiati rispetto agli italiani proprio perché le gravidanze delle loro mamme sono meno protette. Prolungare il permesso di soggiorno per gravidanza a 12 mesi, con la possibilità di trasformarlo successivamente in permesso per lavoro, proteggerebbe la salute dei neonati e sarebbe un ulteriore intervento di tutela per il futuro.

Per concludere: buone leggi fanno buona salute. Il compito degli operatori sanitari, non è solo quello di curare malattie, ma anche di vigilare perché buone norme proteggano la sanità pubblica, in specie quando la salute in gioco è quella dei bambini.

## Quattro camici bianchi

I rapporti internazionali riportano cifre e acronimi che, anche se decodificati, non riescono a farci comprendere il significato e il peso umano che c'è dietro ogni statistica. Le percentuali e i numeri nascondono sempre storie e volti che meritano di essere svelati, come quello di un pediatra coraggioso, in un paese tra gli ultimi in classifica nell'indice di sviluppo umano: la Repubblica Centrafricana.

di **Susanna Bucci**  
Direttore Comunicazione UNICEF Italia

### Facts for life

*Cosa bisogna sapere per salvarsi la vita*

*Facts for Life* è una delle pubblicazioni dell'UNICEF, realizzata insieme a partner internazionali, maggiormente diffuse nel mondo, con oltre 15 milioni di copie distribuite in 215 lingue.

Giunto quest'anno alla sua quarta edizione, il manuale ha contribuito a salvare la vita di milioni di bambini fornendo una serie di informazioni fondamentali, sia nel campo della cura che della prevenzione a genitori, a chi si occupa di infanzia, a operatori sanitari, a funzionari governativi, a giornalisti e a insegnanti.

Le informazioni in essa contenute: sulla salute materna, sull'assistenza alla prima infanzia, sulla nutrizione, sull'HIV/AIDS e su altre importanti cause di malattia rappresentano le migliori conoscenze scientifiche, politiche e pratiche oggi disponibili. Info su: [www.factsforlifeglobal.org/](http://www.factsforlifeglobal.org/)

Cosa significa essere al 179° posto su 182 di quell'importante indicatore di sviluppo macroeconomico che valuta la qualità della vita dei paesi, meglio noto come "Indice di sviluppo umano"? Per la Repubblica Centrafricana, che ricopre questa posizione, vuol dire essere uno dei paesi più poveri al mondo, un posto cioè dove arrivare ai fatidici cinquant'anni è un traguardo per pochi (la speranza di vita media è di 44 anni) e dove ogni anno muoiono 27.000 bambini sotto i 5 anni di età.

Ma se questi elementi non fossero sufficienti a entrare nel cuore del problema, proviamo a metterla così: ogni giorno qui muoiono 518 bambini, l'equivalente degli alunni che affollano una scuola di media grandezza in Italia e nel resto d'Europa.

Una strane silenziosa nella quotidiana indifferenza.

La causa di molti decessi infantili va ricercata nella malnutrizione associata ad altre malattie, come il morbillo, le infezioni intestinali e alle vie respiratorie, la malaria, l'HIV/AIDS. Per far fronte a un'emergenza di così vasta portata la risposta è delocalizzare gli interventi, garantendo, anche nelle regioni più difficili, postazioni sanitarie in grado di individuare, curare ed eventualmente indirizzare a strutture più competenti i bambini che presentano sintomi di malnutrizione cronica e acuta. Questa strategia deve fare i conti con altri fattori che ne intralciano i risultati: la costante mancanza di fondi (molti progetti restano a secco di finanziamenti), le infrastrutture assolutamente impraticabili, specie nella stagione delle piogge, la perenne carenza di carburante (solo 7 distributori di benzina in tutto il paese fuori dalla capitale), i frequenti black-out del sistema elettrico (che compromettono ad esempio la catena del freddo indispensabile per garantire la validità dei vaccini), l'assenza di personale qualificato.

Quello della mancanza di medici e di quadri intermedi (infermieri ostetriche tecnici di laboratorio) sembra essere un mantra che accomuna tutti i nostri interlocutori incontrati nel corso di una missione sul campo realizzata grazie all'UNICEF CAR (acronimo per Central African Republic).

### Un problema politico

Per il dottor J.C.NGody, che ha studiato in Marocco e

in Ghana e adesso è a capo dell'unico ospedale pediatrico della capitale, Bangui, il problema è tutto di natura politica. Il sistema sanitario nazionale non è assolutamente in grado di rispondere ai bisogni della popolazione: in tutto il paese, grande come la Francia, ci sono 10 chirurghi e per ogni pediatra (4 in tutta la nazione) ci sono 250.000 pazienti. Dei 786 centri sanitari (dall'ospedale al più piccolo ambulatorio di villaggio) della Repubblica Centrafricana, 117 sono privati: il che si traduce in un posto letto di ospedale per 1.273 persone.

Gli investimenti per la salute sono molto bassi e il grosso del bilancio viene assorbito dai salari del personale. Salari del resto assolutamente risibili (circa 150 euro al mese), quando ci sono, e NGody è anche un po' arrabbiato con certe Organizzazioni non governative internazionali perché, pagando meglio dell'ospedale, piuttosto che integrarsi con la struttura pubblica ne diventano quasi concorrenti.

Pensiamo ai dati testé riportati: pochi medici e tutti concentrati a Bangui. Se si raffrontano i dati relativi al numero di bambini severamente malnutriti e quelli della mortalità infantile nel primo anno di vita delle province (o prefetture) più lontane e sguarnite di servizi con quelli della capitale, dove si concentra il maggior numero di medici e personale sanitario, la differenza salta agli occhi. Una risposta per far fronte a questa disparità, è stata quella di imporre ai neolaureti in medicina di prestare servizio nelle prefetture più sprovviste di personale sanitario, almeno per tre anni.

Se il SSN non paga gli stipendi e non garantisce la necessaria formazione è evidente che chi resta, come il dottor NGody, lo fa perché ha una motivazione più forte della certezza del salario a fine mese. Lui crede infatti che la salute sia un diritto e che ogni Stato, anche il suo così povero e disastroso, debba fare di tutto per garantirlo.

E su questo tema ha iniziato la sua personale battaglia tenendo conto che l'ospedale pediatrico provvede a circa 17.000 pazienti l'anno, cura i bambini affetti da malnutrizione acuta, ha un reparto di neonatologia ed è l'unica struttura che ha un reparto per i bambini affetti da HIV/AIDS.

Poiché molte mamme spossate dai parti ravvicinati danno alla luce bambini sotto peso,



l'ospedale è dotato sia di culle termiche sia di un'area dove viene promossa la marsupio-terapia, tecnica inventata alla fine degli anni '70 in Colombia e che utilizza il contatto pelle a pelle tra la mamma e il neonato prematuro per dare calore e nutrimento e che in situazioni dove c'è carenza di attrezzature, come in molti paesi in via di sviluppo, ha dato prova di ridurre la mortalità infantile.

### La dura legge del ticket

Anche in un contesto così povero vige la legge del ticket (sulle prestazioni, sui medicinali) che per quanto abbia prezzi per certi versi simbolici, resta pur sempre una discriminante per i più poveri dei poveri. Quindi gli utenti, come si direbbe in una nostra ASL, appartengono a fasce sociali che possono permettersi di spendere qualche CFA (la moneta locale condivisa con altri paesi dell'Africa occidentale). Va da sé che i ricchi ricorrono alle cliniche private, come un po' ovunque nel mondo.

Gli altri, la stragrande maggioranza dei 4 milioni di centroafricani che vivono lontano da Bangui, devono percorrere chilometri a piedi o in mezzi di fortuna per raggiungere una postazione sanitaria dove portano i loro bambini ammalati e malnutriti. Il protocollo del controllo della crescita è quello che l'UNICEF promuove assieme alle Ong locali, partner ormai da anni in tutto il mondo. I bambini vengono pesati, misurati, visitati e alimentati con latte terapeutico.

Le mamme cominciano a fidarsi, imparano ad accudire i loro bimbi nel modo giusto, comunicano la loro esperienza ad altre mamme che si trovano nella stessa difficile situazione. Non c'è postazione sanitaria dove non si assista fin dalle prime luci del giorno, a questa lunga, paziente e silente processione di donne e bambini. I bambini piangono solo quando vengono imbracati nella bilancia appesa al soffitto.

La lotta alla mortalità infantile passa attraverso interventi semplici a basso costo e costantemente monitorati. Le vaccinazioni di routine contro le più pericolose malattie dell'infanzia (qui i tassi di

copertura vaccinale sono molto bassi rispetto anche ad altri paesi molto poveri) rappresentano un momento di controllo collettivo della salute: non solo i bimbi vengono visitati e vaccinati ma anche le tante donne in gravidanza, che generalmente partoriscono in solitudine senza alcuna assistenza, ricevono acido folico e ferro. E poiché la malaria rimane la causa del 40% dei decessi infantili, si sfruttano questi momenti anche per promuovere l'utilizzo delle zanzariere trattate con insetticida, unico mezzo - a oggi - per difendersi dalle zanzare.

### Il lavoro di verifica da parte dell'UNICEF

Il lavoro dei nostri colleghi UNICEF del settore sanitario è sempre a contatto con la popolazione; è un lavoro di informazione e di verifica orizzontale, di individuazione di chi "fa opinione", dal capo villaggio ad altre figure riconosciute a livello locale come autorevoli e degne di ascolto, per evitare che pratiche salvavita (come la vaccinazione, il controllo della crescita, l'uso corretto delle zanzariere) vengano vissute come esterne alle reali esigenze delle persone. La verifica dell'efficacia del lavoro in atto passa attraverso visite periodiche per valutare lo stato dell'arte (ad esempio se le zanzariere continuano a essere usate o sono state destinate ad altri usi o il tipo di regime alimentare con il quale i bambini vengono svezzati o se le mamme allattano esclusivamente al seno).

Tra gli obiettivi sanitari del 2010 l'UNICEF ha quello di vaccinare il 100% della popolazione infantile da 0-12 mesi e l'80% da 0-59 mesi pari a 850.000 bambini e di garantire assistenza attraverso le Ong partner a 24.000 bambini malnutriti.

Un primo segnale che sembrerebbe preludere a segnare un cambiamento di rotta arriva dal governo nazionale che ha deciso di consacrare il 18% del suo budget annuale alla sanità, ben al di sopra di quanto stabilito dagli accordi di Abuja del 2001 (secondo i quali i capi di Stato africani si impegnavano a destinare almeno il 15% del bilancio statale al settore sanitario pubblico).





© PATRICK GAILLARDIN, AGENZIA PICTURANK, PARIGI

tecnologia

## E-consulti nel satellite

In alcuni piccoli ospedali del Burkina Faso e del Mali se serve un consulto con un luminare straniero, si fa via Internet.

di Vincent Gaullier, foto di Patrick Gaillardin dell'Agenzia Picturank, Parigi

Noufou Ouédraougo entra in una piccola clinica di Ouahigouya, una città nel nord del Burkina Faso. I grandi fiori di buganvillea appena sbocciati danno a questo posto un'atmosfera di grande pace e serenità, in contrasto con il calore e la polvere della strada. Il Sahel non è molto lontano. Noufou, 40 anni e sieropositivo, è venuto qui per curare un grave disturbo della pelle: un eczema da contatto che gli ricopre tutto il piede, e che risulta particolarmente irritante e diffuso. Sono presenti il dottor Arouna Traoré, suo medico di base, e il dottor Marc Pechère, un dermatologo ginevrino dell'Hôpital de La Tour. Il caso pare decisamente complesso. È difficile per un

medico di base spiegare come mai l'eczema del suo paziente si è infettato a tal punto da richiedere l'intervento di uno specialista. La discussione è vivace, accurata e ricca di dettagli.

«Potrebbe chiedergli di nuovo se sulla parte malata ha applicato qualcos'altro oltre alle medicine che gli ha prescritto?», insiste il dottor Pechère. Il dottor Traoré traduce in *more*, la lingua che parla Noufou. Il paziente borbotta qualcosa, poi finalmente ammette. «Aveva ragione», dice il medico al dottor Pechère. «Ha messo anche della penicillina». Il collega sorride: «Bene, allora ci siamo. L'infezione è dovuta probabilmente a una reazione allergica alla



*penicillina*). A prima vista, un classico consulto medico. A parte un piccolissimo dettaglio: il dermatologo svizzero non era nella stanza, ma si trovava a 3.700 km di distanza, nel suo studio di Ginevra. Questo «*e-consulto*» è stato reso possibile grazie a una connessione Internet.

Quello che stupisce di più è che la richiesta di aiuto proviene da Ouahigouya, la terza città del Burkina Faso, al terzo posto nella classifica dei paesi meno sviluppati al mondo. «*Una vera magia, non è vero?*», esclama l'immagine digitale di Pechère. «*Mentre parlo con voi, vedo una tempesta di neve fuori dalla finestra*». Traoré aggiunge: «*È il decimo consulto di questo tipo negli ultimi otto mesi. Con questo sistema, e grazie al Fonds mondial de soutien à la fracture numérique (Fsn), siamo oggi in grado di fare cose che un tempo non avremmo mai neppure potuto immaginare*». Come trattare questo paziente che, senza il sistema tele-medico, avrebbe dovuto percorrere 180 km per raggiungere Ouagadougou, la capitale, e cercare di ottenere un appuntamento presso uno dei pochissimi dermatologi operanti nel paese? C'è di più: considerando i sintomi alquanto insoliti della sua patologia, prima di poter essere curato avrebbe dovuto attendere i risultati dei test da Dakar, Parigi o qualche altra città. Il medico locale conclude: «*In ogni caso, non avrebbe avuto il denaro sufficiente per recarsi nella capitale. Grazie a internet, invece, siamo in grado di curare pazienti anche con scarsi mezzi economici*».

### **Semplicità ed efficacia**

Probabilmente gli aspetti più sorprendenti di questa e-medicina del XXI secolo stanno proprio nella straordinaria semplicità e nella grande efficacia. La connessione web viene stabilita via satellite. L'antenna, fissata sul tetto della clinica, consente l'accesso a internet a una velocità decisamente elevata: 2 megabyte al secondo, simile a quella di cui godiamo in Europa. Quanto al resto dell'attrezzatura, bastano normali computer e videocamere posizionate sopra i televisori utilizzati da una parte dal dottor Traoré, dall'altra dai colleghi che prendono parte alla rete di e-consulti. Fra questi figurano medici del Chu (Centre Hospitalier Universitaire) di Ginevra o del network Raft (Réseau en Afrique francophone de télémédecine, cfr box). Recentemente si è unito al network anche il Chu di Chambéry, in Francia.

Ogni medico dispone di un telecomando in grado di orientare la sua telecamera. Durante il consulto a Noufou, Traoré ha potuto zoommare tutte le zone infette del paziente che voleva mostrare a Pechère, nel caso in cui quest'ultimo non riuscisse a usare da solo il telecomando. Un recente documento delle Nazioni Unite ha sottolineato come internet e l'avvento delle comunicazioni via satellite potrebbero migliorare

realmente le cure sanitarie nei paesi meno sviluppati. Ma c'è dell'altro: questa tecnologia potrebbe contribuire anche a ridurre la fuga di cervelli da questi stati. Un aspetto importante perché, stando a quanto riportato nel documento, la Francia, la Germania e persino l'Inghilterra «*hanno più medici provenienti dal Benin del Benin stesso*». In Zambia, Camerun, Algeria e altri paesi africani, i medici stanno utilizzando questa tecnologia con sempre maggiore frequenza. Gli e-consulti sono particolarmente frequenti fra il Nord e il Sud del mondo, e coprono tutte le aree di specializzazione: ostetricia, pneumologia, anatomopatologia, persino neurologia.

A Ouagadougou incontriamo il professor Rabiou Cissé, radiologo, che discute le radiografie dei pazienti con i colleghi europei, americani o asiatici. «*Finalmente posso fare il mio lavoro come qualsiasi altro specialista*», afferma soddisfatto. «*Ma non è solo questo. Grazie a Internet, ho accesso a tutte le librerie del pianeta e a tutte le aziende legate al mio settore: fonti di informazione utilissime e infinite*». Colmare l'attuale divario digitale fra il nord e il sud del mondo, per eliminare in futuro il gap farmaceutico, non costituisce però l'obiettivo principale. Che è, invece, fornire cure sanitarie di livello più elevato. «*L'attenzione è ancora incentrata sul paziente*», afferma il dottor Pechère. È questa la filosofia che sta alla base del programma di istruzione del Raft che, dal 2003, organizza per i medici conferenze di due ore direttamente sul sito web; appuntamento ogni giovedì mattina, alle 9 esatte. Questo giovedì, il dottor Diak ha invitato due ostetriche della sua clinica, per via del particolare argomento di discussione: HIV, AIDS ed esigenze alimentari dei bambini. Tutti e tre si siedono davanti al monitor. Appare la sagoma della dottoressa Constanza Vallenas, dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: «*Buongiorno e grazie per avermi invitata...*».

A questa lezione parteciperanno alcune centinaia di medici, sparsi in 15 paesi del continente africano.

### **La rete RAFT**

La rete dell'Africa francofona per la telemedicina opera dal 2001 in 15 paesi africani francofoni. Le sessioni di formazione vanno in onda settimanalmente sulla Dudal ambiente che funziona con larghezza di banda ridotta. Il programma è definito da un comitato di redazione internazionale. L'accesso è gratuito. Info su: [www.raft.hcuge.ch](http://www.raft.hcuge.ch)

## La sieropositività neonatale e pediatrica

Secondo le stime 2009 di UNAIDS e OMS nel mondo 33 milioni di persone convivono con l'infezione da HIV, 2,7 milioni sono i nuovi infetti e 2 milioni i pazienti deceduti per AIDS nell'ultimo anno.

di Gian Vincenzo Zuccotti e Vania Giacomè

Dipartimento di Pediatria-Università di Milano- AO Luigi Sacco

I bambini e gli adolescenti fino a 15 anni con infezione da HIV sono circa 2 milioni e la trasmissione verticale è responsabile di più del 90% dei casi, interessando soprattutto i paesi in via di sviluppo.

Attualmente per l'età pediatrica esistono "due scenari" a livello mondiale: da una parte i paesi industrializzati dove il tasso di trasmissione si è ridotto a meno del 2% e dove i bambini HIV infetti hanno accesso ai farmaci antiretrovirali, e dall'altra parte i paesi in via di sviluppo dove ogni giorno circa 1.000 neonati si infettano col virus HIV e dove l'accesso alle cure è limitato ed in ogni caso iniziato tardivamente.

La trasmissione verticale può avvenire in utero (25-40% dei casi), intrapartum (60-75%) e in epoca post-natale (14-29%). Le infezioni placentari e la corioamniosite (infiammazione del sacco amniotico che porta spesso alla sua rottura, ndr) sono fattori di rischio per l'infezione in utero; la rottura prematura delle membrane, la

prematurità, il parto vaginale e la viremia materna sono fattori di rischio per la trasmissione intrapartum; l'allattamento materno e la sua durata sono fattori di rischio per la trasmissione post-natale dell'infezione.

La conoscenza delle modalità e del timing di trasmissione verticale del virus dell'HIV ha reso possibile l'attuazione di misure preventive: farmacologiche, taglio cesareo elettivo, allattamento artificiale.

Numerosi lavori hanno valutato l'efficacia della terapia farmacologia nel ridurre la trasmissione verticale della malattia. Lo studio randomizzato e controllato ACTG 076, nel quale è stata somministrata la zidovudina (primo farmaco antivirale impiegato nella terapia dei pazienti affetti da malattia da HIV, ndr) sia al bambino nelle prime sei settimane di vita, ha dimostrato una riduzione della trasmissione verticale del 67%. Nei paesi industrializzati il ricorso al taglio cesareo elettivo e l'allattamento artificiale hanno



© UNICEF NYHQ2009-2015 CHRISTINE NESBITT



ulteriormente diminuito la trasmissione verticale (< 2%).

Il costo elevato e la complessità del trattamento hanno portato a considerare schemi terapeutici alternativi nei paesi in via di sviluppo. Nel Thay Study, somministrando la zidovudina dalla 36a settimana di gestazione, si è osservata una riduzione della trasmissione verticale del 51%.

Nello studio HIVNET 012, condotto in Uganda, la somministrazione di nevirapina, in monodose, al parto e al bambino nelle prime 72 ore di vita ha portato ad una riduzione della trasmissione del 47%. Il costo esiguo e la facilità di somministrazione di questa profilassi hanno aperto nuove prospettive per la prevenzione nei paesi in via di sviluppo.

Nonostante il notevole incremento dell'utilizzo dei farmaci antiretrovirali in gravidanza, poco studiati rimangono gli effetti collaterali fetali correlati alla profilassi materna. La classificazione FDA degli antiretrovirali in gravidanza non pone nessuno di questi farmaci in categoria A (assenza di effetti collaterali fetali nel primo trimestre di gravidanza supportata da studi adeguati), mentre alcuni farmaci sono posti in categoria B (assenza di rischio negli studi condotti negli animali, mancanza di studi adeguati condotti nelle donne gravide). La maggioranza di farmaci rientra nella categoria C (assenza di studi su donne gravide, studi su animali carenti o indicativi di rischio fetale).

### **Effetti collaterali**

I primi dati relativi all'utilizzo della HAART in gravidanza hanno evidenziato un elevato tasso di prematurità neonatale. In particolare l'*European Collaborative Study* e il *Swiss Mother + Child HIV Cohort Study* hanno evidenziato, in 3920 gravidanze, un rischio di prematurità di 2,6 volte superiore nei neonati esposti a terapia di combinazione rispetto ai non esposti.

L'effetto collaterale più frequentemente associato all'utilizzo della zidovudina è l'anemia nel neonato che è completamente reversibile entro la 12a settimana di vita. Non sono stati segnalati neoplasie né decessi imputabili a tale terapia; i bambini non hanno inoltre presentato significative differenze in merito a parametri antropometrici, sviluppo cognitivo.

Uno dei problemi riguardanti i farmaci antiretrovirali è la possibilità di insorgenza di danno mitocondriale nei bambini esposti, come descritto in uno studio francese dove tale patologia è stata riscontrata in 8 su 1754 neonati.

Nessun caso di disfunzione mitocondriale è stato invece riscontrato nel *Perinatal Safety Review Working Group* che ha rivisto le cause di morte di 233 bambini deceduti prima dei 5 anni nella coorte statunitense di 20.000 bambini nati

tra il 1986 e il 1989 da madre con infezione da HIV.

La HAART ha drammaticamente diminuito la mortalità e la morbosità per AIDS nel paziente pediatrico infetto, prolungando la vita e migliorando la qualità. Secondo le linee guida CDC, PENTA e OMS la terapia va iniziata in tutti i bambini HIV infetti di età < 12 mesi, nei bambini di età < 4 anni con CD4+ <20% e nei bambini di età > 5 anni con CD4+ < 350 mm<sup>3</sup>. La terapia prevede l'utilizzo di tre farmaci di almeno due categorie (1 PI+ 2NRTI; 1 NNRTI+ 2 NRTI). Se nei paesi in via di sviluppo lo scarso accesso ai farmaci è causa di morte nei bambini con infezione da HIV nella prima infanzia, nei paesi ad alto sviluppo il limitato numero di farmaci registrati per l'età pediatrica, di adeguate formulazioni e la scarsa palatabilità di molti di questi, rendono difficoltoso l'approccio terapeutico e l'aderenza alla terapia, fondamentali per il successo immunolo-virologico.

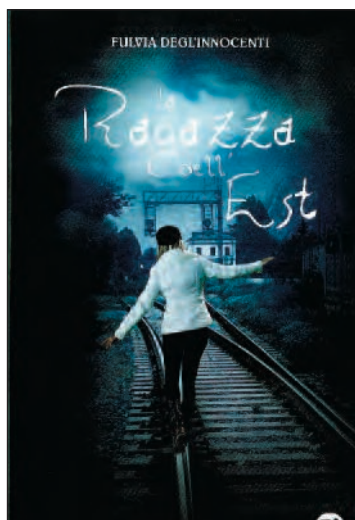
Un rilevante effetto collaterale legato alla terapia antiretrovirale è la ridistribuzione del grasso corporeo (lipodistrofia). La prevalenza di tale patologia varia dall'1 al 10% se calcolata con l'utilizzo dei questionari e dal 23 al 25% se valutata con tecniche antropometriche. In uno studio clinico europeo condotto su una popolazione di 477 soggetti lipodistrofici di età compresa tra 3 e 18 anni è stata riscontrata una prevalenza di dislipidemia del 52%. Un altro studio condotto su 1812 bambini ha mostrato una prevalenza di ipercolesterolemia del 13% associata all'utilizzo di PI, alla razza bianca e alla soppressione virologica completa. Il recente impiego di tecniche poco invasive ha infatti reso possibile l'osservazione del danno cardiovascolare già in questa età. Attraverso la misurazione dello spessore intima/media della carotide ad esempio è stato possibile evidenziare un aumento dello spessore della intima media che sembrerebbe correlata alla durata di esposizione alla HAART. Un altro aspetto dell'infezione da HIV nell'adolescente è il possibile ruolo nella demineralizzazione ossea del virus HIV di per se e della terapia antiretrovirale. I dati a disposizione nella popolazione pediatrica sono discordanti; in uno studio longitudinale (60 mesi di follow up) non è stata riscontrata demineralizzazione ossea in adolescenti in terapia antiretrovirale rispetto alla popolazione sana di pari età e sesso.

In ogni caso, poiché il bambino HIV infetto ha un potenziale di sopravvivenza e quindi anche di esposizione alla terapia di almeno due decenni maggiore rispetto al soggetto adulto, gli effetti collaterali legati alla terapia rischiano di essere più importanti rispetto alla popolazione adulta e quindi meritevoli di costante rilevazione.

Fulvia Degl'Innocenti  
**La ragazza dell'Est**  
Manuale per l'accoglienza  
e l'integrazione degli alunni stranieri

Cinisello Balsamo (MI), Edizioni San Paolo, 2010,  
pp.124, Euro 14,00

"E allora ho cominciato a scrivere una storia. La storia di una ragazza perduta che un giorno ha incontrato un angelo." Per una volta iniziamo dalla fine: è così infatti che si conclude questo toccante libro rivolto ai giovani adulti. L'autrice racconta la storia di Roberto e Lilia, due mondi distanti, un incontro casuale su un treno, una lunga ricerca notturna per le strade di Milano. Roberto ha 14 anni ed è figlio di una coppia separata. Per questo, in occasione delle vacanze natalizie, parte da Napoli dove vive con la madre insegnante per incontrare il padre, che vive a Milano ed è inviato di guerra



in Afghanistan.

In treno rimane colpito da una ragazza assorta nella lettura di un libro. I suoi tratti delicati e il suo accento dell'Est gli suscitano immediatamente un sentimento di tenerezza e curiosità, ma all'arrivo a Milano la ragazza si disperde come una folata di vento, dopo aver lasciato a Roberto il libro che stava leggendo in treno.

Tra le pagine del libro, Roberto trova un biglietto della lotteria e con alcuni amici decide di ritrovare l'"angelo" incontrato in treno senza sapere neppure il suo nome. Da questo momento si dipana una storia che ha i toni di un giallo, in una Milano notturna insidiosa e cupa. Roberto scoprirà il mondo dello sfruttamento in cui Lilia - non ancora maggiorenne - è intrappolata, ma riuscirà a salvarla con l'aiuto del padre, diventando lui stesso il suo "angelo".

Elvezia Benini, Giancarlo Malombra

**Le fiabe per... vincere la paura**

Un aiuto per grandi e piccini

Milano, Franco Angeli, 2010, pp. 175, Euro 18,00

Quanti modi ci sono per vincere le proprie paure? Sicuramente molti, forse tanti quante sono le paure stesse. Nel corso della vita dobbiamo necessariamente affrontarle e le nostre risposte per superarle possono essere diverse, prima tra tutte quella di non subirle. Nelle fiabe, sottolinea questo volume, la paura viene proiettata sui personaggi cattivi come streghe, orchi, mostri, belve e su situazioni e ambienti spaventosi e cupi. Ci sono cioè tutti gli ingredienti per "morire di paura" ma anche per "ri-nascere" dalla paura, attraverso la forza e la volontà di cambiare, la capacità di credere in noi stessi,

l'attenzione alle nostre emozioni e la lealtà.

Nella gestione della paura è anche fondamentale la capacità creativa, che deve essere sollecitata fin dalla primissima età, anche grazie alle fiabe e al gioco.

Questo volume è il terzo dopo *Le fiabe per... affrontare i distacchi della vita* e *Le fiabe per... sviluppare l'autostima* in cui gli autori sottolineano ancora una volta la potenza della fiaba come strumento per elaborare disagi e paure.

Il libro ha pertanto la stessa struttura dei precedenti: ogni capitolo presenta il problema da affrontare, racconta la fiaba e infine propone una riflessione attraverso una lettura legata alle dinamiche sociali e una lettura interpretativa secondo il pensiero junghiano.



Angela Maria Di Vita, Valeria Granatella (a cura di)

**Famiglie in viaggio**

Narrazioni di identità migranti

Roma, Edizioni Magi, 2009, pp. 188, Euro 15,00

Il fenomeno migratorio ha sempre coinvolto tutti gli esseri umani ma diverso è l'approccio per chi è costretto a lasciare il proprio paese a causa di guerre, carestie e povertà alla ricerca di luoghi più sicuri dove vivere. Le condizioni di vita, i vissuti, le aspettative e le difficoltà di chi sceglie, più o meno liberamente, di lasciare il proprio paese d'origine necessitano sempre più di analisi complesse.

Per parlare del tema delle migrazioni, si legge nell'introduzione di questo libro, è necessario affrontare l'immigrazione non come un

problema etnico, ma come crocevia di tante identità quante sono le appartenenze che le persone sperimentano nel corso della propria esistenza. Il volume affronta fenomeni migratori visti attraverso due tematiche principali: la famiglia e la trasmissione intergenerazionale dei criteri educativi da un lato e l'adolescenza, l'identità e i ricordi dei luoghi di origine dall'altro.

Questo lavoro propone una sintesi di diversi percorsi professionali e personali poiché nasce da ricerche e attività di studi precedentemente avviati, nonché da storie di legami con persone e comunità. Nel complesso intreccio di fattori che interviene in questi processi, la relazione intergenerazionale tra donne immigrate e i loro figli risulta il tema centrale del volume.



# Sedi e punti d'incontro dei Comitati Regionali e Provinciali UNICEF

## ABRUZZO

**Pescara**  
Tel. 0854219158  
Fax 0854210251  
www.unicef.it/pescara  
**Chieti**  
Tel. 0871331081  
www.unicef.it/chieti  
**L'Aquila**  
Tel. e Fax 0862420401  
www.unicef.it/laquila  
**Teramo**  
Tel. e Fax 0861241541  
www.unicef.it/teramo

## BASILICATA

**Potenza**  
Tel. e Fax 097137529  
cellulare: 339 5686395  
www.unicef.it/potenza  
**Matera**  
Tel. e Fax 0835388055  
www.unicef.it/matera

## CALABRIA

**Cosenza**  
Tel. 0984481532  
www.unicef.it/cosenza  
**Catanzaro**  
Tel. 0961771901 - 0961775060  
Fax 0961771741  
www.unicef.it/catanzaro  
**Crotone**  
Tel. 096224453  
www.unicef.it/crotone  
**Reggio Calabria**  
Tel. e Fax 0965810655  
www.unicef.it/reggiocalabria  
**Vibo Valentia**  
cell. 3409022187  
www.unicef.it/vibovalentia

## CAMPANIA

**Napoli**  
Tel. 0817147057  
Tel. e Fax 081645895  
www.unicef.it/napoli  
**Avellino**  
Tel. 0825792276  
Fax 0825281420  
www.unicef.it/avellino  
**Benevento**  
Tel. e Fax 0824482065  
www.unicef.it/benevento  
**Caserta**  
Tel. 0823320055  
www.unicef.it/caserta  
**Salerno**  
Tel. 089756054  
www.unicef.it/salerno

## EMILIA ROMAGNA

**Bologna**  
Tel. e Fax 051272756  
www.unicef.it/bologna  
**Ferrara**  
Tel. e Fax 0532211121  
www.unicef.it/ferrara  
**Forlì - Cesena**  
Tel. 054334937  
www.unicef.it/forlicesena  
**Modena**  
Tel. e Fax 059244401  
www.unicef.it/modena  
**Parma**  
Tel. 0521821547  
Punto d'Incontro  
Tel. 0521235914  
www.unicef.it/parma  
**Piacenza**  
Tel. e Fax 0523335075  
www.unicef.it/piacenza  
**Ravenna**  
Tel. e Fax 05443955  
www.unicef.it/ravenna  
**Reggio Emilia**  
Tel. e Fax 0522454841  
www.unicef.it/reggioemilia  
**Rimini**  
Tel. e Fax 054123344  
www.unicef.it/rimini

## FRIULI VENEZIA GIULIA

**Trieste**  
Tel. e Fax 040351485  
www.unicef.it/trieste  
**Gorizia**  
Tel. e Fax 0481545275  
www.unicef.it/gorizia

## Pordenone

Tel. e Fax 043443743  
www.unicef.it/pordenone  
**Udine**  
Tel. e Fax 043221901  
www.unicef.it/udine

## LAZIO

**Frosinone**  
Tel. e Fax 0775604618  
www.unicef.it/frosinone  
**Latina**  
Tel. 0773691746  
www.unicef.it/latina  
**Rieti**  
Tel. 0746498456  
www.unicef.it/rieti  
**Roma**  
Tel. 0647809264  
www.unicef.it/roma  
**Civitavecchia**  
Tel. e Fax 076620484  
www.unicef.it/civitavecchia  
**Viterbo**  
Tel. e Fax 0761325833  
Punto d'Incontro  
Tel. e Fax 0761304830  
www.unicef.it/viterbo

## LIGURIA

**Genova**  
Tel. e Fax 010532550  
www.unicef.it/genova  
**Chiavari**  
Tel. 0185320063  
www.unicef.it/chiavari  
**Imperia**  
Tel. 338149107  
Punto d'Incontro  
Tel. 0184500930  
www.unicef.it/imperia  
**La Spezia**  
Tel. e Fax 0187515707  
www.unicef.it/laspezia  
**Savona**  
Tel. 019812358  
www.unicef.it/savona

## LOMBARDIA

**Milano**  
Tel. 024654771  
Punto d'Incontro  
Tel. e Fax 0286996612  
www.unicef.it/milano  
**Cinisello Balsamo**  
Tel. e Fax 0266017376  
www.unicef.it/cinisellobalsamo  
**Bergamo**  
Tel. 035219517  
Punto d'Incontro  
Tel. 035249649  
www.unicef.it/bergamo  
**Brescia**  
Tel. e Fax 0303752647  
www.unicef.it/brescia  
**Como**  
Tel. e Fax 031571174  
www.unicef.it/como  
**Cremona**  
Tel. 037223577  
Punto d'Incontro  
Tel. e Fax 037230475  
www.unicef.it/cremona  
**Lecco**  
Tel. e Fax 0341282994  
www.unicef.it/lecco  
**Lodi**  
Tel. 0371431660  
www.unicef.it/loDI  
**Mantova**  
Tel. 0376223520  
www.unicef.it/mantova  
**Pavia**  
Tel. e Fax 038229937  
www.unicef.it/pavia  
**Sondrio**  
Tel. e Fax 034336045  
www.unicef.it/sondrio  
**Varese**  
Tel. e Fax 0332238640  
www.unicef.it/varese  
**Saronno**  
Tel. 0296280096  
www.unicef.it/saronno

## MARCHE

**Ancona**  
Tel. e Fax 071202750  
Punto d'Incontro  
Tel. 0712080600  
www.unicef.it/ancona  
**Ascoli Piceno**  
Tel. e Fax 0735581227  
www.unicef.it/ascolipiceno  
**Macerata**  
Tel. 0733264406  
www.unicef.it/macerata  
**Pesaro - Urbino**  
Tel. 0721638033  
www.unicef.it/pesarourbino

## MOLISE

**Campobasso**  
Tel. e Fax 0874484541  
www.unicef.it/campobasso  
**Isernia**  
Tel. e Fax 0874413752  
www.unicef.it/isernia

## PIEMONTE

**Biella**  
Tel. e Fax 01521021  
www.unicef.it/biella  
**Alessandria**  
Tel. 0131610487  
Punto d'Incontro  
Tel. 0131821458  
www.unicef.it/alessandria  
**Asti**  
Tel. e Fax 0141358023  
www.unicef.it/asti  
**Cuneo**  
Tel. 0171690291  
www.unicef.it/cuneo  
**Novara**  
Tel. e Fax 0321390591  
www.unicef.it/novara  
**Torino**  
Tel. 0115625272 - 0115622875  
www.unicef.it/torino  
**Verbania**  
Tel. e Fax 032353699  
www.unicef.it/verbania  
**Vercelli**  
Tel. 0161215788  
Punto d'Incontro  
Tel. e Fax 016327495  
www.unicef.it/vercelli

## PUGLIA

**Bari**  
Tel. 0805235482  
www.unicef.it/bari  
**Brindisi**  
Tel. 0831986135  
www.unicef.it/brindisi  
**Foggia**  
Tel. 0881771605  
cell. 3498940571  
www.unicef.it/foggia  
**Lecce**  
Tel. e Fax 0832241744  
www.unicef.it/lecce  
**Taranto**  
Tel. e Fax 0994795009  
www.unicef.it/taranto

## SARDEGNA

**Cagliari**  
Tel. 0702776034  
www.unicef.it/cagliari  
**Nuoro**  
Tel. 0784238627  
www.unicef.it/nuoro  
**Oristano**  
Tel. 078371117  
www.unicef.it/oristano  
**Sassari**  
Tel. e Fax 079278981  
www.unicef.it/sassari

## SICILIA

**Messina**  
Tel. e Fax 09043804  
www.unicef.it/messina  
**Agrigento**  
Tel. 092228949  
www.unicef.it/agrigento  
**Caltanissetta**  
Cell.: 3804593200  
www.unicef.it/caltanissetta  
**Catania**  
Tel. 095320445  
Fax 0957151638  
www.unicef.it/catania

## Enna

Tel. e Fax 0935960532  
www.unicef.it/enna  
**Palermo**  
Tel. e Fax 0916810605  
www.unicef.it/palermo  
**Ragusa**  
Tel. e Fax 0932682450  
www.unicef.it/ragusa  
**Siracusa**  
Tel. 0931442631  
www.unicef.it/siracusa  
**Trapani**  
Tel. e Fax 092321500  
www.unicef.it/trapani

## TOSCANA

**Firenze**  
Tel. 0552207144  
www.unicef.it/firenze  
**Arezzo**  
Tel. 0575908484  
www.unicef.it/arezzo  
**Grosseto**  
Tel. 0564418051  
www.unicef.it/grosseto  
**Livorno**  
Punto d'Incontro  
Tel. e Fax 0586802188  
www.unicef.it/livorno  
**Lucca**  
Tel. e Fax 0583467791  
www.unicef.it/lucca  
**Massa Carrara**  
Tel. e Fax 0585633590  
www.unicef.it/massacarrara  
**Pisa**  
Tel. e Fax 05048663  
www.unicef.it/pisa  
**Pistoia**  
Tel. 057322000  
www.unicef.it/pistoia  
**Prato**  
Tel. 057427013  
www.unicef.it/prato  
**Siena**  
Tel. 0577232151  
Fax 0577232392  
www.unicef.it/siena

## TRENTINO ALTO ADIGE

**Trento**  
Tel. e Fax 0461986793  
www.unicef.it/trento  
**Bolzano**  
Tel. e Fax 0471982011  
www.unicef.it/bolzano

## UMBRIA

**Perugia**  
Tel. e Fax 0755849590  
www.unicef.it/perugia  
**Terni**  
Tel. 0744300711  
www.unicef.it/terni

## VAL D'AOSTA

**Aosta**  
Tel. 016541119 - 0161238500  
www.unicef.it/aosta

## VENETO

**Venezia**  
Tel. 0412793878  
www.unicef.it/veneto  
**Venezia**  
Tel. 0415239950  
www.unicef.it/venezia  
**Belluno**  
Tel. e Fax 0437942987  
www.unicef.it/belluno  
**Padova**  
Tel. 0498754988  
Punto d'Incontro  
Tel. 0498751886  
www.unicef.it/padova  
**Rovigo**  
Tel. e Fax 042529449  
www.unicef.it/rovigo  
**Treviso**  
Tel. e Fax 0422412314  
www.unicef.it/treviso  
**Verona**  
Tel. e Fax 045575345  
www.unicef.it/verona  
**Vicenza**  
Tel. e Fax 0444300484  
www.unicef.it/vicenza

BOMBONIERE UNICEF.  
COSÌ I RICORDI PIÙ BELLI  
NON SARANNO SOLTANTO I TUOI.



TRASFORMA OGNI RICORRENZA IN UN AIUTO CONCRETO.

Con una bomboniera UNICEF scegli di legare i momenti più importanti della tua vita al futuro di milioni di bambini. Un gesto d'amore che servirà a comprare zanzariere antimalaria, vaccini contro il morbillo, matite per la scuola in paesi come Niger, Haiti, Eritrea e tanti altri: sul sito dell'UNICEF potrai scoprire dove sono arrivati i tuoi aiuti. Trasforma la tua festa in quella dei bambini di tutto il mondo. Matrimonio, battesimo, comunione, cresima, laurea: scegli la tua bomboniera su [www.unicef.it/bomboniere](http://www.unicef.it/bomboniere)

uniti per i bambini

unicef 