



19/12/2020

# Ottava Newsletter

ai soci e agli amici del Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Migrante



## La TUTELA DEI DIRITTI DELLA PERSONA sia al centro della risposta alla pandemia ... Un saluto dal Segretario del GLNBM SIP

Le parole del Presidente della Repubblica Sergio Mattarella, in occasione della Giornata Internazionale sui Diritti Umani 2020, risuonano per tutti noi come un monito che scuote le coscienze. Perché quest'anno, che finalmente sta passando senza però passare davvero, non è che ce la siamo cavata così bene e non mi riferisco solo al Covid-19. A guardarsi intorno, dalle notizie dei media al quotidiano che viviamo, direi proprio di no: se pensiamo a Giulio Regeni e la verità rinnegata, ad Abou sulla nave quarantena per giorni senza ricevere assistenza se non quando è troppo tardi per potergli salvare la vita, a Willy Monteiro Duarte massacrato di botte senza riuscire a fermarsi, all'ennesima tragedia in mare per tutti coloro che per la prima volta lo attraversano senza mai arrivare, ai campi profughi e alla crisi umanitaria alle porte di questa Europa che non vede, non sente e non parla, alla stessa pandemia che sembra non riguardarci abbastanza finché non entra nelle nostre case tra i nostri affetti e infine alle disuguaglianze e vulnerabilità amplificate. C'è un modo per uscirne migliori, forse??? Proprio tra le righe dei contributi per questa 8ª Newsletter GLNBM SIP colgo riflessioni e proposte per una nuova visione del mondo ... Buon Natale!!!



Simona La Placa  
Segretario del GLNBM

## COVID-19 E PROSSIMITÀ: spunti di riflessione per la ripartenza



La crisi indotta dalla pandemia COVID-19 ci dà l'opportunità di riflettere - in questo tempo di cambiamenti che prelude a un cambiamento d'epoca - sull'evoluzione del concetto di salute e sulle implicazioni che questo comporta in termini di organizzazione dell'assistenza sanitaria.

Sul piano concettuale, l'epidemia ha contribuito a consolidare un pensiero autenticamente socio-ecologico: la salute non più solamente intesa come condizione interna agli esseri viventi, e legata al buon funzionamento del corpo-macchina, ma come qualità del «tra», cioè delle relazioni che intercorrono tra essere ed essere, e tra essere e natura<sup>1</sup>. E infatti le dinamiche di insorgenza e propagazione del SARS-CoV-2 si dimostrano influenzate da un alterato equilibrio uomo-ambiente, e le conseguenze negative per la salute trovano nella presenza di condizioni ambientali e sociali degradate pericolosi moltiplicatori d'effetto<sup>2</sup>.

Sul piano organizzativo, il COVID ha messo in luce limiti e storture dell'attuale assetto dei servizi, troppo sbilanciato sull'assistenza ospedaliera altamente tecnologica e poco orientato alle attività di prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro, e alle cure primarie.

La pandemia rende dunque indifferibile un ripensamento della sanità pubblica, proprio a partire da una rinnovata coscienza socio-ecologica, che richiama la teoria della complessità (applicabile tanto ai sistemi viventi quanto alle organizzazioni sociali e sanitarie)<sup>3</sup> e segnatamente la prossimità - come da più parti richiamato<sup>4</sup> -, che della complessità esprime la dimensione pratica e fattuale<sup>5</sup>.

Ma cosa vuol dire questo in termini operativi?

Continua a pag 2

## Diventare mamme ai tempi del COVID-19: bisogni, incertezze e soluzioni

Mamme&CO.vid è una comunità virtuale fondata dal dott. Danilo Buonsenso con lo scopo di offrire uno spazio di condivisione e sostegno psicologico alle donne che hanno affrontato la gravidanza, il parto o i primi giorni post partum con infezione da SARS-CoV-2. Ci avvaliamo della collaborazione di un team multidisciplinare fatto non solo di pediatri ma anche di medici con altre specializzazioni, psicologi, avvocati, commercialisti.

Il progetto nasce dalla consapevolezza che l'arrivo di un bambino sia uno dei momenti più delicati nella vita di una donna e di una famiglia, spesso gravato da insicurezze e timori che possono condurre a veri e propri stati patologici. La pandemia, la fobia per le conseguenze della malattia e le misure contenitive di isolamento possono aggravare ancor di più la fragilità psicologica delle giovani madri.

Per rispondere a questa nuova esigenza organizziamo incontri virtuali con cadenza settimanale in cui le madri possano confrontarsi fra loro e con medici e psicologi del Policlinico Gemelli, uno spazio in cui sentirsi accolte e non avere paura di fronte ai propri dubbi.

In questi primi incontri la partecipazione delle mamme è stata intensa, si sono subito aperte, raccontando le loro esperienze. Non hanno manifestato timore nel condividere insicurezze e momenti di sconforto sentendosi accolte dal lavoro svolto dalla psicologa del team.

Continua a pag 5

**News**

**76° Congresso Nazionale di Pediatria:**  
25-28 Maggio 2021  
ROMA

**Sommario:**

Saluto Segretario GLNBM	1
COVID-19 e prossimità	1-2
Diventare mamme e COVID-19	1,5
Salute globale	2
Leggendo la letteratura	3
Per riflettere un po'	4
Appuntamenti, e opportunità	5
I nostri contatti	6

In questi anni, sono state sviluppate diverse esperienze di "prossimità" con i gruppi marginali e proprio da quelle esperienze possiamo oggi ripartire per delineare i tratti di una "filosofia pratica della prossimità", in grado di guidare l'azione.

In un articolo apparso qualche tempo fa sulla rivista *Recenti Progressi in Medicina*, è stata tentata una prima concettualizzazione del tema dell'accessibilità dei servizi sociosanitari, all'interno di un *framework* teorico-pratico che abbiamo proposto di definire in termini di Sanità Pubblica di Prossimità (SPP)<sup>6</sup>. Nel contesto dell'assistenza ai gruppi marginali, la SPP rimanda al complesso delle relazioni tra istituzioni pubbliche, organizzazioni del privato sociale e comunità presenti su un dato territorio, volte a promuovere l'accesso alle risorse di prevenzione e di cura garantite dal Servizio sanitario nazionale.

Alla SPP fanno capo: a) attività svolte direttamente nei luoghi di vita dei gruppi target (offerta attiva di misure preventive e di prestazioni sanitarie e sociali minime, realizzazione di attività di educazione alla salute e orientamento ai servizi), realizzate secondo modalità flessibili, attraverso l'impiego di *équipe* multidisciplinari composte da operatori del settore pubblico e/o del privato sociale (*outreach*); b) interventi tesi a riorientare i servizi sanitari in un'ottica di maggiore permeabilità e fruibilità, sviluppati a partire dalla capacità del sistema di "riconoscere" i bisogni socio-sanitari della popolazione e dunque di aprirsi alle esigenze espresse dal territorio (mediazione di sistema); c) programmi di formazione e reclutamento di individui e istituzioni comunitarie (famiglie, associazioni, *network* informali ecc.) che intervengono in accordo e/o in sinergia con gli operatori socio-sanitari (coinvolgimento delle comunità).

Si tratta, dunque, di una sanità caratterizzata dall'«andare verso» i territori e le popolazioni target, in termini di presenza fisica (con espressione anglosassone, si direbbe *shoe-leather*; letteralmente con la "suola delle scarpe")<sup>6</sup> e di sguardo (conoscenza dei contesti di intervento e delle risorse disponibili), aperta alla collaborazione con la società civile, capace di intercettare i bisogni emergenti, orientata a creare comunità resilienti mediante il sostegno allo sviluppo del capitale sociale dei territori e il rafforzamento delle competenze degli individui rispetto alla salute e ai servizi. È una "sanità artigiana" in grado di interagire con le peculiarità dei contesti locali e degli individui (storie, valori, aspettative, strategie individuali, dinamiche sociali) e dotata della capacità adattativa propria dei sistemi complessi di «aggiustarsi» di fronte a un elemento perturbante.

Queste peculiarità – conoscenza, diversificazione, integrazione, flessibilità – riteniamo possano rappresentare la chiave di volta per una nuova sanità capace di rispondere efficacemente ai bisogni di salute, tanto nelle situazioni di emergenza quanto di fronte alle sfide del quotidiano.

Giovanni Baglio

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – AGENAS; Società Italiana di Medicina delle Migrazioni – SIMM

Si ringrazia la dott.ssa Erica Eugeni, Segretario nazionale della Società Italiana di Antropologia Medica, per il contributo allo sviluppo della riflessione e alla stesura del testo.

## Bibliografia

- Lang T, Rayner G. Ecological public health: the 21st century's big idea. *BMJ* 2012; 345: e5466.
- Pozzer A, Dominici F, Haines A, et al. Regional and global contributions of air pollution to risk of death from COVID-19. *Cardiovasc Res* 2020;116 (14): 2247-53.
- Materia E, Baglio G. Complessità aziendale e postmodernità. In: Vanara F (a cura di). Il Governo dell'azienda sanitaria. Bologna: Il Mulino, 2008: 169-92.
- Recovery Fund. Speranza in audizione: "La parola chiave deve essere prossimità". *Quotidianosanità.it* 10 settembre 2020. [https://www.quotidianosanità.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=87827](https://www.quotidianosanità.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=87827)
- Baglio G, Eugeni E. Medicina di prossimità: un modello di sanità pubblica per i gruppi hard-to-reach. In: Maciocco G (a cura di). Cure primarie e servizi territoriali. Roma: Carocci Editore, 2019: 77-84.
- Baglio G, Eugeni E, Geraci S. Salute globale e prossimità: un framework per le strategie di accesso all'assistenza sanitaria da parte dei gruppi hard-to-reach. *Recenti Prog Med* 2019; 110: 159-64.

## SALUTE GLOBALE ...

### LA SARS-COV-2 NON È (SOLO) UNA PANDEMIA MA UNA SINDEMIA.



La rivista *Lancet* spesso pubblica editoriali o commenti di sanità pubblica utili a chi, come noi, s'interessa del benessere delle popolazioni socialmente più fragili, profughi e clandestini in primo luogo, ma anche migranti regolari e, fra i nostri connazionali, quelli meno abbienti e con un livello di istruzione più basso. Un po' in ritardo commentiamo un editoriale del 26 settembre scritto dal direttore Richard Horton e dal titolo *"Offline: Covid-19 is not a pandemic"*. La mancanza del punto interrogativo rende il titolo certo, non un'ipotesi o un punto di vista personale. Horton sostiene che la Sars-CoV-2 non è (solo) una pandemia ma soprattutto una *sindemia*. Tale termine, che era stato proposto da un'antropologa Americana, Meryll Singer nel 1990, fa riferimento *alla coesistenza di più malattie e condizioni ambientali o socio-economiche che interagiscono fra loro rendendo la situazione generale più grave che non in presenza di una sola di esse. L'interazione tra queste patologie e situazioni rafforza e aggrava ciascuna di esse*. Per epidemia e pandemia s'intende il diffondersi di un agente infettivo che può colpire le persone con le stesse modalità e gravità ovunque. Si è visto, invece, che questo nuovo virus è più spesso letale nei soggetti più fragili quali gli anziani e le persone con malattie croniche non trasmissibili come obesità, diabete mellito 2, ipertensione, malattie cardiovascolari e tumori, da sole o in associazione fra loro. La compresenza di più malattie è, inoltre, più frequente negli stessi anziani, aumentando la loro fragilità e, ancor più, quando vivono in comunità o nelle zone più degradate e inquinate. Horton asserisce che il considerare la Sars-CoV-2 solo una pandemia infettiva è riduttivo e potenzialmente fuorviante, perché la *sindemia* non è solo una co-morbilità, ma un coacervo di malattie di origini diverse e di fattori biologici, ambientali, socio-economici e altri ancora che possono peggiorare la situazione, la risposta alla terapia e la sopravvivenza stessa. Riguardo ai fattori che possono peggiorare sia la prognosi sia la suscettibilità alla malattia e la risposta alla terapia ricordiamo: l'età avanzata e lo stato di salute della persona, il grado d'inquinamento della regione in cui si vive, le basse condizioni sociali, la difficoltà di accesso alle cure e la co-presenza di altre malattie. Fra queste, oltre a quelle già citate, anche pneumopatie croniche. La maggior parte di queste malattie sono, a loro volta, più frequenti nelle varie situazioni ambientali e socioeconomiche elencate in precedenza e la loro associazione in tali situazioni ambientali aggrava le singole prognosi.

Qualcuno potrebbe obiettare che sono cose note (e per alcuni enfatizzate a scopo politico), ma finora è stato fatto poco per contrastarle. L'aver ridotto questa crisi sanitaria a una semplice malattia infettiva, che si sa può peggiorare preesistenti gravi problemi di salute generale, e non aver avuto uno sguardo più ampio sociale, politico, ambientale e comunitario, oltre che infettivologico, può aver inficiato in parte i risultati sia della prevenzione sia della terapia. Per esempio, e questo è un mio ragionamento, l'aver isolato e allontanato i più anziani e fragili dalla presenza e dai contatti con le persone amate può aver diminuito le loro capacità di reazione al virus, la risposta alla terapia e il recupero finale. D'altra parte i tecnici che hanno guidato le politiche sanitarie sono stati soprattutto virologi, epidemiologi, intensivisti e infettivologi, i primi senza esperienza di cura e rapporto con il paziente, i secondi abituati a lavorare sul malato in assenza di interferenze esterne.

Horton giunge all'affermazione che i governi sarebbero colpevoli di aver trascurato la vera natura di Covid-19 avendone affrontato solo l'aspetto infettivologico ed epidemiologico inizialmente, poi anche gli altri (cardiovascolare, pneumologico e altre malattie associate) ma sempre solo dal punto di vista medico, senza considerare il contesto ambientale, socioeconomico, psicologico, in cui si diffondono.

Il concetto di *sindemia* ricorda quello di *patocenosi*, proposto da Mirko Grmek, il maggiore storico della medicina nostro contemporaneo, termine che indica l'insieme delle malattie, infettive e non, più frequenti in un certo momento storico in un dato luogo, cioè l'epidemiologia di quella nazione o continente in quel dato tempo. Studiare e affrontare le malattie con il concetto di *patocenosi* e di *sindemia* vuol dire considerare il contesto epidemiologico, sociale, culturale, politico, storico, nonché l'ambiente, l'alimentazione, la psicologia, il clima e il maggiore o minore grado di inquinamento. Potremmo continuare a lungo a elencare i fattori non strettamente medici che favoriscono il diffondersi di una malattia nella società e l'evoluzione nel singolo paziente. Horton continua segnalando che la Commissione del Lancet sulle malattie non comunicabili, con lesioni fisiche (injuries) e in stato di povertà (*The Lancet NCDI Poverty Commission*), che interessano almeno il miliardo più povero dell'umanità, calcola che tali associazioni di patologie, fattori ambientali e socioeconomici causano oltre il 30% del loro carico (burden) di malattie<sup>2</sup>. La Commissione ha anche calcolato che "l'attuazione di interventi facilmente disponibili ed economici potrebbe scongiurare nel prossimo decennio quasi 5 milioni di morti tra le persone più povere del mondo, questo senza considerare i ridotti rischi di morte per COVID-19" e per altre malattie infettive. "La crisi economica che sta avanzando non si risolverà con un farmaco o un vaccino."

"Solo affrontando il COVID-19 come una *sindemia* potremo avere una visione più vasta, che comprenda l'istruzione, l'occupazione, l'alloggio, la nutrizione e l'ambiente. Il considerare il COVID-19 solo come una pandemia esclude tale visione più ampia e così necessaria."

Anche l'ultimo Rapporto annuale del Censis sulla situazione sociale del Paese del 4 dicembre 2020, mette in evidenza il ruolo dello stato socioeconomico nella suscettibilità al virus e alle sue conseguenze<sup>3</sup>.

Non sono concetti nuovi, sono stati molto studiati negli ultimi tempi ma quasi sempre ignorati dal punto di vista pratico. Il miglioramento degli stili di vita, per esempio, non ha dato grossi risultati perché questi sono seguiti soprattutto dalle classi più benestanti e acculturate.

Concludo con le parole dell'epidemiologo Paolo Vineis espresse in una recente intervista:

"pare che il Covid-19 ci abbia aperto gli occhi sul fatto che salute e malattia vengono da lontano, dipendono anche dalla società e dalla sua struttura produttiva. Il virus ci ha convinti della necessità di uno sguardo più complesso sulle malattie. Tutto questo ci porta a vedere la salute come un bene comune, da proteggere in quanto tale" e con un approccio sociale e politico oltre che medico<sup>4</sup>.

Raffaele Viridis  
Caritas Parma

## Bibliografia

- R. Horton Offline: Covid-19 is not a pandemic. *Lancet* (2020), 396: 874
- G Bukhman et al.: The Lancet NCDI Poverty Commission: bridging a gap in universal health coverage for the poorest billion. *Lancet* (2020), 396:991-1044
- CENSIS. 54° Rapporto sulla situazione sociale del Paese. La Società italiana al 2020. 4 dicembre 2020, Rapporto Annuale | CENSIS <https://www.censis.it/rapporto-annuale>
- Paolo Vineis: Curare con la politica. Intervista di Andrea Capocci: Il Manifesto. Edizione del 21/11/2020. [https://ilmanifesto.it/paolo-vineis-curare-con-la-politica/?utm\\_source=lunedì-rosso&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=23-11](https://ilmanifesto.it/paolo-vineis-curare-con-la-politica/?utm_source=lunedì-rosso&utm_medium=email&utm_campaign=23-11)

## LEGGENDO LA LETTERATURA ...

### L'INFEZIONE DA HBV IN UNA COORTE DI MIGRANTI IN ITALIA



Le epatiti virali rappresentano uno dei maggiori problemi della sanità pubblica mondiale<sup>1</sup>. La popolazione migrante in Italia ne è particolarmente colpita, non solo perché proveniente da paesi ad alta endemicità per malattie infettive ma anche per le scarse condizioni igieniche del viaggio e le difficoltà di accesso alle cure sanitarie durante il soggiorno nel nostro paese<sup>2</sup>.

Lo studio retrospettivo di tipo osservazionale trasversale recentemente pubblicato ha messo in evidenza l'alto rischio di trasmissione del virus dell'epatite B (HBV), sia durante il viaggio che nei centri di prima accoglienza, in una coorte di immigrati provenienti dall'Africa, dall'Asia e dal Sudamerica, e temporaneamente residenti presso il centro di accoglienza straordinaria "CAS di Chilivani" in Sardegna o ospedalizzati presso il presidio ospedaliero Garibaldi-Nesima in Sicilia<sup>3</sup>.

La coorte, costituita da 109 immigrati (maschi n=99, 91.66%), di età compresa nel range 13-71 anni (media= 25 anni) proveniva prevalentemente dall'Africa subsahariana (n=93; 86.1%) ed una minoranza dal sud-est asiatico (n= 14, 13%) e Sudamerica (n=1, 0.9%). I migranti africani provenivano dai seguenti 16 stati: Burkina Faso (n=3, 2.8%), Costa d'Avorio (n=1, 0.9%), Egitto (n=1, 0.9%), Eritrea (n=8, 7.4%), Etiopia (n=2, 1.9%), Gambia (n=2, 1.9), Ghana (n=16, 14.8%), Guinea (n=5, 4.6%), Kenia (n=2, 1.9) , Libia (n=2, 1.9), Mali (n=9, 8.3%), Marocco (n=3, 2.8%), Nigeria (n=30, 27.8), Senegal (n=5, 4.6%), Somalia (n=3, 2.8%) e Sudan (n=1, 0.9%) I migranti asiatici provenivano esclusivamente dal Bangladesh, ed erano di età compresa nel range 16-48 (media=19). Un migrante era originario della Colombia, in Sudamerica.

Dai risultati ottenuti è emerso il dato importante che solo un quinto ( $n=23$ , 21,1%) della coorte studiata, è risultato vaccinato contro l'HBV (positività per anticorpi anti-HBs). Circa un terzo ( $n=32$ , 29,36%) è risultato immune per pregressa infezione da HBV, 13 (11,93%) erano HBsAg positivi, mentre addirittura 37 (33,95%) sono risultati essere HBV sieronegativi e non vaccinati. Infine, quattro soggetti (3,6%, provenienti da Gambia, Ghana e Senegal) erano positivi solo per HBcIgG, suggerendo la possibilità di infezione HBV occulta.

I 13 soggetti HBsAg positivi provenivano tutti da paesi Africani (Ghana, Guinea, Kenya, Mali, Nigeria e Somalia) e nessuno dall'Asia, dove si è comunque riscontrata un'alta percentuale ( $n=9/14$ , 64%) di soggetti HBV sieronegativi e non vaccinati.

In 2 paesi africani, il Mali e il Ghana, è emersa una prevalenza particolarmente alta di positività per HBV, mentre una prevalenza intermedia è stata trovata in Nigeria. Infatti dei 9 migranti del Mali, nessuno è risultato precedentemente vaccinato per HBV, ed in particolare 4/9 (44%) erano HBsAg positivi, 4/9 (44%) erano immuni per pregressa infezione HBV, mentre 1/9 (11%) è risultato HBV sieronegativo e non vaccinato. Dal Ghana, accanto ai 4/16 (25%) HBsAg positivi, vi erano altri 4/16 (25%) HBV negativi e non vaccinati, mentre la restante metà ( $n=8$ , 50%) era immune per pregressa infezione da HBV. Dalla Nigeria, 2/30 (6,6%) erano HBsAg positivi, mentre fino all'80% ( $n=24/30$ ) sono risultati HBV sieronegativi e non vaccinati.

Nonostante il limite di una piccola casistica, i risultati ottenuti rivelano l'alto rischio di trasmissione dell'HBV all'interno dei Centri di accoglienza della nostra area geografica, dove migranti HBsAg positivi e migranti HBV negativi convivono in promiscuità per un certo periodo di tempo. Tale situazione, insieme al rischio di trasmissione di altre malattie infettive, enfatizza la necessità di implementare le strategie preventive e di controllo dell'infezione da HBV tramite programmi di screening, programmi vaccinali, di trattamento ed educazionali, auspicabili non solo nei centri di accoglienza del nostro paese, ma anche nei paesi di origine dei migranti, ad alta endemicità.

Di fatto in Italia come in Europa, i programmi di screening per i migranti non sempre vengono completati e spesso non viene quindi raggiunta una diagnosi conclusiva, con disparità tra i diversi centri per il numero di malattie infettive sottoposte a screening, per le procedure di immunizzazione e le terapie messe in atto dopo lo screening<sup>4</sup>.

La proposta di studio è quella di verificare la situazione attuale dei programmi di screening a livello nazionale e lo stato dell'infezione HBV, raccogliendo informazioni in almeno una coorte di migranti da ogni regione geografica sul (1) numero di screening che vengono effettuati, (2) se effettuati nel centro di accoglienza o se demandati al curante una volta ottenuto il permesso di soggiorno, e (3) sui marcatori sierologici HBV, se disponibile e in relazione al numero dei migranti della coorte e al paese di provenienza di ciascuno.

L'accesso all'articolo è gratuito fino all'11 gennaio 2021 per chiunque desideri leggerlo o scaricarlo come pdf utilizzando il link: <https://authors.elsevier.com/a/1c6wH7sqW8ZxNb>

Maria Grazia Clemente

S.S.D. di Medicina d'Urgenza Pediatrica della A.R.N.A.S. Ospedale G Brotzu

## Bibliografia

- WHO, W. H. O. Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021. Global Hepatitis Programme Department of HIV/AIDS, 2016: 56. Available at <https://www.who.int/hepatitis/strategy2016-2021/ghss-hep/en/>
- Khyatti M., Trimbilas R.D., Zouheir Y., Benani A., El Messaoudi M.D., Hemminki K. Infectious diseases in North Africa and North African immigrants to Europe. *Eur J Public Health*. 2014; 24 Suppl 1:47-56. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku109>.
- Clemente MG, Mauceri C, Grandi N, Marescalco S, Arras M, Bitti A, Galleri G, Manetti R, Schwarz K, Piana A, Castiglia P, Antonucci R. No Hepatitis G Virus co-infection in migrants with Hepatitis B or C hosted in Sardinia and Sicily. *Clin Res Hepatol Gastroenterol*. 2020. S2210-7401(20)30307-7. doi: 10.1016/j.clinre.2020.10.010
- Seedat F, Hargreaves S, Nellums LB, Ouyang J, Brown M, Friedland JS. How effective are approaches to migrant screening for infectious diseases in Europe? A systematic review. *Lancet Infect Dis*. 2018<;18(9):e259-e271. doi: 10.1016/S1473-3099(18)30117-8.

## PER RIFLETTERE UN PO' ...

### I LOOSE MY BABY.....

Abbiamo tutte e tutti negli occhi e soprattutto nelle orecchie il grido disperato della donna che, messa in salvo sul gommone della Open Arms, si rende conto di non avere con sé il suo bambino. Il bambino è stato recuperato in mare ma, nonostante i tentativi di soccorso è morto. Il suo bambino si chiamava Joseph, aveva solo 6 mesi, proveniva come la madre dalla Guinea e adesso è sepolto nel cimitero di Lampedusa. Essere sepolti in terraferma è quasi un privilegio rispetto ai tanti, troppi, anche bambini, sepolti sul fondo del Mediterraneo.

E' solo l'ultimo di tanti altri episodi drammatici dei quali siamo, volenti o nolenti, testimoni sebbene non innocenti. La nostra innocenza è persa da tanto e purtroppo non ne siamo abbastanza consapevoli.

La presenza, ridotta a qualche unità, delle navi delle ONG purtroppo non sufficiente ad intervenire in tempi rapidi ad evitare tutte le morti in mare (quasi 20.000 dal 2014) è l'unica che garantisce la testimonianza di quanto accade e costringe le nostre coscienze se non cattive, sicuramente distratte, a prendere atto della realtà. La criminalizzazione delle ONG che salvano vite in mare, averle definite con colpevole leggerezza fattori di attrazione dell'immigrazione clandestina senza supporto concreto di dati, salvo poi essere la realtà dei fatti smentita da studi indipendenti e dall'archiviazione di diversi procedimenti penali intentati, genererà altre morti.

Quante madri avranno lanciato, inascoltate, lo stesso straziante grido durante le marce forzate nel deserto, quante lo avranno ripetuto disperate nell'inferno Libico dove è persa ogni garanzia di rispetto dei diritti umani di base e dove anche le agenzie governative accreditate fanno fatica ad intercettare e tutelare le centinaia di persone tra cui moltissime donne vittime di tratta e i loro bambini frutto, spesso, di abusi sessuali reiterati, in balia di carcerieri e milizie irregolari pronte a vendersi al miglior offerente e operanti in centri di detenzione conosciuti ma non controllabili e che "eufemisticamente" continuiamo a definire centri di accoglienza. Non dobbiamo dimenticare, quando piangiamo per quelle grida, che tra i migliori offerenti ci siamo noi, non come singoli ma come appartenenti ad uno Stato che, senza porre troppe condizioni, ha reiterato gli accordi con la Libia per bloccare



Il prezzo che stanno pagando le persone riportate in Libia è troppo alto. E noi che prezzo siamo disposti a pagare ancora? Quanto la nostra coscienza di cittadini e di pediatri può tollerare? La risposta non è semplice né univoca ma merita tutto il nostro impegno e attenzione perché possiamo dire senza retorica: "Non in nostro nome".

Sono in atto da diversi anni progetti pilota a sostegno di corridoi umanitari promossi dalla Federazione delle Chiese Evangeliche in Italia, dalla Tavola Valdese e dalla Comunità di sant'Egidio, tra i primi realizzati in Europa, che consentono a gruppi famiglia e soggetti vulnerabili di raggiungere legalmente e in sicurezza l'Europa. Sono tanti quanto inascoltati gli appelli di agenzie internazionali e associazioni (per citarne solo alcuni Human Rights, Amnesty International, Consiglio Europeo per i Rifugiati) ai governi europei che già dal 2019 chiedono l'attivazione di programmi di evacuazione per grandi numeri, concordati con l'ONU per permettere almeno a donne e bambini di essere messi in sicurezza.

E' di Ottobre 2019 la lettera aperta del Tavolo Asilo che chiede al Governo l'abolizione del memorandum del 2017 e l'evacuazione sotto la tutela internazionale. Infine l'appello di Papa Francesco, dell'Aprile scorso, di esortazione alla comunità internazionale affinché trovi soluzioni praticabili per la tutela delle persone ristrette in Libia e soprattutto di richiamo alla responsabilità di ognuno di noi.

Come pediatri, indipendentemente dal nostro credo politico e religioso abbiamo fatto la scelta di stare dalla parte dei bambini e della loro salute, di tutti i bambini. Siamo chiamati a trovare le forme, come singoli o in associazione piuttosto che all'interno delle nostre appartenenze, per dare voce e sostanza alla nostra scelta professionale.

Francesca Ena

## APPUNTAMENTI E INTERESSANTI OPPORTUNITA'.

### • 76° edizione del Congresso Nazionale di Pediatria: 25-28 Maggio 2021, Roma

E' stato spostato a queste date il 76° Congresso Italiano di Pediatria. Una decisione presa dal Consiglio Direttivo della SIP "in considerazione del periodo straordinario vissuto in questo drammatico anno". Negli stessi giorni, congiuntamente al 76° Congresso Italiano di Pediatria, si svolgeranno anche il 12° Congresso della Società Italiana di Pediatria Ospedaliera, il 2° Congresso congiunto regionale Lazio SIP-SIN-SIMEUP, il 6° Congresso del Gruppo di Studio Ecografia Pediatrica e il 1° Congresso della Società Italiana di Pediatria Infermieristica (SIPINF).



### MA POICHE'

### PROPRIO NON CE LA FACCIAMO AD ASPETTARE MAGGIO



E ci piacerebbe tanto salutarci

...come si fa ai tempi del COVID-19..

Vi proponiamo un incontro il **21 Dicembre 2020 ore 14.15**

sulla piattaforma **Zoom**

[https://us04web.zoom.us/j/3819541588?](https://us04web.zoom.us/j/3819541588?pwd=ZU5lS1FwYUVQbytxVnpueHdzU1hvQT09)

[pwd=ZU5lS1FwYUVQbytxVnpueHdzU1hvQT09](https://us04web.zoom.us/j/3819541588?pwd=ZU5lS1FwYUVQbytxVnpueHdzU1hvQT09)

(per partecipare copiare l'URL in azzurro nella barra degli indirizzi web, cliccare

invio e premere il tasto Avvia Riunione

(ID riunione: 381 954 1588, Passcode: 7H7spC)



**Per scambiarsi gli auguri  
e magari condividere brevemente ciò che può essere bello  
dirsi in attesa di questo Natale 2020!**

..da pag 1



Per loro l'eccezionalità del contesto pandemico si somma alla meraviglia di diventare mamme. Sono creature fragili, rese ancora più vulnerabili dal SARS-CoV-2, che le ha fatte temere per loro e soprattutto per il bambino. Le mamme hanno vissuto sulla loro pelle cosa vuol dire "solitudine", nel momento in cui più al mondo avrebbero dovuto avere

una famiglia festosa accanto, hanno provato "rabbia" verso qualcosa di ancora in parte ignoto, "ansia" perché non sapevano cosa sarebbe accaduto al loro figlio e "incertezza" per l'imminente futuro con la paura che potesse essere pregiudicato il loro benessere e quello delle loro famiglie. A ciò si aggiunge il senso di colpa e di ingiustizia verso la propria condizione di neomamme COVID-19.

Per portare avanti questa "missione" abbiamo lanciato un forum in cui affrontare tematiche come gravidanza e allattamento in epoca di COVID-19, sul sito [www.mammecovid.com](http://www.mammecovid.com), per continuare lo scambio di idee e consigli anche oltre gli orari e le date fissati per i meeting virtuali.

Quotidianamente aggiorniamo le nostre pagine social (seguiteci su Facebook: [mamme&CO.vid](https://www.facebook.com/mamme&CO.vid) e su Instagram: [mammeco.vid](https://www.instagram.com/mammeco.vid)) con informazioni utili su COVID19, gravidanza, puerperio, età neonatale e pediatrica tratte da studi pubblicati sulle principali riviste scientifiche internazionali. Offriamo inoltre la possibilità di contatti diretti con il team di specialisti non solo tramite social media, ma anche tramite un indirizzo mail dedicato ([mammecovid@gmail.com](mailto:mammecovid@gmail.com)).

La salute è "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o infermità". Solitudine e paura possono intaccarla profondamente, anche senza creare danni clinicamente manifesti. Per questo, da medici, non possiamo rimanere insensibili di fronte alla sofferenza di queste giovani donne e il nostro impegno è quello di non abbandonarle. Se avremo aiutato anche una sola persona, avremo fatto il nostro dovere.

Danilo Buonsenso

Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Roma, Italia

## **COME ADERIRE AL GLNBM**

L'adesione al GLNBM è subordinata alla iscrizione alla Società Italiana di Pediatria e prevede una quota associativa annua di 20 Euro (si può effettuare il versamento, sul CC Postale 67412643 intestato a SIP).

Possono aderire al GLNBM anche altri operatori socio-sanitari interessati non iscritti alla SIP (medici, infermieri, mediatori culturali, psicologi,...).

Per aderire occorre compilare il modulo di adesione, scaricabile dalla pagina "news" del sito: [www.glnbi.org/index/news](http://www.glnbi.org/index/news), ed inviarlo al Segretario del Gruppo: Simona La Placa [simonalaplaca@gmail.com](mailto:simonalaplaca@gmail.com) e alla segreteria SIP [segreteria@sip.it](mailto:segreteria@sip.it).

## **I NOSTRI CONTATTI**

Segnalaci la necessità di chiarimento o qualche interessante notizia da condividere contattandoci via e-mail o telefono:

Simona La Placa  
Ambulatorio Pediatrico Multiculturale  
U.D.C. di Neonatologia e TIN - AOUP di Palermo  
Tel: 091 6552016 Cell: 328 8105553  
Email: [simonalaplaca@gmail.com](mailto:simonalaplaca@gmail.com)

Giovanni Alighieri  
UTIN-Pediatria - A.O. "Card. G. Panico" Tricase (LE)  
Tel: 0833-773111 Cell: 338-1630908  
Email: [giannialighieri@gmail.com](mailto:giannialighieri@gmail.com)



Si ringrazia BIOMEDIA per la partecipazione ed il sostegno elargito per le attività del gruppo di studio

