

Rivista trimestrale di politica sociosanitaria

Salute globale, dalla teoria alla pratica

Salute globale

Prefazione

Il Centro regionale di salute globale

Salute globale: storia macro e micro di un "nuovo" approccio

Ridurre le disuguaglianze attraverso i determinanti sociali della salute

Da "Health for All" a "Universal Health Coverage"

Crisi globale del personale sanitario e *brain drain*

Innovazione e sviluppo umano

Misurare il reale benessere delle nazioni

Malattie tropicali neglette

Il Codice deontologico dei medici

Esperienze del Centro di salute globale

Cooperazione sanitaria internazionale

La cooperazione sanitaria internazionale della Regione Toscana

L'esperienza toscana in Senegal

L'insufficienza renale cronica nel Dipartimento di León, Nicaragua

Cooperazione in Libano

La salute comunitaria in Colombia

Formazione: studenti e università

L'esperienza della rete italiana insegnamento salute globale (RIISG)

Medicina diseguale: l'esperienza formativa di un gruppo di studenti

Uganda, testimonianze dal campo

Bolivia, testimonianze dal campo

Salute dei migranti: realtà locali

Immigrazione, politiche sanitarie e partecipazione

Un camper per i diritti

Casa Stenone, una sperimentazione del presente per orientare il futuro

Casa Stenone, le storie dei pazienti

L'esperienza del *Community Health Model* ad Arezzo

Abitare una lingua

Monografia



FORMAS

Laboratorio Regionale
per la Formazione Sanitaria

Direttore Responsabile
Mariella Crocellà

Redazione

Antonio Alfano
Gianni Amunni
Carmen Bombardieri
Alessandro Bussotti
Gian Paolo Donzelli
Silvia Falsini
Claudio Galanti
Carlo Hanau
Gavino Maciocco
Patrizia Mondini
Benedetta Novelli
Mariella Orsi
Daniela Papini
Paolo Sarti
Luigi Tonelli

Comitato Editoriale

Gian Franco Gensini,
*Preside Facoltà di Medicina e
Chirurgia, Università di Firenze*
Mario Del Vecchio,
*Professore Associato Università di
Firenze, Docente SDA Bocconi*
Antonio Panti,
*Presidente Ordine dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri della
Provincia di Firenze*
Luigi Tucci,
*Direttore Laboratorio Regionale
per la Formazione Sanitaria –
FORMAS*

Redazione, Direzione

Corrispondenza e invio contributi:
Mariella Crocella
mrocella@gmail.com
http://www.formas.toscana.it

Edizione

Pacini Editore S.p.A.
Via Gherardesca 1, 56121 Pisa
Tel. 050313011 - Fax 0503130300
info@pacinieditore.it
www.pacinieditore.it

Registrazione al Tribunale di Firenze
n. 2582 del 17/05/1977

Questo numero è stato chiuso
in redazione il 17-10-2014

Testata iscritta presso il Registro
pubblico degli Operatori
della Comunicazione
(Pacini Editore SpA iscrizione
n. 6269 del 29/08/2001)



Sommario

Salute globale, dalla teoria alla pratica

a cura di

Maria José Caldes Pinilla, Vieri Lastrucci, Carmen Bombardieri

Salute globale

- 336 Prefazione
M.J. Caldes Pinilla
- 338 Il Centro Regionale di Salute Globale
M.J. Caldes Pinilla, Michele De Luca
- 340 Salute globale: storia macro e micro di un "nuovo" approccio
C. Bodini, A. Stefanini
- 346 Ridurre le disuguaglianze attraverso i determinanti sociali della salute
E. Ziglio, F. Lirussi
- 349 Da "Health for All" a "Universal Health Coverage"
G. Maciocco
- 353 Crisi globale del personale sanitario e brain drain
G. De Ponte
- 357 Innovazione e sviluppo umano
M. Biggeri, C. Fedi
- 361 Il Prodotto interno lordo: critiche e alternative per misurare benessere delle nazioni
V. Lastrucci, M.J. Caldes Pinilla
- 364 Malattie tropicali neglette
L. Zammarchi, A. Bartoloni
- 368 Il Codice deontologico dei medici
M. Benato

Esperienze del centro di salute globale

Cooperazione sanitaria internazionale: Aziende sanitarie e Organizzazioni non governative

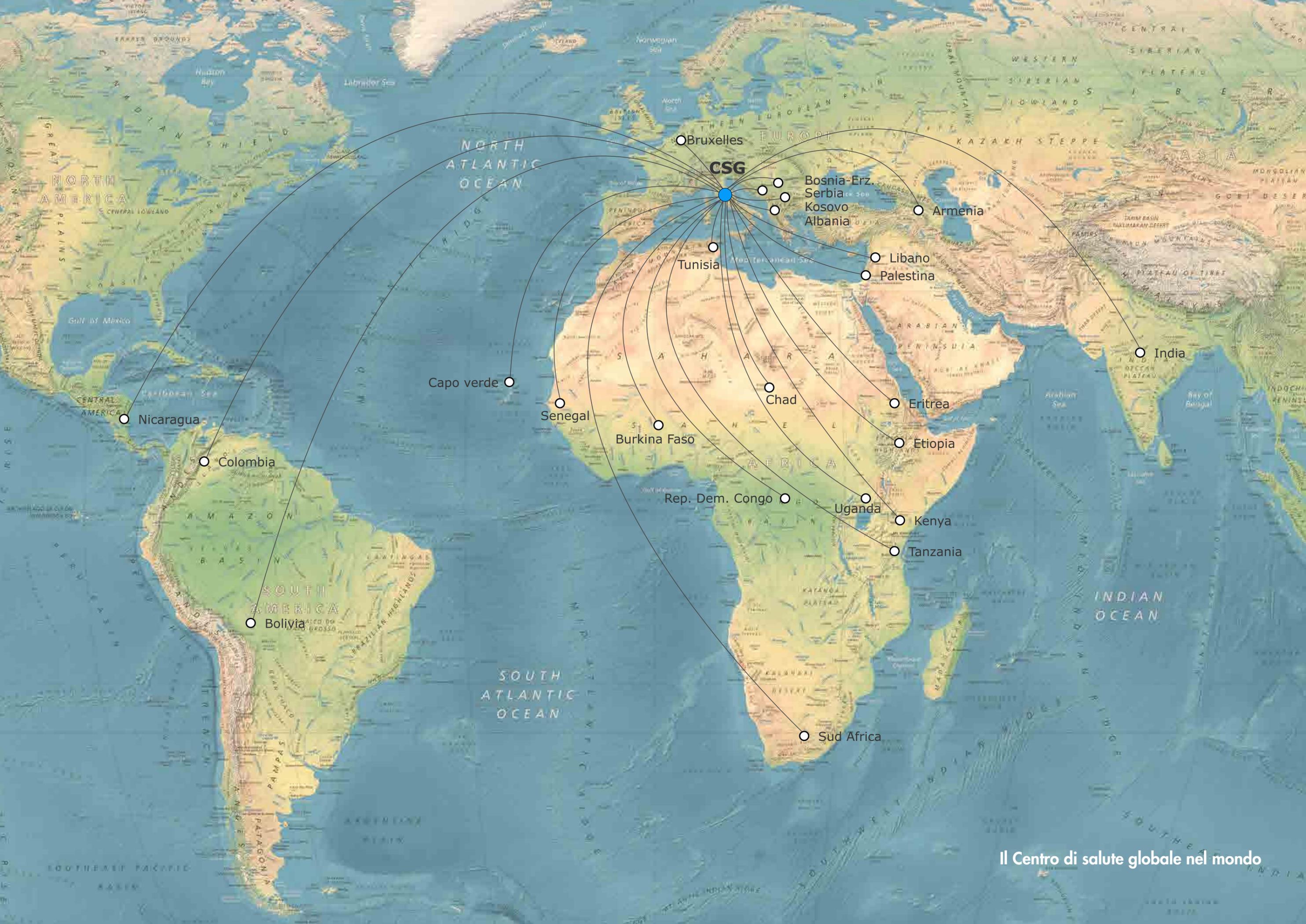
- 372 La rete della cooperazione sanitaria internazionale della Regione Toscana
N. Mascia
- 376 L'esperienza toscana in Senegal
S. Bacceti, B. Cucca, A. Grillo, M. Filieri, C. Frongia, A. Gesualdi, M. Macchia, A. Mannocci, G. Neri, R. Peruzzi
- 383 L'insufficienza renale cronica nel Dipartimento di León, Nicaragua
A. Grillo
- 390 Cooperazione in Libano
L. Triggiano
- 395 La salute comunitaria in Colombia
M. Zanchetta

Formazione: studenti e università

- 401 L'esperienza della rete italiana insegnamento salute globale (RIISG)
A. Rinaldi, G. Civitelli, M. Marceca, G. Tarsitani
- 405 Medicina diseguale, l'esperienza formativa di un gruppo di studenti
G. Occhini, A. Mereu
- 409 Uganda, testimonianze dal campo
Introduzione di B. Tommasini, S. Zani
Intervista a Maria Nannini e Giovanni Turrisi
- 415 Bolivia, testimonianze dal campo
Introduzione di Marianne Strohmeyer
Intervista a Donata Magnelli, Vieri Lastrucci e Cristina Taddei

Salute dei migranti: realtà locali

- 421 Immigrazione, politiche sanitarie e partecipazione
G. Capitani, S. Geraci
- 424 Un camper per i diritti
M. Zanchetta
- 428 Casa Stenone, una sperimentazione del presente per orientare il futuro
A. Mereu, A. Bussotti
- 433 Casa Stenone, le storie dei pazienti
I. Severi, A. Bussotti
- 437 L'esperienza del Community Health Model ad Arezzo
G. Tizzi
- 442 Abitare una lingua
A. Vako



CSG

Bruxelles

Bosnia-Erz.
Serbia
Kosovo
Albania

Armenia

Libano

Palestina

Tunisia

India

Capo verde

Senegal

Chad

Eritrea

Burkina Faso

Etiopia

Rep. Dem. Congo

Uganda

Kenya

Tanzania

Sud Africa

Nicaragua

Colombia

Bolivia

Il Centro di salute globale nel mondo

Prefazione

A pochi mesi dal 2015 e quindi a pochi mesi dall'anno prefissato dalle Nazioni Unite per il raggiungimento degli Obiettivi di sviluppo del millennio (MDGs: *Millennium Development Goals*), la comunità internazionale si trova a riflettere sui successi e i fallimenti registrati. Allo stesso tempo, il nuovo disegno strategico per l'agenda post 2015 sarà definito attraverso dei nuovi obiettivi, i cosiddetti Obiettivi di sviluppo sostenibile (SDGs: *Sustainable Development Goals*), che andranno a riorientare gli sforzi internazionali. In questi ultimi anni lo scenario mondiale è notevolmente cambiato e le Nazioni Unite si trovano di fronte a vecchie e nuove sfide da affrontare. Da un lato, infatti, siamo ben lontani del traguardo posto nel 2000 dai MDGs, in particolare l'Africa subsahariana che, a differenza delle altre aree del mondo, rimane indietro anche nel primo obiettivo, quella della riduzione della percentuale di popolazione che vive in condizione di estrema povertà (56% nel 1990 - 48% nel 2010). Dall'altro lato, i nuovi SDGs hanno di fronte un mondo intorpidito da sette anni di crisi finanziaria ed economica globale, con il conseguente aumento delle disuguaglianze tra Paesi e all'interno degli stessi, dove aumentano i grandi problemi ambientali legati ai cambiamenti climatici in atto e cresce l'epidemia delle malattie croniche. Scenario non troppo roseo ma che ci chiama a riflettere al fine di evitare gli errori commessi in passato e proporre strategie innovative verso un futuro più equo e sostenibile.

La salute, in questo scenario diventa una chiave di lettura dove si intersecano fattori diversi e decisivi nella vita delle persone: educazione, ambiente, lavoro, capacità di accesso alle cure e la qualità delle stesse, discriminazioni di genere e razziali, sistemi di protezione sociali, etc. Elementi fondamentali e necessari a garantire dignità e rispetto delle persone in tutti i contesti, dal locale al globale.

In tale cornice si inserisce il Centro regionale di salute globale che con questa monografia ha l'intento di presentare attraverso il racconto, talvolta quasi filosofico, talora accademico e soprattutto esperienziale, una panoramica su alcuni temi che, chi si occupa di "salute globale", non può fare a meno di conoscere.

La monografia è articolata in due diverse sezioni. La prima, più teorica e concettuale, dove convergono differenti forme di intendere e concepire la salute globale, con riflessioni e analisi dal mondo delle Istituzioni, dall'Accademia, dagli Ordini professionali e dal mondo della società civile. Tutti concordano nel definire la salute umana come diritto inalienabile e universale. La seconda sezione dà voce ad esperienze pratiche nel campo della salute globale: le iniziative in ambito di cooperazione sanitaria, la formazione dei nostri futuri professionisti e il lavoro svolto sul tema della salute dei migranti.

Questa monografia intende dare visibilità alle iniziative che il Centro implementa, supporta, affianca e sostiene. Si tratta di attività che troppo spesso non ricevono l'attenzione che meriterebbero, in particolare in un momento storico di crisi economica in cui ci si interroga sul significato e il valore dell'investimento in questa tipologia di iniziative, e sull'opportunità di occuparsi delle problematiche di Paesi lontani e di fasce marginali della popolazione, in particolare stranieri, quando vi sono sempre più problemi sociali e di salute che affliggono i cittadini toscani.

Lavorare per la salute globale non porta vantaggi solo a popoli lontani o a migranti in difficoltà, ma contribuisce a migliorare lo stato di salute di tutta la popolazione. Infatti, la possibilità di adottare uno sguardo "globale" verso la salute significa dare importanza ad una maggiore equità nella distribuzione delle risorse e dei servizi; significa guardare alla salute come un fattore correlato ad un'infinità di elementi che la condizionano; significa aprire lo sguardo a nuove culture che sono ormai qui, vicino a noi, e che rappresentano la sfida per ripensare i nostri servizi, per renderli più accessibili, più funzionali, in definitiva più umani.

Albert Einstein una volta disse che se avesse avuto solo un'ora per trovare la soluzione ad un problema da cui la sua

Lo staff del Centro di salute globale



vita dipendesse, avrebbe trascorso i primi 55 minuti nella definizione del problema. Una volta individuata quale fosse la domanda giusta da porsi, avrebbe risolto il problema in meno di cinque minuti. Visto che la salute globale, per definizione, è un problema da cui dipende la vita di tutti, quale miglior occasione per iniziare a pensare a quali domande porsi se non leggere questa monografia? Anche se per le soluzioni possibili probabilmente serviranno più di 5 minuti e purtroppo dovremo fare a meno di Einstein, il Centro di salute globale è sempre disponibile a condividere le vostre idee.

Maria José Caldés Pinilla
Direttrice

Centro di salute globale Regione Toscana/AOU Meyer

Il Centro regionale di salute globale

Maria José Caldés Pinilla, Michele De Luca

Centro di salute globale Regione Toscana/AOU Meyer

In questi ultimi anni si è consolidato all'interno della Direzione generale diritti di cittadinanza e coesione sociale della Regione Toscana, tra gli operatori della sanità impegnati in iniziative di cooperazione sanitaria internazionale o nella ricerca/divulgazione di tematiche legate alla salute, la necessità di diffondere consapevolezza delle disuguaglianze esistenti e delle cause che le hanno prodotte, dei meccanismi che le alimentano e le aggravano; il diritto-dovere di pretendere la massima partecipazione della cittadinanza alle scelte inerenti la salute di tutti; il dovere della comunità scientifica di affrontare in modo diffuso e sistematico i temi dell'equità, dello sviluppo sostenibile, della difesa della dignità e della vita degli uomini; la necessità di studi approfonditi, di valutazioni indipendenti, di una trasmissione estesa delle informazioni e delle conoscenze; la necessità di disegnare e rendere attivi progetti di cooperazione sanitaria internazionale caratterizzati per un approccio di sistema alla salute. È nata così l'idea di promuovere l'istituzione di un Centro regionale di salute globale (CSG) (Delibera Regionale n.909 del 15 ottobre 2012).

Il Centro di salute globale nasce come struttura di riferimento regionale (che afferisce organizzativamente all'AOU Meyer) in cui professori e ricercatori universitari, dottorandi e studenti di varie discipline, medici professionisti e in formazione specialistica possano occuparsi a vario titolo nel campo della salute globale, sia come operatori in progetti di cooperazione sia come studiosi di determinate tematiche o come disseminatori di conoscenza.

Il Centro, mediante la collaborazione con reti nazionali e internazionali di esperti in varie discipline, si propone come piattaforma di dibattito, riflessione e analisi su i seguenti ambiti di interesse: le **politiche sanitarie**, la **cooperazione sanitaria internazionale**, le **malattie emergenti e**

la salute dei migranti. Si tratta di ambiti che si raccordano tra loro in una continuità trasversale alla cui base si centrano gli effetti della globalizzazione, soprattutto di quella economica, sulla salute dei popoli.

Il termine **politica sanitaria** è la traduzione letterale di una branca della sanità pubblica anglosassone che si è molto affermata e diffusa negli ultimi vent'anni, la "Health Policy". In realtà questo termine ha un significato ampio, la cui traduzione italiana non riesce compiutamente a esprimere e riguarda le politiche ("la salute in tutte le politiche") e le strategie per migliorare la salute, ovvero il "benessere fisico, psichico e sociale" della popolazione. In questa area di interesse il Centro, attraverso una stretta collaborazione con le Università e con la società civile, promuove l'organizzazione di attività didattiche e corsi di aggiornamento in ambito accademico e nell'educazione continua, con particolare attenzione ai seguenti argomenti:

- disuguaglianze nella salute (tra nazioni e anche all'interno delle nazioni) prodotte da determinanti politici, economici, finanziari, commerciali, energetici e ambientali a livello globale;
- politiche per la salute nazionali e internazionali e i diversi sistemi sanitari;
- organizzazione dei servizi, in termini di prevenzione e di modelli assistenziali nei confronti dei principali problemi di salute (l'analisi del *Global Burden of Disease*).

La **cooperazione sanitaria internazionale** (CSI) rappresenta un punto qualificante del programma di governo della Regione Toscana, che nella redazione dei suoi Piani sanitari ha dedicato – a partire dal 2002 – un apposito paragrafo agli interventi di cooperazione sanitaria internazionale. La Giunta regionale adotta annualmente, impartendo indirizzi più specifici, il programma delle iniziative di CSI in linea con una strategia regionale pluri-

nale. In tale quadro il CSG incentiva la partecipazione ai programmi e finanziamenti europei e internazionali da parte delle Aziende sanitarie e degli altri attori del Sistema sanitario toscano (SST) impegnati in progetti di cooperazione sanitaria internazionale, consolida la presenza del sistema toscano di CSI nelle sedi europee e internazionali che operano in questo settore attraverso azioni di rafforzamento delle competenze e della competitività degli attori del SST. A livello regionale il CSG promuove azioni di condivisione e sensibilizzazione sulle politiche comunitarie e internazionali per la cooperazione sanitaria internazionale e sui temi correlati alla salute e allo sviluppo globale.

Relativamente alla tematica delle **patologie emergenti** trasmissibili e non trasmissibili dovute a cambiamenti climatici, movimenti di popolazione, cambiamenti demografici e patologie d'importazione di agenti infettivi e di microrganismi multi resistenti, l'impegno del Centro regionale di salute globale ha l'obiettivo duplice di contribuire, da un lato, alla condivisione e sviluppo delle conoscenze e, dall'altro, ad una sensibilizzazione politica ed istituzionale finalizzata all'inclusione delle malattie emergenti nelle attività programmatiche territoriali del Sistema sanitario regionale.

Nel nostro territorio la presenza dei **migranti** è superiore alla media che si registra in altre Regioni (rappresenta l'8,7% della popolazione regionale di fronte al dato nazionale del 8,2%). La Toscana si caratterizza così in modo stabile come terra d'immigrazione. Tale fenomeno

è comprensibile sulla base dei processi di radicamento ed integrazione della popolazione immigrata sia attraverso i ricongiungimenti familiari, sia per le nuove nascite (il 24% delle nascite nell'ultimo anno sono da madre straniera). Una concezione integrale del prendersi cura obbliga a non fare riferimento esclusivamente ai dati numerici, ma anche a criticità come la carenza di informazioni sui diritti e sull'offerta dei servizi di salute per gli stranieri presenti sul territorio regionale. Le attività del Centro in questo ambito di interesse hanno come obiettivo fondamentale quello di contribuire al miglioramento dei percorsi di cura e dei processi di integrazione dei cittadini migranti attraverso interventi mirati e coordinati a livello regionale per garantire equità e appropriatezza nell'offerta sanitaria. In particolare l'impegno del centro mira a ridurre la disorganicità in cui operano gli attori che si interfacciano con la popolazione migrante e conseguentemente contribuire ad agire in modo uniforme su tutto il territorio diminuendo il dislivello informativo e formativo presente tra le diverse aree regionali.

Questi sono i principi ispiratori e le aree tematiche che danno forma al Centro di salute globale, che si configura così come una alleanza innovativa tra Aziende sanitarie, governo regionale, accademia e società civile, dove confluiscono e si accrescono i saperi nella speranza di contribuire agli sforzi intrapresi dalla comunità internazionale per affrontare le sfide in materia di salute globale.

Salute globale: storia macro e micro di un "nuovo" approccio

Chiara Bodini, Angelo Stefanini

Centro studi e ricerche in salute internazionale e interculturale, Università di Bologna

Abstract

Dalla metà degli anni Novanta, il termine "salute globale" è stato ampiamente utilizzato da attori che operano nel campo della salute, con significati differenti e talvolta contraddittori. In Italia, nel primo decennio degli anni Duemila la salute globale è diventata (anche) la cornice entro la quale sembra riemergere una lettura dei processi di salute e malattia fortemente orientata al sociale e all'insegna del paradigma della complessità.

L'articolo traccia un'analisi delle tappe storiche che hanno modellato il "marchio" della salute globale e il complesso di idee, istituzioni e interessi che la governano. Guarda poi ai movimenti emergenti in Italia, descrivendone la genesi e analizzandone le pratiche, per aprire una riflessione sulle potenzialità di trasformazione professionale e (dunque) socioculturale.

Come afferma Bodini: "Ricostruire la genealogia dell'ambito salute globale significa ... recuperare, oltre alla possibilità di uno spazio critico-riflessivo, anche retaggi ben più scomodi per ogni pretesa di rinnovamento, che ne segnano di fatto il tradizionalismo e spiegano perché, in molti dei contesti in cui è adottato, l'approccio di salute globale serve più a consolidare gerarchie e legittimare l'esistente che non a contribuire a un cambiamento di sorta." ¹. Significa raccontare la storia di un termine, salute globale, il quale, nonostante la sua non recente origine, da pochi anni è assunto agli onori di quasi-disciplina che dà il proprio nome a prestigiosi Centri universitari e filantropici, periodici scientifici, ed edizioni speciali di consolidate collane editoriali.

Tentare di delimitare entro confini riconoscibili un termine apparentemente evanescente e privo di contorni netti è un compito arduo e, probabilmente, nemmeno sostanziale. L'interpretazione più diffusa identifica comunque la salute globale come un insieme di "problemi di salute" apparentemente nuovi e con caratteristiche legate ai moderni processi di globalizzazione ². Solo di recente il dibattito si è allargato anche al "chi" e al "come" governi questo processo di trasformazione,

ovvero all'ambito definito "governance globale" della salute ³.

La comparsa del termine salute globale nella letteratura scientifica risale agli anni Cinquanta ⁴. Non c'è dubbio, tuttavia, che la sua crescente diffusione sia legata al rapido sviluppo del processo di globalizzazione economico-finanziario. Il momento in cui avviene il "salto di paradigma" da salute internazionale a salute globale è infatti presumibilmente riconducibile al 1980, anno che segna lo spartiacque tra l'era keinesiana e la comparsa prepotente del neo-liberismo rampante: nel 1979 l'ultra-conservatrice Margaret Thatcher è eletta Primo Ministro della Gran Bretagna, e nel 1980 fa seguito negli Stati Uniti Ronald Reagan.

Nello stesso anno, con il forte sostegno del "complesso medico-industriale" e delle maggiori organizzazioni filantropiche internazionali, esplose la reazione dell'accademia e dell'establishment medico all'ideale di una "salute per tutti" ⁵. In un numero del novembre 1979, l'importante rivista *The New England Journal of Medicine* stronca la proposta di una *primary health care* (PHC) comprensiva che accolga le istanze partecipative e inter-settoriali contenute nella Dichiarazione di Alma Ata,

sostituendola con l'approccio più elitario della *selective PHC*, meno intrisa di pericolosi messaggi sociali (o "socialisteggianti") e più consona al "sentire" della professione medica più conservatrice ^{6,7}.

Infine, il 1980 vede la Banca mondiale entrare ufficialmente, anche se in sordina, nel settore sanitario. Per la prima volta, con un breve documento di indirizzo apparentemente innocuo, una banca inizia a proporre la sua diagnosi dello stato di salute e dell'assistenza sanitaria nel mondo, a prescrivere le sue ricette e a diffondere valori e filosofie sul concetto e il significato della salute ⁸.

L'influenza "globalizzante" della Banca mondiale sulla salute del pianeta si fa progressivamente sentire attraverso sia i programmi di aggiustamento strutturale degli anni Ottanta e Novanta, con cui i Paesi poveri indebitati sono risucchiati nell'economia capitalistica del nord, sia le nuove politiche sanitarie neo-liberiste a essi associate, precorritrici di una vera e propria "epidemia di riforme sanitarie" ⁹. La Banca mondiale diviene così in quegli anni il principale attore sulla scena della sanità internazionale, scalzando l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sia per entità del bilancio nel settore che per prestigio tecnico e politico ^{10,11}.

Alla progressiva perdita di *leadership* dell'OMS concorre la comparsa di soggetti e regole che definiscono nuovi scenari di *governance*, come accordi commerciali regionali e globali e una vera e propria organizzazione con sede a Ginevra: l'Organizzazione Mondiale del Commercio (OMC). In questo processo di progressiva "globalizzazione" della salute, l'OMC appare come il degno prosecutore dell'opera della Banca mondiale nell'assorbire i vari Stati nazionali nel sistema capitalistico mondiale attraverso la facile esca dei vantaggi offerti dal "libero mercato".

La moderna economia-politica della salute ci mostra quindi come, più che di un insieme di malattie o condizioni nuove (o vecchie con nuove caratteristiche), la salute globale sia interpretabile come la cornice entro cui competono diverse concezioni del mondo, che hanno concrete manifestazioni materiali e politiche e che sono sostenute da istituzioni e alleanze diverse: è questo, appunto, ciò che viene chiamato "governance globale" della salute. In questo senso, non è tanto la salute a essere globale (lo è sempre stata), è la sua *governance* che è strutturata da processi globali di mercificazione e liberalizzazione.

In conclusione, la visione *mainstream* contemporanea della salute globale è influenzata da prospettive diverse e, a volte, in competizione tra loro. Non è quindi sufficiente definire l'ambito semplicemente come il prodotto delle

forze negative, degli effetti collaterali o delle esternalità della globalizzazione. Né, d'altra parte, è sufficiente incriminare i determinanti strutturali della globalizzazione. È importante invece analizzare come le azioni collettive in risposta a queste forze siano influenzate e plasmate dall'interazione delle diverse prospettive, finendo per privilegiare determinati interessi, istituzioni e idee, e non altri. Questi problemi sono sintomatici di conflitti più profondi all'interno del processo di *governance* globale della salute tra prospettive concorrenti che, il più delle volte, restano implicite piuttosto che emergere chiaramente allo scoperto. D'altro canto è solo attraverso la comprensione del ruolo strutturale di questa economia politica globale della salute, sempre più orientata al mercato, che possiamo spiegare il divario tra i bisogni di salute dell'intero pianeta e le politiche messe in atto.

La salute globale in Italia: il contesto "micro"

Gli anni Novanta-Duemila, durante i quali il termine salute globale compare anche in Italia, sono segnati dalla crescente rilevanza – oggettiva e percepita – dei processi di globalizzazione e del loro impatto sulle condizioni di vita e salute, soprattutto nel sud del mondo, nonché sulle crescenti disuguaglianze esistenti tra nord e sud. Sono anche gli anni in cui alcune Organizzazioni non governative (ONG), impegnate in progetti di cooperazione, fanno un salto di scala divenendo protagoniste della scena mediatica (e politica) ¹².

L'attenzione nuova nei confronti di problematiche di respiro globale emerge ancora di più all'interno e grazie ai movimenti variamente definiti "altermondialisti" o "per la giustizia globale", che animano le proteste ai vertici G8 di Seattle e Genova nonché i forum sociali mondiali a Porto Alegre e in numerosi altri luoghi del pianeta ¹³. L'emersione di un "movimento dei movimenti" su scala internazionale si accompagna infatti alla messa in discussione dell'ordine mondiale e dell'ideologia economica di stampo neoliberalista a esso sottesa ¹⁴. Il portato contenutistico del movimento è rilevante in quanto fornisce spunti di comprensione, se non spiegazioni esaustive, sull'esistenza di crescenti disuguaglianze socioeconomiche su scala globale, e sul perché la medicina occidentale non rappresenti uno strumento di contrasto ma spesso si allinei alle direttrici di forza e potere che riproducono gli esistenti squilibri. È il caso, per esempio, dei grandi programmi umanitari, come di molti degli interventi verticali e di cooperazione in generale ¹⁵.

Oltre alla critica, nella rete del movimento si incontrano pratiche alternative, ispirate all'uguaglianza nelle relazio-

ni, alla partecipazione diretta, alla solidarietà. Ne sono un esempio le forme politiche originate a Porto Alegre, dalla democrazia partecipativa ai forum sociali mondiali, che offrono spazi aggregativi inediti in cui la pluralità di un mondo (r)esistente emerge nelle istanze di libertà, autodeterminazione, riconoscimento e rispetto dell'alterità provenienti dai popoli e dai soggetti oppressi. Un mondo che difficilmente può essere ricomposto nei semplicistici dualismi nord-sud, sviluppato-non sviluppato, ricco-povero, acculturato-ignorante/ingenuo. A patto naturalmente di non ridurre tutto al quantificabile, acriticamente assunto come "oggettivo" benché informato da profondi valori, e dunque necessariamente a patto di relativizzare i propri punti di vista esponendone la genesi storico-sociale.

Gli interpreti della salute globale in Italia

Nella primavera del 2001 diversi operatori della sanità si riuniscono a Erice per affermare la necessità di diffondere consapevolezza delle disuguaglianze in salute esistenti e delle cause che le hanno prodotte, nonché dei meccanismi che le alimentano e le aggravano¹⁶. Da tali considerazioni nasce l'Osservatorio italiano sulla salute globale (OISG), *think tank* dedicato alla riflessione, alla divulgazione e alla consulenza in merito alle problematiche globali relative al diritto alla salute. Nel luglio dello stesso anno, diversi esponenti dell'OISG partecipano alle conferenze preparatorie delle manifestazioni in occasione del vertice G8 a Genova, e poco dopo sempre l'OISG pubblica il suo primo rapporto, interamente dedicato a una lettura critica dell'impatto dei processi di globalizzazione sulla salute, seguito da un secondo con focus sulle disuguaglianze in salute^{17 18}.

Negli anni immediatamente successivi, soprattutto all'interno del mondo medico in formazione, la percezione di ingiustizia correlata ai processi descritti fa emergere, per contrasto, i valori intrinseci a scelte che paiono andare in altra direzione. Se infatti la motivazione ideale è già presente in molti tra coloro che accedono alla facoltà di medicina, la figura del medico-cooperante si iscrive a rafforzare ancor più l'immaginario di un possibile futuro professionale colmo di senso, personale e sociale^{19 20}. Analizzando le motivazioni che portano gli studenti a scegliere medicina in quegli anni si riscontrano di frequente risposte di carattere umanitario, legate anche ad un futuro professionale in Paesi lontani, al servizio degli umili/ultimi della Terra^{21 22}.

Il Segretariato italiano studenti di medicina (SISM), associazione no-profit creata da e per gli studenti di medicina, non è alieno a queste pulsioni e sviluppa in questi anni

un'esposizione crescente al mondo della cooperazione internazionale. Proprio tale esposizione è alla radice dei dubbi etici che innescano in seno al SISM processi autoriflessivi destinati a lasciare il segno. Come ricorda Alessandro Rinaldi in un recente articolo apparso *online*: "A partire dal 2007 ci siamo iniziati a interrogare criticamente su alcuni progetti di cooperazione sanitaria internazionale a cui l'associazione partecipava. Ci chiedevamo quanto fosse legittima la nostra presenza come medici "occidentali" in contesti a noi sconosciuti ... e siamo arrivati alla conclusione che, per quanto in buona fede, i nostri tentativi di aiuto rischiavano di alimentare e legittimare la subalternità culturale e politica dei sud del mondo nei confronti di quello occidentale."²³. All'interno del SISM nasce così, dal basso, la necessità di "avere una forma-azione maggiormente rispondente ai bisogni reali della società"²⁴. Necessità a cui gli stessi studenti daranno risposta creando il Laboratorio di mondialità (LabMond), *workshop* formativo residenziale "degli studenti per gli studenti" che, dal 2007 ad oggi, ha consentito la disseminazione ampia e l'approfondimento di numerose tematiche e approcci di salute globale.

Un altro attore emergente in quegli anni, implicato tramite alcuni dei suoi membri tanto nella nascita dell'OISG quanto nella costruzione del LabMond, è il Centro studi e ricerche in salute internazionale e interculturale (CSI) dell'Università di Bologna. Il CSI nasce con decreto rettorale nel 2006, anche grazie alla "spinta" di un gruppo di studenti e neolaureati in medicina che da qualche tempo si ritrovava per approfondire tematiche di salute internazionale quali cooperazione sanitaria, diritto alla salute, disuguaglianze in salute. Di fatto, il gruppo presto identifica il proprio interesse e le proprie attività con l'area di studio, riflessione e azione della salute globale, intesa come spazio di ricerca, formazione e pratica sulla salute e sui suoi determinanti all'intersezione tra processi di globalizzazione e realtà locali, a cui contribuirà a dare forma anche a livello nazionale²⁵.

È infine da menzionare la Rete italiana per l'insegnamento della salute globale (RIISG), che annovera tra i suoi membri docenti universitari, associazioni di studenti e specializzandi, Centri di ricerca e formazione, associazioni e società scientifiche, ONG, singoli individui impegnati nella formazione in salute globale²⁶. Negli anni, la RIISG ha registrato un aumento costante della richiesta e della realizzazione di corsi o altre iniziative formative che, all'interno della cornice della salute globale, hanno affrontato soprattutto tematiche relative ai determinanti sociali di salute e alle disuguaglianze in salute. Una re-

cente mappatura dei corsi universitari in salute globale svolti nelle Scuole di medicina italiane ha documentato l'esistenza di 40 corsi nelle 36 Università sedi di Corsi di laurea in medicina. Si tratta nella maggior parte dei casi di corsi opzionali della durata pari o inferiore a 20 ore; due Università hanno invece introdotto crediti formativi obbligatori dedicati ai contenuti di salute globale^{27 28}.

Salute globale: tra teoria e pratica

Le realtà descritte (OISG, SISM/LabMond, CSI, RIISG), per quanto sostanzialmente coeve, non sono omogenee relativamente ai percorsi che hanno portato le persone a prendervi parte. Tuttavia, guardando soprattutto al panorama della formazione, è possibile rintracciare alcune linee comuni riguardo alle motivazioni di ingresso (di coinvolgimento, di innesco).

Innanzitutto il più ampio contesto sociale di quegli anni, segnato dall'emergere di un panorama globale, si connota da un lato come possibile/legittimo/strategico spazio di azione (cooperazione internazionale, movimenti sociali); dall'altro, come "amplificatore di coscienza" rispetto a processi dai quali è difficile chiamarsi fuori, con relativo senso di responsabilità (disuguaglianze); dall'altro ancora, come presa d'atto dell'esistenza di realtà e modalità "altre" (critica al sistema/pensiero occidentale; contenuti e pratiche alternative)¹.

Che ci si arrivi per la via umanitaria, ovvero per quella critica, la spinta verso il sud del mondo come luogo dell'ingiustizia agita dal nord è una spinta carica di ideali, come del resto lo è – per molti – la scelta di iscriversi a medicina, a prescindere dalle possibili connotazioni "terzo" o "altermondiste". Ed è proprio la facoltà di medicina a rappresentare il terreno comune in cui diverse istanze si incontrano, alimentandosi a vicenda. Un secondo tema di ingresso è dunque relativo alla formazione medica, al disagio anche profondo che essa genera soprattutto in persone che vi si avvicinano con una spinta ideale, volta al mondo globale di cui sopra o anche solo alla cura della sofferenza e del malato, a una professione intesa come servizio/ruolo sociale. Alla carica ideale che porta (molti tra) gli studenti a intraprendere gli studi di medicina si contrappone infatti un percorso formativo percepito come fortemente incompleto, sterile, tecnico, che disattende bruscamente le aspettative di senso incubate – anche inconsapevolmente – al momento dell'iscrizione^{19 29}.

Si può quindi asserire che, in Italia, il movimento generatosi intorno alla salute globale origina da un disagio rispetto al contesto sociale o formativo, e/o da una ricerca di qualcosa d'altro a cui spesso viene dato l'attributo

di "senso". Si cerca uno spazio che aiuti a riflettere, a capire i mutamenti sociali in atto e le ripercussioni sui ruoli professionali (e civici). Si cerca un modo per dare significato alla propria pertinenza in un certo ambito (è il caso soprattutto dei medici), ovvero si cerca un ambito in cui trovare un significato (come succede a chi ha studiato antropologia), perché si è preoccupati, scontenti o arrabbiati per come va il mondo, delusi, frustrati o insoddisfatti dai propri studi che sembrano aver relegato la propria persona, l'insieme inscindibile di pensieri, emozioni e relazioni, nella marginalità perché delegittimata rispetto al sapere tecnico¹.

L'emergenza della salute globale come campo disciplinare si situa qui, è il "nuovo" in ambito medico ma anche mediatico che segna lo "spirito del tempo". Viene da fuori, dall'estero, dal mondo anglosassone che rappresenta – nuovamente a livello medi(at)ico-sociale – il luogo a cui si guarda e si tende. Una caratteristica preziosa per i movimenti locali, che ne sfruttano l'*appeal* per una legittimità anche accademica (sotto l'egida dell'internazionalizzazione). La salute globale non è un campo emergente come tanti, ma ha le caratteristiche (il richiamo ad Alma Ata e alle disuguaglianze, per esempio) che ne consentono l'apertura ad altro. In particolare a quel rimosso dalla medicina che, da Alma Ata appunto (e, per l'Italia, dalla medicina critica di Maccacaro), era scomparso anche dalla sanità pubblica: una lettura della salute come processo sociale. Curioso notare come, più che la memoria storica, è l'apertura disciplinare che riporta dentro la medicina questi discorsi, con un ruolo centrale dell'antropologia medica, per lo meno nel nostro contesto (ma precedenti illustri si trovano in Farmer e Fassin).

Per quanto si nutrano di conoscenze e di teoria, i processi descritti non avvengono a livello teorico ma sono agiti su un piano di pratiche che ruotano intorno all'asse dell'autof ormazione, segnando una discontinuità rispetto ai contesti socio-formativi tradizionali. La strada delle pratiche è in qualche modo guidata dai richiami alla giustizia sociale e alla partecipazione comunitaria intrinseci all'ambito della salute globale. Una dichiarata coerenza tra assunti, enunciati e pratiche emerge come filo conduttore, articolata in alcune parole chiave: partecipazione e orizzontalità, interdisciplinarietà, ricerca e tras-formazione, posizionamento etico. La riflessione sull'interdisciplinarietà nasce dal riconoscimento della salute come oggetto-processo complesso, e dal desiderio di forzare i riduzionismi e i dualismi propri dell'approccio biomedico²⁵.

Ricollegandosi anche alla descrizione del contesto dei paragrafi precedenti, è ragionevole ritenere che tali pratiche

emergano, da un lato, per contaminazione (*spillover*) da altri movimenti, dall'altro che si strutturino in funzione della ricerca identitaria che, per conflitto/contrasto, si viene a definire rispetto agli ambienti (formativi) tradizionali¹.

Conclusione

Sia sul fronte della formazione che professionale, dunque, l'emersione della salute globale in Italia attinge molto da contesti altri, che influenzano direttamente o indirettamente scelte, immaginari, forme: il globale come internazionale, come spazio di ricerca/recepimento di stimoli, idee, conoscenze e pratiche, diventa l'ambito in cui muoversi per trovare quello che "a casa" manca, o è delegittimato. All'eteronormatività, al sapere imposto, si contrappone l'autodeterminazione del significato, alla riproduzione il desiderio, all'alienazione la partecipazione, in una crescente emersione di soggettività personale e collettiva. Inoltre, prima ancora di "globale" c'è "salute": un campo che – liberato dal riduzionismo – si apre a uno sguardo di lettura di processi più ampi, interessando e coinvolgendo non soltanto (futuri) medici ma chiunque abbia del sociale una visione problematizzante e critica.

Bibliografia

- ¹ Bodini C. *Il personale (medico) è politico. Salute globale e processi tras/formativi in Italia*. Tesi di specializzazione in igiene e medicina preventiva. Università di Bologna, a.a. 2012-13, 2014, p. 36.
- ² Koplan, JP, Bond, TC, Merson, MH, et al. *Towards a common definition of global health*. *Lancet* 2009;9:1993-5.
- ³ Kay A, Williams O. *Introduction: The International Political Economy of Global Health Governance*. In: Kay A, Williams OD, eds. *Global Health Governance Crisis*. Basingstoke: Institutions and Political Economy, Palgrave Macmillan 2009, pp. 1-24.
- ⁴ Brown TM, Cueto M, Fee, E. *The World Health Organization and the transition from "international" to "global" public health*. *Am J Public Health* 2006;96:62-72.
- ⁵ Relman AS. *The new medical-industrial complex*. *N Engl J Med* 1980;303:963-70.
- ⁶ *Declaration of Alma-Ata*. Geneva: World Health Organization 1978.
- ⁷ Walsh JA, Warren KS. *Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries*. *N Engl J Med* 1979;301:967-74.
- ⁸ The World Bank. *Health sector policy paper*. Washington, DC: The World Bank 1980.

- ⁹ Stambolic V. *Epidemic of health care reforms*. *Eur J Public Health* 2003;13:77-9.
- ¹⁰ Buse K. *The World Bank*. *Health Policy Plan* 1994;9:95-9.
- ¹¹ *World Bank's cure for donor fatigue*. *Lancet* 1993;342:63-4.
- ¹² Carrino L. *Perle e pirati. Critica della cooperazione allo sviluppo e nuovo multilateralismo*. Trento: Centro Studi Erickson 2005.
- ¹³ Rucht D. *Un movimento di movimenti? Unità e diversità fra le organizzazioni per una giustizia globale*. *Rassegna italiana di sociologia* 2005;2:275-306.
- ¹⁴ Della Porta D, Diani M. *Social movements: an introduction*. Second edition. London: Blackwell 2006.
- ¹⁵ Osservatorio Italiano sulla Salute Globale. *Salute Globale e aiuti allo sviluppo. Diritti, ideologie, inganni*. Pisa: Edizioni ETS 2008.
- ¹⁶ Dichiarazione di Erice sull'equità e il diritto alla salute, 26 marzo 2001. <http://www.nelmovimento.altervista.org/home/erice.htm>
- ¹⁷ Osservatorio Italiano sulla Salute Globale. *Rapporto 2004. Salute e globalizzazione*. Milano: Feltrinelli 2004.
- ¹⁸ Osservatorio Italiano sulla Salute Globale. *A caro prezzo. Le disuguaglianze nella salute*. 2° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale. Pisa: Edizioni ETS 2006.
- ¹⁹ Bertolini G, Massa R, a cura. *Clinica della formazione medica*. Milano: Franco Angeli 1997.
- ²⁰ Horton R. *Global science and social movements. Towards a rational politics of global health*. *International Health*, 2009;1:26-30.
- ²¹ Mc Manus IC, Livingston G, Katona C. *The attractions of medicine: the generic motivations of medical school applicants in relation to demography, personality and achievement*. *BMC Medical Education* 2006;6:11.
- ²² Macfarlane S., Jacobs M, Kaaya EE. *In the name of global health: trends in academic institutions*. *Journal of Public Health Policy* 2008;29:83-401.
- ²³ Rinaldi A. *Formarsi e formare in Salute Globale*, *Saluteinternazionale.info*, 5 marzo 2014, <http://www.saluteinternazionale.info/2014/03/formarsi-e-formare-in-salute-globale/>
- ²⁴ Segretariato Italiano Studenti in Medicina (SISM). *Il Laboratorio di Mondialità: il nostro approccio per la formazione in Salute Globale*. *Saluteinternazionale.info*, 6 ottobre 2010. <http://www.saluteinternazionale.info/2010/10/il-laboratorio-di-mondialita-il-nostro-approccio-per-la-formazione-in-salute-globale/>
- ²⁵ Bodini C, Spada MV, Di Girolamo C. *Il Centro di Salute Internazionale dell'Università di Bologna: un luogo di tras/formazione*. *Giornale Italiano di Farmacia Clinica* 2011;25:50-6.

- ²⁶ Marceca M, Rinaldi A, et al. *Fare rete per la formazione. La collaborazione della Simm all'interno della Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale (RIISG)*, In Geraci S, Russo ML, Affronti M, a cura. *Migrazioni, salute e crisi. Coesione sociale, partecipazione e reti per una salute senza esclusioni*. Bologna: Pendragon 2012.
- ²⁷ Bodini C, Civitelli G, Fabbri A, et al. *Ripensare la formazione dei professionisti sanitari: stimoli, contributi, esperienze*. *Saluteinternazionale.info*, 19 febbraio 2014. <http://www.saluteinternazionale.info/2014/02/ripensare-la-formazione-dei-professionisti-sanitari-stimoli-contributi-esperienze/>

- ²⁸ Bruno S, Silvestrini G, et al. *L'insegnamento della Salute Globale nelle Facoltà di Medicina e Chirurgia in Italia: l'offerta formativa nel triennio 2007-2010*. *Annali di Igiene Medicina Preventiva e di Comunità* 2011;23:357-65.
- ²⁹ Abbracciavento G, Alicino C, et al. *Medici senza camice, pazienti senza pigiama. Socioanalisi narrativa dell'istituzione medica*. Carrù, CN: Sensibili alle foglie 2013.

Ridurre le disuguaglianze attraverso i determinanti sociali della salute

Erio Ziglio, Flavio Lirussi

Ufficio per gli investimenti per la salute e lo sviluppo, Organizzazione mondiale della sanità,
Ufficio regionale per l'Europa, Venezia

Abstract

In Europa si va sempre più affermando il concetto di salute come chiave per lo sviluppo umano, sociale ed economico di un Paese. Questo implica un nuovo approccio alle politiche per la salute nei prossimi anni. L'ufficio europeo dell'OMS ha intrapreso proprio questo lavoro di revisione e di aggiornamento delle politiche per la salute, basandosi su importanti evidenze scientifiche. Gli obiettivi fondamentali sono: promuovere la salute, ridurre le iniquità di salute e rafforzare la governance per la salute. Sono state anche individuate quattro aree di azione prioritaria: investire in salute attraverso un approccio *life-course*; affrontare le sfide per la salute; rafforzare i sistemi sociosanitari ed aumentare le capacità per rispondere ad emergenze di salute pubblica; creare ambienti favorevoli alla promozione della salute ed a comunità resilienti. Questi obiettivi si possono raggiungere agendo sui determinanti sociali ed ambientali della salute che vanno ben al di là dei tradizionali fattori di rischio delle malattie o dei comportamenti individuali. Questi determinanti includono il livello di istruzione, del reddito, dell'occupazione, dell'ambiente di lavoro e di vita, e della qualità dei servizi. È su tutti questi che bisogna operare mediante un approccio intersettoriale e coinvolgendo in maniera sinergica vari segmenti della società.

La salute della popolazione è sensibilmente migliorata in tutta Europa negli ultimi decenni. Nel contempo sono aumentate le disuguaglianze o "iniquità di salute" nei 53 Stati membri che compongono la Regione Europea dell'OMS (per un totale di circa 900 milioni di persone). Attualmente l'aspettativa di vita in Europa varia considerevolmente, con un divario di 17 anni per gli uomini e 12 per le donne. Queste differenze seguono un gradiente sociale ben definito e ormai ampiamente documentato scientificamente. Per esempio i livelli di equità ed efficaci allocazioni di risorse per i sistemi sociali e sanitari si associano ad una vita più lunga e più sana. In Europa si potrebbe parlare anche di un gradiente geografico della salute con miglioramenti riscontrabili andando da est a ovest, e viceversa, si osserva una sempre minore aspettativa di vita mano a mano che si procede dal versante occidentale a quello orientale (che comprende anche al-

cune repubbliche asiatiche), dove i servizi sanitari ed in genere le capacità di rispondere ai bisogni di salute delle popolazioni non sono ancora completamente sviluppati. Simili iniquità si registrano anche all'interno dei singoli Paesi o perfino in una stessa città, anche se appartiene ad uno dei Paesi economicamente più sviluppati¹. La crisi economico-sociale degli ultimi anni ha inoltre aggravato ulteriormente queste disparità e a soffrirne di più, in termini di salute e benessere, sono naturalmente i gruppi più vulnerabili – i più poveri, i senza lavoro, le minoranze etniche, ecc. A questo scenario, va aggiunto un importante corollario: esiste la consapevolezza, basata su una chiara evidenza scientifica, che queste iniquità di salute sono moralmente ingiuste ed inaccettabili, ma soprattutto sono evitabili.

Che cosa fare dunque per minimizzare, se non eliminare, queste disuguaglianze di salute in Europa? Negli ultimi

anni l'OMS ha concentrato i propri sforzi proprio su queste sfide ed ha proposto degli approcci innovativi e delle raccomandazioni *evidence-based* raccolte in varie importanti pubblicazioni: *Health 2020, Governance for health in the 21st century, the Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region*. Nei paragrafi che seguono cercheremo di riassumere i principi ed i concetti fondamentali che stanno alla base di queste linee guida.

Salute 2020

*Salute 2020*² (*Health 2020*) offre un quadro di riferimento per affrontare i grandi cambiamenti dell'inizio del nuovo millennio: *riduzione della natalità, invecchiamento della popolazione, il fenomeno della migrazione, le aspettative dei cittadini in tema di salute, e soprattutto l'affermarsi del concetto di salute come leva per lo sviluppo umano, sociale ed economico di un Paese*.

Gli obiettivi principali sono due:

1. Promuovere la salute e ridurre le iniquità.
2. Rafforzare la governance per la salute. Sono state anche individuate quattro aree di azione prioritaria trasversale:
 - investire in salute attraverso un approccio *life-course*;
 - affrontare le sfide per la salute;
 - rafforzare i sistemi sociosanitari ed aumentare le capacità per affrontare emergenze di salute pubblica;
 - creare ambienti favorevoli alla promozione della salute ed a comunità resilienti.

Il primo obiettivo è fortemente legato ai determinanti sociali ed economici della salute: in pratica si tratta delle condizioni socio-economiche ed ambientali in cui le persone nascono, crescono, lavorano ed invecchiano.

I fattori che più influenzano lo stato di salute (accanto al patrimonio genetico ed all'accesso a sistemi sociosanitari di qualità) sono quindi il livello di istruzione, il reddito, l'occupazione, l'ambiente in cui si lavora e si vive quotidianamente. C'è ormai un'ampia evidenza scientifica che conferma che agendo su questi fattori si può migliorare lo stato di salute di un individuo e di una popolazione e contemporaneamente ridurre le disuguaglianze di salute che penalizzano soprattutto le fasce di popolazione più svantaggiate. Il contenuto innovativo a livello di salute pubblica proposto da Salute 2020 riflette quindi un approccio di tipo olistico per quanto riguarda la persona, e di tipo multisettoriale per quanto attiene alle politiche di promozione della salute: raggiungere un più alto livello

di istruzione, sostenere il reddito e l'occupazione, migliorare le realtà abitative, gli spazi per le attività ricreative ed i trasporti, e l'ambiente naturale circostante, sono tutti interventi che vanno nella direzione indicata da Salute 2020, ma che vanno ben al di là del settore sanitario in senso stretto.

Se è vero, infine, che la salute è anche il risultato di scelte individuali (dieta, attività fisica, fumo, alcol, ecc), il favorire la creazione di condizioni sociali, economiche ed ambientali (cosiddette strutturali) che inducano l'individuo a scelte "sane" è essenziale per promuovere la salute del singolo e di una comunità.

Naturalmente anche il sistema sanitario ed i servizi sanitari influenzano la salute, ed infatti il rafforzamento dei programmi di salute pubblica rappresenta il secondo pilastro di Salute 2020. Anche in questo campo Salute 2020 propone un approccio innovativo: bisogna senza dubbio potenziare la sanità pubblica e garantire sistemi sanitari centrati sulla persona, che siano universali, equi, sostenibili e di elevata qualità. Si deve passare dalla visione tradizionale di servizi sanitari basati solo su cura, trattamento e riabilitazione, al rafforzamento dei programmi di prevenzione e soprattutto di promozione della salute coinvolgendo, come sopra descritto, più settori.

La governance per la salute

La intersettorialità è uno degli elementi chiave della moderna *governance* per la salute. Il concetto di *governance* per la salute (*governance for health*) supera di molto l'adozione di interventi per "governare" o rafforzare i sistemi sanitari (*health governance*). Implica invece un'azione congiunta e coordinata tra il settore sanitario e i settori non sanitari, che devono "remare" nella stessa direzione. L'approccio intersettoriale deve riguardare tutte le politiche ai vari livelli di governo: internazionali, nazionali, regionali e locali. L'altro elemento è la cooperazione tra il settore pubblico ed il settore privato, ed il sempre maggiore coinvolgimento del cittadino e della società civile nelle scelte che riguardano la salute ed il benessere, ovvero quello che secondo gli autori anglosassoni viene definito come il *whole-of-society approach*³.

La "European review" dei determinanti sociali della salute

Un ulteriore supporto alla nuova politica per la salute in Europa contenuta in Salute 2020, proviene da un'altra recente pubblicazione dell'OMS (2013): la *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region*⁴. Questo documento ribadisce con for-

SALUTE e Territorio

za i concetti sulla salute già esposti in Salute 2020, ma approfondisce alcuni aspetti relativi alla riduzione delle iniquità di salute e propone degli ulteriori interventi non solo di salute pubblica, ma anche di macro-economia e di coinvolgimento della società.

Visto il mantenersi ed anzi l'allargarsi delle iniquità di salute nella Regione Europea, gli interventi devono mirare ad innalzare lo stato di salute dei più svantaggiati a livello di quello di chi sta meglio. Ugualmente, è necessario concentrare le risorse sui Paesi che presentano più basse aspettative di vita e servizi sanitari meno efficienti, per cercare di portarli a livello dei Paesi con i migliori indicatori di salute. Per raggiungere questi obiettivi sono necessarie due diverse strategie: all'interno di ogni singolo Paese, agire sui determinanti sociali della salute, e a livello transnazionale, intervenire sulle cause delle disuguaglianze tra i Paesi.

In base ad un'ampia evidenza scientifica, le raccomandazioni della *review* e le aree di intervento sono state raggruppate in quattro temi principali: il *life-course*, azione a livello della società, il contesto macro economico ed i sistemi integrati.

L'approccio *life-course* afferma che è necessario innanzi tutto assicurare "un buon inizio" ad ogni bambino. Questo richiede sistemi di protezione delle donne, della maternità e delle nuove famiglie nonché strutture per garantire un'adeguata assistenza nei primi anni di vita e la possibilità di istruzione per tutti i bambini negli anni successivi. L'enfasi sulla prima infanzia non deve sminuire interventi in età adulta, lavorativa, o diretti agli anziani. In particolare è importante diminuire lo stress da lavoro, ridurre al massimo il periodo di non occupazione con programmi di reinserimento nel mercato del lavoro, ed affrontare le cause dell'isolamento sociale, tutte situazioni associate ad un deterioramento dello stato di salute.

Un adeguato sistema di protezione sociale che garantisca coesione sociale e responsabilità reciproca, è uno degli strumenti più potenti per raggiungere uno stato di equità di salute. Gli interventi devono mirare ad accrescere la percentuale di popolazione che partecipi alle scelte che riguardano la salute e la loro stessa vita. Secondo il concetto di *empowerment*, ciò si ottiene mettendo in atto dei meccanismi che permettano di essere "in controllo" delle scelte stesse, creando delle comunità resilienti e costruendo *partnership* con vari segmenti ed attori della società. L'aspetto macro-economico è di grande attualità in quanto la crisi economica che perdura in molti Stati europei ha certamente degli effetti sulla salute. Le conseguenze sociali e sulla salute di rigide misure di austerità adottate da alcuni Paesi devono essere tenute presenti nel rivedere le

politiche fiscali ed economiche in Europa a breve e medio termine. In particolare, è necessario sostenere programmi di protezione sociale e della salute, soprattutto nei Paesi in cui la spesa per questi settori è al di sotto della media europea. Una ricerca condotta in 18 Paesi dell'Unione Europea ha dimostrato una relazione lineare inversa tra spesa sociale e mortalità: più si spende in *social welfare*, minore è la mortalità. Inoltre l'investimento in protezione sociale sembra particolarmente efficace nel ridurre la mortalità per tutte le cause e quella legata all'abuso di alcol ed alle malattie cardiovascolari⁵.

L'ultimo aspetto, quello dei sistemi integrati, si riferisce in realtà alla *governance* per la salute e quindi al raggiungimento o mantenimento dello stato di salute attraverso gli approcci *whole-of-government* e *whole-of-society*. Questo richiede una maggiore coerenza nell'azione dei Governi a tutti i livelli (sopranazionale, nazionale, regionale e locale), ma soprattutto un'azione coordinata che riguarda le politiche per la salute, gli investimenti per la salute, ed i servizi sociali e sanitari, ed una *partnership* sempre più stretta tra il settore pubblico, privato e quello del volontariato.

In conclusione, agire sui determinanti sociali permette di migliorare la salute ed il benessere delle popolazioni e di ridurre le disuguaglianze della salute. Per raggiungere questi obiettivi è importante rafforzare i sistemi sociosanitari, ma anche creare le condizioni economiche, sociali ed ambientali per essere in controllo della propria salute. Infine, una raccomandazione generale è quella di favorire la *partnership* e la collaborazione tra vari segmenti ed attori della società, ed a vari livelli di governo, considerando la salute come un importante fattore in tutte le politiche proposte. La salute come diritto umano fondamentale ed elemento chiave per le politiche di sviluppo presenti e future.

Bibliografia

- 1 *Global Commission on the Social Determinants of Health. Final Report.* Ginevra: OMS 2008.
- 2 *Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century.* www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/health-2020-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century.
- 3 *Governance for health in the 21st century.* WHO/Europe 2012.
- 4 *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region.* WHO/Europe 2013.
- 5 Stuckler D, et al. *Budget crises, health, and social welfare programmes.* BMJ 2010;341:77-9.

Da "Health for All" a "Universal Health Coverage"

Gavino Maciocco

Università di Firenze e Centro di salute globale, Regione Toscana

Abstract

L'Universal Health Coverage (UHC) si trova all'intersezione della politica sociale con la politica economica – afferma Julio Frenk, già ministro della Sanità messicano. L'introduzione di riforme che promuovono la copertura universale non è soltanto una cosa buona sul piano etico; è anche un'idea brillante per raggiungere la prosperità economica. Questo è uno dei modi più potenti per combattere la povertà, mentre quando le società non assicurano un'effettiva copertura per tutti, ciò diventa un fattore di impoverimento per le famiglie. UHC quindi è in grado di mantenere una grande promessa: il "focus" su l'incremento dell'accesso a servizi di alta qualità con la protezione finanziaria integra politica sociale e economica in un modo che – se fatto bene – può portare benefici alle società in tutto il mondo". Ma non è tutto oro quello che riluce, come spiega l'articolo.

2008. Primary Health Care. Now More Than Ever

Nel 2008, a distanza di trent'anni dalla Dichiarazione di Alma Ata, l'Organizzazione Mondiale della Sanità intitola il suo Rapporto annuale "Primary Health Care. Now More Than Ever" ¹.

Tre decenni prima, sullo sfondo della guerra fredda, 134 Stati membri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), 67 Agenzie internazionali e diverse Organizzazioni non governative, riunite nella Conferenza tenutasi ad Alma-Ata, avevano raggiunto un accordo epocale: adottare la *primary health care* come prospettiva di riferimento per raggiungere "la salute per tutti" nell'anno 2000. La strategia di politica sanitaria enunciata ad Alma-Ata coniugava la salute ai diritti umani e alla giustizia sociale per rendere universalmente accessibili i servizi sanitari essenziali. Ampliava il modello medico riconoscendo l'importanza per la salute dei fattori socioeconomici. Dava spazio a soluzioni al livello locale onorando le capacità e il senso d'appartenenza delle comunità. Soprattutto, la *primary health care* offriva una piattaforma per organizzare l'intero ventaglio dei servizi sanitari, dalle famiglie agli Ospedali, dalla prevenzione alla cura,

con risorse distribuite con efficienza nei diversi livelli assistenziali.

Le cose poi andarono diversamente. La prospettiva di Alma-Ata fu duramente contrastata dalle istituzioni tecnocratiche internazionali (in primis la Banca mondiale), dal potere economico delle multinazionali della sanità (in primis *Big Pharma*) e dal potere corporativo dell'*establishment* medico, svalutata come utopica, mentre gli approcci selettivi e verticali per il controllo di singole malattie prendevano il sopravvento.

Secondo il Rapporto del 2008, dopo Alma-Ata, si sono affermate tre diverse, ma alla fine convergenti, tendenze che hanno agito in direzione contraria alla strategia della *Primary Health Care*:

1. **L'accentramento sull'Ospedale, sulle attività specialistiche e sull'assistenza terziaria.** In molti Paesi, anche in quelli a basso e medio reddito, gli investimenti nella sanità sono andati a finanziare Ospedali collocati nelle aree urbane, soprattutto nelle capitali. Medici, attrezzature, innovazione tecnologica si sono concentrati soprattutto lì, sottraendo risorse dove maggiori erano i bisogni.
2. **La commercializzazione e la privatizzazione.** La salu-

te è diventata un *business*, le prestazioni sanitarie un bene di consumo. Pagare le cure è diventata la norma, spesso anche sottobanco pur di ottenere qualcosa. Ciò ha ridotto l'accessibilità ai servizi, ha dilatato le disuguaglianze nella salute e – a causa dei costi sostenuti – ha aggravato le condizioni di povertà di milioni di famiglie.

3. La frammentazione e la moltiplicazione dei programmi "verticali", centrati su singole malattie (Aids, tubercolosi, malaria, etc) o su singoli interventi (es: vaccinazioni). Ciò, come abbiamo già in precedenza sottolineato, ha creato assurde competizioni tra differenti servizi e differenti organizzazioni, inefficienze, sprechi e duplicazioni, e alla fine ha indebolito, in certi casi fino a distruggerla, la rete ordinaria dei servizi territoriali.

La raccomandazione e l'auspicio dell'OMS fu che queste tre distorsioni fossero corrette con il riallineamento agli obiettivi di Alma-Ata:

- equità nella salute;
- accesso universale a un'assistenza centrata sulla persona e sulla popolazione;
- comunità sane, ovvero prevenzione primaria.

2010. Health systems financing: the path to universal coverage

Due anni dopo, nel 2010, l'Organizzazione Mondiale della Sanità intitola il suo Rapporto annuale "Health systems financing: the path to universal coverage" ². Sono – secondo il documento dell'OMS – tre i problemi, fondamentali e tra loro collegati, che impediscono ai Paesi del mondo di raggiungere la copertura universale.

Il primo è la disponibilità di risorse. Nessun Paese, anche il più ricco, è in grado di garantire che ogni persona abbia immediato accesso a ogni tecnologia e a ogni intervento che possa migliorare la propria salute o prolungare la propria vita. All'altro estremo della scala, nei Paesi più poveri, pochi servizi sono disponibili per tutti.

La seconda barriera è il pagamento diretto delle prestazioni (visite, accertamenti diagnostici, farmaci, ricoveri). Anche se le persone hanno una qualche forma di assicurazione, spesso devono contribuire sotto forma di *ticket* o di franchigie. L'obbligo di pagare – formalmente o anche informalmente (sottobanco) – nel momento del bisogno impedisce a milioni di persone di accedere ai servizi oppure di dovere andare incontro a spese catastrofiche e spesso di finire in povertà.

Il terzo impedimento verso un rapido raggiungimento della copertura universale è l'inefficiente e iniquo uso delle

risorse. Secondo una stima prudente, il 20-40% delle risorse sanitarie sono sprecate. Ridurre questi sprechi migliorerebbe grandemente la capacità dei sistemi sanitari di fornire servizi di qualità e di migliorare la salute della popolazione.

Quando un sistema sanitario è finanziato attraverso il pagamento diretto delle prestazioni (il cosiddetto pagamento *out-of-pocket*), tutti pagano lo stesso prezzo indipendentemente dalla loro condizione economica. Viene così a cadere ogni forma di solidarietà tra sani e malati, tra ricchi e poveri. Questo sistema rende impossibile distribuire i costi durante il ciclo della vita, pagando i contributi quando uno è giovane e sano e ricevendo i servizi gratuitamente in caso di malattia durante la vecchiaia.

Quasi tutti i Paesi impongono qualche forma di pagamento diretto, ma nei Paesi più poveri la proporzione della spesa sanitaria attraverso pagamenti *out-of-pocket* è più alta: nel 2007 – rilevava il Rapporto – in 33 paesi a basso e medio reddito questi rappresentavano più del 50% della spesa sanitaria totale. "L'unico modo di ridurre il ricorso al pagamento diretto delle prestazioni sanitarie – afferma ancora il Rapporto – è quello di promuovere la distribuzione del rischio, attraverso forme di prepagamento, la strada scelta da molti Paesi per avvicinarsi alla copertura universale. Quando una popolazione ha accesso al prepagamento e ai meccanismi distributivi del rischio, l'obiettivo della copertura sanitaria universale (*Universal Health Coverage*, UHC) diventa più realistico. E quando i pagamenti *out-of-pocket* scendono al 15-20% della spesa sanitaria totale il rischio di catastrofe finanziaria e di impoverimento si riduce a livelli trascurabili".

2012. Universal Health Coverage (UHC). La risoluzione delle Nazioni Unite

Nel 2012 il tema della copertura sanitaria universale diventa oggetto di una risoluzione approvata dall'Assemblea delle Nazioni Unite, il 6 dicembre ³, dove si legge: "L'Assemblea generale riconosce:

L'importanza della copertura universale nei sistemi sanitari nazionali, specialmente attraverso i meccanismi di assistenza sanitaria di base e di protezione sociale, per fornire l'accesso ai servizi sanitari a tutti, e in particolare ai segmenti più poveri della popolazione.

La copertura sanitaria universale comporta che tutte le persone abbiano accesso, senza discriminazioni, all'insieme dei servizi preventivi, curativi e riabilitativi, definiti nazionalmente, e ai farmaci essenziali, sicuri, economici, efficaci e di qualità, con la garanzia che l'uso di questi

servizi non esponga i pazienti – particolarmente i gruppi più poveri e vulnerabili – alla sofferenza economica.

Gli Stati membri devono far sì che i sistemi di finanziamento della sanità impediscano il pagamento diretto delle prestazioni da parte dei pazienti e introducano sistemi di prepagamento e di distribuzione del rischio per evitare spese catastrofiche a causa delle cure mediche e il conseguente impoverimento delle famiglie.

Il bisogno di continuare a promuovere, istituire o rafforzare politiche nazionali multi-settoriali e piani per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche e di applicare sempre più estesamente tali politiche e programmi, incluso il riconoscimento dell'importanza della copertura universale all'interno dei sistemi sanitari nazionali".

L'approvazione della risoluzione dell'Assemblea delle Nazioni Unite rappresenta secondo *Lancet* l'inizio di una nuova fase in cui la UHC diventa l'obiettivo chiave della salute globale.

"In tutto il mondo – si legge nell'editoriale – ogni anno circa 150 milioni di persone affrontano spese sanitarie catastrofiche a causa dei pagamenti diretti delle prestazioni, mentre 100 milioni sono trascinate al di sotto della linea di povertà. Nella misura in cui le persone sono coperte da meccanismi di distribuzione del rischio e di prepagamento, si riduce anche il numero di coloro che vanno incontro a danni finanziari causati dalle malattie. Un sistematico approccio verso la UHC può avere un effetto trasformativo nella battaglia contro la povertà, la fame e la malattia" ⁴.

Lancet aveva già dedicato a UHC una serie di editoriali e di *paper* nel settembre 2012. In uno di questi si sottolinea l'importanza della UHC nel miglioramento della salute della popolazione, in particolare della salute materno-infantile ⁵. Uno studio, per esempio, ha rilevato la riduzione del 7,9% della mortalità dei bambini al di sotto dei 5 anni in risposta al 10% di incremento della spesa sanitaria pubblica pro-capite, mentre nessun effetto è stato osservato dall'aumento della spesa sanitaria privata ⁶. Un recente rapporto dell'Unicef stima che aumentando di 10 punti percentuali la quota della spesa sanitaria destinata a forme di prepagamento si riduce il tasso mortalità dei bambini al di sotto dei 5 anni del 15 per mille, equivalente a 500 mila vite di bambini salvati soltanto in India e Nigeria, senza aumentare la spesa sanitaria totale ⁷.

"UHC si trova all'intersezione della politica sociale con la politica economica – scrive Julio Frenk, già ministro

della sanità messicana. L'introduzione di riforme che promuovono la copertura universale non è soltanto una cosa buona sul piano etico; è anche un'idea brillante per raggiungere la prosperità economica. Questo è uno dei modi più potenti per combattere la povertà, mentre quando le società non assicurano un'effettiva copertura per tutti, ciò diventa un fattore di impoverimento per le famiglie. UHC quindi è in grado di mantenere una grande promessa: il "focus" su l'incremento dell'accesso a servizi di alta qualità con la protezione finanziaria integra politica sociale e economica in un modo che – se fatto bene – può portare benefici alle società in tutto il mondo" ⁸.

Nella risoluzione delle Nazioni Unite del 6 dicembre 2012 riecheggiano affermazioni e concetti contenuti nella Dichiarazione di Alma Ata del 1978. Ci troviamo di fronte al ritorno dell'universalismo, a una sorta di ricorso storico? Non esattamente, perché la stagione che stiamo vivendo è profondamente diversa da quella in cui è nato e si è sviluppato l'universalismo, tuttavia non c'è dubbio che si è aperta una fase diversa. Diversa rispetto alla stagione di segno fortemente neo-liberista – degli anni '80 e '90 – che l'ha preceduta.

Perché UHC? L'importanza del lessico

Che ci si trovi in un periodo storico molto diverso da quello in cui fiorì e si sviluppò l'universalismo di Beveridge prima e poi quello di Alma Ata, lo si capisce molto bene dall'uso delle parole. La Conferenza di Alma Ata si concluse con l'obiettivo "Health for All" (Salute per tutti), mentre l'OMS e anche le Nazioni Unite, negli ultimi tempi, hanno scelto il termine "Universal Health Coverage" (Copertura sanitaria universale). Avrebbero potuto usare *Universal Health Care*, Assistenza sanitaria universale, e si sarebbero avvicinati a *Health for All* (con una differenza sostanziale: *Health Care* è riduttivo rispetto al semplice *Health*, perché non si occupa di determinanti sociali di salute).

Ma hanno usato *Coverage*, invece di *Care*. Il termine *Coverage* si applica alla copertura assicurativa, attraverso differenti forme di prepagamento:

- il modello Beveridge, dove l'universalità della copertura è garantita dallo Stato e finanziata dalla fiscalità generale. Nato in Inghilterra è stato adottato in molti Paesi, tra cui l'Italia;
- il modello Bismarck (dal nome del Cancelliere tedesco che lo introdusse in Germania negli anni 80 dell'800), basato sulle Assicurazioni sociali obbligatorie, finanziate da datori di lavoro e dipendenti. I beneficiari sono i lavoratori e le loro famiglie, ma in molti Paesi lo

SALUTE e Territorio

Stato interviene per coprire anche disoccupati, disabili e pensionati. Oltre che in Germania tale modello è adottato in diversi Paesi centro europei, come Austria e Francia, e asiatici, come Giappone e Corea del Sud;

- il modello delle Società di mutuo soccorso, nate nell'800 in Europa, e che oggi ha il nome di *Community Health Insurance*, dove, volontariamente, gli appartenenti a una associazione, un sindacato, una categoria, una comunità si tassano per coprire le spese sanitarie di un socio. Recentemente questo tipo di assicurazioni si è sviluppato in Asia (vedi India, Indonesia e Filippine) e in Africa (vedi Ghana, Ruanda e Tanzania);
- il modello delle Assicurazioni sanitarie private, generalmente *profit*, dove gli assicurati acquistano volontariamente una polizza, il cui costo è molto variabile in relazione alla condizione di rischio dell'assicurato (età, abitudini di vita, stato di salute, etc), alle caratteristiche delle prestazioni che vengono garantite in caso di malattia o infortunio, al livello di partecipazione alla spesa (copagamento, detto anche *ticket*) e di franchigia (l'assicurazione inizia a pagare dopo che le spese a carico del paziente hanno raggiunto una determinata soglia). Nate negli USA, sono presenti in tutto il mondo.

Perché ci si è concentrati sul *Coverage*, che è una parte della *Care*? Perché ci si preoccupa così tanto dell'aspetto finanziario dell'assistenza (*Coverage*) e si mette in secondo piano l'organizzazione e l'erogazione dei servizi (*Care*)? Le risposte a queste domande sono diverse, anche di segno politico diverso.

La prima e la più rilevante spiegazione è che le radicali politiche neoliberaliste – drastica riduzione della spesa sanitaria pubblica, privatizzazione dei servizi, spese catastrofiche delle famiglie, rinuncia a curarsi – avevano creato una situazione socialmente, e anche umanamente, non più sostenibile e tollerabile. Limitandoci a due soli Paesi, i più popolosi come Cina e India, agli inizi del 2000 su una popolazione di 2 miliardi e trecento milioni di persone, meno di un terzo di essa godeva di una qualche copertura assicurativa. Andava un po' meglio in Messico dove su 100 milioni di abitanti, solo la metà di essi usufruiva della copertura assicurativa: coloro che avevano un rapporto di lavoro formale o erano in grado di acquistare una polizza sul mercato privato. Ma andava molto peggio alle popolazioni dell'Africa sub-sahariana dove solo un'esigua minoranza era assicurata e dove la stragrande

maggioranza era costretta a pagare formalmente o sotto-banco qualsiasi prestazione di cui avesse bisogno dalla cura della malaria, a un parto, a un intervento chirurgico. Da questo punto di vista la pressione dell'OMS e poi l'impegno solenne dell'Assemblea delle Nazioni Unite verso l'UHC vanno considerati come una condanna implicita delle politiche neo-liberiste precedenti (per anni colpevolmente tollerate dalle stesse istituzioni internazionali) e l'inizio di una fase nuova e più promettente per la salute globale (peraltro già anticipata in alcuni Paesi).

Tuttavia la filosofia dell'UHC pone dei limiti all'intervento del settore pubblico e lascia spazio a quello privato, sia sul versante del finanziamento che in quello della produzione e erogazione dei servizi. Sul fronte del finanziamento il Governo deve garantire che tutti possano avere accesso alla copertura: una copertura pubblica (come nei Servizi sanitari nazionali), ma anche privata o mista, con politiche che regolino il mercato assicurativo (sia questo *profit* o non *profit*) con la possibilità d'intervento pubblico nel caso che fasce di popolazione risultino scoperte.

Bibliografia

- ¹ World Health Report 2008, *Primary Health Care. Now More Than Ever*. Geneva: WHO 2008.
- ² World Health Report 2010, *Health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva: WHO 2010.
- ³ United Nations. *General Assembly, Global health and foreign policy, A/67/L. 36, 6*. December 2012.
- ⁴ Vega J. *Universal health coverage: the post-2015 development agenda*. *Lancet* 2013;381;179-80.
- ⁵ Moreno-Serra R, Smith PC. *Does progress towards universal health coverage improve population health?* *Lancet* 2012;380:917-23.
- ⁶ Moreno-Serra R, Smith PC. *The effects of health coverage on population outcomes: a country-level panel data analysis. Results for Development Institute Working Paper*. Washington, DC: Results for Development Institute 2011.
- ⁷ Brearley L, Marten R, O'Connell T. *Universal health coverage: a commitment to close the gap. Save the Children*, 2013. www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/Universal_health_coverage_0.pdf.
- ⁸ Frenk J, De Ferranti D. *Universal health coverage: good health, good economics*. *Lancet* 2012;380:862-3.

Crisi globale del personale sanitario e *brain drain*

Il ruolo dell'Europa nel promuovere la necessaria coerenza delle politiche

Giulia De Ponte

AMREF Italia

Abstract

La carenza di personale sanitario è un fenomeno globale, che si manifesta in forme drammatiche in molti paesi del Sud del mondo, ma sempre più anche in Europa. Di conseguenza, il reclutamento unilaterale di operatori sanitari qualificati all'estero, praticato da molti Paesi europei, non può essere una soluzione. La crisi del personale sanitario e il brain drain sono frutto di processi complessi e per natura intersettoriali, che intersecano politiche sanitarie, fiscali, migratorie, di cooperazione allo sviluppo e di occupazione: queste intersezioni devono essere portate a coerenza a partire da una visione dello sviluppo del personale sanitario che generi equità in salute.

Il mondo ha bisogno di oltre 7,2 milioni di operatori sanitari ¹, e l'Europa è parte del problema. La crisi legata alla carenza di personale sanitario rappresenta una minaccia per la salute globale, e in particolare per la possibilità reale di godere del diritto alla salute in molti Paesi a medio e basso reddito.

Alcuni Paesi europei reclutano all'estero parte del personale sanitario di cui necessitano: una pratica insostenibile che alimenta le disuguaglianze in salute e indebolisce i sistemi sanitari di origine, non più solo fuori ma oramai anche all'interno dell'Unione Europea.

L'Europa può essere parte della soluzione se implementa pratiche di assunzione del personale condivise a livello globale. Nel 2010 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito una *roadmap* per rafforzare gli operatori sanitari in una prospettiva di sostenibilità globale. Il "Codice di condotta dell'OMS per il reclutamento internazionale del personale sanitario" (di seguito: Codice OMS) affronta le cause strutturali della migrazione e del *brain drain*, compresa la formazione del personale sanitario, il trattenimento in servizio nei Paesi d'origine, le condizioni di lavoro, la remunerazione, i finanziamenti e i diritti.

Nonostante l'esistenza di queste linee di indirizzo, tuttavia, un consenso politico a livello globale su come gestire in maniera sostenibile le migrazioni internazionali di personale sanitario è ancora lontano. Interessi forti – ma talvolta a breve termine – sono in conflitto tra loro: i Paesi che stanno espandendo i propri livelli di copertura sanitaria (come l'Equador e gli USA) o si confrontano con società che invecchiano (come la Germania o il Regno Unito) sono a caccia in tutto il mondo di operatori sanitari formati, come soluzione rapida ed economica per le proprie crescenti necessità. Altri Paesi (le Filippine, o vari Paesi Africani) percepiscono le rimesse inviate in patria dal proprio personale sanitario all'estero come una risorsa irrinunciabile. Questo genera il paradosso che una provincia canadese con una densità di infermieri di 8/1000 abitanti afferma di avere una carenza (e cerca infermieri nelle Filippine), mentre le Filippine – con una densità di infermieri di 1.7/1000 abitanti – afferma di averne in abbondanza ed è per questo pronta ad "esportarli" verso il Canada.

In altri paesi, per di più, le misure di austerità comprimono la spesa sanitaria e limitano gli investimenti sul personale sanitario, ponendo un problema di sostenibilità di medio termine in quest'area.

Indubbiamente la soluzione alla crisi del personale sani-

¹ Global Health Workforce Alliance. *A Universal Truth: No Health Without a Workforce*. WHO 2013

tario e al *brain drain* dentro e fuori dall'Europa è complessa in quanto è per natura intersettoriale, e passa per l'intersezione tra politiche sanitarie, fiscali, migratorie, di cooperazione allo sviluppo e di occupazione: queste intersezioni devono essere portate a coerenza a partire da una visione dello sviluppo del personale sanitario che generi equità in salute – piuttosto che concorrenza a spese dei sistemi sanitari più deboli – mettendo a fuoco alcuni nodi chiave, che identifichiamo qui sotto.

Pianificare a lungo termine il fabbisogno di personale sanitario, puntando all'autosufficienza

Pianificare e prevedere il fabbisogno futuro di operatori all'interno di ogni sistema sanitario senza ricorrere al reclutamento internazionale è la chiave per lo sviluppo sostenibile del personale sanitario a livello globale, ed è un passaggio fondamentale per evitare di alimentare la fuga dei cervelli. Dal momento, tuttavia, che formare operatori puntando all'autonomia dal reclutamento all'estero richiede la messa in moto non solo di capacità tecniche, ma anche di risorse economiche significative, è un percorso politicamente difficile. Limitare il *brain drain*, tuttavia, porta benefici non solo ai Paesi di provenienza, ma anche ai Paesi di arrivo degli operatori: evita soprattutto il rischio di instabilità, in quanto i flussi di operatori formati all'estero sono "volatili" e possono esaurirsi rapidamente quando le condizioni nei Paesi di origine cambiano. Negli ultimi vent'anni la Spagna, inizialmente un Paese di origine di operatori sanitari migranti, è diventata un Paese di destinazione, per poi tornare ad essere un Paese di origine. Allo stesso modo la fuga di operatori sanitari dall'Est e dal Sud dell'Europa verso i suoi Paesi occidentali e settentrionali è stata in alcuni casi un'"opzione alternativa" rispetto al reclutamento di operatori non europei. Similmente l'Italia, meta ambita dagli infermieri stranieri negli ultimi decenni, ha oramai perso questa sua capacità di attrazione², mentre i nostri operatori sanitari – sempre più precari – guardano spesso a percorsi di mobilità internazionale³.

Si stima che nel 2020 in Europa potrebbe mancare un

² Il numero dei nuovi iscritti IPASVI stranieri è infatti dimezzato tra il 2007 e il 2012. Si veda IPASVI, Albo IP. *Analisi dei nuovi iscritti. Rapporto 2012*. 2013, http://www.ipasvi.it/archivio_news/pagine/96/IPASVI%20-%20Albo%202012%20-%20Analisi%20dei%20nuovi%20iscritti.pdf

³ È il caso degli infermieri, si veda ad esempio: http://www.ipasvib.it/lavoro_allestero.html. Ma è il caso oramai anche dei medici: si veda http://www.anaao.it/amministrazione/tiny_mce/plugins/ajaxfilemanager/uploaded/cs_AG_1aprile2014.pdf

milione di operatori sanitari, una cifra che salirebbe a due milioni se si considerano anche le professioni sanitarie ausiliarie e l'assistenza alle cronicità⁴. Molti Paesi europei, tuttavia, non si sono ancora dotati di strumenti di previsione del proprio fabbisogno di operatori sanitari: indicatori, dati e strumenti di pianificazione non sono sempre disponibili, o sono poco usati. Il "Piano d'azione per il personale sanitario dell'UE" identifica azioni volte a rafforzare la cooperazione europea a questo livello⁵. Oltre i numeri, è necessario tuttavia aprire una discussione anche sulla programmazione del mix di competenze necessario a produrre il cambio di paradigma dalla cura verso la prevenzione, nel contesto dalle nuove sfide che attendono i sistemi sanitari europei.

Investire sul personale sanitario

Nel contesto delle misure di austerità applicate in Europa e fuori di essa a partire dal 2009, la spesa pubblica per la salute è diminuita e i tagli in questo settore si sono concentrati, in molti Paesi, sui salari del personale e sugli incentivi⁶. Le pressioni per realizzare risparmi sul breve periodo hanno in questi casi prevalso rispetto alla spinta in direzione di una maggiore equità ed efficienza di lungo termine⁷. Le misure di austerità stanno alterando la relazione tra i necessari investimenti sul personale sanitario e la mobilità internazionale che ne deriva, relazione che è al centro del Codice OMS: nuove differenze salariali tra Paesi o all'interno dei Paesi stanno prendendo forma⁸, e rischiano di alimentare la fuga dei cervelli e la volatilità dei flussi di personale sanitario migrante.

Un restringimento dello spazio fiscale può anche avere un

⁴ European Commission. *An Agenda for new skills and jobs: A European contribution towards full employment*. COM (2010) 682 final.

⁵ In particolare, il Piano d'azione ha lanciato la *EU Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting*, <http://www.euhwforce.eu/>

⁶ Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J, et al. *Policy summary 5. Health policy responses to the financial crisis in Europe*. World Health Organization (on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies), 2012. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/170865/e96643.pdf

⁷ WHO Regional Office for Europe. *Report of the Oslo conference Health systems in times of global economic crisis: an update of the situation in the WHO European Region*, 17-18 April, 2013. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/190456/Health-systems-in-times-of-global-economic-crisis-an-update-of-the-situation-in-the-WHO-European-Region.pdf

⁸ Karanikolos M, et al. *Financial crisis, austerity, and health in Europe*. *Lancet* 2013.

impatto negativo sulla capacità degli Stati membri dell'UE di formare e remunerare un numero adeguato di operatori sanitari. Questo può potenzialmente portare ad un aumento delle attuali carenze globali di operatori. Le recenti politiche fiscali dell'UE – tra cui il Fiscal Compact e il Six Pack – obbligheranno inoltre quasi tutti i Paesi membri a ridurre ulteriormente la spesa pubblica: i sistemi sanitari e il personale sanitario saranno inevitabilmente al centro della discussione sulla spesa pubblica nel prossimo futuro, dal momento che ne rappresentano una porzione troppo grande per essere ignorata⁹. La situazione richiama alla mente gli aggiustamenti strutturali imposti ai Paesi africani negli anni Ottanta, che hanno portato allo smantellamento dei servizi sanitari allora esistenti in quei Paesi. Recenti ricerche dimostrano che in tempi di crisi economica investimenti pubblici anti-ciclici nel settore sanitario e nella protezione sociale tendono ad avvantaggiare i Paesi non solo in termini di indicatori di salute delle loro popolazioni, ma anche in termini di risposta alla crisi, in quanto possono accelerare la ripresa economica¹⁰. Nel complesso, la capacità dell'Europa e dei suoi Stati membri di dotarsi di personale sanitario ad un livello adeguato – senza ricorrere al reclutamento internazionale – in tempi di crisi è strettamente collegata al nodo – tutto politico – della loro capacità di rivendicare spazio fiscale per la spesa sanitaria e sociale. Dal momento che le risorse sono limitate, questa capacità deve essere negoziata parallelamente a strumenti di tassazione progressiva, alla tassazione delle transazioni finanziarie, alla riduzione della spesa militare e alla lotta all'evasione e ai paradisi fiscali.

Rispettare i diritti degli operatori sanitari migranti

In molti Paesi la partecipazione di professionisti formati all'estero – dentro e fuori dall'UE – alle selezioni per posti nel settore pubblico è resa difficile da leggi e/o pratiche discriminatorie. Il personale sanitario migrante spesso lavora nel settore privato, con contratti precari, salari più bassi e livelli di protezione sociale inferiori rispetto ai loro colleghi. Ciò è particolarmente vero nel caso dell'assistenza domiciliare, dove una larga parte delle operatrici sono donne. È oramai anche vero nel caso di infermieri del

⁹ European Commission. *EU economic governance "six-pack" enters into force*. MEMO/11/898, 12 Dec 2011. <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=MEMO/11/898>

¹⁰ Reeves A, Basu S, McKee M, et al. *Does investment in the health sector promote or inhibit economic growth?* *Globalization & Health* 2013;9:43. doi:10.1186/1744-8603-9-43, <http://www.globalizationandhealth.com/content/9/1/43>

sud Europa che lavorano in Germania in condizioni di sfruttamento un tempo impensabili per cittadini dell'UE¹¹. È necessario riconoscere che la presenza di operatori sanitari formati all'estero è un vantaggio per i sistemi sanitari europei che li accolgono, e costituisce una sorta di involontario "sussidio" a questi ultimi, sotto forma di professionisti formati gratuitamente altrove e pronti ad entrare in servizio.

Il complicato sistema proposto nell'Approccio globale alla migrazione e alla mobilità dell'UE (GAMM) intende aprire percorsi di migrazione legale. Rischia, tuttavia, da una parte di creare una classe di operatori sanitari scarsamente qualificati a cui viene garantito accesso temporaneo, ma che possono essere rimandati a casa o diventare illegali nel momento in cui non servono più. Dall'altra crea schemi per operatori altamente qualificati – tra cui la cosiddetta Blue Card – il cui impatto in termini di *brain drain* non è, nella pratica, verificato, e che soprattutto non contengono incentivi a rientrare nei Paesi di origine in condizioni favorevoli, 2013, ¹². Infine, i casi di programmi di migrazione circolare di successo sono limitati, in particolare se si guarda al loro impatto sul diritto alla salute delle popolazioni nei Paesi di origine. Il dibattito sulla migrazione del personale sanitario, inoltre, deve essere strettamente collegato a quello sulle condizioni di lavoro del personale sanitario nei Paesi europei: il deteriorarsi delle condizioni di lavoro può portare – è il caso della Germania – ad alte percentuali di abbandono della professione e a numeri insufficienti di nuove leve nelle professioni infermieristiche e di assistenza alla persona. Ciò, a sua volta, costituisce un fattore di attrazione per operatori sanitari formati all'estero, innescando flussi migratori a catena.

Per concludere: agire coerentemente a livello nazionale, regionale e globale

Come si può dunque intervenire sulle disuguaglianze in

¹¹ Si veda la stampa spagnola: http://www.lasexta.com/noticias/sociedad/decenas-enfermeros-espanoles-denuncian-ser-explotados-empresa-alemana_2014060900206.html, e quella tedesca: http://www.deutschlandfunk.de/moderne-schuldnechtschaft-knebelvertraege-fuer.862.de.html?dram:article_id=288429

¹² European Commission. *The implementation of Directive 2009/50/EC on the conditions of entry and residence of third-country nationals for the purpose of highly qualified employment*, 2014. http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/e-library/documents/policies/immigration/work/docs/communication_on_the_blue_card_directive_en.pdf

salute causate dalla migrazione di personale da sistemi sanitari più fragili verso quelli più "attraenti"?

La società civile di otto paesi Europei si è messa in rete su questi temi e ha sviluppato una serie di raccomandazioni specifiche indirizzata alle istituzioni Europee e agli Stati Membri, inclusa l'Italia, che vanno nella direzione di una più stretta coerenza delle politiche settoriali sopra identificate¹³. Queste ultime necessitano infatti di essere inquadrare all'interno di una strategia-quadro per la coerenza delle politiche relative allo sviluppo del personale sanitario dentro e fuori l'Europa. Tale strategia deve portare all'allineamento delle politiche di sanità pubblica dell'UE con i suoi obiettivi di sviluppo, integrare la dimensione della migrazione e contenere obiettivi politici chiari e azioni concrete. C'è necessità, inoltre, di sviluppare meccanismi di attuazione efficaci, che siano inquadrati all'interno dei più ampi strumenti di attuazione di coerenza delle politiche in discussione a livello europeo: tra questi, le valutazioni ex ante dell'impatto delle politiche sulla salute; un sistema di arbitrato gestito dal Presidente della Commissione; il monitoraggio dell'implementazione delle politiche e le valutazioni ex-post; i dialoghi multi-stakeholder anche a livello delle delegazioni dell'UE; un meccanismo di reclamo aperto ad attori non europei e un chiaro processo di revisione delle politiche.

Al di là della coerenza, poi, c'è il tema del risarcimento. Ricorrere ad operatori sanitari formati all'estero significa esternalizzare verso i loro Paesi di origine (dentro e fuori l'UE) i costi della formazione. Il valore di queste esternalizzazioni deve essere preso in considerazione nel quadro delle relazioni con i Paesi di origine – anche usando gli strumenti della cooperazione allo sviluppo – per restituire ai sistemi formativi e sanitari dei Paesi di origine le risorse disperse a causa del *brain drain*.

Nel caso degli Stati membri dell'UE – dove la libertà di movimento degli operatori sanitari è già una realtà – meccanismi compensativi sono già a portata di mano: la politica di coesione dell'UE, che modella la programmazione e lo sviluppo dei Fondi Strutturali, può essere infatti rafforzata in quanto strumento di supporto verso una più equa distribuzione degli operatori sanitari all'interno dell'Unione.

Il personale sanitario, in sintesi, è un elemento fondamen-

tale di un modello di protezione sociale che caratterizza l'identità europea: l'UE e gli Stati membri sono chiamati ad assumere una posizione più stringente in questo dibattito, guardando alla sostenibilità globale di questo modello.

Bibliografia

Global Health Workforce Alliance. *A Universal Truth: No Health Without a Workforce*, WHO, 2013.

European Commission, "The Global Approach to Migration and Mobility", 2011, http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/news/intro/docs/1_en_act_part1_v9.pdf.

Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, et al. *Financial crisis, austerity, and health in Europe*. *Lancet* 2013;381:1323-331.

Siyam A, Dal Poz MR. *Migration of Health Workers*. WHO Code of Practice and the Global Economic Crisis, WHO, 2014.

De Ponte G, Mans L, Di Sisto M, et al. *Health Workforce Shortages and International Mobility in the EU. An overview of three cross-cutting trends from the perspective of the WHO Code of practice and its implementation in the region, Health Workers for All*, 2014, <https://interact.healthworkers4all.eu/display/public/NEWS/HW4All+online+collaboration+platform%3A+Latest+news;jsessionid=C2A74FA2DB82279BA3778EDD182968DF>.

¹³ Health Workers for All. *Personale sanitario per tutti, in ogni paese: Un appello ai decisori politici europei, per rafforzare il personale e i sistemi sanitari in una prospettiva di sostenibilità a livello globale*, 2014. <https://interact.healthworkers4all.eu/pages/viewpage.action?pagelD=4620441>

Innovazione e sviluppo umano

Mario Biggeri^{1 2}, Claudio Fedi²

¹ Dipartimento di Scienze per l'economia e l'impresa, Università di Firenze

² ARCO Lab (Action-Research for CO-development, PIN, Prato)

Abstract

L'innovazione tecnologica può influire profondamente nei processi di sviluppo umano a livello globale, nazionale e locale. Favorire l'utilizzazione di nuove tecnologie in ambito sanitario nei paesi emergenti può contribuire significativamente a incrementare l'accesso alla salute, migliorare lo sviluppo umano e sviluppare capability individuali e collettive.

La salute è ormai considerata un bene pubblico globale. È importante subito sottolineare che la promozione della salute nei Paesi poveri ed emergenti non è solo una questione di giustizia sociale, ma contribuisce in modo significativo alla qualità dei processi di sviluppo umano e sostenibile. Seguendo il paradigma dello sviluppo umano e l'approccio delle *capability* "introdotto dal premio Nobel per l'economia Amartya Sen e dalla filosofa Martha Nussbaum" la salute e l'istruzione assumono un ruolo centrale nella promozione del benessere e dello sviluppo individuale e collettivo. La loro centralità non risiede esclusivamente nel loro valore intrinseco; deriva, altresì, dal loro valore strumentale, dall'influenza positiva che esercitano sugli altri funzionamenti della persona, che congiuntamente ai propri valori e alle scelte intraprese può permettersi di vivere "una vita degna di essere vissuta" (Sen 1999, 2009; vedi anche Nussbaum 2000 e Ruger, 2007).

È sempre più evidente in letteratura (si veda per esempio Capriati, 2013) che le nuove conoscenze tecnologiche e l'informazione – la disponibilità tecnologica – rappresentano un fattore decisivo non solo nella definizione delle opportunità economiche per l'ammontare di reddito disponibile, ma anche per l'accesso alla salute e all'istruzione. Esse rappresentano, dunque, uno strumento essenziale per il raggiungimento del benessere individuale e collettivo.

Nel ventunesimo secolo, una classe specifica di tecnologie – *Information and Communication Technologies* (ICT) – "ha dominato e contribuito a modellare i sentieri di svi-

luppo dei vari Paesi. Come afferma l'UNDP tale classe di tecnologie rappresenta la vera forza motrice dello sviluppo, «la potenza sottesa all'attuale rivoluzione produttiva e all'attuale fase di globalizzazione» (2005:iii). Internet, ma non solo, ha consegnato nelle mani degli individui e delle organizzazioni quelle *communication capability* in grado di ridurre i costi di transazione, di raggiungere mercati più lontani, di accedere a maggiori fonti informative riguardo proprio alla salute. La tecnologia agisce a diversi livelli e con entità variabili a seconda del luogo e del bene o servizio al quale si rivolge. In particolare, l'innovazione tecnologica in ambito sanitario può giocare un ruolo determinante nei processi di sviluppo umano e di espansione delle *capability* anche a favore delle persone meno abbienti.

Tuttavia i dati statistici dimostrano ampiamente che fino ad oggi l'accesso a tali tecnologie è estremamente iniquo e gli svantaggi competitivi dei Paesi più poveri economicamente si fanno sempre più marcati, con conseguenti disparità anche in termini di sviluppo umano e in particolare anche nell'accesso alla salute (UNDP, *Information and Communication Technology* 2004).

Nonostante queste statistiche, due elementi legati all'ICT sembrano in grado di cambiare il corso degli eventi. Le innovazioni tecnologiche con nuove applicazioni in ambito sanitario da un lato e la riduzione dei costi delle stesse dall'altro, segnalano un potenziale punto di svolta, la cui realizzazione rimane, a questo punto, legata alla sola volontà politica.

Come è ben noto, la tecnologia in ambito sanitario può agire sia per la prevenzione (accesso all'informazione, accesso ai dati medico-clinici), sia per la cura (disponibilità di strumenti). Ad esempio, concentrandoci sulla sfera preventiva e, quindi, sulla disponibilità di dati utili per la programmazione e la prevenzione, notiamo che sono molte le fonti di dati in grado di offrirci informazioni sulla salute di una determinata comunità di individui. In generale abbiamo fonti tradizionali di dati (i.e. Ospedali, Consultori, Ambulatori) e altri tipi di fonti (assistenza scolastica, reti sociali, bilanci farmaceutici, dati climatologici). Ma queste fonti, prese singolarmente, non ci consentono di delineare un panorama affidabile, esaustivo e rapido della salute a livello comunitario; si rende necessario l'uso della tecnologia, in grado di convertire tali fonti in «un alleato strategico per la salute pubblica, per risolvere o prevenire i problemi di salute, o migliorare l'accesso ai sistemi e servizi sanitari» (Etienne 2014:317).

È fondamentale però sottolineare che la tecnologia, in quanto elemento fondamentale dei processi di sviluppo, può essere in grado di determinare sentieri di sviluppo molto diversi tra loro: più o meno virtuosi, più o meno equi e sostenibili (Marmot 2005). La disponibilità tecnologica, infatti, si è dimostrata essere un fattore decisivo nella separazione tra vincitori e vinti, tra Paesi ricchi e poveri, tra individui che possono aspirare a migliorare il proprio benessere e altri costretti ad abbassare le proprie pretese di vita per contingenze economiche avverse.

Con la presente nota intendiamo presentare lo stretto rapporto che intercorre tra progresso tecnologico, sviluppo umano e sostenibile e aumento delle *capability* in ambito sanitario. Nel primo paragrafo ripercorriamo brevemente le tappe salienti della trattazione macroeconomica della tecnologia soffermandoci brevemente sui modelli di crescita macroeconomici endogeni per introdurre successivamente il paradigma dello sviluppo umano e sostenibile. Successivamente, nel secondo paragrafo, quello conclusivo, vengono introdotti i processi attraverso i quali la tecnologia può rappresentare un meccanismo di ampliamento del *capability set* individuale e favorire l'accesso alla salute e le relative implicazioni di *policy*.

Tecnologia, crescita economica e sviluppo umano e sostenibile

In questo paragrafo ci concentriamo brevemente sul rapporto tra sviluppo tecnologico e crescita economica, tra tecnologia e paradigma dello sviluppo umano e sostenibile, tra innovazione tecnologica e approccio delle *capability*.

La letteratura che si occupa del rapporto tra tecnologia e crescita economica è molto vasta e altrettanto numerosi sono i modelli economici che si sono succeduti l'un l'altro con l'intento di evidenziare il ruolo della tecnologia nei processi di crescita. Nella trattazione della crescita, il modello keynesiano di Harrod-Domar spiega come la crescita economica dipenda dalle politiche economiche che favoriscono l'investimento e l'aumento dei risparmi. In tale modello, tuttavia, la tecnologia espressa dal rapporto tra capitale impiegato e *output* ottenuto è per semplicità ipotizzata costante. Nei successivi modelli neoclassici di Solow il progresso tecnologico assume un ruolo di maggior rilievo, ma nella trattazione delle variabili fondamentali la tecnologia rappresenta solo un "residuo" esogeno al sistema economico (Solow 1956). Nonostante l'apparente marginalità la tecnologia diventa quell'elemento (esterno) in grado di superare l'equilibrio stazionario del sistema. È con i modelli di crescita endogena (Lucas 1988, Romer 1990, Barro 2004 e altri) che il mutamento tecnologico viene endogenizzato e strettamente connesso all'istruzione, alla salute e ad altri *input*.

Questi ultimi modelli, pur arrivando a sottolineare il ruolo della tecnologia e il suo carattere endogeno, non riescono però a coglierne pienamente il potenziale per quanto riguarda la produzione di benessere. I modelli macroeconomici, infatti, esibiscono effetti positivi dell'innovazione tecnologica per il solo sistema, tralasciando le conseguenze "micro-fondate" che si possono avere sugli individui e le comunità. Le persone, in quanto soggetti provvisti e produttori di capitale umano, devono essere dotati di elevati livelli di istruzione e salute per favorire la crescita economica. In altre parole, la tecnologia è al servizio della crescita economica.

Questa visione "sistemica" dei modelli appena introdotti, viene ribaltata dal paradigma dello sviluppo umano e sostenibile introdotto nel Rapporto sullo sviluppo umano dall'UNDP (UNDP 1990), strettamente legato all'approccio delle *capability*. Come sottolineato dal premio Nobel Amartya Sen, l'approccio delle *capability* è connesso al concetto di sviluppo umano e sostenibile, eleva a obiettivi economici e sociali centrali il benessere individuale, la partecipazione e la libertà (Sen 1999). Pur mantenendo un ruolo importante l'economia diventa strumento e non obiettivo del processo. In altre parole lo sviluppo diviene "espansione delle *capability*", o promozione delle "libertà positive", un processo in cui l'individuo passa da mezzo a fine delle attività economiche; e in tale passaggio risiede il cambio di prospettiva promosso dall'approccio delle *capability*, secondo il quale non dobbiamo più so-

fermarci a studiare i mezzi effettivi di cui ciascun individuo si serve per vivere, quanto le *opportunità* di scegliere e modellare la propria vita in sé (Sen 2009:17). Le risorse, infatti, sono importanti per la promozione dei funzionamenti e delle *capability* delle persone, ma solo quali mezzi strumentali per promuovere la prosperità (*flourishing*) individuale^{1,2}. La tecnologia, o ICT, diviene quindi strumento fondamentale per ampliare le *capability* delle persone e delle comunità in ambito sanitario.

Tecnologia, approccio delle *capability* e implicazioni di *policy*

In sostanza, lo sviluppo di ciascun individuo è il risultato di una interazione complessa tra caratteristiche individuali, caratteristiche del gruppo familiare di appartenenza e fattori ambientali. La gamma di possibili *functionings* di cui può disporre un individuo, il suo "*capability set*", è condizionata dalle capacità dell'individuo stesso e dall'ambiente sociale e fisico del territorio, a livello locale, regionale e nazionale. L'abilità individuale di convertire risorse e beni in *capability* e *functionings* dipende a sua volta dai cosiddetti "fattori di conversione", che possono essere individuali/soggettivi o sociali/ambientali. I fattori di conversione individuali (*internal conversion factors*), quali ad esempio le caratteristiche personali degli individui, permettono agli individui di convertire risorse e beni in *functionings* individuali. Oltre a questi abbiamo poi i fattori di conversione sociali (i.e. politiche pubbliche, istituzioni, norme legali, tradizioni, norme sociali, pratiche discriminatorie, ruoli di genere, gerarchie sociali, relazioni di potere, beni pubblici) e ambientali (i.e. clima, geografia, infrastrutture).

L'accesso alla tecnologia può intercedere positivamente in tre distinte aree:

- facilitare lo sforzo pubblico e privato per la fornitura di beni e servizi utili al soddisfacimento dei bisogni essenziali degli individui – cibo, salute, vestiario, abitazione e altri servizi di base;

¹ Una *functioning* indica un conseguimento, mentre una *capability* rappresenta l'abilità di conseguire. I funzionamenti sono, in un certo senso, più direttamente legati alle condizioni di vita in quanto relativi ai diversi aspetti delle condizioni di vita stesse. Le *capability*, al contrario, sono nozioni di libertà in senso positivo: quali opportunità reali si possono conseguire nella vita (Sen, 1987:36 – traduzione nostra).

² Le *capability* di base per lo sviluppo umano sono condurre una vita lunga e sana, essere informati, avere accesso alle risorse necessarie per uno standard di vita dignitoso ed essere in grado di partecipare alla vita della comunità. Senza questi, molte scelte risultano semplicemente non disponibili e molte opportunità nella vita restano inaccessibili (UNDP, 1990:11 – traduzione nostra).

- migliorare le *capability* individuali e collettive attraverso investimenti nell'area educativa, sanitaria e formativa;
- aumentare lo spazio delle opportunità per gli individui facilitando la diffusione di informazioni, la cultura del diritto umano e la libertà di espressione in senso lato.

La tecnologia rappresenta dunque un importante elemento costitutivo del vasto panorama delle *capability*. Se osserviamo infatti la lista di Nussbaum (2000) possiamo stabilire dei nessi diretti tra le dieci dimensioni da lei individuate e la tecnologia (con particolare riferimento alle tecnologie in ambito sanitario). Per esempio: servizi di prevenzione, farmaci, attività riabilitative (no. 2 salute fisica); ultrasonografia e radiologia (no. 3 integrità fisica). L'opportunità di accedere alla tecnologia ha un impatto positivo sulle dimensioni dello sviluppo umano, generando ritorni positivi in termini di benessere (incluso quello economico, i.e. accesso ad altri beni e servizi), in termini di *agency* e di fattori di conversione individuali (i.e. migliori disponibilità tecnologiche). La persona, infatti, come suggerisce l'approccio delle *capability*, deve concentrare l'attenzione sulle sue opportunità e (ancor più) potenzialità. In questa direzione la persona deve passare da paziente passivo di cure mediche a attore attivo nel determinare il proprio benessere (Ruger 2007).

Il perseguimento del benessere (individuale e collettivo), l'accesso alla salute e all'educazione, il soddisfacimento dei bisogni essenziali e lo sviluppo economico sono dunque strettamente legati alla disponibilità tecnologica. Il paradigma dello sviluppo umano e sostenibile e l'approccio delle *capability* legano l'evoluzione positiva delle società alla diffusione e all'accesso alla tecnologia. Con questo ribadiamo ancora una volta l'importanza delle innovazioni tecnologiche per la determinazione di sentieri di sviluppo socio-economici equi e sostenibili, che ottimizzino le risorse per accrescere il benessere di tutti di gli individui.

Per questo la ricerca di soluzioni innovative attraverso l'utilizzo di nuove tecnologie rappresenta non soltanto una via auspicabile ma necessaria. Infatti, se i sistemi sanitari maturi a stampo universalistico presenti in Europa devono fare i conti con il progressivo invecchiamento della popolazione e i crescenti tagli alla spesa pubblica (Maciocco 2008), i sistemi sanitari dei Paesi emergenti stanno affrontando imponenti piani di investimento per garantire una copertura sanitaria alla maggior parte della popolazione, aumentando così l'accessibilità ai servizi e la loro qualità, con particolare riferimento ai soggetti più svantaggiati.

In questo contesto assumono un ruolo centrale le nuove

forme organizzative ideate per favorire l'accesso ai servizi sanitari basate sulle opportunità offerte dalle nuove tecnologie ICT. Parliamo delle nuove strategie di accesso universale ed equo ai servizi preventivi, terapeutici e di supporto in grado di promuovere la salute nella sua accezione più ampia, attraverso azioni di decentramento capaci di mantenere o aumentare la qualità dei servizi migliorandone al contempo efficacia ed efficienza.

Tali opportunità appaiono oggi in crescente espansione, trovando spesso applicazione da parte delle amministrazioni statali e locali anche nei Paesi emergenti. Con tali soluzioni innovative è possibile ripensare il sistema dei servizi sia in termini di formazione medico-clinica che di diffusione sul territorio, in grado di promuovere processi di ampliamento del servizio sanitario attraverso la ICT e la telemedicina anche in zone remote nel mondo.

Se intendiamo la salute come bene pubblico, le esperienze consolidate che prevedono un utilizzo sistemico dell'innovazione tecnologica devono necessariamente diffondersi attraverso il confronto e lo scambio di esperienze tra differenti sistemi sociosanitari, modelli organizzativi e schemi di assistenza (Murru e Tediosi 2008). Tutto ciò si configura, quindi, come un obiettivo irrinunciabile e prorogabile.

Concludendo, la salute è ormai diventata un vero e proprio bene pubblico globale. Pertanto, la ricerca attuale di soluzioni innovative non deve limitarsi alle sperimentazioni locali, bensì promuovere una continua riflessione a livello internazionale. Da qui, il confronto e lo scambio di esperienze che può nascere o fortificarsi può apportare continui spunti critici in grado di spingere i sistemi sanitari a migliorarsi continuamente.

Bibliografia

Etienne. *Salud: aprovechar la tecnología en el camino hacia la cobertura universal de salud*. La Revista Panamericana de Salud Publica 2014;35:5-6.

Maciocco G. *Politica, salute e sistemi sanitari*. Roma: Il pensiero scientifico editore 2008.

Marmot M. *Social determinants of health inequalities*. Lancet 2005;365:1099-104.

Murru M, Tediosi F. *L'aiuto pubblico allo sviluppo e la cooperazione sanitaria*, in Osservatorio italiano sulla Salute globale, *Salute Globale e aiuti allo sviluppo. Diritti, ideologie, inganni*. 3° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale. Pisa: Edizioni ETS 2008.

Nussbaum M. *Women and human development: the capabilities approach*. Cambridge University Press 2000.

Ruger JP. *Health, Health Care, and Incompletely Theorized Agreements: A Normative Theory of Health-Policy Decision-Making*, Journal of Health Politics, Policy, and Law 2007;32:51-87.

Sen AK. *On Ethics and Economics*. Oxford: Basil Blackwell 1987.

Sen AK. *Development as Freedom*. Oxford University Press 1999.

Sen AK. *The Idea of Justice*, London: Allen Lane 2009.

UNDP *Human Development Report 1990 – Concept and measurement of human development*. Oxford University Press, New York 1990.

UNDP *Information and Communication Technology. Human Development Report*. Oxford University Press, New York 2004.

UNDP *Harnessing Science and Technology for Human Development*. Human Development Report. New York: Oxford University Press 2005.

Il Prodotto interno lordo: critiche e alternative per misurare il benessere delle nazioni

Vieri Lastrucci¹, Maria José Caldes Pinilla²

¹ Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina preventiva, Università di Firenze

² Centro di salute globale, Regione Toscana

Abstract

Dalla fine della seconda guerra mondiale ad oggi il Prodotto interno lordo (PIL) è stato usato da ogni paese come unità di misura dei propri successi e la sua crescita è stata messa al centro delle politiche nazionali. Numerose sono le critiche e le evidenze scientifiche che mostrano come il PIL sia una misura fuorviante del benessere e del progresso di una società. Indicatori alternativi più adeguati sono già disponibili e molti altri sono allo studio.

Storia e definizione del PIL

Il concetto di Prodotto interno lordo (PIL) si è perfezionato nel tempo, e gradualmente non solo è diventato l'unità di misura della ricchezza prodotta in un Paese, ma si è anche andato a guadagnare una posizione di preminenza nell'esprimere e simboleggiare il benessere di una collettività nazionale.

In conseguenza della crisi economica del 1929, l'allora presidente degli Stati Uniti d'America Franklin Roosevelt, si rivolse al Dipartimento per il Commercio per l'elaborazione di un mezzo di misurazione standardizzato, che consentisse di verificare in maniera costante le condizioni economiche generali del Paese. Fu così elaborato il PIL, alla cui determinazione contribuì in modo significativo l'economista Simon Kuznet (premio Nobel per l'economia nel 1971).

Nel corso della storia sono stati apportati numerosi aggiustamenti nel modo di calcolare il PIL, che ad oggi viene definito come: *"il valore totale dei beni e servizi prodotti in un Paese da parte di operatori economici residenti e non residenti nel corso di un anno, e destinati al consumo dell'acquirente finale, agli investimenti privati e pubblici, alle esportazioni nette (esportazioni totali meno importazioni totali). Non viene quindi conteggiata la pro-*

*duzione destinata ai consumi intermedi di beni e servizi consumati e trasformati nel processo produttivo per ottenere nuovi beni e servizi"*¹.

Dalla fine della seconda guerra mondiale ad oggi, in quasi ogni Paese la crescita del PIL è rimasta l'obiettivo primario delle politiche nazionali².

I limiti del PIL come misura del progresso reale di una società

I limiti dell'utilizzo del PIL come indicatore non solo economico, ma anche di benessere di una collettività in un paese sono insiti proprio nella sua definizione, infatti:

- il PIL tiene conto solamente delle transazioni in denaro, e trascura tutte quelle a titolo gratuito: restano quindi escluse le prestazioni nell'ambito familiare, quelle attuate dal volontariato (si pensi al valore economico del non-profit) ecc. Il rischio di utilizzare il PIL per valutare l'economia si può vedere meglio proprio nei paesi cosiddetti "in via di sviluppo" (termine che già di per sé è definito principalmente attraverso il PIL). In questi paesi molta della produzione avviene all'interno di un'economia di tipo familiare ed è quindi al di fuori della comprensione del PIL. Una strategia di sviluppo basata sulla crescita del PIL può minare que-

- sta economia familiare e quindi diminuire il benessere della popolazione;
- il PIL non fornisce una misura della distribuzione del reddito all'interno della società, quindi non indica il livello di equità all'interno del paese. In letteratura è ampiamente riportato come il livello di disparità di reddito in una società sia fortemente correlato con una serie di *outcomes* di salute e sociali come l'aspettativa di vita, i tassi di mortalità, l'obesità, le gravidanze in età adolescenziale, la prevalenza di patologie psichiatriche, il tasso di omicidi e di violenza, la qualità delle relazioni sociali, le performance scolastiche e la mobilità sociale³. Stati con PIL simile possono avere differenze notevoli in termini di distribuzione del reddito e quindi differenze enormi anche in termini di benessere;
 - il PIL tratta tutte le transazioni come positive, cosicché entrano a farne parte, ad esempio, i danni provocati dai crimini (riciclaggio di denaro), dall'inquinamento, dalle catastrofi naturali. In questo modo il PIL non fa distinzione tra le attività che contribuiscono al benessere e quelle che lo diminuiscono: persino morire, con i servizi connessi ai funerali, fa crescere il PIL;
 - il PIL non attribuisce i profitti di una multinazionale allo stato dove questa ha sede (dove i profitti al finale tornano) ma li attribuisce allo stato dove la fabbrica o attività è locata. Questo nasconde un fatto fondamentale: le Nazioni del "Nord" prendono le risorse dei paesi del Sud e lo chiamano un guadagno per il Sud.

Concetti brillantemente riassunti dal sociologo e filosofo Zygmunt Bauman che denunciando "un potere, quello finanziario, totalmente fuori controllo", descriveva così l'assurdità della situazione: "Se lei fa un incidente in macchina l'economia ci guadagna. I medici lavorano. I fornitori di medicinali incassano e così il suo meccanico. Se lei invece entra nel cortile del vicino e gli dà una mano a tagliare la siepe compie un gesto antipatriottico perché il PIL non cresce. Questo è il tipo di economia che abbiamo rilanciato all'infinito. Se un bene passa da una mano all'altra senza scambio di denaro è uno scandalo. [...] C'è una crisi di valori fondamentali. L'unica cosa che conta è la crescita del PIL. E quando il mercato si ferma la società si blocca". Già a partire dalla nascita del PIL nel 1934 durante la presentazione al Congresso Kuznet si espresse critico sulla possibilità di misurare il benessere di una popolazione basandosi sul solo reddito pro-capite: "[...] Il benessere di una nazione difficilmente può essere dedotto da una misura di reddito nazionale come sopra definito [...]". Nel corso della storia non sono state risparmiate critiche molto dure sulla possibilità di stimare il benessere di una nazione attraverso questo indicatore, resta celebre ad esempio il discorso pronunciato da Robert Kennedy alla

Kansas University durante la campagna elettorale del 1968 pochi mesi prima del suo assassinio. Il tema del suo discorso era proprio il PIL ritenuto capace di misurare tutto "eccetto ciò che rende la vita veramente degna di essere vissuta": "Non possiamo misurare lo spirito nazionale sulla base dell'indice Dow Jones né i successi del Paese sulla base del Prodotto interno lordo. Il nostro prodotto nazionale lordo, ora, è di oltre 800 miliardi di dollari l'anno, ma tale prodotto nazionale lordo - se giudichiamo gli Stati Uniti d'America in base ad esso - conta anche l'inquinamento dell'aria, la pubblicità delle sigarette, le ambulanze per sgombrare le nostre autostrade dalle carneficine del fine settimana... Comprende programmi televisivi che valorizzano la violenza per vendere prodotti violenti ai bambini. Cresce con la produzione di napalm, missili e testate nucleari». E ancora: "Il PIL non tiene conto della salute delle nostre famiglie, della qualità della loro educazione e della gioia dei loro momenti di svago. Non comprende la bellezza della nostra poesia e la solidità dei valori familiari. Non tiene conto della giustizia dei nostri tribunali, né dell'equità dei rapporti fra noi. Non misura né la nostra arguzia né il nostro coraggio né la nostra saggezza né la nostra conoscenza né la nostra compassione. Misura tutto, eccetto ciò che rende la vita degna di essere vissuta".

Spostandoci nel passato più recente, queste criticità appaiono nettamente confermate anche da un rapporto consegnato a Settembre 2009⁴ al governo francese che all'inizio del 2008 aveva incaricato venticinque studiosi di calibro mondiale di studiare la relazione tra PIL e benessere sociale. I premi Nobel Joseph Stiglitz e Amartya Sen hanno coordinato la ricerca che prende appunto il loro nome, insieme a quello dell'economista Jean-Paul Fitoussi, titolare di molte cariche pubbliche in Francia e all'estero. Il voluminoso studio - trecento pagine - prova molto chiaramente che benessere e PIL sono due cose distinte, dimostrando così anche quanto sia errata la concezione che lega il benessere all'andamento del PIL.

Il Rapporto distingue opportunamente tra benessere materiale e benessere immateriale. Nel primo caso, l'attenzione si sposta dalla produzione al reddito e ai consumi del nucleo familiare, a un livello dunque più vicino alla persona. Nel secondo, si ricorda che il benessere dipende anche da attività che non danno luogo a scambi di mercato, come le prestazioni dirette tra soggetti. Prestazioni che si svolgono molto spesso nel tempo libero di cui infatti si sottolinea decisamente l'importanza, al punto che si rileva come molti paesi europei sorpasserebbero gli USA in termini di PIL pro capite, se il tempo libero fosse incluso nell'indice di benessere.

Le conclusioni di questo recente rapporto non fanno altro che confermare quello che molti cittadini già sanno senza bisogno di evidenze scientifiche, perché lo provano direttamente sulla

propria pelle. Caso esemplificativo di questo è la campagna elettorale nel 1994 negli Stati Uniti: L'economia andava a gonfie vele (per lo meno a vedere dagli indici standard), la produttività e il tasso di occupazione erano alti, l'inflazione era sotto controllo e il *World Economic Forum* in Svizzera aveva dichiarato che gli Stati Uniti avevano ripreso la leadership di economia più competitiva al mondo, ma gli elettori non erano contenti. Questo gap tra quello che gli economisti scelgono di misurare e quello che gli Americani sperimentavano divenne l'enigma ufficiale della campagna elettorale, "Paradosso del '94: Elettori tristi in un periodo favorevole" Titolava in prima pagina il *New York Times*, e sulla copertina di *Time Magazine* si poteva leggere: "Boom per chi?".

Gli indicatori economici sono il principale *feedback* che chiude il loop delle politiche nazionali. Definiscono i problemi, non solo economici, che la politica cerca di risolvere. Se gli indicatori di progresso economico sono obsoleti, allora saremo costretti a ricorrere continuamente a politiche che non possono avere successo perché non stanno affrontando il vero problema. Immaginiamo come sarebbe leggere sui giornali i valori di indicatori che permettessero di fare riflessioni del tipo la produzione nazionale è aumentata, ma i genitori lavorano per più ore e quindi hanno meno tempo per stare con i figli. Oppure, i consumi sono aumentati, ma la gran parte della differenza è attribuibile all'aumento delle spese mediche e per le riparazioni delle macerie lasciate dagli uragani e dalle inondazioni e così via. Report di questo tipo avrebbero un effetto radicale, romperebbero quella barriera di astrazione che l'economia, così come è descritta oggi dal PIL e i suoi proxy (tasso di crescita, espansione, recupero, etc.), ci mette con la realtà. Questo permetterebbe alla politica di confrontarsi con l'economia reale che i cittadini sperimentano e in definitiva di dar conto delle proprie azioni.

Le alternative possibili

Per questi motivi altri indicatori per misurare il progresso di una nazione sono allo studio da tempo⁵. Tra i numerosi indici di benessere o di crescita alternativi al PIL sono stati proposti: L'indicatore di progresso reale (*Genuine Progress Indicator GPI*)⁶, che cerca di misurare l'aumento della qualità della vita; l'Indice di Sviluppo Umano (*HDI Human Development Index*)⁷ utilizzato dall'Organizzazione delle Nazioni Unite a partire dal 1993 per valutare la qualità della vita nei paesi membri; l'Indice di benessere economico sostenibile (*ISEW Index of Sustainable Economic Welfare*); il *Subjective Well Being (SWB)*⁸, vale a dire la percezione che gli individui hanno della propria vita e del grado di soddisfazione che provano per essa.

Il SWB, ad esempio, in paesi come gli Stati Uniti o come il Giappone diminuisce o stenta a crescere nonostante il

reddito pro-capite tenda a crescere, costituendo per alcuni economisti un paradosso, il "paradosso della felicità" in quanto sono abituati a pensare al reddito come ad un buon indicatore di benessere.

Sia per convinzione sincera o per radicati interessi professionali, molti politici, economisti e l'opinione comune spesso affermano che una misura di progresso nazionale deve essere scientifica e priva di giudizi e che qualsiasi tentativo di misurare l'economia che veramente incide sulle persone comporterebbe troppi assunzioni e imputazioni, troppi giudizi di valore riguardo a cosa includere, quindi in definitiva meglio rimanere nella supposta terra ferma del PIL. In realtà il PIL è ben lontano dall'essere privo di valori. Lasciare i costi sociali, di salute o ambientali fuori dal calcolo economico non evita giudizi di valore. Al contrario, effettua un enorme giudizio di valore che cose come lo stato di salute, la disgregazione delle famiglie, la distruzione dell'ambiente, la perdita del tempo libero e la disoccupazione, contano per niente nel bilancio economico. La realtà è che il PIL già pone un valore arbitrario a questi fattori: un grande zero. Certamente non ci sarà mai la maniera di dare un esatto valore monetario alla nostra famiglia, comunità, oceani e spazi aperti. Ma questo non significa che non abbiano valore. Significa solo che non abbiamo un modo di valorizzarli nella forma comparabile ai prezzi di mercato. Visto questo la sfida è semplicemente di iniziare a dare valori che sono più ragionevoli di zero. Una approssimazione sarebbe meno distorta e perversa rispetto a come è il PIL adesso e produrrebbe un quadro dei progressi economici più accurato. Meglio essere approssimativamente nel giusto che precisamente in errore.

Bibliografia

- ¹ Wikipedia
- ² Van den Bergh JCJM. *The GDP paradox*. *Journal of Economic Psychology* 2009;30:117-35.
- ³ Wilkinson RG, Pickett KE. *The problems of relative deprivation: Why some societies do better than others*. *Social Science & Medicine* 2007;65:1965-78.
- ⁴ Stiglitz JE, Sen A, Fitoussi J-P. *Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress* Vol. 12 (Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress, 2009).
- ⁵ Costanza R, Giovannini E, Wilkinson R. *Development: time to leave GDP behind*. *NATURE* 2014;505: 283.
- ⁶ Talberth J, Cobb C, Slattery N. *The Genuine Progress Indicator 2006: a Tool for Sustainable Development* (Redefining Progress, 2007).
- ⁷ <http://hdr.undp.org/en/content/human-development-index-hdi>
- ⁸ Layard R. *Happiness: lessons from a new science*. Penguin 2005.

Malattie tropicali neglette

Lorenzo Zammarchi, Alessandro Bartoloni

Clinica Malattie Infettive, Dipartimento di Medicina sperimentale e clinica, Università di Firenze

Abstract

Le malattie tropicali neglette sono un gruppo di malattie infettive croniche che, sebbene diverse dal punto di vista nosologico, formano un gruppo unico in quanto tutte sono fortemente associate alla povertà, proliferano in ambienti con scarse risorse, specialmente in aree tropicali, tendono a coesistere e la maggior parte di esse sono malattie antiche che affliggono l'umanità da secoli. Esse potrebbero essere controllate, prevenute ed probabilmente eliminate utilizzando strategie efficaci, fattibili e con costi contenuti. Tuttavia sono state per lungo tempo trascurate nell'agenda politica mondiale.

La salute globale, discendendo dalla medicina tropicale, affonda parte delle sue radici nelle malattie tropicali neglette le quali, a loro volta, fanno parte a pieno titolo dell'area di interesse e di intervento della salute globale per diversi motivi. In primo luogo combattere le malattie tropicali neglette significa combattere la povertà, uno dei principali determinanti della salute delle popolazioni. La lotta alle malattie neglette, a causa dei nuovi scenari epidemiologici dovuti a migrazioni e viaggi internazionali, richiede una visione innovativa transnazionale e un approccio multidisciplinare sia alle problematiche comunitarie che del singolo paziente. Per questo motivo risulta fondamentale l'intervento di numerose figure professionali dagli ambiti più disparati quali quello veterinario, agronomico, ingegneristico, e umanistico.

Secondo il giornale *PLoS Neglected Tropical Diseases*, le malattie tropicali neglette (MTN) sono "un gruppo di malattie infettive croniche che promuovono la povertà, diffuse soprattutto in aree rurali e in aree urbane povere di Paesi a basso e medio reddito" ¹. Sempre secondo lo stesso giornale, tali malattie "promuovono la povertà a causa del loro impatto sulla salute e lo sviluppo infantile, sulla gravidanza, sulla produttività degli adulti in età lavorativa e a causa del loro carattere stigmatizzante" ¹. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) "le MTN, sebbene diverse dal punto di vista nosologico, formano un gruppo unico in quanto tutte sono fortemente associate alla povertà, proliferano in ambienti con scarse risorse, specialmente in aree tropicali, tendono a coesistere e la maggior parte di esse sono malattie antiche che affliggono l'umanità da secoli" ². L'OMS elenca alcune caratteristiche che accomunano tale malattie ²:

- rappresentano un indicatore di povertà delle popolazioni;
- colpiscono soprattutto popolazioni con basso livello di visibilità e con poco potere politico;
- tendono a non diffondersi geograficamente;
- causano stigma e discriminazione, soprattutto a discapito di ragazze e donne;
- hanno un importante impatto sulla morbosità e mortalità;
- sono trascurate dalla ricerca;
- possono essere controllate, prevenute e probabilmente eliminate utilizzando strategie efficaci, fattibili e con costi contenuti.

Malattie tropicali neglette, quali sono?

L'OMS attualmente include nella lista delle MTN 17 patologie dovute a micro- o macro- parassiti secondo la classificazione di Anderson e May ^{2,3}:

Malattie da microparassiti:

1. A eziologia virale: dengue e rabbia.
2. A eziologia batterica: tracoma, ulcera di Buruli, trepanematosi endemiche e lebbra.
3. A eziologia protozoaria: malattia di Chagas (MC), tripanosomiasi africana umana e leishmaniosi.

Malattie da macroparassiti (a eziologia elmintica): cisticercosi, dracunculiasi, echinococcosi, filariosi linfatica, parassitosi da trematodi trasmessi dagli alimenti, oncocercosi, schistosomiasi e geelmintiasi

A queste patologie l'OMS affianca alcune altre "condizioni neglette" (otite media cronica suppurativa, micetoma, *nodding syndrome*, podoconiosi, scabbia, morso di serpente, strongiloidiasi) ⁴, mentre secondo altre fonti, come la rivista *PLoS Neglected Tropical Diseases*, la lista delle MTN è ancora più estesa ¹.

L'origine dell'espressione "malattie tropicali neglette"

L'origine dell'espressione "malattie tropicali neglette" è relativamente recente.

Risale infatti ai primi anni 2000 la comparsa del termine "malattie neglette" nei titoli di alcuni lavori scientifici ad indicare alcune malattie infettive e tropicali scarsamente o per niente considerate dalla ricerca farmacologica a causa della mancanza di interessi da parte dell'industria farmaceutica.⁵ Poco più tardi, nel 2002, Medici senza frontiere organizzò una conferenza con lo scopo di sottolineare la necessità di sviluppare e distribuire nuovi farmaci per queste patologie stressando la necessità di creare delle *partnership* pubblico-privato per tale scopo ^{5,6}. L'anno successivo nascevano la *Drugs for Neglected Diseases initiative* ⁷ e la *Foundation for Innovative New Diagnostics*, quest'ultima grazie ad un rilevante impulso economico della *Bill & Melinda Gates Foundation* ^{5,8}. Il primo articolo a riportare per intero l'espressione "*Neglected Tropical Diseases*" nel titolo fu pubblicato su *PLoS Medicine* nel 2005 a firma di Molineux, Hotez e Fenwick ⁹. In questo, e in alcuni altri articoli usciti poco dopo, gli autori discutono riguardo la possibilità di implementare programmi di controllo per le MTN basati soprattutto sulla distribuzione su larga scala di farmaci e di come integrare questo tipo di intervento a fianco dei programmi di controllo per le così dette "*big three*", ovvero malaria, tubercolosi e HIV/AIDS, che godevano da tempo di maggiore attenzione sulla scena mondiale, essendo già state citate come target nel 2000 nei *Millennium Development Goal* (soltanto malaria e HIV/AIDS) e nel 2002 nel *Global Fund* ^{10,11}.

Nello stesso anno, l'OMS istituiva il "*Department for Con-*

trol of Neglected Tropical Diseases", mentre nel 2007 usciva il numero inaugurale di *PLoS Neglected Tropical Diseases*, un giornale on-line ad accesso libero dedicato al tema ¹².

Malattie tropicali neglette, impatto ed epidemiologia

Le MTN sono endemiche in 149 Paesi, dei quali almeno 100 sono endemiche per due malattie e 30 Paesi endemiche per sei o più patologie ².

Secondo alcuni autori se queste malattie vengono considerate collettivamente, il loro impatto in termini di *disability-adjusted life year* o DALY (pari a 56,6 milioni di DALY) può addirittura superare quello di malaria (46,5 milioni di DALY) e tubercolosi (34,7 milioni di DALY) ed avvicinarsi a quello dell'HIV (84,5 milioni di DALY) ¹³.

Per quanto riguarda la distribuzione geografica delle MTN, un recente editoriale di Hotez ha indicato dieci "regioni calde" dove queste malattie hanno un impatto predominante. Nelle Americhe ci sono tre zone in cui si concentrano tali patologie, ovvero Brasile e regione amazzonica, il Gran Chaco e mesoamerica e Texas. In queste regioni sono ampiamente diffuse dengue, MC (anche detta tripanosomiasi americana), cisticercosi, geelmintiasi e, in alcune aree della costa atlantica, schistosomiasi.

L'Africa sub-sahariana rappresenta la regione con la maggiore diffusione di MTN. All'interno dell'Africa, l'autore riconosce tre aree maggiormente colpite: la Nigeria, che è senz'altro la nazione con il maggior numero assoluto di casi, seguita dalla Repubblica democratica del Congo e dalle vicine nazioni dell'Africa centrale e dai Paesi del Sahel. In Asia e Oceania sono tre le aree ampiamente colpite dalla MTN, ovvero la Papua Nuova Guinea e l'Indonesia, l'India e il Sud-Asia e la Cina. Infine anche il Medio Oriente è considerato una "regione calda" per la discreta diffusione di molte patologie tra cui schistosomiasi, tracoma, leishmaniosi e geelmintiasi.

Cosa si sta facendo per contrastare le malattie tropicali neglette?

La lotta alle MTN vede impegnati un'ampia platea di partner che da tempo collaborano offrendo donazioni, finanziamenti, risorse, *expertise*, tempo ed energie per sviluppare, mettere in atto e ampliare strategie di intervento adeguate. Tra questi vi sono agenzie governative, fondazioni private e multinazionali farmaceutiche ¹⁴. L'attuale piano dell'OMS per il controllo delle MTN prevede l'utilizzo integrato di cinque diverse strategie ^{2,15}. La prima è la chemioterapia preventiva. Questa strategia prevede la distribuzione di farmaci su larga scala a

favore di popolazioni ad alto rischio. Tali farmaci hanno un'attività antimicrobica estremamente potente e un ottimo profilo di tollerabilità per cui possono essere somministrati senza che sia stata eseguita una diagnosi clinica. Il costo di tali farmaci è basso, alla luce delle ingenti donazioni fornite da alcune case farmaceutiche. Lo scopo di tale strategia è doppio: da un lato prevenire danni a lungo termine che queste malattie possono provocare se restano non trattate e dall'altro ridurre la trasmissione. I farmaci chiave per la chemioterapia preventiva sono albendazolo, mebendazolo, praziquantel, ivermectina, dietilcarbamazina e azitromicina. Le malattie bersaglio di tale strategia sono filariosi, oncocercosi, geelmintiasi, schistosomiasi e tracoma.

La seconda strategia è la diagnosi e il trattamento intensivo dei casi. Tale strategia mira alla diagnosi precoce nei singoli individui malati con lo scopo di prevenire o trattare eventuali complicanze. Questo intervento è particolarmente utile per quelle patologie per cui non può essere utilizzata una terapia preventiva dato che i farmaci disponibili hanno una tossicità non trascurabile. Tra le patologie oggetto di questo intervento ci sono MC, tripanosomiasi africana umana, leishmaniosi, lebbra e treponematosi endemiche.

La terza strategia è rappresentata dal controllo vettoriale. Infatti diverse MTN, tra cui dengue, MC, tripanosomiasi africana umana, filariosi linfatica e oncocercosi, vengono trasmesse da insetti vettori, mentre elmintiasi come schistosomiasi, dracunculiasi e treponematosi alimentari necessitano di molluschi o crostacei che funzionano da ospiti intermedi per completare il loro ciclo vitale. Tale strategia, che include anche un oculato impiego di pesticidi, deve essere integrata con competenze che esulano dall'ambito strettamente sanitario, richiedendo la collaborazione dei settori agricolo e ingegneristico.

La quarta strategia è costituita dal miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie. Questo tipo di intervento è forse il più importante ed è sinergico con quelli precedentemente elencati. In assenza di un corretto approvvigionamento idrico e smaltimento dei liquami, la chemioterapia preventiva, estremamente efficace nei confronti delle geelmintiasi, rischia di diventare inutile in quanto i soggetti tendono a reinfettarsi rapidamente essendo esposti a un ambiente contaminato.

La quinta e ultima strategia è costituita da azioni di salute pubblica veterinaria. Molte delle MTN, tra cui cisticercosi/teniasi, echinococcosi, tripanosomiasi africana umana, MC, rabbia, leishmaniosi, trematodosi alimentari, hanno una componente zoonotica, ovvero possono esse-

re trasmesse all'uomo da animali vertebrati (direttamente o indirettamente tramite un vettore). Inoltre tali patologie, influenzando la salute del bestiame da allevamento, possono condizionare il benessere di comunità la cui economia dipende fortemente da esso.

Occorre anche rimarcare l'importanza della ricerca scientifica, notoriamente carente se non del tutto assente in questo contesto, quale strumento essenziale per ottenere dati epidemiologici, fondamentali per pianificare e monitorare interventi specifici, nonché per sviluppare nuovi strumenti diagnostici, preventivi (ad esempio vaccini) e terapeutici.

Malattie tropicali neglette e salute globale

Secondo gli autori che per primi hanno tentato di darne una definizione, la salute globale "deriva dalla salute pubblica e dalla salute internazionale che a sua volta deriva dall'igiene e dalla medicina tropicale"¹⁶. Gli stessi autori definiscono la salute globale come "un'area di studio, ricerca e pratica che pone come priorità il miglioramento della salute e il raggiungimento dell'equità in salute per tutti in tutto il mondo. La salute globale enfatizza questioni di salute transnazionale, i loro determinanti e le possibili soluzioni; coinvolge numerose discipline all'interno e al di là delle scienze biomediche promuovendo la collaborazione interdisciplinare; è una sintesi tra prevenzione a livello di popolazione e cura del singolo individuo"¹⁶.

La salute globale, discendendo dalla medicina tropicale, affonda quindi parte delle sue radici nelle MTN le quali a loro volta, fanno parte a pieno titolo dell'area di interesse e di intervento della salute globale per una serie di motivi. In primo luogo la lotta alle MTN contribuisce in parte a ridurre le disparità in salute tra le popolazioni che ne sono afflitte e quelle che non ne sono colpite e a mitigare la povertà nelle regioni dove esse sono diffuse, che rappresenta il più distale, ma forse più importante determinante della salute.

Le MTN, sebbene abbiano tra le loro classiche caratteristiche quella di tendere a non diffondersi geograficamente, in realtà a causa dei fenomeni migratori e dei viaggi internazionali, stanno assumendo giorno dopo giorno un ruolo sempre più di primo piano anche nei Paesi così detti non endemici rappresentando quindi una "questione di salute transnazionale"¹⁷.

I Governi e gli operatori sanitari dei Paesi non endemici sono spesso scarsamente consapevoli e poco preparati nei confronti di tali patologie per cui sono frequenti i casi di mancata o errata diagnosi e di gestione subottimale¹⁸. In alcuni casi si possono avere limitati, ma preoccupanti,

casi di trasmissione autoctona all'interno di un Paese non endemico come verificatosi ad esempio per MC, dengue, schistosomiasi e cisticercosi^{19,22}.

In armonia con i principi stessi della salute globale, la gestione delle MTN richiede un approccio multidisciplinare che, per quanto riguarda le strategie di controllo a livello di comunità, possono riguardare, oltre la medicina, scienze come l'entomologia, la veterinaria, l'agricoltura e l'ingegneria, mentre per quanto riguarda la gestione clinica esse investono varie branche di specializzazioni sia mediche che chirurgiche nonché scienze più prettamente umanistiche come l'antropologia e la sociologia.

Infine, sempre in linea con i principi della salute globale, gli interventi per il controllo delle MTN come la chemioterapia preventiva o la diagnosi e trattamento intensivo dei casi, favoriscono sia l'individuo, nel quale viene ridotto il rischio di sviluppare la malattia grazie ai farmaci, ma anche la comunità in quanto essa trae giovamento dalla cura dell'infezione dei soggetti malati poiché viene ridotto il reservoir dell'infezione.

Bibliografia

- 1 PLoS Neglected Tropical Diseases. *PLOS Neglected Tropical Diseases Journal Scope*. Available at <http://www.plosntds.org/static/scope.action>. Accessed August 3, 2014, 2014.
- 2 World Health Organization. *Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases*. First WHO report on neglected tropical diseases, 2010.
- 3 Anderson R, May R. *Infectious diseases of humans: dynamics and control*. Oxford: Oxford University Press 1991.
- 4 World Health Organization. The 17 neglected tropical diseases. consultato il 13/08/2014; http://www.who.int/neglected_diseases/diseases/en/.
- 5 Utzinger J, Becker SL, Knopp S, et al. *Neglected tropical diseases: diagnosis, clinical management, treatment and control*. Swiss medical weekly 2012;142:13727.
- 6 Nelson K. *Stimulating research in the most neglected diseases*. Lancet 2002;359:1042.
- 7 Trouiller P, Olliaro P, Torreele E, et al. *Drug development for neglected diseases: a deficient market and a public-health policy failure*. Lancet 2002;359:2188-194.
- 8 Steverding D. *A new initiative for the development of new diagnostic tests for human African trypanosomiasis*. Kinetoplastid biology and disease 2006;5:1.

⁹ Molyneux DH, Hotez PJ, Fenwick A. "Rapid-impact interventions": how a policy of integrated control for Africa's neglected tropical diseases could benefit the poor. *PLoS medicine* 2005;2:336.

¹⁰ United Nations - The General Assembly. "United Nations Millennium Declaration". 8 settembre 2000. <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf>. Accessed 13 agosto 2014.

¹¹ Our History - The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Accessed 13 agosto 2014. <http://www.theglobalfund.org/en/about/history/>.

¹² Hotez P. *A new voice for the poor*. *PLoS neglected tropical diseases* 2007;1:77.

¹³ Hotez PJ, Molyneux DH, Fenwick A, et al. *Incorporating a rapid-impact package for neglected tropical diseases with programs for HIV/AIDS, tuberculosis, and malaria*. *PLoS medicine* 2006;3:102.

¹⁴ World Health Organization. *Sustaining the drive to overcome the global impact of neglected tropical diseases*. Second WHO report on neglected tropical diseases, 2013.

¹⁵ World Health Organization. *Accelerating work to overcome the global impact of neglected tropical diseases. A road map for implementation*. 2012.

¹⁶ Koplan JP, Bond TC, Merson MH, et al. *Towards a common definition of global health*. *Lancet* 2009;373:1993-5.

¹⁷ Norman FF, Perez de Ayala A, Perez-Molina JA, et al. *Neglected tropical diseases outside the tropics*. *PLoS neglected tropical diseases*. 2010;4:762.

¹⁸ Zammarchi L, Strohmeyer M, Bartalesi F, et al. *Epidemiology and management of cysticercosis and Taenia solium taeniasis in Europe, systematic review 1990-2011*. *PLoS one* 2013;8:69537.

¹⁹ Benjamin RJ, Stramer SL, Leiby DA, et al. *Trypanosoma cruzi infection in North America and Spain: evidence in support of transfusion transmission*. *Transfusion* 2012;52:1913-21.

²⁰ Tomasello D, Schlagenhauf P. *Chikungunya and dengue autochthonous cases in Europe, 2007-2012*. *Travel medicine and infectious disease* 2013;11:274-84.

²¹ Holtfreter MC, Mone H, Muller-Stover I, et al. *Schistosoma haematobium infections acquired in Corsica, France, August 2013*. *Euro surveillance: bulletin Européen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin* 2014;19:22.

²² Schantz PM, Moore AC, Munoz JL, et al. *Neurocysticercosis in an Orthodox Jewish community in New York City*. *N Eng J Med* 1992;327:692-5.

Il Codice deontologico dei medici

Promozione della salute, ambiente e salute globale

Maurizio Benato

Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri

Abstract

I diritti umani sono sempre di più percepiti come un linguaggio di comunicazione universale anche in culture che non sono pluraliste, al punto da acquisire sempre di più un consenso generale in grado perfino di muovere gli eserciti per la loro affermazione.

L'unica forma di etica universalmente condivisa e da consolidare nel prossimo futuro è "l'etica dei diritti" che richiede la definizione di criteri di priorità nell'interpretazione e applicazione pratica perché è ormai unanimemente condiviso il concetto che gli uomini siano detentori di diritti.

Il diritto alla tutela della salute si ascrive ai diritti sociali e la strutturale dipendenza di questi ultimi dall'iniziativa politica rappresenta il primo segno di "debolezza" rispetto ai diritti civili come la libertà e l'uguaglianza che esprimono esigenze inviolabili.

Ci chiediamo quale è la competenza della professione medica nell'obiettivo salute; una questione che ci introduce nella definizione del concetto di salute attorno cui ruota anche il paradigma giuridico di responsabilità del medico.

Pensiamo che manchi una reale trasformazione del pensiero medico perché il binomio malattia-salute dovrebbe divenire un "significante" che rinvia al rapporto tra individuo e ordine sociale e rispondere a interrogativi sulla persona, sulla sua posizione e sul suo ambiente sociale, aspetti che oltrepassano la diagnosi medica e la menomazione corporea.

La professione si è interrogata sulle strategie professionali da adottare dal momento che gli ambienti sono considerati fattori di differenza culturale, economica e politica e ha elaborato quelle che dovrebbero essere le principali caratteristiche di una medicina sostenibile anche al fine di non perpetuare i noti programmi di interventi tradizionalmente focalizzati sull'individuo.

Il secolo che si è concluso da più di un decennio, ci ha lasciato in eredità diverse questioni aperte e ancora non risolte, temi protesi a migliorare la condizione del genere umano; vere e proprie sfide che Eric J. Hobsbawm nel suo libro *Il Secolo breve* definisce talmente profonde e complesse da rendere ragione della nostra impotenza nell'affrontarle anche perché "tutti i programmi attuati vecchi e nuovi sono falliti".

Penso che queste sfide, se non altro per un puro progetto di idealità, debbano essere raccolte anche se lo storico Hobsbawm appare dubbioso quando asserisce che oggi ci muoviamo "in un disordine mondiale di natura poco chiara senza che ci sia un meccanismo ovvio per porvi fine o per tenerlo sotto controllo".

Come rimanere impassibili di fronte all'esaltante prospettiva della "mondialità!"; mondialità che non segnala certamente un problema concreto, ma definisce la cornice in cui si muovono e agiscono tanti fenomeni ben visibili, la cui portata è davvero mondiale.

Diritti umani, globalizzazione, multiculturalismo sono i tanti aspetti su cui si ripongono le attese dell'umanità e si riflettono le coscienze degli uomini responsabili quali agenti morali.

Prendendo quale esempio i diritti umani, questi sono sempre di più percepiti come un linguaggio di comunicazione universale anche in culture che non sono pluraliste, al punto da acquisire sempre di più un consenso universale in grado perfino di muovere gli eserciti per la loro affermazione.

Basti pensare al cosiddetto "dovere d'ingerenza umanitaria" considerato come dovere di uno Stato o di un gruppo di Stati di intervenire in territorio altrui senza il consenso dello Stato territoriale, allo scopo di porre fine ad una grave violazione dei diritti umani, giuridicamente sancito nell'art. 30 della Dichiarazione universale dei diritti dei popoli del 1948 che recita "il ristabilimento dei diritti fondamentali di un popolo, quando essi sono gravemente violati, è un dovere che si impone a tutti i membri della comunità internazionale".

Sembra proprio che l'unica forma di etica universalmente condivisa e da consolidare nel prossimo futuro sia "l'etica dei diritti" che richiede la definizione di criteri di priorità nell'interpretazione e applicazione pratica perché è ormai unanimemente condiviso il concetto che gli uomini siano detentori di diritti.

Questo è il pensiero logico che ha mosso i medici nell'affermare i principi della promozione della salute, della valorizzazione degli ambienti di vita per tutela della salute globale nella stesura del nuovo Codice di deontologia medica.

Art. 5

Promozione della salute, ambiente e salute globale

Il medico, nel considerare l'ambiente di vita e di lavoro e i livelli di istruzione e di equità sociale quali determinanti fondamentali della salute individuale e collettiva, collabora all'attuazione di idonee politiche educative, di prevenzione e di contrasto alle disuguaglianze alla salute e promuove l'adozione di stili di vita salubri, informando sui principali fattori di rischio.

Il medico, sulla base delle conoscenze disponibili, si adopera per una pertinente comunicazione sull'esposizione e sulla vulnerabilità a fattori di rischio ambientale e favorisce un utilizzo appropriato delle risorse naturali, per un ecosistema equilibrato e vivibile anche dalle future generazioni.

Il diritto alla tutela della salute si ascrive ai diritti sociali. È bene ricordare che, mentre nei diritti civili prevale l'obbligo dello Stato di astenersi dall'adottare condotte lesive di tali diritti, ad esempio limitare la libertà individuale di stampa di opinione ecc., per i diritti sociali prevale invece l'obbligo positivo ovvero quello di attivarsi per l'attuazione.

Ciò spiega la strutturale dipendenza di questi ultimi dall'iniziativa politica ed è il primo segno di "debolezza" rispetto ai diritti civili come la libertà, l'uguaglianza che esprimono esigenze inviolabili.

Il diritto alla salute implica che lo Stato si attivi per la messa a punto di un sistema sanitario, che ne renda possibile l'accesso generalizzato.

Dobbiamo chiederci allora: qual è la competenza della professione medica nell'obiettivo salute; una questione che ci introduce nella definizione del concetto di salute attorno cui ruota anche il paradigma giuridico di responsabilità del medico.

Il concetto di salute si fa carico di due istanze storicamente preponderanti, quella medica di oggettività scientifica e quella pubblica, di salvaguardia e promozione del benessere dei cittadini. Non si possono poi tralasciare le istanze private intimamente legate all'empowerment del paziente.

Il nostro Codice nel 1995 aveva adottato un'esplicita definizione di salute ("La salute intesa nell'accezione biologica più ampia del termine come condizione, cioè, di benessere fisico e psichico della persona").

Questa formulazione si rifaceva alla definizione dell'OMS, una consonanza che si riscontra più forte e presente nei Codici di deontologia del 1998 e del 2006 dove una ulteriore modifica permetteva di superare il concetto di salute intimamente collegato alla sola situazione biologica e bio-medica della persona con l'eliminazione del termine "biologico" ("La salute è intesa nell'accezione più ampia del termine come condizione - cioè, di benessere fisico e psichico della persona").

L'affermazione presente nel Codice del 2006 trovava un puntuale corollario nella stesura dell'articolo 5 del Codice relativo all'ambiente ecologico inteso quale ambiente che promuove la salute e con il "dovere" per il medico di intervenire in maniera tradizionale focalizzando gli interventi sull'individuo nel suo ambiente ecologico.

Oggi invece, la nuova stesura dell'art. 5 fa esplicito riferimento agli ambienti globalmente intesi con le loro note influenze di fattori di differenza culturale, economica e politica; è questo è sicuramente un grande passo in avanti.

Avremmo voluto essere più espliciti, anche perché il Codice nell'obiettivo di individuare le cause psicosociali delle malattie contrappone formulazioni che accettano di fatto la centralità del modello biomedico nella spiegazione della salute e della malattia fisica e in quello di proporre una integrazione dell'individuo con il suo ambiente ecologico e sociale, accetta un sostanziale dualismo mente-corpo con l'obiettivo di valorizzare gli outcomes biomedici e si limita a una formulazione retorica psico-sociale.

In definitiva manca una reale trasformazione del pensiero medico.

Il binomio malattia-salute, quale componente centrale del nostro discorso, dovrebbe invece divenire un "significante" che rinvia al rapporto tra individuo e ordine sociale, a interrogativi sulla persona, alla sua posizione e al suo ambiente sociale, aspetti che oltrepassano la diagnosi medica e la menomazione corporea.

Da anni nonostante il valore sociale della salute sia aumentato, la malattia, quale costrutto, viene concepita in un rapporto esclusivo con la medicina, richiedendo grande sofisticazione di apparati istituzionali di intervento e di cura per la sua soluzione.

Dovremmo invece, e lo dico come medico, diventare promotori e costruttori di valori in grado di facilitare il cambiamento.

Dovremmo spostare l'attenzione dal modello di difetto della malattia ai potenziali di salute correlati con gli ambienti sociali e istituzionali della vita di tutti i giorni, superando il modello biomedico riduzionistico che relega la malattia a fattore unico, che concettualizza la mente e il corpo come entità separate, enfatizza i temi della malattia rispetto a quelli della salute.

È un cambio di paradigma che ritengo ineludibile ma che richiede i necessari tempi di riflessione in grado di bilanciare l'eterogeneità e le differenze presenti nella discussione tutta interna alla comunità medica, con una centratura sulla costruzione di una comprensione condivisa del concetto di approccio agli ambienti.

Approccio che deve avere tre caratteristiche chiave: il modello ecologico di salute, la prospettiva dei sistemi e la focalizzazione sullo sviluppo e il cambiamento dell'organizzazione dell'intero sistema.

Questi piani di riflessione ci permetterebbero di assumere l'obiettivo della tutela della salute quale finalità globale con più concretezza perché è un bene per il quale operare, o meglio cooperare, con l'impegno e il contributo di tutti e ad ogni livello, siano essi di competenze, di mezzi, di tecnologia, di studio, di responsabilità, di stanziamento di risorse, in modo esplicito e programmato.

La salute è anche un bene indivisibile perché, non dimentichiamolo, gli uomini hanno un destino comune biologico, mi riferisco alla globalizzazione delle patologie, che si è completata storicamente con la scoperta delle Americhe per cui da quell'epoca in poi si è assistito alla diffusione di quadri morbosi da far risalire alla stessa etiologia e al fatto che la tutela della salute globale è ormai riconosciuta quale diritto sociale che non ha confini come recitano le carte dell'O.N.U. e degli organismi internazionali. (Carta di Ottawa OMS 1986 catalizzatore del movimento per gli ambienti che promuovono la salute, Dichiarazione di

Giacarta che approccia l'ambiente nel contesto nell'investimento per la salute OMS, 1997 ecc. ecc..)

Sul piano strettamente etico la tutela della salute globale non solo permette il mantenimento delle capacità vitali dei singoli, ma crea anche le condizioni essenziali per vivere liberi ovvero per l'affermazione dei diritti fondamentali dei singoli individui.

La libertà è di fatto menomata quando predomina la malattia e quando questa si presenta gravosa costituisce un circolo vizioso inarrestabile che la professione medica, nata per favorire ogni vita umana, non può ignorare.

Superato l'aspetto concettuale quale traguardo professionale mirato agli ambienti nel promuovere la salute e con la necessità di un approccio politico professionale integrato e l'impegno a lavorare attraverso gli ambienti, la professione dovrebbe interrogarsi su come definire le strategie professionali da adottare dal momento che gli ambienti sono considerati fattori di differenza culturale, economica e politica, anche al fine di non perpetuare i noti programmi di interventi tradizionalmente focalizzati sull'individuo.

La professione da tempo ha elaborato quelle che dovrebbero essere le principali caratteristiche di una medicina sostenibile pervenendo alle seguenti conclusioni:

- la necessità che si assicuri in primo luogo ai membri di una società un livello di assistenza medica e di sanità pubblica sufficiente a garantire loro buone probabilità di completare il ciclo di vita e di funzioni a un livello dignitoso di competenza fisica e mentale;
- la possibilità che la medicina possa essere equamente distribuita senza sforzi eccessivi: essere cioè economicamente alla portata della società.

Sono nuovi portati culturali che ci inducono a perseguire scopi sanitari finiti e stabili, ad avere aspirazioni limitate di progresso e innovazione tecnologica per una visione pubblica da far valere sulle istanze del singolo.

È proprio in quest'ottica, nella sua elaborazione pratica, che sono in discussione alcune importanti proposte nel campo della sanità, quali:

- divulgazione del concetto di medicina sociale che si ottiene allargando il principio di salute da una prospettiva individuale ad una collettiva;
- attenuazione del fenomeno legato al perfezionismo medico;
- miglioramento delle condizioni socio-economiche di una collettività;
- accettazione dell'aspettativa media di vita dei Paesi sviluppati.

Si tratta, come si può arguire, di far entrare a pieno

titolo nel patrimonio della medicina, un'integrazione delle diverse categorie che storicamente hanno contribuito a definire gli ambiti della stessa per farne un terreno di azione: la categoria filosofica dell'unità del corpo e della sua psiche, la categoria di ambiente e la categoria politica di salute pubblica per superare il concetto individualistico della cura *ad personam* per rivolgersi invece ad una difesa della salute applicata *ad societatem*.

È con questi strumenti che la medicina affronta la globalizzazione sul piano delle dimensioni e della complessità

dei principali problemi che affliggono oggi la qualità di vita e il benessere umano nel suo ambiente.

Pensiamo che la globalizzazione – nel suo aspetto sanitario – costituisca un'opportunità, basata sulla forza morale del diritto alla salute, per poter garantire a tutti equità nelle cure.

Contrastare le forze che oggi minacciano l'uomo nella sua dignità e nell'ambiente in cui vive diventa dovere morale della comunità medica alla pari di tutti coloro che hanno il compito di produrre cultura, formazione e ricerca.

La rete della cooperazione sanitaria internazionale della Regione Toscana

Il lavoro in sinergia

Nicole Mascia

Centro di salute globale, Regione Toscana/AOU Mayer

Abstract

La definizione di "sinergia" è la seguente: azione combinata di due o più elementi, che risulta di efficacia potenziata rispetto a una loro semplice sommatoria. Ne consegue che una sinergia è un'azione simultanea di due fenomeni, forze, entità o altro, che ne potenzia i singoli effetti¹.

La forza del sistema toscano di cooperazione sanitaria internazionale sta proprio qui, nell'aver compreso che la collaborazione porta sempre buoni frutti se si condivide lo stesso obiettivo.

La rete della cooperazione sanitaria internazionale (d'ora in avanti CSI) della Regione Toscana è costituita dai referenti delle Aziende sanitarie locali e Aziende ospedaliero-universitarie toscane, dalle ONG, Associazioni e Onlus che si occupano di questa tematica, dai tre poli universitari toscani e dagli Enti locali che implementano iniziative in quest'ambito.

Coloro che si impegnano attivamente nella definizione della strategia di cooperazione sanitaria internazionale, partecipando a periodici incontri finalizzati ad individuare le priorità tematiche e geografiche per l'implementazione dei progetti, sono i referenti aziendali, insieme allo staff del Centro regionale di Salute globale.

Il termine "rete" è ormai utilizzato nelle circostanze più varie, in particolare quando si parla di partenariati globali che si sviluppano attraverso canali multimediali e dove manca la componente del confronto "umano" e personale. A questo proposito la rete della cooperazione sanitaria internazionale della Regione Toscana si distingue per l'approccio partecipativo che sta alla base del lavoro in team.

La rete dei referenti CSI si incontra circa quattro volte l'anno, nei momenti particolarmente strategici per la definizione della programmazione delle attività e in concomitanza con la decisione della Giunta regionale riguardante la ripartizione delle risorse economiche. Il ruolo della rete è anche quello di portare al tavolo le istanze raccolte sul proprio territorio, proponendo nuove iniziative e discutendo sui risultati di quelle passate.



Esistono tre tipologie di progetti di cooperazione sanitaria che la Regione Toscana supporta:

- progetti semplici, definiti dal Piano integrato delle attività internazionali 2012-2015 (PIAI), progetti annuali e con budget medio-basso implementati dal sistema CSI toscano, ovvero dalle ONG, Associazioni, Onlus, Enti locali;
- progetti strutturanti, anch'essi definiti dal PIAI, progetti biennali e con risorse più sostanziose, che prevedono un ampio partenariato e riguardano ambiti tematici e geografici particolarmente strategici per la nostra Regione, in raccordo con le politiche del Ministero degli Affari esteri, dell'Unione Europea, delle Nazioni Unite;
- progetti di iniziativa regionale (PIR), implementati dalle Aziende sanitarie toscane, in continuità da vari anni e frutto di percorsi di concertazione della rete dei referenti.

Negli ultimi anni si è deciso di diminuire il numero dei progetti di iniziativa regionale, creando dei Progetti-Paese dove varie Aziende sanitarie, anche di differenti Aree vaste, lavorano insieme in sinergia e in collaborazione con i partner coinvolti nelle progettualità, sia in Toscana che in loco. Il risultato che si cerca di ottenere è un'ottimizzazione delle risorse e un superamento delle microprogettualità, poiché la storica esperienza di cooperazione della nostra Regione insegna che i risultati dei progetti iniziano ad essere visibili dopo un periodo di tempo medio-lungo di attività su un territorio, e, in un momento storico in cui le risorse sono sempre più carenti, il lavoro in sinergia è l'unica possibilità per mantenere in piedi le varie progettualità. È per questo motivo che uno dei

principali obiettivi del Centro di salute globale è creare uno spazio di conoscenza e condivisione delle svariate iniziative di cooperazione sanitaria internazionale implementate dal tessuto pubblico e privato *no profit* toscano. Un altro obiettivo del Centro e della rete dei referenti è la disseminazione e diffusione delle iniziative che la nostra Regione implementa in ambito di CSI, al fine di coinvolgere professionisti e sensibilizzare i cittadini sull'importanza di questa tipologia di attività, che ha comunque una ricaduta rilevante sul Sistema sanitario toscano, poiché è impossibile parlare di salute non considerando gli effetti della globalizzazione su questa.

Nei seguenti capitoli si analizzeranno tre progetti implementati da tre differenti ASL toscane, ciascuna appartenente a una diversa Area vasta e un progetto semplice attuato da un ente locale in collaborazione con una ONG. Si tratta di esperienze diverse sia per collocazione geografica che per ambito tematico, ma ognuna di queste offre un quadro di quali sono i punti di forza del sistema CSI: progetti in continuità da vari anni, integrazione tra diverse Aziende sanitarie, coinvolgimento degli operatori sanitari e confronto continuo con i partner locali e con l'ente finanziatore, la Regione Toscana.

I quattro progetti, Libano, Nicaragua, Senegal e Colombia sono frutto di un lungo lavoro di definizione delle priorità del Paese in ambito salute e di ottimizzazione delle risorse, al fine di superare le difficoltà economiche del periodo e continuare un lavoro importante che non può e non deve essere interrotto.

"L'educazione dovrebbe inculcare l'idea che l'umanità è una sola famiglia con interessi comuni. Che di conseguenza la collaborazione è più importante della competizione"¹.

¹ <http://it.wiktionary.org/wiki/sinergia>

¹ "Russell dice la sua" di Russell Bertrand (1968)

Progetti gestiti dalle Aziende sanitarie toscane:		
Titolo progetto	Ente proponente	Area geografica
Area vasta centro		
Azioni a supporto della partecipazione del sistema toscano di CSI a programmi europei e multilivello	Centro di salute globale Regione Toscana-AOU Meyer	Regione Toscana. Aree geografiche strategiche
Supporto e assistenza tecnica all'implementazione del Sistema unico de Salud dello Stato plurinazionale di Bolivia: progetto pilota nella regione del Chaco	AOU Careggi	America Latina
Dal Tucul alla sala parto: promozione della salute materno-infantile in Etiopia	AOU Meyer	Africa sub sahariana
Supporto al sistema sociosanitario del Governatorato di Kasserine-Tunisia	AOU Meyer	Mediterraneo e Medio Oriente
Gemellaggio Careggi Thies: Progetto per la ristrutturazione della farmacia dell'Ospedale regionale di Thies-Senegal	AOU Careggi	Africa sub sahariana
Cittadini del mondo-Passaggio in India	ASL 4 Prato	Asia
Area vasta nord-ovest		
Rafforzamento dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali senegalesi nel settore materno-infantile	ASL 6 Livorno	Africa sub sahariana
"Salute, cura e assistenza". Sostegno ai servizi sanitari di Mont' Ngafula, Lukulela e Muhanga (Repubblica democratica del Congo)	ASL 5 Pisa	Africa sub sahariana
La Toscana contro la cecità in Africa – Burkina Faso – 2.0 Lotta alla cecità prevenibile ed evitabile	ASL 2 Lucca	Africa sub sahariana
Cooperazione sanitaria toscana in Palestina in ambito pediatrico - 2° annualità	ASL 12 Viareggio	Mediterraneo e Medio Oriente
La ricerca sanitaria come supporto alla crescita del sistema sanitario del Paese Nicaragua	ASL 6 Livorno	America Latina
Attività sanitarie integrate di formazione al personale e rafforzamento delle strutture in Albania e Kosovo	AOU Pisa	Europa
Sostegno al Sistema sanitario armeno per il trattamento chirurgico delle patologie cardiovascolari	AOU Pisa	Mediterraneo e Medio Oriente
Area vasta sud-est		
Assicurare l'accesso al parto assistito attraverso un efficace e rafforzato rapporto pubblico e privato: un intervento nell'ospedale di Aber e nel distretto di Oyam. Programma Paese Uganda. 2° anno	AOU Senese	Africa sub sahariana
Programma Paese Kenya 2012-2015 Promozione alla salute materno-neonatale-infantile	AOU Senese	Africa sub sahariana
Costruzione di un percorso diagnostico e terapeutico delle patologie tiroidee negli Ospedali dell'Africa rurale - Uganda	ASL 8 Arezzo	Africa sub sahariana
Sostegno alle municipalità libanesi in tema di promozione della salute e gestione delle cure primarie	ASL 8 Arezzo	Mediterraneo e Medio Oriente

Progetti gestiti da altri soggetti		
Titolo progetto	Ente proponente	Area geografica
Assistenza e formazione per la salute della donna e del bambino in Cisgiordania	Comune di San Casciano Val di Pesa	Mediterraneo e Medio Oriente
Miglioramento dei servizi di <i>primary health care</i> e della salute della donna nel Bajo Atrato, Colombia	Comune di Cascina	America Latina
Verso gli obiettivi del millennio: un sostegno alla salute materno infantile, Ciad	Comune di Tavarnelle Val di Pesa	Africa sub sahariana
Sostegno al Sistema unico de Salud nella Regione del chaco Boliviano	Amici Del Popolo Guarani	America Latina
Miglioramento della salute materno-infantile nei Distretti di Isinya e Kajiado Nord	World Friends Onlus	Africa sub sahariana
Ponte di Mezzo – Cure sanitarie decentrate, integrate e multidisciplinari per disabili di Habron e Bethlehem, Palestina	Società della salute di Pisa	Mediterraneo e Medio Oriente
Gravidanza sicura a Meckhe	Cielo D'Africa ONLUS	Africa sub sahariana
Promuovere la tutela della salute materno-infantile in Repubblica democratica del Congo	Oxfam Italia	Africa sub sahariana
Integrazione della prevenzione della trasmissione verticale dell'HIV/AIDS nei servizi di salute materno-riproduttiva	Centro mondialità sviluppo reciproco - CMSR	Africa sub sahariana
Il sistema di finanziamento del servizio sanitario albanese: progettazione del sistema e sviluppo delle competenze manageriali	Università di Firenze - Centro universitario di studi in amministrazione sanitaria (CUSAS)	Europa

L'esperienza toscana in Senegal

La Cooperazione sanitaria in rete

Sonia Baccetti¹, Barbara Cucca¹, Andrea Grillo²,
Marcella Filieri³, Cinzia Frongia¹, Antonella Gesualdi⁴,
Mario Macchia⁴, Annalisa Mannocci¹, Giuseppe Neri⁵,
Rossella Peruzzi⁶

¹ Azienda USL 10 di Firenze,

² Azienda USL 6 di Livorno

³ Azienda USL 5 di Pisa

⁴ Azienda ospedaliero-universitaria di Careggi

⁵ Azienda USL 11 di Empoli

⁶ Azienda USL 3 di Pistoia

Abstract

L'impegno della Regione Toscana in Senegal si è tradotto in molteplici iniziative che hanno coinvolto negli anni diversi Enti Locali, Aziende Sanitarie e Associazioni Toscane, ma soprattutto un ingente numero di professionisti che hanno contribuito a rafforzare il Sistema Sanitario Senegalese attraverso le proprie competenze e la propria professionalità. Con il passare degli anni e il consolidarsi dei rapporti di collaborazione tra Toscana e Senegal, le varie progettualità si sono sempre più integrate con il risultato di una vera e propria rete di diversi soggetti che collaborano e uniscono le forze al fine di contribuire al miglioramento delle condizioni di salute della popolazione senegalese.

Il 12 dicembre del 2001 nasce l'amicizia fra il popolo senegalese e quello toscano. In questa data infatti il Presidente della Repubblica del Senegal, il Presidente della Regione Toscana e i Presidenti delle Province toscane firmano un accordo di cooperazione che prevede, fra l'altro, attività volte alla prevenzione della mortalità materna e infantile con il coordinamento della Provincia di Firenze, in partenariato con la Regione di Dakar e la Regione di Thiès. In questa fase iniziale tutte le Aziende sanitarie toscane, oltre all'Associazione dei senegalesi della Toscana parteciparono attivamente al Progetto, che è stato caratterizzato da molteplici azioni, come: la realizzazione di un corso di formazione in Italia di 15 operatori sanitari (infermieri, ostetriche e medici); la formazione di base a livello locale; la realizzazione di piccole infrastrutture ospedaliere e le donazioni di materiali, apparecchiature e mezzi di trasporto. Questa prima fase si è conclusa nel dicembre 2006. Negli anni successivi, differenti impegni hanno portato le Azien-

de sanitarie toscane a impegnarsi in aree separate. Infatti, l'ASL di Firenze insieme alle ASL dell'Area vasta centro, all'Azienda ospedaliero universitaria di Careggi e alla Provincia di Firenze, si sono concentrate a Thiès (nell'Ospedale regionale). Mentre l'ASL di Livorno ha portato avanti le attività nella Comunità rurale di Touba, nella Regione di Dakar (Thiaroye sur Mer) e in Casamance. Infine, l'ASL di Pisa si è focalizzata nella Regione di Louga. A partire dal 2012 si è riconsolidata però la collaborazione fra le Aziende sanitarie toscane, soprattutto quelle dell'Area vasta centro e nord ovest, impegnate in varie zone del Senegal. I motivi principali di questa scelta sono la sostanziale omogeneità dell'organizzazione sanitaria territoriale senegalese, la gravità delle carenze strutturali, strumentali e formative dei punti nascita e la scelta di tutti di operare nell'ambito della prevenzione della mortalità materna e infantile, che pur lievemente migliorata, rimane un problema molto grave per tutto il Senegal. Un altro importante *input* è

Figura 1. Incontro della comunità intorno alla Casa de Santé.



stato la necessità di far rete in Toscana, così da poter favorire lo scambio di buone pratiche, valorizzare le esperienze professionali, discutere gli errori e trovare soluzioni comuni. Tutto ciò ha spinto, con il coordinamento dall'Azienda ASL di Livorno e il contributo dello staff del Centro di salute globale della Regione Toscana, a riassumere in un unico Progetto di iniziativa regionale (PIR 2013), i progetti di cooperazione sanitaria che fino ad allora erano portati avanti separatamente da ciascuna Azienda sanitaria.

Il PIR in vigore si svolge a favore delle popolazioni e delle strutture sanitarie territoriali del Dipartimento di Thiès, di Louga, della Comunità rurale di Touba, del Distretto di Meckhé e dell'Ospedale regionale di Thiès (Vedi Box 1 e Box 2 rispettivamente per il contesto epidemiologico e per la struttura dei servizi territoriali senegalesi).

Le attività e gli obiettivi di cooperazione sono condivisi con le comunità locali. Importante il contributo dei facilitatori delle Associazioni o delle ONG con personale in Senegal, che assumono un ruolo chiave nel sostenere, animare e garantire i processi di *governance* democratica e di concertazione in loco, garantendo lo scambio fra i cooperanti toscani e senegalesi. Le comunità di migranti in Toscana

svolgono un ruolo fondamentale, sostenendo il processo di individuazione degli obiettivi e di realizzazione degli stessi. Occorre sottolineare come nella comunità senegalese esista una sostanziale osmosi fra senegalesi del Senegal e senegalesi residenti in Toscana, un movimento continuo fra i due territori, che grazie a frequenti scambi permette di prendere parte alla vita di entrambi i Paesi costruendo una "nuova e originale cultura creola". Per questo i migranti rappresentano un valore aggiunto nella definizione e nello svolgimento delle attività, come ad esempio in quelle di informazione sulla prevenzione delle gravidanze a rischio. Inoltre con le autorità senegalesi, è allo studio la possibilità di utilizzare parte delle risorse derivanti dalla tassazione sulle transazioni finanziarie che la comunità migrante effettua verso il Paese natale, per attività destinate all'estensione delle cure materne infantili a favore delle popolazioni più disagiate.

Numerosi sono i partner esterni alle Aziende sanitarie delle due Aree vaste che hanno aderito al PIR, fra questi: L'Istituto di Fisiologia clinica – Consiglio nazionale delle ricerche di Pisa (IFC-CNR); Comunità impegno servizio volontariato (CISV); Coordinamento Associazioni senegalesi della Toscana (CASTO); Associazione Cheikh Ahmadou Bamba

Box 1. Senegal dati epidemiologici

Il Senegal ha una superficie pari a circa il 65% dell'Italia a fronte di una popolazione di circa 12.800.000 abitanti (OMS 2013). La densità demografica è molto bassa (47 abitanti per km²), a prevalenza in zone rurali (57%) dove le donne rappresentano il 72% della popolazione, pur con una forte crescita della popolazione urbana (4-5% annuo) principalmente nella Regione di Dakar e nella parte centrale del Paese (Thiès, Kaolack, Fatick, Diourbel), aree nelle quali risiede il 63,4% della popolazione. Il 65,3% dei senegalesi è al di sotto della soglia di povertà e il 33,5% vive con meno di un dollaro al giorno, soprattutto nelle zone rurali (80%), collocandosi nel Rapporto mondiale sullo sviluppo umano al 156° posto su 177. Il 44% della popolazione ha meno di 15 anni, il 4% più di 60 con una aspettativa di vita di 60 anni per gli uomini e 62 per le donne (OMS 2013).

Il tasso di fecondità è 4,7 maternità per ogni donna e la mortalità materna è di 370 su 100mila nati vivi, più del triplo dell'Obiettivo del millennio per il 2015. Tale tasso si è ridotto a 320 su 100mila nati vivi secondo il *Countdown to 2015 (Fulfilling the Health Agenda for Women and Children The 2014 Report)* il quale riporta che il numero totale delle morti materne è 1.700 nel 2013 e le cause più frequenti di mortalità materna sono le emorragie, l'ipertensione, la sepsi e gli aborti. Il 93% delle donne in gravidanza (OMS 2013) effettua almeno una visita prenatale, ma solo il 50% arriva allo standard ottimale di quattro (62,2% nelle aree urbane e 42,2% nelle aree rurali). Esiste un grave problema di accessibilità delle prestazioni: le donne che hanno difficoltà ad accedere alle cure sono il 60% (58% a Thiès, il 42,5% a Diourbel e il 62,4% a Louga). La prima causa (51%) riguarda la mancanza di denaro (51,9% a Thiès, 37,4% a Diourbel e 49,4% a Louga); la seconda è la distanza dai luoghi di cura con il 32% (29,8% a Thiès, 15,1% a Diourbel e 40,9% a Louga), ma anche gli aspetti culturali pesano: il 17% delle donne non ha il "permesso" per andare a curarsi (21,1% a Thiès, 19,1% a Diourbel e 11,8% a Louga). La situazione è aggravata da matrimoni precoci, molteplici gravidanze ravvicinate e anche se in percentuale molto più basse, mutilazioni genitali e aborti clandestini. Il livello di informazione delle donne sui problemi della gravidanza risulta del 45% e la prevalenza dell'uso di metodi anticoncezionali è appena il 13%. La percentuale dei parti avvenuti in strutture sanitarie è del 72,8% (88,9% a Thiès, il 77,7% a Diourbel e il 70,9% a Louga). Il parto assistito da personale qualificato è del 65% (a Thiès l'85,3%, a Diourbel il 68,5% e a Louga il 63,3%). Il tasso dei cesarei è passato dal 3% del 2005 al 5,9% del 2010 (7,1% nella Regione di Thiès, il 3% a Diourbel e il 3,3% a Louga). La percentuale delle donne che hanno ricevuto delle cure sanitarie entro 4 ore dal parto è del 75% a Thiès, 51,3% a Diourbel e 54,9% a Louga, mentre la percentuale delle donne che hanno ricevuto cure postnatali entro i primi due giorni dopo il parto è del 68% a livello nazionale (89,4% nella Regione di Thiès, 71,9% a Diourbel e 67,2% a Louga). La mortalità neonatale è di 26 su mille nati vivi.

Box 2. I servizi sanitari territoriali nelle zone di intervento della Regione Toscana

La normativa nazionale prevede per i *Postes de santé* un bacino d'utenza non superiore ai 10mila abitanti mentre in tutto il paese essa è ampiamente al di sotto del previsto. In molti *Postes de santé* le donne vanno a partorire, ma le condizioni igienico sanitarie, le attrezzature e la formazione del personale sono insoddisfacenti. Il numero dei parti va da un minimo di qualche decina a un massimo di 600. Non tutti i *Postes de santé* hanno la corrente elettrica, talora manca l'acqua corrente e comunque le condizioni strutturali sono assai precarie. In genere i ferri chirurgici non vengono sterilizzati per mancanza di autoclavi e di stufe a secco ma vengono decontaminati con ipoclorito di sodio (varichina). In molti non è disponibile la bilancia per controllare il peso della madre o del neonato, il metro per controllare l'accrescimento dell'addome materno, il termometro, i guanti o i cateteri (che vengono lavati e poi riutilizzati). In tutti, il personale sanitario è un infermiere, talora una ostetrica, più spesso matronas (levatrici senza formazione formalizzata), agents de santé communautaire (ASC) e badienougokh (zie di quartiere che fanno il volontariato). Quindi non tutti i parti effettuati nelle strutture sanitarie sono assistiti da personale qualificato poiché vi può essere anche solo la matrona. Numerose le Cases de santé dove viene effettuata l'educazione alla salute generalmente da personale volontario. Oltre ai servizi territoriali, oggetto di intervento del progetto di cooperazione sanitaria internazionale è l'Ospedale regionale "El Hadji Ahmadou Sakhir Ndieguene" di Thiès.

Touba Toscana; Associazione senegalesi di Firenze; Provincia di Lucca; Provincia di Firenze; Comune di Pontedera; COSPE; Centro mondialità sviluppo reciproco di Livorno; Società volontaria di soccorso di Livorno; Associazione funzionari senza frontiere; Associazione informatici senza frontiere; Associazione cooperazione decentrata Val di Cecina; GISMAP; Tempora Onlus. I partner senegalesi che hanno aderito al Progetto sono: Regione di Thiès; Région Médicale di Louga; Région Médicale di Diourbel; Distretto sanitario di Touba; Ospedale regionale di Thiès; Comunità rurale di Touba Mosquée; Associazione di guaritori AMPHOT di Louga; ONG Dahiratou Mathlaboul Fawzaini; Associazione donne per lo sviluppo di Touba (AFDT). I rapporti con Touba sono nati da una richiesta di collaborazione che il CASTO e l'Associazione Touba Toscana hanno rivolto all'Azienda USL di Livorno. In precedenza non esistevano attività di collaborazione anche a causa della specificità di questo territorio che è amministrato autonomamente dalle gerarchie religiose.

Passando a descrivere le attività portate avanti nelle varie aree del progetto, nel Distretto di Thies (vedi Box 3) presso l'Ospedale di Thiès particolare attenzione è stata dedicata alla questione della *Clinical Governance* intesa come nuovo modo di gestire l'organizzazione sanitaria per garantire il miglioramento continuo della qualità dei servizi. In particolare la gestione delle attività è stata affidata a due Comitati di pilotaggio, uno in Toscana e uno

in Senegal, con il compito di individuare le azioni utili a migliorare l'assistenza e valutare congiuntamente i risultati ottenuti. Ai Comitati di pilotaggio partecipano le autorità amministrative dei due partenariati e personale esperto in materia sanitaria. Fra le attività realizzate è stata effettuata la formazione *on the job* del personale addetto all'area materno infantile, alla manutenzione delle apparecchiature sanitarie e alla sanificazione degli ambienti della maternità e della pediatria. Queste attività vengono monitorate con la compilazione di apposite *check list* da parte degli operatori, così da poter effettuare una autovalutazione e garantire il rispetto dei protocolli. I due Comitati sono inoltre stati impegnati nell'individuazione dei bisogni di farmaci, di apparecchiature biomedicali e di arredi ospedalieri. Questi ultimi sono stati forniti dal partner toscano attraverso acquisto o donazione di materiale nuovo o comunque usato di buona qualità, grazie al costante lavoro di reperimento del servizio di logistica dell'AUO di Careggi.

Intervento molto qualificante è stata la progettazione e la costruzione di un'area ospedaliera con una superficie utile di 416 mq, dedicata al nuovo reparto operativo della maternità (sala travaglio, sala parto, area neonatale...). Il progetto è stato discusso e sviluppato in comune in tutte le sue parti e le attività sono state monitorate con videoconferenze e sopralluoghi congiunti che hanno coinvolto anche la stessa Azienda costruttrice senegalese. Questa opera è stata inaugurata nel giugno 2014. Il costo complessivo è stato di € 196.000, con un contributo della Regione Toscana e della Provincia di Firenze pari all'82% del costo totale. Alla cerimonia di inaugurazione un pensiero particolarmente affettuoso è stato tributato a Eva Bu-iatti, epidemiologa di fama mondiale che ha partecipato all'esordio del progetto, a Laura Cavina che ha seguito con grande esperienza la realizzazione del nuovo Reparto e all'instancabile Gildo Tognetti, che da sempre è stato ispiratore e realizzatore delle attività di cooperazione in Senegal. Ai nostri tre indimenticabili amici, che purtroppo sono scomparsi prima di poter vedere i frutti del loro lavoro, sono state dedicate tre sale della nuova maternità. Il nuovo reparto operativo della maternità è considerato il più moderno del Senegal. Infatti dispone di percorsi separati per operatori, pazienti e emergenze con una chiara separazione delle zone sterili da quelle di degenza o di travaglio. Inoltre, l'area neonatale è facilmente controllabile da tutto il personale sanitario in turno e dispone di una sala di cure subintensive con 8 letti nella quale le donne cesarizzate vengono risvegliate o ci vengono trasferite quelle in condizioni critiche.

Box 3. Il Distretto di Thiès

Il Distretto di Thiès è collocato nel dipartimento di Thiès, zona con un alto tasso di crescita, di analfabetismo (74,5% nel 2010), di matrimoni precoci e con un'alta percentuale (40%) di donne divorziate e separate. Il Distretto dispone di un *Centre de santé*, senza blocco operatorio a 3 KM dall'Ospedale regionale, 33 *Postes de santé* nei quali le donne vanno a partorire, il più lontano dei quali è a 42 Km dal *Centre de santé* e 1 Ospedale Regionale. La realtà dei 33 *Postes de santé* è in fase di definizione tramite sopralluogo e il riempimento di un questionario definito a livello regionale. Ad oggi sono stati censiti 22 *Postes de santé*. La mortalità materna rilevata nell'ospedale regionale è molto alta anche perché qui vengono trasferite le gravidanze a rischio di tutta la regione e delle regioni vicine: nel 2011 le cause più frequenti di mortalità materna sono stati: emorragie post-parto (12 casi), eclampsia (12), rottura dell'utero (5) ed ematoma retroplacentare (4). L'ospedale regionale ha attualmente 90 posti letto, 8 letti in sala travaglio, 2 postazioni per il parto (diventati rispettivamente 12 e 4 nel nuovo edificio) e vi lavorano 3 ginecologi e 16 ostetriche.

Figura 2. Ospedale regionale di Thiès.



Infine sempre nell'Ospedale regionale di Thiès, grazie a finanziamenti della Regione Toscana, della Maison Gucci e della Croce Rossa Italiana, l'AOU Careggi sta sviluppando il progetto di ristrutturazione della Farmacia, i cui locali in gran parte furono distrutti nel 2006 da un incendio. Il progetto prevede nuove soluzioni impiantistiche caratterizzate da un ampio spazio magazzino per lo stoccaggio dei materiali, uno spogliatoio per il personale con servizi igienici, uffici ed una stanza per il farmacista di guardia. Verrà fornito materiale per l'attivazione di un laboratorio galenico che produrrà in loco farmaci non sterili per uso orale e uso esterno (es. sali reidratanti, pomate, capsule, granulati) così da garantire una parziale autonomia produttiva e terapeutica. La formazione degli operatori coinvolgerà i farmacisti di Careggi con esperienza nel settore galenico. L'Associazione "Energia per lo sviluppo" di Pontassieve (Firenze) realizzerà un piccolo impianto fotovoltaico ed un sistema di accumulo di energia mediante batterie in grado di proteggere la Farmacia ed i medicinali lì stoccati dai frequenti *black-out* elettrici. Il Distretto di Louga (vedi Box 4) occupa un territorio tra i più aridi e poveri del Paese. Qui la presenza di personale qualificato nelle strutture sanitarie risulta inferiore alla media senegalese e comunque lontana dagli standard dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Questa considerazione è stata alla base dello sviluppo di un progetto di valorizzazione della medicina tradizionale, capillarmente presente nel territorio, e di integrazione con la sanità pubblica locale. La prima attività realizzata in questa regione è stata una indagine epidemiologica di tipo osservazionale finalizzata a conoscere le abitudini

della popolazione di fronte alla malattia e ad individuare e comprendere le scelte tra i diversi sistemi di cura. I risultati ottenuti mediante l'elaborazione di oltre 3500 questionari somministrati a tre diversi *target* (popolazione generale, pazienti dei terapeuti tradizionali, utenti dei servizi sanitari pubblici) suggeriscono che la scelta non è solo di tipo economico o logistico, ma spesso legata al tipo di malattia o disturbo da curare. Insomma i diversi sistemi di cura convivono e si integrano. La discussione dei risultati con i partner del progetto ha permesso di individuare le linee per gli sviluppi successivi e di identificare l'area materno infantile come il terreno prioritario di intervento. Le attività comprendono le tradizionali tipologie di intervento: formazione delle ostetriche sia delle strutture territoriali sia ospedaliere; fornitura di attrezzature di base per le strutture territoriali e dotazione strumentale di livello superiore per l'Ospedale; sensibilizzazione attraverso campagne radio e interventi nelle scuole per promuovere la corretta alimentazione; incoraggiare le consultazioni prenatali alle donne in gravidanza e infine supporto allo sviluppo di un sistema di raccolta ed elaborazione dei dati, a partire da quelli estraibili dai registri di gravidanze e del parto comunemente in uso. I singoli interventi hanno due elementi caratterizzanti e qualificanti. Il primo è il principio che le cure della madre e del bambino costituiscono un *unicum* poiché la salute del bambino dipende in larga misura dalle condizioni di salute e nutrizione e della madre e prima ancora della donna adolescente. Pertanto è essenziale agire su tutto il processo. Il secondo principio riguarda l'uso appropriato delle risorse disponibili. Da questo punto di vista diventa strategico ad esempio il potenziamento e l'utilizzo sicu-

Box 4. Il Distretto di Louga

Collocato nella Regione di Louga, a nord est del paese, il Distretto di Louga conta un ospedale regionale, 1 *Centre de Santé* e 12 *Poste de santé* pubblici e 4 privati. Nel 2011 sono stati censiti 44 medici di cui 9 privati; 73 ostetriche di cui 2 private, 161 infermieri di cui 7 privati, 35 tecnici, 9 ufficiali di igiene e 18 agenti e ausiliari di igiene. Il personale è dominato dalle matrone (33,99%), operatori sanitari (32,94%) e altre categorie quali tecnici e ufficiali e operatori di igiene e assistenti sociali (30,98%). Includendo il settore privato la copertura del territorio risulta di: 1 medico per 20.011 abitanti; 1 ostetrica per 12.061 abitanti ossia 1 ostetrica per 2.549 donne in età fertile; 1 infermiere per 5.468 abitanti; 1 agente di igiene ogni 36.610 abitanti.

Figura 3. Il nostro amico Gildo Tognetti durante una riunione ad un Poste de Santé.



ro delle strutture di prossimità, almeno per la gravidanza fisiologica. Altrettanto strategico si sta rivelando il ruolo delle matrone e dei terapeuti tradizionali ad esempio nella lotta alla malnutrizione, della donna e del bambino. La produzione di prodotti alimentari naturali a basso costo ed elevato valore nutritivo da parte dei terapeuti tradizionali, unita alle indicazioni fornite dai medici della *Region Medicale* di Louga sui criteri di valutazione del grado di malnutrizione, rappresenta un significativo ed efficace esempio di mutuo riconoscimento, integrazione e potenziamento tra i diversi sistemi di cura e quindi di uso appropriato delle risorse disponibili. Anche le attività che si svolgono nella comunità rurale di Touba (vedi Box 5) sono focalizzate nel settore materno infantile e sono sovrapponibili a quelle portate avanti nel Distretto di Louga, rappresentando in pratica due diverse aree dello stesso intervento. Intervento che punta a promuovere un approccio basato sui principi dell'assistenza primaria coinvolgendo gli amministratori locali, gli operatori sanitari e gli operatori comunitari. Le peculiarità socio-

economiche della città di Touba, città in forte crescita, assieme al forte coinvolgimento anche finanziario dei partner senegalesi residenti in Toscana (es. CASTO e Touba Toscana) hanno permesso di sperimentare nuove modalità

Box 5. La comunità rurale di Touba

Touba si trova nella Regione di Diourbel, è il centro religioso dei *mourides* e sta vivendo una fase di forte e rapido sviluppo urbanistico, demografico ed economico, ma senza un adeguato sviluppo dei servizi. Il suo probabile milione di abitanti ne fa la seconda città del Senegal. Sede della festa del *Gran Magal*, il pellegrinaggio più imponente dell'Islam dopo la Mecca, gode di un particolare statuto di extraterritorialità assegnato al *khalif* (il capo religioso dei *mourides*). A Touba ci sono un ospedale di terzo livello con la maternità, un ospedale di primo livello che include un *Centre de Santé* e 26 *Poste de Santé*. Il *Centre de santé*, dove lavorano complessivamente 120 operatori, è dotato di ecografo e di blocco operatorio per il cesareo. Nei *Poste de santé* non ci sono medici; nel 2012 i parti nei *Poste de santé* sono stati 19.486.

di accesso gratuito alle donne per le prestazioni sanitarie legate alla gravidanza e al parto attraverso lo sviluppo e il sostegno alle *mutuelle de santé*. Inoltre la raccolta dei dati epidemiologici dai registri di gravidanza e parto dei *postes de santé* ha trovato in questa zona condizioni favorevoli per cui si è già concluso uno studio caso controllo sulle cause di morte alla nascita. Studio ora in corso di realizzazione a Louga.

Infine, nel distretto di Mecké (vedi Box 6) è stata fatta una analisi di contesto in loco che ha coinvolto il *Centre de Santé* di Mecké e il *Poste de Santé* di Lube. Con i partner locali sono stati condivisi gli obiettivi prioritari che saranno il fulcro delle future attività:

- il miglioramento e la sanificazione degli ambienti e della strumentazione;
- acquisto di strumentazione per la sala parto e la degenza ostetrica;
- incremento della partecipazione delle donne in gravidanza al programma CPN (Controllo pre-natale nascita);

Box 6. Il distretto di Mecké

Il Distretto di Mecké è situato nel dipartimento di Tivaouane nella Regione di Thiès; dispone di 1 *Centre de santé*, 16 *Postes de santé* (1 urbani e 14 rurali) e 2 *Postes de santé* secondari. Le gravidanze patologiche sono inviate al *Centre de santé* di Tivaouane (a 25 Km) che ha un blocco operatorio o all'ospedale regionale di Thiès (a 50Km). I parti (dati 2013) effettuati nel *Centre* e nei *Postes de santé* sono 3658. Il tasso di parti assistiti da personale qualificato è l'81% (n. 2968). Nel 2012 sono state registrate 4 morti materne alle quali si aggiungono 7 donne trasferite all'Ospedale di Thiès ugualmente decedute.

- implementazione di un sistema di raccolta dati per l'informizzazione del registro di gravidanza;
- creazione di un percorso per la distribuzione di farmaci prioritari.

L'insufficienza renale cronica nel Dipartimento di León, Nicaragua

Ricerca scientifica e partecipazione comunitaria per affrontare l'emergenza

Andrea Grillo

Azienda USL 6 Livorno

Abstract

Nei Dipartimenti di León e Chinandega, in Nicaragua, una notevole percentuale della popolazione soffre di insufficienza renale cronica. Nella comunità La Isla, che si trova nelle vicinanze dell'Ingenio San Antonio, uno zuccherificio tra i più grandi del Paese, ne sono colpiti il 70% degli uomini e il 30% delle donne. I lavoratori della canna da zucchero ritengono che la malattia sia correlata all'uso di pesticidi utilizzati, tra i quali ve ne sono alcuni che negli USA, in Canada e in Europa sono proibiti. La Banca Mondiale, dei cui finanziamenti aveva beneficiato il gruppo Pellas, proprietario dello zuccherificio, negli anni scorsi ha commissionato all'Università di Boston uno studio per capire le cause di questa patologia.

L'Università di Boston non è arrivata a conclusioni univoche, ma ha indicato una serie di ipotesi – oltre a quella dei pesticidi – a cui dedicare ulteriori approfondimenti. Tra queste la contaminazione dovuta alle attività minerarie e alla natura vulcanica del territorio, la disidratazione e l'uso di alcolici di pessima qualità.

Nel 2012 la Regione Toscana ha approvato il progetto "La ricerca sanitaria a sostegno delle comunità locali: risorsa acqua e diritto alla salute", di cui è capofila l'ASL 6 di Livorno. Il progetto, ideato in collaborazione con il Centro ricerche salute, lavoro, ambiente (CISTA) dell'Università di León, intende accertare la relazione tra inquinamento dell'acqua per il consumo umano e insufficienza renale cronica a Larreynaga-Malpaisillo, uno dei Municipi del Dipartimento di León. L'obiettivo è quello di ridurre l'incidenza di questa patologia che anche a Malpaisillo rappresenta una delle principali cause di morte.

Aspetti caratterizzanti del progetto sono la centralità della ricerca e della partecipazione comunitaria, con il coinvolgimento – oltre che dell'Università – delle amministrazioni locali, del volontariato, degli operatori sanitari e dei cittadini.

Del progetto si sta concludendo il primo anno di attività, nel quale è stata analizzata l'acqua proveniente da 143 pozzi. In questo articolo vedremo i primi risultati raggiunti e le prospettive future.

Cenni storici

Il Nicaragua conquistò l'indipendenza dalla Spagna nel 1821.

Nei primi decenni del XX secolo subì una serie di invasioni militari e occupazioni statunitensi a cui si oppose una resistenza armata guidata da Augusto Cesar Sandino.

Sandino fu assassinato il 21 febbraio 1934 e il Paese passò sotto il controllo dittatoriale della famiglia Somoza fino alla vittoria della rivoluzione sandinista nel luglio 1979.

Negli anni '80 l'oligarchia e il governo degli Stati Uniti imposero un embargo commerciale e fomentarono una guerriglia controrivoluzionaria. Ne scaturì una guerra civile che causò più di 50mila morti e la distruzione di buona parte delle infrastrutture produttive.

Nel 1990 vi furono nuove elezioni nelle quali vinse la destra, poi nel 2006 il Fronte Sandinista è tornato a guidare il Paese.

Aspetti geografici e demografici

Il Nicaragua è il Paese più esteso dell'America centrale. Confina a nord con l'Honduras, a sud con il Costa Rica, a est è bagnato dal Mar dei Caraibi e a ovest dall'Oceano Pacifico.

È una repubblica presidenziale suddivisa in 15 dipartimenti e due regioni autonome.

Gli abitanti sono 5.788.000 (età media 22 anni), dei quali circa un quarto vive nella capitale Managua.

Geograficamente si divide in tre grandi zone: la costa atlantica, la zona montagnosa centrale e la pianura del Pacifico. Il clima è tropicale.

Esiste un altissimo rischio di disastri naturali, quali terremoti (come quello che nel 1972 ha distrutto Managua, con 10mila vittime), eruzioni vulcaniche e uragani. Nel 1998 dopo il passaggio dell'uragano Mitch si contarono 3.800 morti e quasi 400mila senza tetto. Nel 2007 altri gravi danni furono causati dall'uragano Felix. I fenomeni meteorologici estremi (forti piogge o siccità) si sono acuiti con il cambiamento climatico.

Dati economici

Il Nicaragua è il Paese più povero del continente americano dopo Haiti. In termini di PIL procapite si trova al 130° posto a livello mondiale con 3.045 USD (Banca mondiale, 2010), mentre per quanto concerne l'Indice di sviluppo umano figura al 129° posto (UNDP, rapporto 2011). Più del 30% del suo budget proviene dagli Aiuti ufficiali allo sviluppo.

Circa 1 milione di nicaraguensi vive all'estero, soprattutto Costa Rica e USA, e le rimesse degli emigrati rappresentano oltre il 15% del PIL.

Il 46% della popolazione vive sotto la soglia della povertà (Banca mondiale 2007), e il 79,9% ha un reddito inferiore a 2 dollari al giorno (PNUD). Nella lotta alla povertà sono stati raggiunti risultati significativi, ma permangono forti disuguaglianze tra popolazione urbana e rurale, tra le varie regioni e tra i diversi gruppi etnici.

Più del 50% delle persone che lavorano sono impiegate nel terziario, soprattutto nel commercio, seguono il settore agricolo (28%) e l'industria manifatturiera (13%).

L'agricoltura rappresenta il 60% delle esportazioni totali. Nella pianura del Pacifico le coltivazioni principali sono quelle del cotone e della canna da zucchero, mentre dagli altipiani centrali (Esteli) provengono i due terzi del raccolto di caffè. In queste regioni una voce importante è anche l'allevamento del bestiame, mentre sulla costa orientale l'economia si basa soprattutto sulla pesca e la coltura principale è quella delle banane.

Esiste poi in tutto il Paese un'agricoltura di sussistenza, che produce per il consumo familiare (riso, fagioli, mais, agrumi e manioca).

Dati sanitari

L'aspettativa di vita è di 71 anni per gli uomini e 77 per le donne (OMS 2009). La mortalità infantile è di 23x1000 e la mortalità materna di 95x100.000 (OMS 2009).

La prevalenza dell'HIV tra i 15 e i 49 anni è del 2x1000 (OMS 2010).

La spesa pubblica per la sanità con 253 USD annui procapite copre appena il 47% della spesa totale (OMS 2012).

Secondo i dati del 2003 la presenza di operatori sanitari è di 37 medici, 107 infermieri e 4 dentisti su 100mila abitanti. La Banca mondiale ritiene che la maggior parte degli obiettivi del millennio non sarà raggiunta entro la scadenza del 2015.

**Emergenza insufficienza renale cronica in Nicaragua**

A livello mondiale la diffusione dell'insufficienza renale cronica (IRC) è in crescita sia nei Paesi sviluppati dove la prevalenza stimata è del 13-16% e vi sono correlazioni accertate con ipertensione e diabete, sia nei Paesi poveri (2-16%) dove tra le cause sembrano avere maggior risalto i fattori ambientali.

In Nicaragua la IRC ha assunto le caratteristiche di una vera e propria emergenza: tra il 1992 e il 2005 il tasso di mortalità è passato dal 4,5 al 10,9 (x100.000 abitanti). Nei due Dipartimenti di León e Chinandega si registrano i livelli più allarmanti, rispettivamente di 50 e 41 x100.000 abitanti.

Nel giugno 2008 da una ricerca del CISTA (Centro ricerche su salute, lavoro e ambiente dell'Università di León) risultava che nella Comunità La Isla e nel quartiere Candelaria (nel Dipartimento di Chinandega) il 40% della popolazione presentava danni renali a diversi livelli.

Nel Municipio di Chichigalpa la percentuale saliva addirittura al 52% della popolazione.

Il CISTA ha rilevato una maggior diffusione dell'IRC nelle comunità dove prevalgono la coltivazione della canna da zucchero e delle banane (Torres, 2007), mentre nelle comunità incentrate sulla coltura del caffè e sui servizi si registrano tassi inferiori.

Nella comunità La Isla, nota come "l'Isola delle vedove", si trova l'Ingenio San Antonio, uno dei più grandi zuccherifici del Paese, di proprietà del gruppo Pellas, produttore del pregiato rum Flor de Caña.

I lavoratori ritengono che la malattia sia correlata all'uso di pesticidi utilizzati nella coltivazione della canna da zucchero, tra i quali alcuni che negli USA, in Canada e in Europa sono proibiti.

Ne è nata una vertenza sindacale che ha attirato l'interesse di media e studiosi internazionali.



Nel corso degli anni dalle varie ricerche realizzate sono emerse correlazioni con:

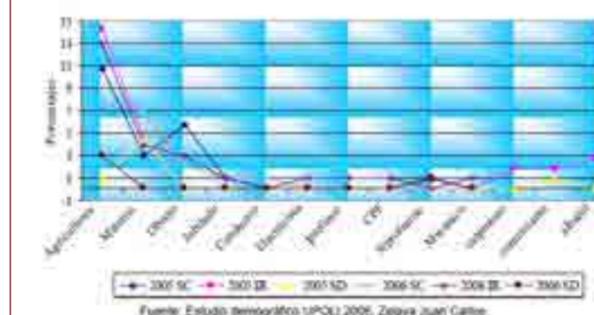
- lavoro agricolo;
- esposizione a pesticidi;
- disidratazione;
- ipertensione;
- consumo di *guaro lija* (un rum di qualità scadente);
- familiarità con la IRC.

Tuttavia i limiti metodologici di queste ricerche – basate per lo più su interviste – non consentivano conclusioni definitive.

La Banca mondiale, che aveva concesso finanziamenti al gruppo Pellas, ha incaricato l'Università di Boston di approfondire questi risultati, ma neanche l'Università di Boston è arrivata a risultati univoci, suggerendo ulteriori studi basati su analisi di tipo ambientale piuttosto che su interviste alla popolazione, e indicando 17 aree di potenziale interesse.

Il motivo principale per cui ricerche esaustive non sono state ancora effettuate risiede nella scarsità di risorse materiali e umane disponibili. Sarebbero infatti necessarie costose analisi chimico-fisiche e microbiologiche su migliaia di pozzi.

Confronto delle tre principali cause di mortalità negli uomini per professione (anni 2005 e 2006).

**Antecedenti del progetto**

Nel 2001 fu firmato un protocollo d'intesa tra la Provincia di Livorno e il Dipartimento di León dal quale hanno preso le mosse molti progetti di cooperazione.

Nel 2003 l'Azienda USL 6 di Livorno fu invitata a verificare la fattibilità di progetti sanitari.

Nel corso di una missione furono individuate alcune priorità di concerto con amministratori, operatori sanitari, volontari e cittadini.

Tra queste la prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale tra gli adolescenti e dei tumori femminili, che fu

rono oggetto di progetti finanziati dalla Regione Toscana negli anni successivi.

Ma già nel corso di questa prima missione da molte conversazioni con i partner locali il tema dell'insufficienza renale cronica risaltava come un'emergenza sanitaria di primo livello.

León e il suo Dipartimento

Il Dipartimento di León si trova sulla costa pacifica, a nord ovest della capitale, ha un'estensione di 5.138 kmq e una popolazione di 355.779 abitanti (censimento 2005).



Il territorio è suddiviso in 10 Municipi.

Il capoluogo, che dista dalla capitale Managua 90 km, è la seconda città del Paese con i suoi 174.051 abitanti. León è meta turistica per la sua architettura coloniale e le spiagge del Pacifico, ed è considerata la capitale culturale del Nicaragua. È sede di un'importante Università ed è stata il centro propulsore del movimento sandinista.

La percentuale di popolazione con bisogni fondamentali insoddisfatti è tra le più alte della regione, il 78,2%. L'indice di povertà, persone che vivono con meno di un dollaro al giorno, è pari al 54,1% e quello di povertà estrema al 19%, significativamente superiore alle medie nazionali.

Sul versante pacifico l'acqua scarseggia per almeno otto mesi all'anno. L'agricoltura e l'allevamento di bestiame ne richiedono grandi quantità e producono inquinamento.

Nelle zone rurali solo il 20% della popolazione è connesso alla rete idrica, il resto ha accesso all'acqua con l'autocostruzione di pozzi privi di sistemi di potabilizzazione. Si stima che ad oggi nel Dipartimento circa 100.000 persone consumino acqua di dubbia qualità.

La rete fognaria della zona urbana copre solo un quinto delle abitazioni, mentre la grande maggioranza (65,7%) è dotata di latrine.

Non esiste, quindi, un sistema diffuso e sicuro di eliminazione delle acque nere.

Il Progetto "Risorsa acqua e diritto alla salute"

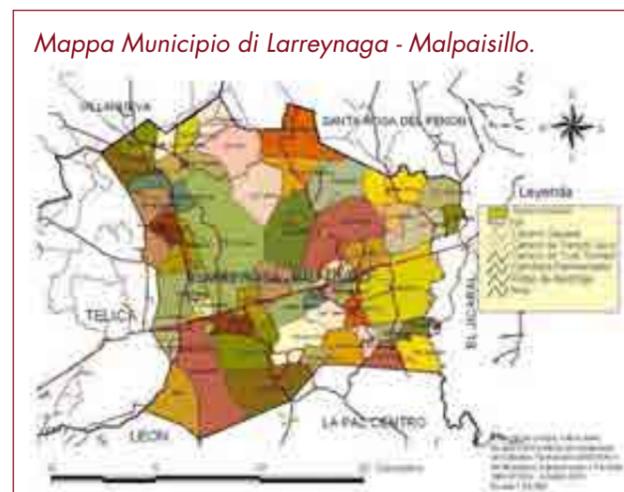
Nel 2012 i referenti dell'ASL 6 e del CISTA hanno elaborato il progetto "La ricerca sanitaria a sostegno delle comunità locali: risorsa acqua e diritto alla salute", che la Regione Toscana ha approvato e finanziato.

Il territorio interessato è uno dei Municipi del Dipartimento di León (Larreynaga-Malpaisillo), dove l'Associazione Ita-Nica di Livorno supporta le attività dell'Associazione di donne Xochilt Acalt. Il più recente progetto realizzato, finanziato dalla Provincia di Livorno, ha permesso di dotare di pannelli fotovoltaici il Centro sociosanitario di Xochilt Acalt.

Il territorio di destinazione:

il Municipio di Larreynaga-Malpaisillo

Larreynaga ha 27.898 abitanti (censimento 2005) dei quali il 19,81% vive in zone urbane e l'80,19% in zone rurali.



Presenta un alto tasso di disoccupazione e una forte emigrazione. L'agricoltura e l'allevamento sono poco evolute per la mancanza di risorse e di competenze. Esiste un'attività estrattiva di oro e argento.

Anche questa zona è minacciata da disastri naturali (nelle vicinanze si trova l'importante vulcano attivo Cerro Negro), favoriti da una cattiva gestione del territorio e dal cambiamento climatico.

Il 79,64% della popolazione dispone di energia elettrica, ma nelle zone rurali più di un terzo delle case ne è privo. Sono molto frequenti le interruzioni del servizio.

La risorsa acqua nel Municipio

L'acquedotto vero e proprio serve solo il 3% della popolazione e la grande maggioranza degli abitanti ha accesso all'acqua rifornendosi da corsi d'acqua, bacini o pozzi comunitari/familiari scavati in modo del tutto autonomo.

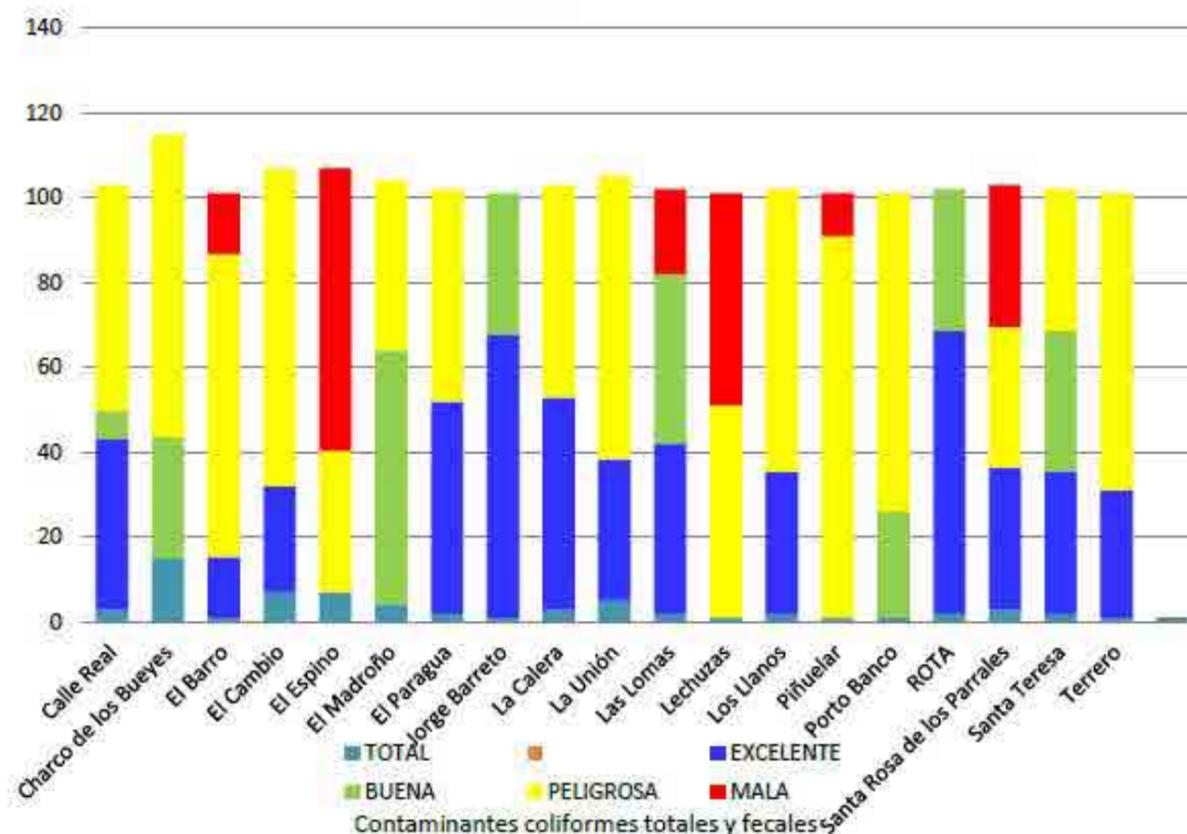
Non vi sono fognature, né un sistema di raccolta e trattamento di rifiuti solidi. Il 78,23 % delle case dell'area rurale hanno latrine, le acque di scarico finiscono per strada o nei cortili. Non esiste sistema di drenaggio delle acque piovane.

Il Municipio segnala tra gli aspetti critici legati all'uso dell'acqua la contaminazione da sostanze chimiche (pesticidi nelle zone coltivate a riso ed ex colture di cotone), metalli pesanti, calcare, coliformi fecali (per carenza di recipienti e utensili adeguati), la proliferazione di zanzare vettori di dengue e malaria e l'insorgenza di malattie renali, parassitosi e diarrea.

Le principali cause di mortalità sono le malattie del sistema circolatorio e l'insufficienza renale cronica.

Nel Municipio lavorano 13 medici, 4 dentisti, 8 infermieri, 28 ausiliari e 4 tecnici di laboratorio. Sono presenti anche 59 levatrici e un centinaio di promotori e volontari. Il tessuto partecipativo è molto sviluppato.

Analisi della qualità dell'acqua secondo la norma CAPRE (Microbiologica). Municipio di Larreynaga, Gennaio/ Febbraio 2014.



Obiettivi, risultati attesi, attività

L'obiettivo generale del progetto è quello di ridurre l'incidenza dell'IRC e delle altre malattie correlate al consumo di acqua. La strategia d'intervento ha come linee portanti la ricerca, la partecipazione comunitaria e l'intersectorialità. Le attività previste comprendono la mappatura e il monitoraggio dei pozzi presenti nel territorio, la promozione dell'uso corretto dell'acqua, il miglioramento delle infrastrutture igienico-sanitarie e la formazione professionale degli operatori.

La partecipazione è stata il criterio guida fin dalla fase di ideazione e analisi del contesto e alla rete di partenariato si aggiungono progressivamente nuovi soggetti pubblici e privati.

I risultati della prima annualità del progetto

Il progetto ha preso avvio nel marzo 2013. La principale attività in programma nella prima annualità è stata l'analisi dell'acqua di 143 pozzi situati nel Municipio. Solo il

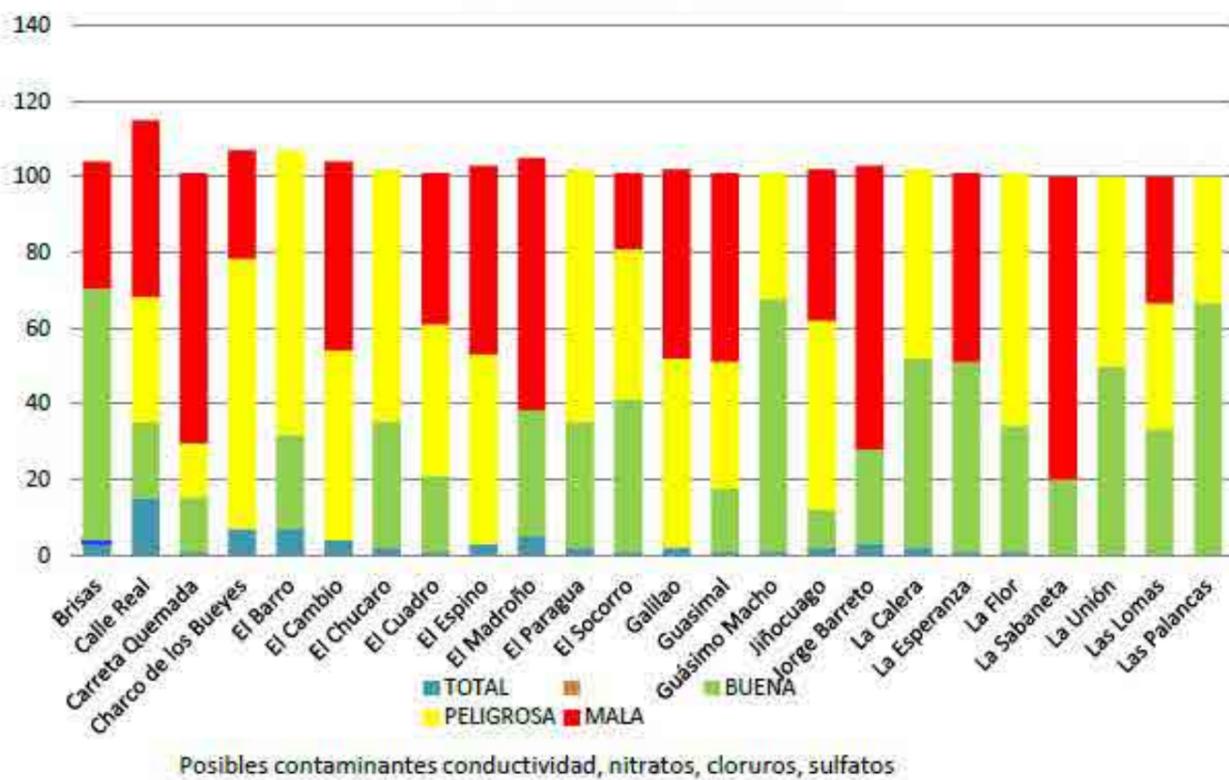
13% dei pozzi valutati presenta tutti i parametri su livelli accettabili, mentre il 49% presenta almeno un parametro a livelli superiori ai limiti di legge. Il 59% dei pozzi presenta un alto rischio microbiologico e il 45% presenta un alto rischio fisico-chimico, a causa di conducibilità, cloruri, nitrati o solfati.

Il 15% presenta un alto rischio dovuto alla presenza di metalli, in particolare arsenico, potassio, vanadio, manganese o altro.

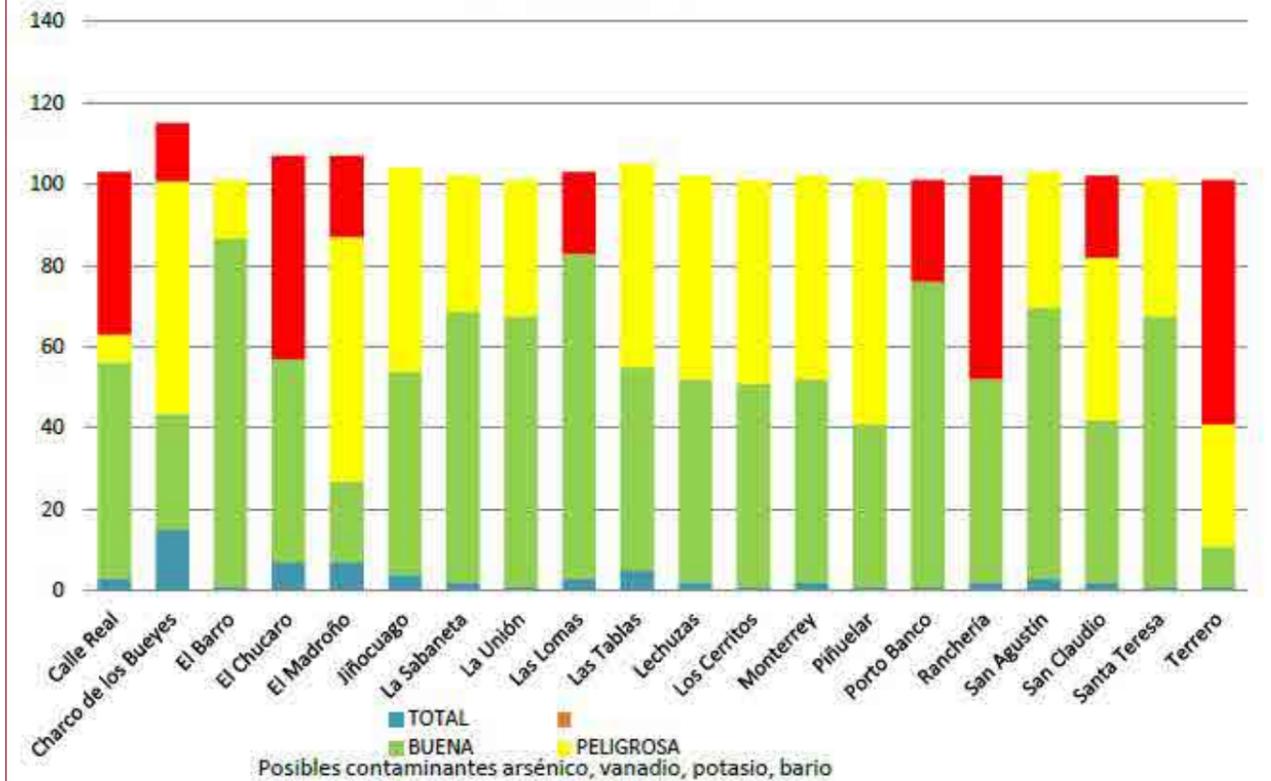
In cinque dei pozzi esaminati è risultato presente almeno uno dei seguenti pesticidi: Clorpirifos, Dimetoato, Dime-ton-s, Disulfoton o Endrin aldeide.

La correlazione tra questa contaminazione e le patologie renali non è al momento dimostrabile, per cui i promotori del progetto hanno pensato di proporre una continuazione dello stesso che comprenda un'indagine epidemiologica. Al momento in cui scriviamo è in corso la definizione con i partner locali della nuova proposta progettuale.

Analisi della qualità dell'acqua secondo la norma CAPRE (Fisico-chimico). Municipio di Larreynaga, Gennaio/Febrero 2014.



Analisi della qualità dell'acqua secondo la norma CAPRE (Metalli). Municipio di Larreynaga, Gennaio/Febrero 2014.



A conclusione del primo anno di attività è stata svolta anche un'attività formativa diretta a tecnici, amministratori locali e leader comunitari sulle soluzioni igienico-sanitarie e sulla georeferenziazione. La mappatura permetterà di incrociare i dati su inquinamento dei pozzi e diffusione della IRC.

Il secondo anno di attività comprende molte attività di promozione della salute sull'uso corretto della risorsa acqua e di sperimentazione di soluzioni per il miglioramento dei servizi igienico-sanitari.

Conclusioni

Con la seconda annualità del progetto in corso e il nuovo progetto che verrà presentato a breve i promotori prevedo-

no di completare una mappatura epidemiologica del Municipio di Larreynaga, i cui dati, incrociati con la mappatura dei pozzi, dovrebbero permettere delle conclusioni sulle relazioni tra inquinamento dell'acqua e IRC (ma anche le altre patologie correlate a trasmissione oro-fecale).

Le ricerche – se saranno acquisite risorse finanziarie sufficienti – potranno poi essere estese ad altre zone del Dipartimento di León, dando un contributo prezioso alla comprensione delle cause di un'emergenza sanitaria di primo livello, che ha assunto anche implicazioni sociali e politiche non trascurabili.

Il desiderio è quello di contribuire tramite la cooperazione sanitaria a sviluppare i rapporti di amicizia e di interscambio tra comunità locali.

Cooperazione in Libano

Promozione dello sviluppo delle cure primarie

Luigi Triggiano

Azienda USL 8 Arezzo

Abstract

Di fronte ai bisogni di tutela della salute delle popolazioni fortemente aumentati dopo le drammatiche conseguenze della guerra di Israele in Libano nell'estate 2006, su richiesta di alcuni sindaci di municipalità di Beirut Sud, nasceva un progetto di Cooperazione di alcune istituzioni locali toscane (Comune di Arezzo, ASL 8, Regione Toscana, Ucodep-Oxfam) con il programma "ART Gold Libano" delle Nazioni Unite (UNDP). Il rinforzo delle competenze delle municipalità circa la promozione della salute delle popolazioni locali, la trasformazione dei vecchi dispensari in Centri di cure primarie (PHCC), l'implementazione nei Centri del "Team di base di Primary Care", l'approccio al lavoro interdisciplinare ed alla salute globale della persona e la costruzione di un Sistema integrato di salute locale con il coinvolgimento di Centri di salute, municipalità e Scuola pubblica, hanno rappresentato il focus strategico dell'intervento che, in progress dal 2007 ad oggi, ha messo in moto un processo istituzionale di cambiamento per migliorare l'equità di accesso alle cure primarie ed ai servizi pubblici, con il coinvolgimento delle autorità centrali e la diffusione a livello nazionale del progetto nel "Paese dei cedri", dove la sanità resta per il 90% appannaggio di istituzioni private.

Il Progetto di Beirut Sud (BSS)

Haret Hreik care centre leading way for health reform: an ambitious project aimed at reforming the public health sector was launched Thursday at the Municipality building of the Beirut suburb of Haret Hreik. Under the patronage of Interior Minister Ziyad Baroud, Spain's and Italy Ambassadors". Così titolava, tra le altre testate nazionali, il 22 gennaio 2010 il Daily Star, dopo due anni dall'inizio del Progetto.

I prodromi e la fase di assessment

La nostra esperienza nasce nel marzo 2007, incontrando i sindaci di Beirut Sud (zona gravemente devastata dalla guerra di Israele in Libano nell'estate 2006) nell'ambito della Missione "L'Italia per e con il Libano" promossa dagli Enti locali per la pace. La salute di base fu al centro dei bisogni che il "Work Group" di Beirut Sud presentò al Programma Art Gold di UNDP (United Nations Development Programme). Il rapporto nato durante la visita sul campo il 29.3.2007 con quattro sindaci di BSS da parte del dott. Luigi Triggiano, allora Presidente della Commissione pace del Comune di Arezzo e medico di famiglia della ASL 8, esitò nell'invito per una prima missione di as-

essment nel giugno successivo per trovare, insieme, una risposta a quanto richiesto. Dopo un attento studio del sistema sanitario libanese, visite sul campo ad Ospedali e Dispensari, ripetuti incontri con sindaci, consiglieri comunali, rappresentanti della società civile e diverse interviste a cittadini bisognosi di cure e di assistenza, per studiarne i percorsi assistenziali praticati, nasceva la proposta condivisa con le autorità locali, UNDP e la Regione Toscana di avviare un ambizioso e rischioso processo di revisione dell'approccio alla Primary Care in quei territori. Si trattava di puntare sulla trasformazione dei Dispensari in veri Centri di cure primarie e sul sostegno alle municipalità come soggetti istituzionali promotori della salute della popolazione, in collaborazione con le autorità centrali. Prese avvio così nel giugno 2008 (Tab. I), dopo due ulteriori missioni di preparazione, il progetto di "Sostegno allo sviluppo della Primary Care in BSS" oggi al quinto anno di attività.

I partner del Programma

- Municipalità di Beirut Sud, Ministero della Salute pubblica, Ministero degli Interni
- Programma ART GOLD di UNDP

Tabella I.

Discorso iniziale dell'ing. Ahmad Hatoum (vicesindaco di Haret Hreik) ai partecipanti al primo step formativo del programma. Giugno 2008 (trascrizione dall'arabo)

Un benvenuto a tutti. Al dott. Triggiano e al suo staff, allo staff di Art Gold ed ai partecipanti al corso iniziale. Questo ci auguriamo che sia un incontro pilota che poi possa essere diffuso in Libano. Ciò dipende dalle nostre motivazioni e dalle nostre convinzioni. Non è un test di capacità per gli operatori ma una occasione per comprendere la necessità di un nuovo modo di operare. Il Centro di cure primarie non è un ambulatorio. Deve diventare un posto dove dare prestazioni all'avanguardia, una diagnosi migliore ma soprattutto servizi migliori per la gente, un risparmio economico per il cittadino e cure più appropriate evitando quelle inutili. I formatori ci illumineranno la strada ma potranno farlo fino ad un certo punto, sta poi a noi proseguire su questa linea e realizzare gli obiettivi. Se la base sarà di sabbia o di roccia dipenderà da noi. Con questo metodo potremo comprendere meglio quali sono le priorità dei bisogni della gente, dei bambini, delle malattie acute e croniche da fronteggiare. Un buon lavoro a tutti.

Cooperazione decentrata:

Comune di Arezzo, ASL 8, Regione Toscana
Ucodep-Oxfam Italia

Partner implementanti

Municipalità di: Haret Hreik (municipalità pilota), Gobeiry, Burje Barajneh, Chiah, Mereje, Furn al Chebbak (e successivamente altre tre municipalità di BSS)

Beneficiari.

Diretti: Team multidisciplinari dei tre Centri di cure primarie (PHCC) e popolazione afferente ai Centri (Catchment area 15.000 abitanti per PHCC).

Indiretti: le rispettive Comunità.

La ASL 8 di Arezzo ha assunto il coordinamento scientifico del Progetto e lo sostiene, insieme agli altri partner, mettendo a disposizione uno staff interdisciplinare di nove formatori espatriati a turno, più altri 15 circa per i "training on the Job" durante le missioni in Italia di operatori ed autorità libanesi.

La situazione sanitaria del Paese

Dopo il conflitto con Israele del luglio 2006 e le ripercussioni interne in Libano la crescita economica ha avuto un forte arresto¹ e i fondi governativi adibiti alle strategie di azione pluriennale in ambito sociale ed educativo sono stati bloccati per far fronte alla nuova emergenza². Il Paese è oggi al 38° posto su 135 Paesi per indice di povertà ed al 78° su 179 per indice di sviluppo umano. Il 22% della popolazione è sotto i 15 anni e il 12% oltre i 60. L'aspettativa alla

¹ Cfr. Marwan Iskandar, Il sole 24 ore

² Cfr. MoSA, Social Action Plan 2006

nascita è intorno ai 74 anni Il tasso di mortalità infantile intorno al 18/1000 e sotto ai 5 anni del 9/1000, mentre il tasso di mortalità materna intorno a 25 per 100.000 nati vivi (2010). Anche nel settore sanitario si registrano alcune criticità del sistema assicurativo pubblico.

La spesa pubblica pro capite per la salute è di 235,8 dollari su un totale pro capite della spesa per la salute di 923 dollari (2011). La spesa pubblica per la salute sul totale della spesa è del 5,8% (dati OMS 2011). Sul versante delle malattie croniche si registra una prevalenza del diabete del 12%, dell'ipertensione del 32% e dell'obesità over 20 anni del 29%. Il sistema è reso insostenibile dal rimborso a prestazione e dai costi aggravati da ripetizioni di prestazioni, inappropriata di alcuni percorsi assistenziali, ricoveri impropri. I costi globali del sistema (tenuto conto del volume globale delle prestazioni) sono particolarmente elevati (la spesa sanitaria globale si attesta intorno al 13% del PIL). Sfavorevole il rapporto costo/efficacia e costo/benefici. Scarsissima la presenza di servizi sanitari di base e di prevenzione, non sempre appropriato e spesso smodato l'uso dei farmaci.

L'assenza di continuità delle cure e l'inequità di accesso alle stesse rappresentano importanti punti critici del sistema. Le varie prestazioni sanitarie vengono rimborsate per l'80% circa dagli Enti assicurativi, pubblici o privati. Dal sistema assicurativo rimane escluso però circa il 50% della popolazione generale (disoccupati e la quasi totalità degli anziani in pensione). Per i cittadini non coperti dall'assicurazione lo Stato rimborsa solo le spese di ricovero che seguono alla prestazione di pronto soccorso (nella misura dell'85-90% circa). Inoltre, circa il 75% della spesa pubblica per la salute va in medicinali e solo una percentuale tra il 5 e il 7% in prevenzione e assistenza al paziente non coperto da assicurazione.

Tabella II.

Intervento dell'ing. Ahmad Hatoum (vicesindaco di Haret Hreik) davanti alle autorità ministeriali Crowne Plaza Hotel 25.11.2009 (traduzione dall'arabo)

... Quando pensiamo al settore della sanità pensiamo sempre a progetti per il futuro.

C'è una esigenza di una politica corretta e forte per la salute. Quando noi commentiamo le performance di una autorità o di una associazione, non lo facciamo per criticare ma per contribuire a fare meglio. Noi con queste autorità possiamo lavorare per questa politica corretta "l'importante è mangiare l'uva e non uccidere il custode della vigna..." dice un proverbio arabo.

... Non c'è stata fino ad ora una politica chiara da parte del Ministero della Sanità. C'era un programma per le cure primarie, ma la municipalità non era a conoscenza di questo programma. Abbiamo vissuto una difficoltà di rapporto fra municipalità, Centri e Ministero. Ora abbiamo superato l'ostacolo. Questo rapporto deve puntare a far nascere servizi migliori, più efficienti e più efficaci. Dobbiamo puntare ad un rapporto nuovo tra medico, paziente e comunità. L'obiettivo principale di un PHCC è la salute della comunità. Come potremo affrontare i bisogni della comunità? Come potremo agire sulla prevenzione individuale e collettiva? Cosa può fare un Centro di cure primarie? Quali i suoi compiti?

Dobbiamo abbandonare il concetto di Dispensari e trasformarli tutti in Centri veri di cure primarie. Da quando abbiamo iniziato il nuovo approccio nel nostro Centro sono aumentate l'utenza, le performance e le prestazioni. Il nostro auspicio è raggiungere il livello europeo. Siamo lontani ma vogliamo tendere a questo percorso; con la qualità dei programmi, la qualità della Direzione dei PHCC a guidare i programmi. Dobbiamo puntare al rafforzamento amministrativo delle municipalità e sostenere questo percorso promesso dal Ministro degli interni Baroud. Le équipes sono sempre più integrate nel progetto stesso. Gli operatori hanno provato sulla loro pelle la differenza tra prima e dopo. Confidiamo di rafforzarci con la visita in Italia.

Ancora grazie a tutti i colleghi toscani per gli sforzi fatti.

Un parziale ruolo nel sopperire alle varie carenze è rappresentato dalle congregazioni religiose e da alcune ONG locali alle quali si rivolge una parte della società povera. Solo 120 circa sono i Centri di cure primarie in qualche modo accreditati dal Ministero della Salute in parte gestiti da istituzioni pubbliche e in parte da ONG. Si contano inoltre circa 800 Dispensari, gestiti da ONG libanesi, a cui si rivolge solo il 15 % della popolazione in gran parte non coperta da assicurazione³.

Obiettivo strategico del progetto

- Migliorare l'equità di accesso ai servizi di primary care, in particolare per la popolazione non coperta da alcuna forma assicurativa.

Obiettivi specifici

- Promuovere il ruolo della municipalità (Tab. II) per la tutela della salute della comunità e realizzare sistemi integrati di salute coinvolgendo PHCC e Scuola pubblica;
- promuovere la salute della comunità valorizzando ed integrando il contributo di differenti *stakeholders* nel territorio;

- implementare nei PHCC il *team* multidisciplinare di cure primarie, rinforzarne le capacità professionali per offrire servizi qualificati agli individui, alle famiglie ed alla comunità.

Fase di implementazione e valutazione: sintesi delle principali attività svolte (Tab. III)

- Partecipazione delle municipalità ai gruppi di lavoro per la stesura del programma.
- selezione ed assunzione dei professionisti componenti il *team* di *Primary Care* secondo i profili professionali previsti dagli standard internazionali (WHO);
- individuazione di un sistema di gestione interno al PHCC (introduzione sperimentale del sistema informatico previsto dal Ministero, organigramma, riunione di *team*, *job description*, *reporting*, etc);
- *training* del personale dei PHCC a cura dello staff della ASL di Arezzo.

L'impegno formativo e di valutazione (che ha riguardato diverse missioni sul campo) è stato fortemente orientato ad offrire ai colleghi libanesi, veri promotori del progetto, un rinnovato approccio alla salute della persona e della comunità, che permettesse loro di uscire dal paradigma di una medicina occasionale e consumistica per dare fondamento ad un "*I care*" pubblico capace

Tabella III. I cambiamenti operati dal progetto rispetto allo sviluppo dei PHCC.

Nr	Prima del 2008	Dopo il 2008
1	Registrati al Ministero della Salute come PHCC ma funzionanti come Dispensari	Approccio di Centri di cure primarie adottato
2	Assenza di <i>family doctor</i> e <i>social worker</i>	<i>Family doctor</i> , pediatra e assistente sociale assunti
3	Salario dei professionisti a prestazione come parte del ticket pagato dai pazienti (in media 60% delle 8,000 Lire Libanesi - circa 4 euro - pagate dai pazienti per visita)	Salario dei professionisti ad ore di presenza nei PHCC
4	Assenza di lavoro in team, mancato coordinamento e frammentarietà delle presenze dei medici nel Dispensario	Lavoro in team (2 incontri mensili in media) presenza contemporanea del pediatra e del <i>Family doctor</i> nel PHCC
5	Presenza occasionale di specialisti e non distinzione tra livello di <i>Primary care</i> e specialistico	In corso di studio a livello ministeriale e locale di un <i>referral system</i> specialistico dei Centri di cure primarie
6	Mancanza di azioni orientate verso la comunità	Sviluppo presso i PHCC di piani annuali di attività orientate alla comunità (salute scolastica, campagne di sensibilizzazione, e di educazione alla salute...)
7	Assenza di un sistema informativo. Minima attività di <i>reporting</i>	Installazione e attivazione del " <i>Health Information System (HIS)/ Collection of data</i> " del Ministero della Salute
8	Cartella: spesso un semplice foglio, usato pressoché come diario clinico	Sviluppo di una cartella clinica cartacea "orientata per problemi" ed introduzione di schede per il " <i>disease management approach</i> "
9	Assenza di un comitato direttivo	Comitato direttivo composto da municipalità, PHCC, UNDP ART GOLD e coordinamento toscano
10	Sistema di <i>reporting</i> debole	Avvio di un sistema di <i>reporting</i> tra municipalità, Ministero e UNDP

di presa in carico e di continuità assistenziale per i soggetti svantaggiati ed esclusi da un sistema di tutela della salute. Le diverse sessioni formative hanno approfondito i determinanti sociali della salute, un approccio comunicativo ed operativo che generasse fiducia, l'acquisizione di metodologie di lavoro in *team*, il rinforzo di competenze diagnostiche e terapeutiche (*based evidence*) che permettessero agli operatori di raggiungere livelli di cura *low cost quality*, tenendo conto delle poche risorse a disposizione. Sono stati affrontati elementi di *management*, di *Planning Process* e di *Audit* al fine di imparare a lavorare per programmi e di ottimizzare le risorse, umane e finanziarie, migliorando l'efficacia e le capacità di autovalutazione delle attività. In tal modo hanno preso il via i primi programmi di salute scolastica (*visite mediche a studenti della scuola primaria e follow-up*); campagne per la prevenzione e la diagnosi precoce di

alcune malattie croniche come diabete, malattie cardiovascolari, tumori; programmi per la salute del cavo orale; campagne di sensibilizzazione sui temi della salute fisica e mentale.

Gli sviluppi e l'attualità del programma

Dal 2010 ad oggi allo sviluppo dei PHCC si è aggiunto quello dei *Municipal Social Offices* come strumenti di pianificazione sociale delle municipalità. In tutto Beirut Sud si è costituito un *network* che abbraccia tre ulteriori municipalità (Chiah, Mereje, Furn al Chebbak) che seguono lo stesso approccio sociosanitario integrato.

È bene sottolineare come siano stati i rapporti fiduciosi costruiti tra i partner, in un Paese complesso con forte instabilità politica e sociale, che hanno permesso di condividere una visione ed un linguaggio comuni prima di addentrarsi nelle fasi di implementazione e valutazione

³ Cfr. dati forniti dal MoPH (<http://cms1.omsar.gov.lb/en/>)

previste. Flessibilità, fiducia, costanza, perseveranza nella disponibilità, sono state altrettante qualità e prove che hanno caratterizzato il rapporto fra i soggetti responsabili. Da sottolineare che, oltre agli aspetti operativi, sin dal primo giorno si è perseguita una visione politico-strategica che, se correttamente interpretata, farà la differenza in termini di impatto del Progetto sulle politiche del Paese e quindi sul consolidamento e sulla sostenibilità delle attività. Oltre al lavoro sui centri e sul personale il progetto ha infatti cercato di coinvolgere nella diffusione dell'approccio integrato alle cure primarie anche i Ministeri competenti: della Salute, degli Affari sociali e dell'Educazione. Oggi l'approccio di Beirut Sud è stato da loro accolto.

La sperimentazione e l'innovazione apportati dal Progetto sono stati riconosciuti ed apprezzati dai tre Ministeri che hanno, per la prima volta in Libano, intrapreso una reciproca cooperazione per realizzare in 18 aree del Paese la costruzione di Sistemi integrati di salute tra municipalità, PHCC e Scuola pubblica, come espressione di una politica nazionale di pianificazione territoriale della salute. Tutto ciò è stato considerato, da parte di UNDP e Regione Toscana, una piccola *best practice* di cooperazione decentrata che, attraverso un'azione sulla salute, rispondente ai bisogni del territorio, ha rafforzato il ruolo del livello locale e la sua capacità di interagire e incidere sul livello nazionale.

La salute comunitaria in Colombia

Marco Zanchetta

Medici per i diritti umani (MEDU), Firenze

Abstract

La Colombia è un Paese del continente sudamericano con un territorio esteso quattro volte l'Italia e una popolazione di 44 milioni di abitanti, formata dall'amalgama dei tre principali gruppi indigeno, spagnolo e africano. Da cinquant'anni il Paese sta vivendo una drammatica guerra civile che ha portato quasi quattro milioni di sfollati, quindicimila sparizioni e seicentomila vittime. L'inizio del conflitto ebbe inizio nel maggio del 1964, con la rivolta armata dei contadini nella regione del Tolima e la nascita delle FARC, Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia. Lo scontro tra i diversi attori armati della guerriglia marxista delle FARC, guevarista dell'ELN (Ejército de Liberación Nacional), dei gruppi paramilitari di estrema destra e dell'esercito hanno avuto origine da serie contraddizioni di ordine politico, economico e sociale, alle quali si sono intrecciati via via interessi nazionali e internazionali anche non direttamente associati al confronto bellico. In questo contesto, le comunità rurali, i gruppi indigeni ed afrocolombiani, sono i più vulnerabili alla violenza e alle conseguenze dello sfollamento forzato, un fenomeno drammatico il quale, insieme allo smantellamento delle organizzazioni sociali non funzionali all'ordine costituito, ha portato ad un grave indebolimento del tessuto sociale esistente. È nel dipartimento di Chocò, una delle zone più colpite, che si svolge il progetto "Miglioramento dei servizi primari di health care e della salute della donna".

Dopo la politica di *Seguridad Democrática* del Governo di Alvaro Uribe, che prevedeva lo scontro armato con la guerriglia senza alcun tentativo di compromesso, il vento nel Paese è cambiato con l'elezione del presidente di centro sinistra Juan Manuel Santos nel 2010 e l'avvio di un tentativo di dialogo con le FARC finalizzato alla risoluzione del conflitto. Con la riconferma del suo mandato nel giugno del 2014, il presidente ha ricevuto il necessario consenso della popolazione per proseguire a Cuba i negoziati riguardanti quattro punti: la riforma agraria e la partecipazione alla vita politica della guerriglia, questioni su cui è stato raggiunto un parziale accordo, il narcotraffico e il risarcimento delle vittime di guerra. Lo svolgimento delle trattative, però, oltre ad avere deciso un'applicazione degli accordi solo se venga raggiunto un consenso reciproco su tutti i punti, non contempla la sospensione delle operazioni militari sul territorio colombiano.

Alcune delle peggiori atrocità in questi decenni di guerra civile si sono consumate nella regione dell'Urabà ("terra promessa" in lingua *katio*), straordinario crocevia ubicato tra Pacifico ed Atlantico, tra nord e sud del continente, dove la strada panamericana che unisce l'Alaska all'e-

stremo sud dell'Argentina si interrompe di fronte alla selva tropicale dei promontori del Darién. Proprio in questa terra sono nate le AUC, *Autodefensas Unidas de Colombia*, il più feroce gruppo paramilitare di estrema destra autore di innumerevoli massacri di civili, attuati anche con la pratica generalizzata dello squartamento delle vittime. Sciolte nel 2006, le AUC hanno lasciato spazio ad altri gruppi, come le famigerate *Aguilas Negras*, ben conosciute proprio nel territorio del Bajo Atrato, nel dipartimento del Chocò, la porzione di territorio fatto di foresta e corsi d'acqua dove si svolge il progetto di cooperazione sanitaria "Miglioramento dei servizi primari di health care e della salute della donna" (Fig. 1). Le comunità afrodiscendenti e le comunità indigene Embera Katio, Chami e Wuaunan di quella zona ben ricordano il febbraio 1997, quando venne messa in atto da esercito e AUC contro la guerriglia l'operazione *Genesis*, un'azione militare così potente che portò migliaia di civili a lasciare le loro terre in preda al terrore e sopravvivere per molti anni in condizione di totale privazione. In quell'ecosistema così fragile, strategico sia per mega progetti con enorme impatto ambientale (coltivazione della palma africana per

Figura 1. Zona d'intervento del Progetto.



biocombustibile, costruzione del canale interoceanico e dell'autostrada panamericana) che per traffici illeciti di uomini, droga e armi, le comunità vivono prive di corrente elettrica, acqua potabile e sistemi fognari (Tabella I). Nonostante i circa 30.000 abitanti esistono solo due Centri di salute, ubicati nei centri urbani di Rio Sucio e Carmen del Darién, luoghi che distano molte ore di viaggio dalle comunità, anche dieci ore a piedi, in canoa o con imbarcazioni a motore. Il servizio sanitario pubblico, drasticamente ridotto a favore del settore privato con l'approvazione della Ley 100 del 1993 (Box 1), giunge molto raramente alle comunità, per lo più in occasione delle irregolari campagne di vaccinazione.

A fronte di una popolazione che versa in gravi condizioni igienico sanitarie (Tabelle II, III e IV) e caratterizzata da uno stato di estrema povertà (Tabella V) e quindi poco appetibile per il privato sanitario, non fa da contrappunto una seria volontà politica volta a porre rimedio alla situazione. Le diarree e le polmoniti sono le principali cause delle morti infantili, la mortalità per malattie diarroiche dei minori di 5 anni è quasi il doppio di quella nazionale (24,2/100.000 - 13,4/100.000), quella per le infezioni respiratorie acute è di 9 punti superiore (34,7/100.000

- 25,1/100.000). La mortalità per tubercolosi nell'area del Chocó è quasi il doppio di quella registrata a livello nazionale (4,4/100.000 - 2,4/100.000)¹. Ancora, la mortalità materna nel Bajo Atrato, per lo più per cause assolutamente prevedibili, è il doppio di quella nazionale (251/100.000 nati vivi - 92/100.000)², mentre i programmi di pianificazione familiare sono praticamente inesistenti. Particolarmente diffuso risulta il problema delle gravidanze precoci, è frequente incontrare bambine di 12 anni in stato di gravidanza e donne di 40 che hanno affrontato fino a 20 gravidanze. La crisi alimentare e la denutrizione sono particolarmente gravi, per diverse cause.

Al problema economico, per cui un'alimentazione adeguata di un bambino costa 5.000 pesos (circa 2 euro) in una popolazione che all'80% vive con 2.500 pesos, si aggiungono gli sfollamenti, le restrizioni all'ingresso di alimenti imposte dall'esercito timoroso di aiuti alla guerriglia, la difficoltà o impossibilità per i contadini di recarsi nei terreni coltivabili a causa degli scontri, la scarsa

¹ DANE, 2005.

² UNDP (United Nation development Program) 2010.

Corso di laboratorio.



informazione ai genitori sulla corretta alimentazione dei figli. Vi è solo una comunità nel Bajo Atrato dotata di acquedotto, i programmi di igiene ambientale e smaltimento rifiuti praticamente inesistenti, non esistono latrine adeguate nella quasi totalità delle comunità e in nessuna delle comunità è stato mai completato lo schema nazionale delle vaccinazioni. Patologie endemiche sono malaria, dengue, leptospirosi, leishmaniosi, febbre tifoidea, parassitosi intestinale e tubercolosi, mentre mancano del tutto programmi comunitari di screening e di controllo delle più frequenti patologie croniche non trasmissibili quali diabete e ipertensione. Da ultimo, i problemi di salute mentale conseguenti alla violenza del conflitto (sindromi post-traumatiche da stress, stati di ansia e depressioni) sono un aspetto particolarmente critico e trascurato. I soggetti affetti da patologie psichiatriche non possono contare su nessun tipo di assistenza specialistica.

In questo quadro, la situazione non fa che peggiorare: il posto di salute di Rio Sucio resta periodicamente chiuso a causa dei danneggiamenti conseguenti alle inondazioni del fiume Atrato e vi è presente un solo medico, mentre sull'Ospedale di riferimento nella città di Turbo pende un progetto di privatizzazione.

Un intervento di cooperazione internazionale sanitaria in un contesto come quello sopra descritto può fare leva solo parzialmente sui servizi pubblici di salute esistenti, dovendosi altresì confrontare con un vasto territo-

rio e una popolazione suddivisa in numerose piccole comunità distanti tra loro. Ecco che obiettivo principale diventa la sostenibilità nel tempo dell'intervento attraverso l'auto organizzazione delle comunità stesse sui temi della salute e l'empowerment dei referenti in salute delle stesse comunità e dei pazienti stessi (Vedi video <https://www.youtube.com/watch?v=r2b6la4K4O8&list=UUK2-QwPiCjqlAPX85wojgg>). Il terreno fertile da cui cominciare si è presentato con la straordinaria esperienza dei promotori di salute, un progetto nato nel 2005 e sostenuto da MEDU dal 2009, un'attività che tocca oltre quaranta comunità indigene e afrodiscendenti ubicate lungo i sei fiumi affluenti dell'Atrato. Il lavoro dei promotori ha significato in questi anni l'unica opzione di vita e salute, oltre alla medicina tradizionale, per una popolazione schiacciata dalla logica spietata di una guerra endemica. Si tratta di uomini, ma soprattutto di donne, scelti dalla stessa comunità che si dedicano a formarsi nel campo della prevenzione e della cura per dare un servizio volontario e qualificato alla collettività. Le uniche altre risorse a disposizione sono le parteras, ostetriche tradizionali, e gli jaibanà, uomini della medicina tradizionale che nella cosmovisione indigena si occupano delle malattie dello spirito, perché lo spirito, al pari del corpo, ha subito per i membri della comunità ferite così profonde che si riflettono anche nelle tragiche epidemie di suicidi a cui abbiamo assistito.

Il progetto "Miglioramento dei servizi primari di health care e della salute della donna" rappresenta la fase successiva del "Progetto di salute comunitaria nell'area di conflitto del Bajo Atrato", svolto dal 2009 al 2011. Entrambi finanziati dalla Cooperazione sanitaria interna-

Attività di formazione ai promotori di salute.



zionale della Regione Toscana, i due progetti godono della costante presenza in qualità di partner nazionale del Comune di Cascina (PI) e internazionale della Pastorale sociale di Apartadó. In questa seconda fase è possibile contare anche sulla preziosa collaborazione della Azienda USL 6 di Livorno, un affiancamento che permette di raddoppiare la popolazione beneficiaria (10.000 persone appartenenti a 24 comunità) attraverso la formazione continua e puntando in particolare sulla salute della donna, la cui vulnerabilità è emersa in tutta la sua rilevanza durante lo svolgimento del primo progetto. L'azione è incardinata su quattro tipologie di attività:

1. Implementazione del Centro di formazione per promotori di salute e ostetriche tradizionali situato nel centro urbano di Rio Sucio. Il Centro, accessibile sia per via fluviale che terrestre, ospiterà due ambulatori per l'assistenza privata e la pratica clinica, una biblioteca con il materiale pedagogico, un'aula per i corsi, un magazzino per i medicinali e per gli strumenti medici, una cucina e una stanza per l'accoglienza dei corsisti. Nello stesso stabile di 150 mq troverà posto l'ufficio dell'équipe progetto e quello di COPIBAS (*Comité de Promotores Intereticos del Bajo Arato en Salud*).
2. Implementazione delle attività comunitarie di prevenzione e promozione della salute: due campagne di igiene orale rivolte a bambini di 48 comunità, svolte da 24 promotori, durante le quali verranno distribuiti spazzolini da denti, dentifrici e pasta al fluoro; due campagne per la salute della donna, con la presenza dei promotori di salute e delle *parteras*, durante le quali verranno realizzati *pap test*, test per il dosaggio dell'emoglobina nel sangue, incontri comunitari in tema di pianificazione familiare, salute e diritti della donna, equità di genere, prevenzione dei tumori femminili, malattie sessualmente trasmissibili; due campagne antiparassitarie rivolte alla generalità della popolazione di tre comunità pilota con la distribuzione di albendazolo ai bambini tra i 2 e i 6 anni e alle loro famiglie e l'organizzazione di giornate di promozione della salute (*Fiestas de la salud*) con pranzo e incontri di sensibilizzazione e formazione su temi rilevanti per la salute.
3. Implementazione delle attività comunitarie di cura, svolte dai promotori di salute sotto la supervisione dell'équipe progetto, presso il posto di salute comunitario o presso il domicilio del paziente se necessario: visite di medicina generale, controllo della crescita dei bambini sotto i 5 anni (con somministrazione dell'integrazione alimentare del *Ministerio de Protección Social*), controlli di gravidanza, assistenza al parto in collaborazione con le *parteras*, assistenza sia prenatale che durante il puerperio. Esiste un registro dei dati clinici essenziali dei pazienti visitati e le singole

Attività di formazione ai promotori di salute.



farmacie del centro di salute comunitario, rifornite con cadenza bimestrale presso la farmacia di Rio Sucio, sono dotate di un fondo rotativo auto-sostenibile avviato nel progetto anteriore.

4. Implementazione di attività di formazione continua (5 incontri della durata di 5 giorni e due riunioni di 3 giorni di COPIBAS) per i 24 promotori di salute che hanno terminato durante il precedente intervento il corso di quarto livello e ottenuto il diploma di *Auxiliar de salud publica* del SENA (*Servicio Nacional de Aprendizaje* appartenente al Ministero di Protezione sociale). Il corso, sotto la responsabilità del medico dell'équipe progetto, verrà svolto con la collaborazione di un medico di MEDU esperto in salute comunitaria e di un medico specialista della USL 6 di Livorno. Verrà utilizzato un metodo di insegnamento partecipativo e dimostrativo, centrato su temi decisi dai promotori stessi (patologie endemiche dell'area, malattie croniche non trasmissibili, odontoiatria, microscopia, moltiplicazione delle conoscenze, fisiologia e patologia dello sviluppo del bambino nei primi anni di vita).
5. Realizzazione di un corso di salute riproduttiva e sessuale (2 incontri di 5 giorni) per 28 ostetriche comunitarie (*parteras*) presso il Centro di formazione di Riosucio. Alle attività di docenza e alla preparazione dei temi del corso collaboreranno anche un medico specialista della USL 6 di Livorno e un medico MEDU esperto in salute comunitaria.
6. Realizzazione di visite comunitarie da parte dell'équipe progetto finalizzate all'appoggio e alla supervisione dei promotori di salute ed alla formazione dei membri dei *comites de salud* su temi amministrativi, organizzativi, di salute pubblica e diritto alla salute.

Tabella I. Accesso ai servizi pubblici domiciliari (DANE, Censimento 2005).

	Rio Sucio	Carmen del Darién	Chocò	Colombia
Copertura acquedotto	0,12%	6,4%	23,26%	83%
Copertura fognature	0,44%	5,56%	15,29%	73%
Copertura energia elettrica	38,74 % (rurale 3,64%)	49,53% (rurale 36,58%)	65,75%	93%

Tabella II. Le patologie più diagnosticate in 35 comunità dei Municipi di Rio Sucio e Carmen del Darién - Area di salute della pastorale sociale di Apartadó (2010)

1	Malattie diarroiche acute - Disidratazione correlata a queste patologie
2	Infezioni respiratorie acute
3	Complicanze della gravidanza/parto (pre eclampsia, gravidanza precoce ecc.)
4	Patologie croniche (ipertensione, insufficienza cardiaca, asma)
5	Patologie endemiche (malaria, dengue, lebbra, febbre tifoidea)
6	Malattie sessualmente trasmesse (gonorrea, clamidia, sifilide)
7	Malattie dermatologiche (micosi, infezioni batteriche, scabbia, leishmaniosi)
8	Denutrizione

Tabella III. Copertura vaccinale nei bambini minori di un anno e di un anno (trivalente virale)-dicembre 2007, Ministero de Bienestar Social.

	% VOP	% DPT	% BCG	% Epatite B	% HiB	% trivalente virale
Rio Sucio	56,51 %	56,51%	69,01%	56,51%	56,51%	66,98%
Colombia	92,84%	92,88%	93,32%	93,07%	92,87%	94,62%

Tabella IV. Indicatori della salute sessuale e riproduttiva, PROFAMILIA 2005.

INDICATORE	Chocò	Colombia
Tasso di fecondità totale	3,1	2,4
Proporzione di adolescenti che si siano trovate in stato di gravidanza almeno una volta (%)	25,8	21
Uso di metodi anticoncezionali da parte di donne in unione (%)	68,5	78,2
Metodi moderni (%)	56,8	68,2
Metodi tradizionali (%)	11,7	9,5
Percentuali di nascite in cui la madre ha effettuato almeno una visita prenatale con personale sanitario professionale (%)	83,9	93,5
Percentuali di nascite in cui la madre ha partorito con personale sanitario professionale (%)	65,7	90,7

Tabella V. Indicatori socio-economici e di educazione (DANE, Censimento 2005).

INDICATORE	Municipio Rio Sucio	Chocò	Colombia
Proporzione della popolazione sotto la linea nazionale della povertà		78,5%	49,7%
Proporzione della popolazione sotto la linea nazionale di indigenza		48,7%	15,7%
Tasso di alfabetizzazione popolazione > 5 anni	67,4%	71,9%	90,4%

Box 1. Il sistema sanitario in Colombia

Con la *Ley 100 del 1993*, in risposta a una nuova concezione della politica sociale ispirata da un modello di sviluppo neo-liberista, si implementa in Colombia il *Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS)*. Tale sistema, detto della "concorrenza regolata", coinvolge attivamente il settore privato nella prestazione di un servizio pubblico essenziale come la salute. La strategia prevede di garantire a tutta la popolazione l'accesso all'assistenza sanitaria attraverso il sistema assicurativo *Plan Obligatorio de Salud (P.O.S.)*. Esso comprende: un regime "sovvenzionato" (*regimen subsidiado*) per la popolazione più povera (tra cui gli sfollati) finanziato dallo Stato e dai lavoratori con gli stipendi più alti ed un regime "contributivo" (*regimen contributivo*) per i lavoratori e i loro familiari.

Il nuovo Sistema generale della sicurezza sociale, stabilisce quattro competenze basilari:

- il Consiglio nazionale di sicurezza sociale in salute, sotto il controllo diretto del *Ministerio de la Protección Social*, la cui responsabilità è attuare le norme, controllare e dirigere il Sistema di salute in Colombia;
- il Fondo di solidarietà e garanzia (FOSYGA), responsabile della totale gestione finanziaria ed economica del Sistema. Le persone con entrate superiori a due stipendi minimi legali devono versare i contributi al sistema di salute. La popolazione in condizioni di povertà, disoccupazione e le popolazioni rurali sono coperte dal Sistema sovvenzionato dallo Stato;
- le imprese promotrici della salute (*Entidades Promotoras de Salud – EPS*), nuclei organizzativi fondamentali del Sistema. Esse gestiscono concretamente le risorse economiche, la promozione della salute e la organizzazione delle strutture per la prestazione dei servizi medici. Possono essere pubbliche, private, solidali o miste e sono fra di loro concorrenziali nell'attrarre il maggiore numero di affiliati possibile;
- le Istituzioni prestatrici dei servizi di salute (*Instituciones Prestadoras de Servicios de salud – IPS*), cioè gli Ospedali, gli ambulatori, laboratori clinici, i centri di attenzione primaria ed altri centri di servizi sanitari, i liberi professionisti che, organizzati in gruppi o individualmente, offrono i loro servizi attraverso le E.P.S. (imprese promotrici della salute). Gli Ospedali pubblici sono stati trasformati in imprese miste sociali dello Stato.

In realtà ad oggi non si è riusciti a raggiungere la copertura universale ed una gran parte della popolazione (nel 2000 il 46%) è esclusa dal sistema assicurativo. Si è potuto constatare come "il sistema assicurativo nella salute non significa un reale accesso o l'utilizzo effettivo dei servizi né la rimozione delle barriere economiche come veniva postulato dai creatori e promotori della legge 100/93. Oggi la popolazione, specialmente la più povera, spende di più per la salute e gli affiliati al regime sussidiato ricevono un pacchetto di servizi con il 30% in meno delle prestazioni garantite agli affiliati al sistema contributivo. Per la popolazione non assicurata – vincolata – le iniquità sono maggiori, sono coloro che hanno diminuito di più l'utilizzazione dei servizi a fronte di maggiori spese per la salute" (Esperanza Echeverri Lòpez, *Abriendo el siglo...y la brecha de las inequidades*, 2002).

L'esperienza della rete italiana insegnamento salute globale (RIISG)

Alessandro Rinaldi^{1 2}, Giulia Civitelli^{1 2}, Maurizio Marceca^{1 2},
Gianfranco Tarsitani^{1 2}

¹ Dipartimento di Sanità pubblica e malattie infettive, Università di Roma

² Membri del "nodo romano" della RIISG

Abstract

A livello internazionale e nazionale si sta sempre più diffondendo l'insegnamento della salute globale. In Italia la rete italiana per l'insegnamento della Salute globale (RIISG) ne promuove la diffusione all'interno delle Scuole di medicina e chirurgia e non solo, nella convinzione che fare formazione in salute globale non voglia dire soltanto integrare i curricula universitari con tematiche specifiche, ma introdurre un nuovo modo di pensare e agire la salute per generare reali cambiamenti sia nella comunità che nell'intera società. Di fronte all'inadeguatezza dell'attuale sistema universitario nel formare professionisti sanitari rispondenti ai bisogni della comunità, la RIISG promuove un dibattito ed un confronto pubblico per una nuova formazione in salute maggiormente rispondente al contesto all'interno del quale tali professionisti dovranno agire.

Nella visione elaborata all'interno della rete italiana per l'insegnamento della salute globale (RIISG), la salute globale (SG) è da intendersi come un nuovo paradigma per la salute e l'assistenza sanitaria, radicato nell'approccio teorico dei determinanti sociali di salute, basato sui principi enunciati nella Dichiarazione di Alma-Ata (1978) e sostanziato da ampie evidenze scientifiche. L'approccio di SG può essere applicato al campo della prevenzione, della diagnosi, della riabilitazione, del trattamento delle malattie, così come a quello della promozione della salute a livello individuale e/o di comunità ¹.

I contenuti della SG originano dalle riflessioni critiche sulla medicina apparse a livello internazionale intorno agli anni '70; queste sottolineavano il limite di considerare i problemi di salute solamente dal punto di vista della malattia e della sua cura (bio-medicina) proponendo al contempo un nuovo paradigma di riferimento: quello socio-ecologico, intorno al quale far convergere professionalità e saperi diversi che non venissero vissuti come subalterni a quello medico. Sempre nello stesso periodo, attraverso il rapporto *Black*, vennero descritte per la prima volta in

Inghilterra le disuguaglianze nella salute esistenti tra le classi sociali nei confronti delle quali la moderna medicina clinica sembrava non solo impreparata ma anche indifferente. La presenza di disuguaglianze sociali nella salute e la proposta di un nuovo modello di riferimento attraverso cui contrastarle per migliorare i livelli di salute della comunità, hanno rappresentato gli assi portanti di un movimento culturale che guardava criticamente all'egemonia della bio-medicina ². A circa quaranta anni di distanza, fare formazione in SG significa recuperare quel patrimonio culturale con il tentativo di formare professionisti della salute in grado di riflettere, superando le divisioni disciplinari, su cosa sia la salute, quali fattori la determinano e quali pratiche istituire per promuoverla.

La necessità di un nuovo paradigma di riferimento nella formazione medica

In un'intervista del 1971, alla domanda se il percorso di formazione dei medici fosse in grado di preparare professionisti adeguati ai bisogni della comunità, Giulio Maccacaro rispondeva: "Sicuramente no! Esso è sostan-

zialmente immutato da qualche generazione: nel suo orientamento pratico fondamentale e anche nel suo telaio logico-dottrinario, a cui le scoperte scientifiche e gli sviluppi tecnologici hanno aggiunto ricchezza di nozioni e novità di discipline, metodi e strumenti, senza mutarne tuttavia la struttura.”³.

Da allora molto poco è cambiato: riforme curriculari hanno aumentato e diminuito a fisarmonica il numero degli esami, armonizzato e standardizzato alcuni parametri, ma osando ben poco nel campo dell'innovazione dell'approccio, dei contenuti e delle metodologie formative^{4,5}. Proprio per questo motivo, all'interno della RIISG, si sta prendendo sempre più consapevolezza che è il metodo a dare significato e valore ai contenuti, attraverso un approccio partecipativo in grado di promuovere relazioni paritarie tra docente e discente e ponendo quest'ultimo al centro del processo formativo. Tale approccio è necessario se si vuole introdurre un nuovo modo di pensare e agire la salute per generare reali cambiamenti sia nella comunità che nell'intera società⁶.

La formazione in medicina è di fatto ancora ferma a un principio riduttivista di forte impronta biomedica. Questa impostazione, appartenente al secolo scorso, è basata su una lettura dei processi di salute e malattia di tipo meccanico. La salute viene identificata come assenza di patologia e la malattia come un'entità che, più o meno casualmente, aggredisce dall'esterno la macchina umana, facendola smettere di funzionare normalmente. Il trattamento della malattia così come la ricerca delle sue cause, soprattutto quelle biologiche, diventano l'attività centrale della medicina moderna. In questo modo tutti gli aspetti che vanno al di là di questa dimensione, e che potremmo individuare all'interno degli ambiti psicologici, culturali e sociali vengono considerati irrilevanti. Su queste basi epistemologiche si fonda il sapere medico: sia la pratica che la formazione dei professionisti. Ecco quindi che sia i servizi che la formazione medica sono costruite intorno alla centralità del medico e della funzione curativa, nelle quali il paziente viene espropriato della possibilità stessa di prendere decisioni sulla sua malattia^{2,7}.

Tuttavia, oggi più che mai questo tipo di approccio si sta rivelando inadeguato per far fronte alle sfide della società contemporanea (l'aumento crescente delle disuguaglianze in salute sia all'interno che tra i Paesi; la gestione delle patologie croniche in un contesto di crescente disagio socioeconomico; i cambiamenti socio-demografici legati soprattutto all'invecchiamento della popolazione e all'immigrazione). Queste situazioni richiedono dei professionisti in grado di saper affrontare i diversi problemi:

collocandoli nel loro contesto; cogliendone i diversi aspetti con un approccio multidisciplinare e multidimensionale; creando connessioni tra il contesto microsociale (in cui si svolge l'intervento) e quello macrosociale (transnazionale, globale, planetario). Sviluppare tali capacità di lettura globale dei problemi conduce ad un rafforzamento della responsabilità nei confronti dell'intero processo d'intervento (ragionare in termini di processo è necessario quando si vuole generare salute), nonché al rafforzamento dell'etica e della solidarietà (l'analisi politica e sociale e non solo tecnica dei problemi conduce i professionisti a sentirsi “cittadini tra i cittadini” e a voler comprendere un sistema sociale che può, e deve, essere trasformato)⁸.

L'insegnamento della salute globale in Italia: l'esperienza della RIISG

L'insegnamento della salute globale nelle Scuole di medicina italiane appare ancora carente e caratterizzato da contenuti non omogenei nonostante, a livello internazionale, sia sempre più condivisa la necessità di aggiornare l'attuale curriculum formativo delle professioni sanitarie con l'inserimento delle tematiche inerenti la SG⁹⁻¹¹.

In Italia, il dibattito sulla SG è stato innescato nel 2001 con la Dichiarazione di Erice sull'equità e il diritto alla salute, e l'istituzione dell'Osservatorio italiano sulla salute globale (OISG). Il processo è stato ulteriormente alimentato dal contributo rappresentato dal progetto “*Equal opportunities for health, action for development*”, cofinanziato dalla Comunità Europea e realizzato dall'Organizzazione non governativa medici con l'Africa Cuamm, in partenariato con oltre 20 soggetti rappresentativi della comunità sanitaria italiana ed europea (Università, Centri di ricerca, Aziende sanitarie e ospedaliere, Ordine dei medici, Organizzazioni non governative e associazioni). A seguito della prima fase del progetto Equal (triennio 2007-2009) le Istituzioni accademiche, le Società scientifiche, le Organizzazioni non governative, le Associazioni ed i singoli individui maggiormente coinvolti nella diffusione del paradigma della SG su tutto il territorio italiano, sia nelle Università che nel contesto della società civile, hanno dato vita alla RIISG¹². La scelta della rete come modalità di lavoro su questa tematica è stata dettata dalla necessità di individuare un linguaggio comune da cui poter partire per una progettazione condivisa. Per questo la metodologia fino a ora utilizzata è stata quella partecipativa, aperta ai contributi offerti da ogni attore coinvolto, ma anche da tutti i soggetti realmente interessati alle tematiche affrontate che condividano i principi ispiratori. La struttura orizzontale e partecipativa che la RIISG si è voluta dare sta consentendo

alle persone che ne fanno parte di operare in modo creativo e responsabile nel processo innovativo in cui si sentono direttamente coinvolte. Per rendere questo possibile è stato importante condividere alcuni principi che orientassero le pratiche all'interno della rete: curare la fiducia e la reciprocità nelle relazioni dirette tra gli individui; lavorare insieme in modo creativo, responsabile ed autoregolato, generando e presupponendo un apprendimento continuo (è la cooperazione che fonda l'organizzazione e non viceversa); condividere la conoscenza e i saperi (ogni tipo di conoscenza, sia appartenente alle persone, che distribuita su *data base* e testi). Tutto ciò ha permesso la crescita e il consolidamento dei legami all'interno della rete e di riuscire a decidere insieme il “che cosa”, il “perché”, il “quando”, il “dove” e il “come”, con obiettivi comuni e con pratiche e regole condivise¹³.

Obiettivo primario della RIISG è la promozione di attività volte a diffondere in diversi contesti formativi la SG, insieme a un'etica di responsabilità sociale al fine di generare reali cambiamenti nella comunità. Il piano di azione condiviso dagli attori (che ha ricevuto ulteriore impulso da un secondo progetto *Equal* nel triennio 2011-2014) prevede il conseguimento di differenti obiettivi specifici, primo fra tutti aumentare la conoscenza sulla realtà italiana in termini di offerta formativa nell'ambito della salute globale e rendere disponibile in ogni Facoltà di medicina e chirurgia almeno un corso opzionale su queste tematiche. Nell'ambito dei due progetti *Equal* precedentemente citati sono state organizzate in totale 4 formazioni di formatori (ToT – *Training of trainers*) con l'obiettivo di allargare la rete e coinvolgere altri docenti e ricercatori universitari nell'insegnamento della salute globale.

Un ruolo fondamentale e strategico all'interno della rete è svolto dal SISM (Segretariato italiano degli studenti in medicina), un'associazione *no profit* creata da e per gli studenti e presente in 37 Facoltà di medicina sul territorio italiano. In molti casi sono proprio gli studenti il vero motore del cambiamento dell'approccio formativo all'interno dei diversi corsi di laurea. Con la loro collaborazione è stato inoltre possibile realizzare una mappatura delle attività didattiche elettive inerenti la salute globale presenti nelle diverse Facoltà di medicina e chirurgia a partire dal 2007 che ha mostrato (periodo 2007-2013) un numero medio di corsi in aumento, con un miglioramento negli anni della coerenza nei contenuti di tali corsi grazie al curriculum proposto dalla RIISG¹⁴. Nonostante il *trend* in aumento, si è evidenziata un'offerta ancora inadeguata e con diseguale distribuzione dei corsi, presenti prevalentemente nel nord e nel centro Italia e solo in numero limitato nelle Università del meridione.

Conclusioni

Ad oggi, nonostante la maggior parte della recente produzione scientifica e di insegnamento nel campo della SG abbia preso la strada di una riproduzione, con vesti nuove, dei tradizionali approcci di medicina tropicale e salute internazionale, bisogna rilevare come, almeno in Italia e nella RIISG, l'attenzione si stia spostando da ambiti e problematiche “altre” (disuguaglianze nord-sud, mercato globale e accesso ai farmaci, ecc.), alla lettura dell'interdipendenza tra locale e globale, tra micro e macro, e alla riflessione critica e ampia sui processi di produzione e trasmissione del sapere medico-scientifico. Il momento pare opportuno per riprendere la domanda posta a Maccacaro oltre quarant'anni fa e tentarne una risposta aggiornata al presente. Per poterlo fare è necessario partire da quella parte di movimenti “culturali” che a vario titolo, spesso dal basso e senza clamori, stanno contribuendo a favorire la diffusione delle tematiche e dell'approccio di SG, tra i quali la RIISG ne è una forma espressiva ma forse non l'unica.

Bibliografia

- Definizione di salute globale della rete italiana salute globale. Consultabile. Disponibile al sito <http://www.education-globalhealth.eu/it/salute-globale/9-global-health/247-riisg-definizione-di-salute-globale> (ultima consultazione 12 Agosto 2014).
- Lemma P. *Promuovere salute nell'era della globalizzazione. Una nuova sfida per “antiche”professioni*. Milano: Edizioni Unicopli 2005.
- Una facoltà di medicina capovolta, intervista pubblicata su “Tempo Medica”, novembre 1971, n. 97. In Maccacaro Giulio, “Per una medicina da rinnovare”. Milano: Feltrinelli 1979, pp. 377-82.
- Dammacco F, Danieli G. *La formazione del medico dalla tabella XVIII ai nostri giorni*. In: “Centenario della costituzione degli Ordini dei medici. Cento anni di professione al servizio del Paese”, a cura di FNOMCeO, Health communication, Roma 2011. <http://www.slideshare.net/trapanimartino/la-formazione-del-medico-dalla-tabella-xviii-ai-nostri-giorni> (ultima consultazione 12 Agosto 2014).
- Stefanini A. *Per una medicina da rinnovare. Internazionalizzazione e responsabilità sociale della formazione medica*. Politiche Sanitarie 2012;13:216-21. http://www.academia.edu/3532529/Stefanini_A._2012_Per_una_medicina_da_rinnovare._Internazionalizzazione_e_responsabilita_sociale_della_formazione_medica_Politiche_Sanitarie_13_4_216_-221# (ultima consultazione 12 agosto 2014).

- ⁶ Rinaldi A, Russo ML, Civitelli G, et al. *Formazione centrata sulla persona e processi centrati sulla comunità come approccio di promozione della salute dei migranti*. In: Affronti M, Baglio G, Geraci S, et al., a cura di. *Responsabilità ed equità per la salute dei migranti: un impegno da condividere*. Atti del XIII Congresso nazionale SIMM (Società italiana di medicina delle migrazioni), 14-17 maggio 2014.
- ⁷ Capra F. *Il punto di svolta. Scienza, società e cultura emergente*. Milano: Feltrinelli 1984.
- ⁸ Morin E. *I sette saperi necessari all'educazione del futuro*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2001.
- ⁹ Bateman C, Baker T, Hoornenborg El, et al. *Bringing global issues to medical teaching*. *The Lancet* 2001;358:1539-42.
- ¹⁰ Horton R. *Global science and social movements: towards a rational politics of global health*. *International Health* 2009;1:26-30.
- ¹¹ Stefanini A. *Troppi atenei sordi e miopi sui mali della povertà*. *Sole 24 ore Sanità*, 22-28 Febbraio 2005.
- ¹² Civitelli G, Silvestrini G, Carovillano S, et al. *La rete italiana per l'insegnamento della salute globale: attualità e prospettive*. *Medici Manager* 2010;2:34-9.
- ¹³ Rinaldi A. *La rete sociale come opportunità di cambiamento: principi teorici sulla struttura e il funzionamento delle reti*. Consultabile a sito <http://www.educationglobalhealth.eu/it/component/content/article/84-pubblicazioni-e-bibliografia/80-materiale-dei-corsi> (ultima consultazione 12 agosto 2014).
- ¹⁴ Bruno S, Silvestrini G, Carovillano S, et al., e Rete italiana per l'insegnamento della salute globale (RIISG). *L'insegnamento della Salute globale nelle Facoltà di medicina e chirurgia in Italia: l'offerta formativa nel triennio 2007-2010*. *Annali di Igiene Medicina preventiva e di comunità* 2011;23:357-65.

Medicina diseguale, l'esperienza formativa di un gruppo di studenti

Alessandro Mereu¹, Giulia Occhini²

¹MMG in formazione, CFSMG Regione Toscana 2012-2015

² Studentessa Corso di Laurea Medicina e Chirurgia, Università di Firenze

Nato grazie alla collaborazione tra studenti e professori, il corso "Medicina diseguale: come agire per la salute di tutti" prende le sue mosse dalla considerazione che lo studio della biomedicina non è sufficiente per un intervento efficace sulla salute delle persone nella società attuale. Esiste pertanto la necessità di integrare il percorso di formazione dello studente e del professionista con una conoscenza della realtà attuale a cui sottendono questioni complesse e spesso neglette come la concezione di salute, gli sviluppi storici del sistema biomedico e della produzione delle disuguaglianze, la multidisciplinarietà della formazione in medicina e la relazione tra medicina e società. Il progetto non solo ha lo scopo di riflettere insieme con i partecipanti su quelli che sono i determinanti sociali di salute e sui metodi di analisi degli stessi, ma anche quello di creare uno spazio in cui sia possibile fare un'analisi critica dell'attuale sistema medico e formativo. Uno spazio in cui sia possibile confrontarsi con medici e professori per ripensare la formazione e l'organizzazione sociosanitaria. *How we can close the gap?*

Nucleo centrale del progetto sono le metodiche di educazione non formale. Infatti il corso è stato organizzato e realizzato dalla collaborazione tra medici in formazione, professori e studenti in medicina, che dopo essersi autoformati in gruppo hanno facilitato i partecipanti durante tutte le sessioni. Il corso si è rivolto a tutti gli studenti iscritti alla facoltà di Medicina e Chirurgia. Al fine di favorire l'interattività di gruppo l'Attività didattica elettiva (ADE) è stata aperta a un numero minimo di 5 fino a un massimo di 25 studenti. Il corso si è svolto dal mese di marzo a quello di maggio ed è stato composto di tre fasi. La prima

fase ha visto due incontri sulla connessione esistente tra salute e ambiente storico-sociale, guidata dagli studenti, dove si sono poste le basi per una critica del modello biomedico. La seconda fase ha visto una tavola rotonda alla quale hanno partecipato due antropologi medici, un epidemiologo e un economista, per allargare gli strumenti culturali di studio dei determinanti sociali. Infine, la terza e ultima fase è stata composta di tre incontri performativi. Nel primo gli studenti prima hanno studiato alcuni casi clinici con dei medici di medicina generale, per osservare cosa cambia nella relazione terapeutica prendendo in considerazione i determinanti sociali. Nel secondo incontro esperienziale i partecipanti hanno incontrato gli operatori di alcune strutture di assistenza sul territorio: Progetto Casa Stenone-Caritas, MEDU-Medici per i diritti umani e OXFAM-Italia. Infine gli studenti si sono confrontati con i responsabili dell'educazione universitaria in medicina per instaurare un dialogo sulle carenze dell'attuale sistema e immaginare la formazione e l'organizzazione sociosanitaria alla luce delle riflessioni emerse durante il corso. Il progetto si è voluto proporre quindi come spazio di confronto, dove i partecipanti sono protagonisti del proprio percorso formativo. Saranno i partecipanti stessi a poter scrivere il seguito della vicenda, a dare non solo un parere sul corso, ma suggerimenti per il futuro. Uno degli obiettivi è di introdurre nel curriculum l'attenzione ai determinanti sociali di salute con modalità che potranno essere sviluppate insieme a chi vorrà unirsi a noi nell'immaginare concretamente una nuova formazione.

Intervista a 2 degli organizzatori e a una partecipante del corso

Quale è stato il tuo contributo all'interno del percorso?

Alessandro Mereu, organizzatore (AM): Ho agito inizialmente da ponte e poi da componente interno al gruppo. Quando nacque l'idea del corso il Prof. Maciocco, vista la mia storia nel SISM da cui ero uscito da due anni, mi contattò chiedendo di creare un contatto con gli attuali studenti per esporre questa idea e costruirla assieme successivamente. Quindi inizialmente facilitai l'aggregazione di studenti che in qualche modo erano già sensibili al tema e ad un metodo di lavoro professori-studenti diverso da quello classico che si costruisce su relazioni gerarchiche di potere e di meccanismi di delega verticali. Condiviso il metodo di lavoro, orizzontale e con il mutuo riconoscimento di compiti da svolgere e ruoli da assumere, mi sono "costituito" nel gruppo "scientifico" degli studenti anche se non lo sono più da qualche anno e come loro e con loro ho studiato e lavorato sia all'approfondimento teorico che alla realizzazione concreta delle sessioni di lavoro, potendo anche contare su una più lunga esposizione a certe tematiche rispetto a chi vi si affacciava per la prima volta e quindi mettendo a frutto la mia relativa esperienza come per esempio il contatto con alcune delle realtà che sono state invitate poi a intervenire durante il corso stesso (Casa Stenone).

Giulia Occhini, organizzatrice (GO): Mi sono inserita nel gruppo "scientifico" come studentessa precedentemente sensibilizzata alle tematiche del corso ma senza formazione specifica. Mi aveva contattato Alessandro per proporre una collaborazione a un'idea di progetto che il Prof. Maciocco avrebbe sostenuto. Ho subito accettato perché da tempo avevo il desiderio di utilizzare le conoscenze e soprattutto le tecniche di formazione non formale apprese nel SISM per realizzare un progetto rivolto ad altri studenti della mia stessa sede universitaria. All'interno del gruppo scientifico ho potuto formarmi su testi suggeriti dal Prof. Maciocco, dai ragazzi "più grandi" già esposti alle tematiche e su materiale reperito autonomamente su Internet e in libreria.

Arianna Meacci, partecipante (A): Ho preso parte alla ADE "Medicina diseguale" in qualità di partecipante: in quanto studentessa del primo anno questa era l'unica ADE che avrei potuto seguire (le altre ADE proposte erano più "specialistiche", indirizzate a studenti che comunque hanno già un discreto bagaglio culturale in campo medico-scientifico). È stato per me un percorso stimolante, che mi ha permesso di mettermi in gioco direttamente: il motore

intrinseco di tutta l'attività, infatti, era proprio il continuo confronto tra partecipanti e organizzatori in merito alle tematiche affrontate. Dal dialogo, dalla discussione, dalle domande poste e talora risolte anche solo parzialmente è stato possibile ampliare le nostre riflessioni in modo costruttivo. Per quanto mi riguarda, dunque, posso dare a questo corso il merito di aver ampliato il mio sguardo su quella che è la medicina "in toto" e di aver fatto nascere in me ulteriori interessi di tipo medico-antropologico.

Quali erano le tue aspettative prima del corso?

AM: L'aspettativa principale era quella di creare uno spazio dove le tematiche scelte potessero propagarsi in due direzioni parallele, la prima direzione corrispondente al "gruppo scientifico" dove l'intensità di lavoro (2 incontri settimanali per circa 6 mesi) ed il livello di approfondimento è stato molto elevato e preciso; la seconda direzione quella degli studenti partecipanti dove magari l'approfondimento non poteva essere così intenso ma si potesse veicolare alcuni riferimenti teorici e pratici che risuonassero loro in modo da renderli utili, concreti e adesi alla loro vita quotidiana di studenti e prossimi professionisti. Oltre a questa prima aspettativa ve n'è una di carattere metodologico, cioè l'allenamento al lavoro di gruppo scardinando la verticalità e la gerarchia di ruolo ma privilegiando il *task-shifting* e la condivisione. Questo è stato particolarmente atteso per il "gruppetto scientifico" dove con grande impegno e non senza difficoltà abbiamo imparato a collaborare, condividere nozioni, informazioni e competenze tra pari; per il gruppo degli studenti invece si è basato sull'orientamento al lavoro di gruppo inteso come meta-corso (dove gli studenti erano invitati a lavorare assieme fuori dall'aula esponendoli a un cambio di paradigma metodologico in quanto la formazione medica universitaria tende a individualizzare il lavoro creando competizione più che collaborazione).

GO: Le mie aspettative erano rivolte da un lato al lavoro di gruppo e dall'altro all'impatto sulla formazione universitaria. Sono stata molto contenta di partecipare perché avvertivo la necessità di approfondire i temi che sono poi diventati oggetto del corso, ma da sola sentivo di non trovare la spinta e la direzione adeguate. Inoltre l'idea di lavorare in un gruppo mi ha invogliato perché la formazione in medicina è un percorso solitario, spesso competitivo, che non ho mai riconosciuto come funzionale al mio apprendimento. L'altra aspettativa riguardava la possibilità di creare uno spazio di confronto con i miei compagni di corso di laurea su tematiche che io credo

essere imprescindibili per la formazione dei futuri medici e che vorrei facessero parte del curriculum universitario.

A: Prima del corso non avevo ancora ben chiaro cosa fossero le ADE e secondo quali modalità venissero svolte. Il titolo "Medicina diseguale", comunque, mi suggeriva che si sarebbero trattate tematiche economiche/antropologiche/sociali abbastanza estranee al piano di studi ufficiale d'Ateneo: in fondo, è stata proprio questa peculiarità visibile dal titolo a invogliarmi a partecipare. Guardando la scaletta stilata per i vari incontri, già mi aspettavo di compiere un percorso integrativo rispetto a quello affrontato la mattina nelle aule universitarie.

Cosa ti ha colpito dal confronto con le varie figure professionali incontrate durante il corso?

AM: mi ha colpito la necessità di conoscere maggiormente figure professionali e realtà che in qualche modo interagiscono coi medici e con il sistema medicina per la salute della persona e della comunità, verificando come non sono solo i medici a occuparsi ed interessarsi di salute ma anche altre categorie, riflettendosi così nella teoria dei determinanti di salute che spiega come la biomedicina non sia che un elemento che influisce sulla salute, tra l'altro anche minoritario rispetto a tutti gli altri elementi che sono i determinanti sociali.

GO: Lavorare con altre professionalità è stato altamente stimolante. Mi ha permesso di aprirmi a nuovi punti di vista e di sviluppare capacità di collaborazione. Classificherei le figure con cui ho lavorato nelle seguenti categorie: altri studenti miei pari, medici in formazione, professori universitari, altre professionalità. Mi sono resa conto della differenza che c'è tra un team multidisciplinare in cui mancano collaborazione e coordinamento e invece un gruppo di lavoro interprofessionale dove il confronto e il rispetto permettono un reale scambio di conoscenze e il raggiungimento di un obiettivo comune.

A: Incontrare figure professionali molteplici durante il corso è stato secondo me assolutamente determinante per la buona riuscita della ADE: per assumere un punto di vista competente sulle cose, infatti, secondo me bisogna (e questo in generale) lasciare sempre la parola agli "esperti del settore", ed evitare di improvvisarsi maestri della materia. Quindi, sentir parlare ora un economista, ora un'antropologa, ora un medico di famiglia mi ha fatto percepire profondamente di volta in volta la dimensione conoscitiva e lavorativa di quella specifica figura professionale.

Quali sono le tue riflessioni a posteriori?

AM: Forse gli studenti partecipanti non si sono resi conto appieno della mole di lavoro e della sua qualità (inteso

non in termini di bravura, ma appunto in termini della qualità metodologica utilizzata), probabilmente per un ridotto coinvolgimento diretto; a prescindere dalle sensazioni questo spunto serve per riflettere ulteriormente su come ri-formulare le proposte e le attività didattiche partendo dai bisogni degli studenti e dalle loro risorse personali, in una dimensione collettiva in modo analogo a quel che è la realtà della professione, cioè una professione che deve saper offrire risposte ai bisogni di salute degli individui e delle loro comunità, una professione che non può più lavorare singolarmente ma insieme a altri operatori e realtà esistenti e determinanti anch'essi la salute della popolazione.

GO: Credo che il lavoro che abbiamo fatto sia stato valido. Non solo siamo riusciti a portare avanti un progetto della durata di un anno accademico, ma il corso è riuscito bene ed ha riportato buoni livelli di soddisfazione da parte dei partecipanti. Gli ingredienti fondamentali sono stati: il lavoro alla pari del gruppo di formazione prima e del gruppo allargato agli iscritti al corso poi, la collaborazione attiva con i professori, la capacità di restare elastici con la scaletta delle sessioni adattandole alle necessità dei partecipanti emerse strada facendo.

A: A percorso concluso, non posso che reputarmi soddisfatta e al contempo inaspettatamente sorpresa di questo grado di soddisfazione raggiunto: è stato un corso sia ben organizzato per quanto riguarda i contenuti di ogni singolo incontro, sia ben riuscito in virtù della disponibilità e dell'entusiasmo dimostrati dai ragazzi organizzatori. Quello che personalmente ho percepito, infatti, è stato un clima di grande positività e di grande voglia di fare: mi sono trovata insieme a colleghi realmente appassionati alla materia che studiano e che spontaneamente hanno preso parte a un lavoro di gruppo che li ha impegnati per diversi mesi. Questa attitudine al lavoro di gruppo è stata continuamente trasmessa a tutti i partecipanti ed è in fondo anche il lascito più importante di questa esperienza: "Pensare, studiare e fare insieme per migliorare ciò che non funziona; approfondire, formarsi e auto-formarsi, con occhi attenti e mente aperta".

Sviluppi futuri. Se dovessi riprogrammarlo in futuro cosa cambieresti?

AM: se la domanda è "lo rifaresti?", sì, lo rifarei. Se la domanda è "lo rifaresti di nuovo?", forse no. Nel senso che l'aspettativa era quella che ci fossero più persone, preferibilmente giovani studenti all'inizio del percorso, che potessero inserirsi e prendere in mano questo genere di attività che è stata creata come apripista. Secondo me

questa ADE non può essere considerata come un punto di arrivo ma come un inizio, un inizio da continuare oppure re-indirizzarsi ma col vincolo degli studenti come discenti attivi decisori, sui loro bisogni, del percorso da intraprendere. Per far sì che gli studenti nuovi e nuovissimi possano inserirsi e occuparsi di questo spazio nuovo, c'è bisogno che questo spazio non sia già occupato da chi questo percorso lo ha già vissuto. Se dovessi riprogrammarlo di nuovo probabilmente cambierei la mia posizione, assente o più defilata.

GO: Non credo che il progetto sia arrivato alla sua conclusione. Mi spiego meglio: il corso è finito, ma questo non era che uno degli obiettivi che il gruppo aveva in mente iniziando a lavorare al progetto. Lo scopo ultimo è quello che sia l'Università stessa a promuovere sia la formazione interdisciplinare sui determinanti sociali di salute e sulla salute globale nelle ore curriculari, sia spazi di confronto studenti-professori sulla formazione. Per farlo è necessario che sempre più studenti richiedano a gran voce un cambiamento di rotta nella formazione universitaria. Perciò la speranza è che l'iniziativa coinvolga altri studenti che possano perseguire lo scopo scegliendo nuove strade, magari migliori di quella da noi proposta, per migliorare la loro stessa formazione. Se

ciò accadesse mi piacerebbe poter facilitare il passaggio del testimone, continuando a seguire gli sviluppi del progetto.

A: Secondo me un progetto del genere deve avere assolutamente uno sviluppo futuro, sarebbe un peccato troncarsi sul nascere un percorso che per ora è andato bene e ha dimostrato di possedere un valore aggiunto rispetto alle canoniche attività curriculari. Se dovessi riprogrammarlo, comunque, punterei a creare qualcosa di diverso rispetto a "Medicina diseguale", sempre rimanendo all'interno delle tematiche più sociali inerenti la medicina. Invece di parlare di salute globale, per es., si potrebbero affrontare tematiche riguardanti la salute del territorio e per questo più vicine all'esperienza di ciascuno. Magari scegliere una serie di articoli proposti dalle riviste regionali del settore e cercare di inquadrare e analizzare vicissitudini e problematiche riguardanti il Servizio sanitario regionale e/o nazionale (tagli alla spesa, inserimento nel mondo del lavoro, efficienza/inefficienza di certe strutture, importanza della prevenzione e metodi di attuazione di questa...). Così, mi sembra, lo studente comincerebbe a intravedere il mondo lavorativo in cui si inserirà dopo aver trascorso anni sui libri e può coscientemente farsi un'idea di quello che potrà essere o meno il suo futuro.

Uganda, testimonianze dal campo

Progetto d'iniziativa regionale "Assicurare l'accesso al parto. Un intervento nell'ospedale di Aber e nel distretto di Oyam"

Introduzione:

Barbara Tomasini¹, Stefano Zani¹

¹ Azienda Ospedaliero Universitaria Senese

Intervista a:

Maria Nannini¹, Giovanni Turrise²

¹ Studentessa Corso di laurea sviluppo economico cooperazione internazionale sociosanitaria e gestione dei conflitti, Università di Firenze

² Specializzando in Pediatria, Università di Siena

Introduzione

Circa tre quarti della mortalità materna, la metà delle morti intrauterine fetali e un quarto delle morti neonatali avvengono nel periodo del parto¹. Le cause di queste morti sono in gran parte legate alle emergenze ostetriche. Quest'ultime, benché imprevedibili, possono essere risolte con successo se c'è un accesso rapido ad un pacchetto di prestazioni di qualità erogate da strutture sanitarie periferiche e da un ospedale di riferimento in collegamento fra loro e con le comunità. Il tempo è una variabile chiave. In molte aree dell'Africa a sud del Sahara le principali barriere all'accesso al parto sicuro sono rappresentate dalle distanze geografiche dai servizi sanitari, da barriere finanziarie legate alla povertà, da influenze culturali e

da bassi livelli di qualità delle prestazioni ostetriche². Il progetto affronta queste problematiche applicando una metodologia di intervento basata sulle più recenti evidenze scientifiche che attestano l'efficacia di un approccio di tipo multidimensionale³. Questo approccio ruota attorno alla centralità del parto e al rafforzamento del sistema sanitario in modo che sia possibile far fronte alle emergenze ostetriche e neonatali nell'ambito della continuità delle cure (*continuum of care*).

Il Progetto Aber nasce come progetto di rete territoriale tra la Diocesi di Firenze come Caritas diocesana, la

¹ Darmstadt L. *Stillbirths: missing from the family and from family health*. Lancet 2011;11:60099-8.

² Say L, Raine R. *A systematic review of inequalities in the use of maternal health care in developing countries: examining the scale of the problem and the importance of context*. Bull World Health Organ 2007;10: 812-19.

³ Hussein J et al. *What kinds of policy and programme interventions contribute to reductions in maternal mortality? Systematic review*. DFID 2011.

Diocesi di Lira in Uganda, Medici con l'Africa Cuamm di Padova e la richiesta di collaborazione alla Cooperazione Sanitaria Internazionale della Regione Toscana che ha attivato le competenze del sistema sanitario toscano affidando il coordinamento delle attività all'Area Vasta Sud-Est-Azienda Ospedaliera Universitaria Senese.

Il progetto si svolge nel distretto di Oyam in Uganda (vedi Box 1 e 2 per il contesto socioeconomico e sanitario). Le attività si concentrano sulla salute materno infantile con l'obiettivo di migliorare la qualità, l'accessibilità e l'equità dei servizi. Le aree di intervento sono in particolare l'ospedale di Aber e i servizi periferici di salute materno infantile del Distretto di Oyam. Attenzione prioritaria è data alle competenze del personale ostetrico ed infermieristico del reparto di maternità, sia dell'ospedale che dei centri periferici, alla capacità gestionale dell'ospedale di Aber ed al sistema di riferimento dei pazienti. L'intervento è sviluppato di concerto con le istituzioni locali, sia politiche (Distretto Sanitario) che religiose e comunitarie. La presa in carico da parte della comunità e dei *decision maker* del tema della salute materno infantile è prerequisito per un intervento su tutti i determinanti della salute, di cui il sistema sanitario è un elemento, sia pur determinante nel momento del parto.

A partire dal 2007, Medici con l'Africa Cuamm e Copi hanno realizzato un intervento sulla salute materno infantile finanziato dall'Unione Europea. Il progetto è intervenuto a livello di distretto, garantendo la ripresa della maggior parte dei servizi materno ed infantili, aumentando sostanzialmente il numero di parti assistiti da personale

Box 1. Uganda. Contesto socio economico e sanitario

L'Uganda è situata nella parte centro-orientale dell'Africa e ha una superficie di 241.500 Km². La popolazione stimata nel 2011 (proiezioni dell'Uganda Bureau of Statistics sui dati dell'ultimo censimento del settembre 2002) è di circa 34,6 milioni di abitanti con un tasso di crescita annuo del 3,6%. La struttura della popolazione è tipica dei Paesi dell'Africa subsahariana: il 49,9% è sotto ai 15 anni e solo il 2,1% ha oltre 65 anni. Il tasso di fertilità è pari a 6,7 figli per donna. Solo il 13% della popolazione vive in città, mentre la stragrande maggioranza risiede nelle aree rurali dedicandosi all'agricoltura, che contribuisce al 98% delle esportazioni del paese. Come Indice di Sviluppo Umano, l'Uganda si colloca al 161° posto su 187 paesi. La speranza di vita alla nascita è di 48 anni per i maschi e 51 per le femmine. Le cause di mortalità sono in gran parte dovute ancora a patologie che si possono prevenire e curare. Molto grave, al riguardo, è il quadro riguardante la salute materna e perinatale che rappresenta il 20,4% dell'intero disease burden del paese. La mortalità materna è stimata attorno al 435x100.000 nati vivi, la mortalità neonatale (primo mese di vita) si aggira attorno al 29 x 1000 nati vivi, la mortalità intrauterina o natimortalità è superiore al 25x1000 nati vivi. Nel novero dei processi di trasformazione del paese, quello più recente e rilevante è il processo di pacificazione delle aree del nord segnate da una guerra civile durata un ventennio. Il ripristino di uno stato di sicurezza si è concretizzato a fine del 2006. Di particolare interesse per i risvolti sul piano sanitario è il processo di decentramento in atto da tempo nel paese. Il territorio nazionale è suddiviso in oltre 100 distretti, a loro volta ripartiti in Counties, Subcounties e Parishes.

qualificato, il numero di cesarei e i casi di parti complicati riferiti all'ospedale di Aber.

La necessità, allo stato attuale, è di dare seguito a questi interventi in termini di solidità e sostenibilità al processo avviato attraverso questo progetto triennale. Il principale investimento necessario è quello di garantire una elevata qualità dei servizi. L'ospedale di Aber, struttura privata *not for profit* è l'ospedale distrettuale ed è l'unica struttura in grado di fornire i servizi CEmOC (*Comprehensive Emergency Obstetric Care*). L'ospedale, sia pur in discrete condizioni strutturali, soffre di una vistosa difficoltà in termini gestionali e di scarsità di risorse umane in termini quantitativi e qualitativi. Il governo contribuisce con il sistema dei *Primary Health Care allocation grants* ossia trasferimenti di denaro dal Ministero della Salute attraverso il distretto, a copertura

Donne in fila ad un centro di salute.



Box 2. Il Distretto di Oyam. Contesto socio economico e sanitario

Il distretto ha una popolazione stimata di 343.600 abitanti, sulla base del censimento del 2002, distribuiti in una superficie di 2.716 km². Le strade asfaltate coprono circa 55 Km mentre per la rimanente parte sono in terra battuta. La popolazione residente è in gran parte dedita all'agricoltura di sussistenza. A causa della guerra civile che si è protratta per oltre vent'anni, il distretto ha ospitato a lungo migliaia di sfollati interni e provenienti dalla regione del Nord Uganda. Gli indicatori di salute della popolazione locale presentano valori bassi anche in rapporto ad altre aree del paese. Il distretto è provvisto attualmente di 1 solo ospedale distrettuale (Pope John Hospital di Aber) di riferimento e di 23 centri sanitari distribuiti in 2 zone (North and South Oyam Health sub districts). Sono solo 2 le strutture in grado di offrire servizi CEmOC (*Comprehensive Emergency Obstetric Care*) anche se alla prova dei fatti in una di queste non vengono effettuati parti cesarei e 5 le strutture strutture BEmOC (*Basic Emergency Obstetric Care*). Il Pope John Hospital di Aber ha 194 posti letto e uno staff di 149 persone. Inoltre è la sede direzionale del sottodistretto sanitario sud del distretto di Oyam. L'ospedale è stato fondato dai missionari comboniani nel 1969 e per molti anni è stato sostenuto con risorse umane, finanziarie e materiali fornite da Medici con l'Africa Cuamm fino al 1993, e da quella data è gestito dalla Diocesi Cattolica di Lira.

parziale dei costi ricorrenti di quelle strutture che, sia pur private, vengono riconosciute ospedali distrettuali per il servizio di pubblica utilità che svolgono. Tale trasferimento di fondi da parte del governo copre solo il 30% dei costi dell'ospedale e non può coprire le spese per le risorse umane locali. Questa situazione costringe l'ospedale ad erogare i servizi sanitari in un regime tariffario (ticket) che pesa sui pazienti limitandone l'accessibilità ai servizi erogati. Pertanto la capacità di ottimizzare le risorse umane e finanziarie a disposizione diventa decisiva per fornire servizi accessibili e di qualità ai pazienti. La stessa problematica è vissuta dai centri periferici. Nel distretto di Oyam, solo il 43% della popolazione vive a meno di 5 km dalla più vicina struttura sanitaria, la quale, spesso, non è in grado di assistere un parto complicato. I più vicini ospedali che fanno i parti cesarei sono a 70 e 80 km da quello di Aber. È quindi decisiva la qualità e tempestività delle diagnosi e delle decisioni di riferimento dei pazienti verso centri più qualificati, per garantire la massima sicurezza di cura. Pertanto il primo

servizio da potenziare è apparso essere il servizio di trasferimento-riferimento (ambulanza dedicata donne gravide). Di pari passo con un valido sistema di riferimento vi è necessità di un aumento del numero di parti assistiti da personale qualificato e il miglioramento della qualità dell'offerta di servizi ostetrici a livello periferico.

Di seguito potete leggere le interviste di due studenti che hanno potuto partecipare e dare il loro contributo al progetto. Maria Nannini, studentessa del Corso di Laurea in Sviluppo economico e cooperazione internazionale ha lavorato assieme a Cuamm alla valutazione di possibili incentivi per poter aumentare la domanda di assistenza al parto qualificato da parte delle donne in gravidanza. Giovanni Turrisi, specializzando in Pediatria ha invece condotto attività di formazione e di pratica clinica nell'ospedale di Aber.

Due esperienze esemplificative dell'approccio olistico e multidisciplinare del progetto.

Intervista

Quali sono state le principali attività che hai svolto all'interno del progetto?

Maria Nannini (MN). Durante lo svolgimento del tirocinio ho preso parte alla fase preparatoria di un progetto pilota portato avanti da Medici con l'Africa CUAMM all'interno del distretto di Oyam, nel nord Uganda. Per 7 settimane ho affiancato il personale CUAMM, partecipando all'organizzazione del lavoro intitolato "*Evaluation of the effect of demand side incentives on utilization of delivery services in Oyam district: a study protocol*". Il progetto generale, oltre a migliorare il lato dell'offerta dei servizi, rivolge attenzione anche al lato della domanda, al fine di ottenere buoni risultati sul piano dell'equità.

Una volta comprese le varie barriere (economiche, geografiche, culturali) che impediscono alle fasce più deboli della popolazione di accedere ai servizi materno neonatali offerti presso le strutture sanitarie, si sono cercati incentivi e schemi per rendere tali servizi maggiormente accessibili, al fine di incrementare l'assistenza qualificata al parto.

Il nostro studio si propone di valutare l'effetto di precisi incentivi (Transport voucher; Baby kit) sull'utilizzo dei servizi per la salute riproduttiva. L'intervento ha una durata prevista di 1 anno (da gennaio a dicembre 2014), al termine del quale l'analisi dei dati sarà in grado di indicare l'incentivo maggiormente efficiente ed efficace: questo sarà implementato sul territorio dell'intero distretto.

In particolare la mia partecipazione alla fase prepara-

toria del progetto, durante i mesi di ottobre e novembre 2013, ha riguardato le seguenti attività:

- organizzazione teorica del disegno di ricerca;
- organizzazione pratica degli schemi degli incentivi da implementare sul territorio;
- raccolta dati negli Health Centre;
- incontri con i rappresentanti della comunità e con lo staff degli Health Centre per una prima presentazione del progetto e dello schema da implementare e per ascoltare i diversi punti di vista e opinioni riguardo lo scarso utilizzo e fruizione delle Health Unit come riferimento per la salute materno-neonatale;

Giovanni Turrisi (GT). Durante il mio periodo di permanenza nella struttura indicata, mi sono occupato principalmente di assistenza primaria in ambito neonatale e pediatrico. La mattina effettuavo il giro visita nel reparto di Pediatria Generale, circa 50 posti letto, dove ho assistito a svariati casi clinici, soprattutto riguardanti malattie infettive (Malaria, AIDS), ascessi, ferite dovute a cure mediche "tradizionali", malnutrizione e anemie di varie forme.

Mi sono occupato anche e specialmente dell'assistenza in sala parto/sala chirurgica di neonati asfittici sia a termine che pretermine, o comunque di tutti i neonati che necessitavano di assistenza rianimatoria.

Ero altresì presente ad ogni taglio cesareo, sia urgente che programmato per garantire la miglior assistenza possibile.

Sempre nel progetto mi sono occupato anche di formazione del personale, facendo formazione direttamente in sala parto - chirurgica alle ostetriche presenti, e svolgendo anche, nel distretto sanitario di Oyam, lezioni frontali di rianimazione neonatale.

Fai una riflessione personale

MN. Attraverso il tirocinio svolto con Medici con l'Africa CUAMM ho potuto avvicinarmi alle dinamiche dello sviluppo sanitario da una prospettiva concreta, capace di mettere in luce punti di forza e debolezza di un intervento di cooperazione sanitaria.

La mia posizione di tirocinante mi ha permesso di sfruttare 2 grandi canali di apprendimento.

Da un lato il lavoro a fianco del personale CUAMM, con esperienza e professionalità nel campo della cooperazione sanitaria; dall'altro il confronto diretto con la realtà nella quale l'intervento si inserisce: attraverso questo canale di osservazione ho potuto rendermi conto in prima persona di problemi e criticità da affrontare. Inoltre ho avuto modo di esprimere le mie idee riguardo l'organizzazione e il funzionamento del lavoro, riuscen-

do quindi a mettere in gioco le mie risorse personali e la mia formazione teorica. Lavorare in Africa richiede di adottare parametri diversi rispetto a quelli abituali, e non bisogna correre il rischio di lasciarsi influenzare troppo da quelle che sono impressioni iniziali, posizioni troppo emotive. Appropriatelyzza e sostenibilità sono fondamentali. Infatti, affinché si possa pretendere di agire in una specifica realtà bisogna prima saperla leggere, sapersi adattare al contesto nel quale ci si inserisce: vederlo come punto di partenza e non solo come obiettivo e mira di azione. Consapevoli del terreno di diversità sul quale ci muoviamo, dobbiamo essere in grado da un lato di usare filtri di interpretazione per comprendere le dinamiche e dall'altro di costruire fiducia entro le relazioni di collaborazione: presentandoci come stranieri dobbiamo almeno provare a superare questo scalino, facendoci conoscere su un terreno quanto possibile paritario, sensibili al contesto locale.

GT. Personalmente ritengo che la situazione sanitaria nell'Ospedale Pope John sia facilmente migliorabile attraverso una ottimale integrazione con le scuole di specializzazione. Basterebbe che gli specializzandi coinvolti fossero almeno 2, questo per avere un carico di lavoro più umano, perché essere reperibili 24 ore su 24 alla lunga è sfibrante. Ci si potrebbe dividere il lavoro molto più razionalmente, magari un medico specializzando sia occupa di Neonati e mamme, e un altro del reparto di Pediatria, alternandosi nella guardia attiva.

Rimango dell'idea che il personale locale vada coinvolto quanto più possibile, visto anche che lavorare per i bianchi è sempre un posto ambito per i locali.

Quali sono stati i punti di forza e le criticità riscontrate?

MN. Lo sviluppo sanitario corre spesso il rischio di rimanere pesantemente condizionato da altri ritardi ad esempio gravi carenze nel campo delle infrastrutture e dell'istruzione, oltre che sottosviluppo economico, sono trappole per la riuscita dei progetti.

Al fine di affrontare al meglio tali criticità risulta fondamentale l'adozione di un approccio integrato che tenga conto della complessità del contesto e segua un orientamento inclusivo ed equilibrato, mirando ad un rafforzamento di base dell'assistenza materna e neonatale. Gli incentivi proposti nel nostro progetto mirano a superare gli ostacoli di natura geografica, economica, culturale: tale intervento quindi, se pur ancora fortemente influenzato da variabili di diversa natura, dovrebbe essere in grado di agire in modo più completo, proprio perché è stato disegnato adottando una visione d'insieme.

Lo schema degli incentivi risulta senz'altro verticale, e non guarda ad uno scenario di sviluppo completo, non garantisce quindi una prospettiva di lunga durata. Un supporto garantito dall'esterno può distorcere il reale percorso di sviluppo sanitario, rischiando di trasformarsi da aiuto nel breve periodo a interferenza e ostacolo nel lungo periodo. Tuttavia nel nostro caso questo effetto di distorsione può essere attutito e moderato da alcuni fattori. Infatti, l'approccio adottato, attento alle necessità e dinamiche locali, può essere canale di stimolo per sviluppare risposte locali. Gli incentivi di per sé rappresentano una risposta esterna, ma lo schema di funzionamento coinvolge le risorse locali ed è potenzialmente in grado di creare circoli virtuosi: le donne coinvolte in prima persona hanno modo di rendersi conto dell'importanza di adeguate cure e servizi garantiti e possono sviluppare una maggiore "cultura dell'assistenza qualificata al parto". Inoltre, una volta che il meccanismo funziona, la sensibilizzazione può passare anche attraverso canali più indiretti, rendendo partecipe la comunità nel garantire un'adeguata assistenza alle donne. Infine uno dei 2 incentivi coinvolge anche i driver nella mobilitazione delle donne, oltre a fornire loro un buon canale di guadagno che si ridistribuisce all'interno della comunità.

GT. Punti di forza secondo la mia esperienza: l'assunzione di responsabilità del medico specializzando, che si trova in prima linea nell'assistenza sanitaria. Organizzazione del reparto secondo le proprie motivazioni, esigenze ed esperienze passate.

Punti di criticità: il personale locale dovrebbe essere più motivato nell'assistenza ai malati; l'altra faccia della medaglia della maggior libertà goduta dal medico specializzando è che a volte, ci si potrebbe sentire un po' abbandonati.

Racconta un'esperienza o un aneddoto

MN. Riportare, come episodio significativo, una giornata di lavoro sul territorio del distretto può essere utile per comprendere meglio il contesto entro cui abbiamo lavorato, dove si inserisce il progetto.

Per raccogliere i dati e svolgere riunioni con i rappresentanti della comunità e lo staff degli Health Centre, ci muoviamo in jeep lungo le strade del distretto; raggiungere le unità sanitarie locali non è cosa semplice: le strade sono quasi ovunque dissestate, le piogge peggiorano le buche e creano allagamenti, non sempre superabili. Capita più volte di doversi fermare, per spingere la macchina fuori dal fango o per valutare la profondità dell'acqua sulla strada. Inoltre vi possono essere altri

Incontro presso un centro di salute.



motivi di rallentamento: dare un passaggio a chi ha bisogno è la regola, e non viene mai fissato un limite di passeggeri; così viaggiamo sempre stracarichi di persone, alle quali si aggiungono naturalmente i rispettivi carichi di attrezzi, più o meno ingombranti, o di galline, più o meno confusionarie.

Nel caso dell'Health Centre di Ngai, più isolato degli altri, il viaggio risulta particolarmente complesso: la strada è molto lunga e dissestata, e attraversa varie paludi. Tra le varie persone facciamo salire una donna incinta, che cammina sotto il sole a lato della strada per raggiungere proprio l'Health Centre di Ngai; mi sorprende doverla aiutare a salire, aprire e richiudere lo sportello: non è pratica probabilmente perché mai salita prima su una macchina.

Una volta arrivati all'Health Centre dobbiamo aspettare ancora diverse ore per poter incontrare i rappresentanti della comunità e lo staff sanitario al completo, nonché per trovare i registri e raccogliere i dati. Il lavoro non è semplice, i tempi africani si allungano e l'organizzazione del centro non funziona bene. Cerchiamo comunque di portare il nostro contributo e di preparare il terreno per lo svolgimento del progetto.

Al momento di ripartire ci viene chiesto di portare all'ospedale di Aber una donna in travaglio, che presenta alcune complicazioni; naturalmente facciamo salire sulla jeep la donna, insieme ad altre persone. Il viaggio di ritorno si presenta davvero difficile: la strada è sempre allagata e piena di buche, nella jeep siamo in 12, compresa la donna in travaglio, che siede accanto a me. Penso "ancora un po' di sobbalzi e diventiamo 13, se questo

SALUTE e Territorio

bambino riesce a nascere". Gli altri africani non sembrano troppo preoccupati della situazione, probabilmente abituati a condizioni peggiori. Io invece soffro accanto a lei per ogni buca più profonda, per ogni allagamento che allunga il viaggio, per ogni persona in più che entra in macchina e ci obbliga a stringerci ancora. Davvero un viaggio lungo.

Quando finalmente arriviamo all'ospedale aiutiamo la donna a raggiungere il reparto di maternità, e poche ore dopo vengo a sapere che è stato fatto un cesareo di urgenza: adesso lei e il bambino stanno bene.

Rimane da riflettere: senza l'ostetrica dell'*Health Centre*, che si è resa conto delle complicazioni, senza il trasporto in macchina, per quanto faticoso, e senza l'intervento in ospedale questa storia non si sarebbe conclusa bene. Mi rendo conto che la vita in questa regione è difficile per tutti, ma per mamme e bambini lo è di più: in un contesto così complesso, che rende il lavoro più problematico, vale soprattutto la pena spendere energie e tempo per loro.

GT. Vengo chiamato, durante la notte, per l'arrivo di una moto (svolge attività di ambulanza) sulla quale c'erano una neo-mamma sedicenne, la nonna e un neonato di circa 800 grammi. Purtroppo quel piccolo neonato non ce l'ha fatta, ma ha lasciato dentro di me un ricordo indelebile.

Mamma in attesa di essere visitata al centro di salute.



Bolivia, testimonianze dal campo

Progetto d'iniziativa regionale: "Sistema Único De Salud di Bolivia. Esperienza pilota nella Regione del Chaco"

Introduzione:

Marianne Strohmeyer

Clinica malattie infettive, dipartimento di medicina sperimentale e clinica, Università di Firenze

Intervista a:

Donata Magnelli¹, Vieri Lastrucci², Cristina Taddei³

¹ Specializzanda di Malattie infettive, Università di Firenze

² Specializzando in Igiene e Medicina preventiva, Università di Firenze

³ Specializzanda in Igiene e Medicina preventiva, Università di Firenze

Introduzione

L'Università di Firenze, attraverso la Clinica di Malattie infettive, a partire dal 1986, anno in cui ha firmato una convenzione con il Ministero della Sanità boliviano, svolge attività di ricerca scientifica, cooperazione sanitaria e supporto alla formazione del personale sanitario locale nella zona del Chaco boliviano, soprattutto nelle aree rurali dove vive una popolazione prevalentemente di etnia Guarani. I Progetti portati avanti dalla clinica di Malattie infettive hanno sempre visto il coinvolgimento della controparte locale, il *Convenio de Salud* – Vicariato apostolico di Camiri ed in particolare di Padre Tarcisio Ciabatti. Da allora i ricercatori fiorentini si sono recati ogni anno più volte in Bolivia per seguire le varie attività. Nel tempo sono stati affiancati da Istituzioni, universitarie e non, sia europee che latinoamericane.

Le attività sono state sostenute dall'Università degli Studi di Firenze, da altri Atenei e da altre istituzioni come il Ministero degli Affari Esteri, l'Unione Europea, la Chiesa Valdese, la *Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de la Salud* (OPS/OMS), l'Ente Cassa di Risparmio di Firenze. Un ruolo di sostegno importante è quello svolto continuativamente a partire dal 2004 dalla Regione Toscana.

Riassumendo i punti salienti di tali Progetti, possiamo dire che si distinguono per la partecipazione di diversi partner

sia in Italia che in Bolivia, che formano insieme un'importante rete di collaborazione, condivisa e sostenuta anche dal Centro di salute globale della Regione Toscana. Le Istituzioni capofila sono state prima l'Università degli Studi di Firenze e poi l'Azienda ospedaliero-universitaria Careggi, sempre sotto la responsabilità scientifica del prof. Alessandro Bartoloni. L'attuale Progetto di iniziativa regionale (PIR) ha come obiettivo generale di "Migliorare il livello qualitativo del sistema sanitario locale del Chaco boliviano" e di offrire "Sostegno all'implementazione del *Sistema Único de Salud* come progetto pilota nel Chaco Boliviano". Le attività programmate si inseriscono sul tessuto di iniziative pregresse, e riguardano diverse aree di interesse con l'obiettivo più ampio di contribuire al miglioramento della salute nella popolazione del Chaco Guarani. Tra queste attività troviamo:

- studio epidemiologico delle malattie infettive in animali e umani (*One Health*);
- contenimento della diffusione delle resistenze batteriche agli antibiotici nell'area tramite monitoraggio del fenomeno in batteri commensali e patogeni e promozione della prevenzione delle infezioni in ambiente ospedaliero (a partire dall'implementazione di programmi per l'igiene delle mani);
- potenziamento dei servizi dei laboratori di analisi microbiologiche e cliniche tramite indagini "ad hoc", formazione del personale tecnico e implementazione di nuove metodiche;

Centro de Salud, Camiri.



- appoggio al controllo dell'epilessia in zone rurali;
- supporto all'epidemiologia comunitaria nelle zone rurali per promuovere l'organizzazione comunitaria autonoma.

Un tema innovativo di recente introduzione riguarda l'attenzione alla emergenza/urgenza, nei suoi molteplici aspetti, organizzativo, formativo e di capacità di risposta efficace e tempestiva. Quest'ultimo punto si configura come un elemento qualificante dei Sistemi sanitari universali.

Da sottolineare come esista una collaborazione diretta con il Ministero della Salute dello Stato plurinazionale della Bolivia. Nel 2011, in un incontro avvenuto in Italia in occasione dell'evento celebrativo dei "25 anni di attività della Clinica Malattie infettive nel territorio Guarani di Bolivia" l'allora Ministra della Sanità, Nila Heredia Miranda, espresse ai rappresentanti della cooperazione sanitaria della Regione Toscana una formale richiesta di supporto all'attuale riforma sanitaria boliviana. Il sistema ad oggi in vigore, infatti, è profondamente frammentato e dà luogo a un accesso diseguale ai servizi. Per questo motivo l'attuale Governo sta cercando di andare verso un *Sistema Único de Salud*, già menzionato nella nuova Co-

stituzione, che garantisca un servizio di assistenza sanitaria a tutta la popolazione, soprattutto a quella più marginalizzata. Questa richiesta è stata raccolta e si è tradotta in una delle attività dell'attuale progetto PIR. L'obiettivo è di sperimentare l'estensione della copertura sanitaria pubblica gratuita nella regione del Chaco fino ai 19 anni (attualmente arriva fino ai 5 anni di età), per arrivare successivamente a coprire tutta la popolazione (*Sistema Único de Salud del Chaco*). Tali obiettivi necessitano di una accurata valutazione di sostenibilità finanziaria tramite riunioni specifiche delle autorità sanitarie locali e dell'utilizzo di strumenti che permettano di fornire informazioni più dettagliate sulle patologie presenti e i costi previsti per la loro presa in carico. Esempio di questi strumenti è il *Carnet de Salud Escolar*, scheda anamnestica che consente di effettuare i controlli dello stato di salute gratuitamente a tutti gli studenti dai cinque ai diciannove anni due volte l'anno per tutto il percorso scolastico. Questi controlli vengono effettuati dal *Convenio de Salud*, in collaborazione con i *Puestos* e *Centros de Salud* e comprendono una visita sullo stato generale di salute e sullo sviluppo psicofisico del bambino e una visita odontoiatrica, ricercando anche una collaborazione attiva degli insegnanti e dei

genitori. Attraverso questi controlli, nel caso fosse individuata una qualche patologia lo studente è poi indirizzato ad una visita specifica. Questi controlli devono essere visti anche come un primo passo verso un'assistenza sanitaria universale. Infatti, compiuto il quinto anno di età in Bolivia non si ha più diritto all'assistenza sanitaria gratuita (il cosiddetto *Seguro Universal Materno Infantil*) e per qualsiasi prestazione sanitaria o farmaco occorre pagare prezzi che spesso le famiglie non riescono a sostenere.

La pluriennale esperienza scientifica e clinica realizzata in America Latina, non solo ha dato e continuerà a dare benefici tangibili alle comunità del Chaco, ma ha permesso di sviluppare conoscenze specifiche nell'ambito delle malattie tropicali utili per il corretto approccio alla diagnosi e alla cura delle patologie di importazione, spesso ancora poco note nei nostri contesti. In tal senso si parla sempre di più di salute globale.

Di seguito vengono raccolte le impressioni di tre specializzandi, che hanno potuto fare un'esperienza di lavoro in Bolivia. Sono testimonianza del grande entusiasmo e interesse che sente chi si rende disponibile e della ricchezza dell'apprendimento che ne deriva. Si tratta di futuri specialisti, Donata Magnelli in Malattie infettive e Vieri Lastrucci e Cristina Taddei in Sanità pubblica, che hanno attivamente contribuito alla realizzazione delle attività previste dai progetti finanziati dalla Regione Toscana nell'ambito dei Progetti di iniziativa regionale (PIR), a partire dal 2010 fino ad oggi.

Quali sono state le principali attività che hai svolto all'interno del progetto?

Donata. La mia esperienza nella Regione del Chaco Boliviano ha previsto a partire dal 2010 svariati viaggi in loco e ha abbracciato alcuni degli interventi sanitari previsti dai vari progetti sostenuti dalla Regione Toscana e dal Ministero affari esteri che si sono susseguiti negli anni. Nei primi anni mi sono principalmente occupata di un Progetto pilota che prevedeva lo sviluppo di un piano di trattamento per l'epilessia a gestione prevalentemente da parte degli infermieri nelle comunità rurali. Questo studio prevedeva l'arruolamento di pazienti affetti dalle forme più gravi di epilessia ai quali veniva offerta la cura e i controlli ogni mese. L'arruolamento è avvenuto grazie alla collaborazione dei colleghi della Neurologia dell'Università degli studi di Catania. L'aspetto più importante, a prescindere dall'offerta di un trattamento gratuito, è stato, secondo me, il coinvolgimento sia del personale sanitario locale, che è diventato pertanto il principale attore delle cure, sia il coinvolgimento delle famiglie e della comunità

stessa nel fornire un sostegno importante al malato che inizia una terapia cronica. Cosa per noi forse scontata, ma in un Paese dove ogni singola compressa viene acquistata con i propri risparmi, pensare a un trattamento cronico non è cosa da poco.

Affiancato a questo progetto pilota quell'anno è iniziato anche il progetto di epidemiologia comunitaria, una forma di sensibilizzazione e prevenzione delle emergenze sanitarie peculiari di ogni comunità. Personalmente sono stati i mesi per me più importanti e di maggior impatto. Ogni giorno in viaggio, ogni giorno una o più comunità, ognuna con caratteristiche a volte in comune con le altre realtà a volte totalmente diverse. Arrivavamo, la campana suonava, tutta la comunità a raccolta, tanti convenevoli, (e guai a non farli!), e poi iniziava il "lavoro". L'obiettivo era cercare, attraverso la raccolta di alcuni parametri (la pressione arteriosa di tutte le persone di età superiore ai 30 anni, il peso e l'altezza di tutti i bambini fino ai 5 anni), quali potessero essere le emergenze principali della comunità stessa. All'inizio le persone la vedevano come una sorta di proposta da vivere passivamente, come spesso succede negli interventi sanitari a livello delle comunità. Nei mesi successivi hanno accolto questa opportunità di poter partecipare loro in prima persona alla prevenzione di determinati problemi sanitari.

Infine, insieme ai colleghi di Microbiologia dell'Università degli Studi di Siena ci siamo occupati della sorveglianza delle resistenze agli antibiotici di alcuni batteri della "flora commensale" della popolazione. Questo tipo di lavoro, che va avanti da molti anni, ci consente di capire il tipo di resistenze agli antibiotici sviluppate negli anni dai batteri patogeni e non. Ciò permette di focalizzare l'attenzione sul problema e incrementare l'educazione a fare un buon uso delle terapie antibiotiche in una realtà dove la maggior parte dei farmaci sono pagati dal singolo cittadino e dove le terapie vengono assunte in maniera inadeguata per svariati motivi: l'auto-somministrazione, il costo delle cure ecc.

Vieri. La prima attività consisteva nello studio e nell'analisi dei primi passi da compiere per arrivare ad un'assistenza sanitaria universale nella regione del Chaco. In sintesi, si trattava di individuare quali prestazioni sanitarie offrire e a quale fascia di popolazione iniziare a garantirle, nonché stimare le relative risorse necessarie e come riuscire a coprirle. Quest'attività si è tradotta in incontri, riunioni e convegni più o meno formali con tutti gli *stakeholders*: dai rappresentanti del popolo Guarani (l'Associazione del popolo Guarani) al *Ministerio de Sa-*

Ministro della Salute boliviano in visita in una comunità di Chaco



lud passando per i direttori degli Ospedali, i sindaci dei Comuni del Chaco e i rappresentanti dei SEDES (equivalenti delle nostre Regioni). Attività tutt'altro che noiosa, ma anzi quanto di più eterogeneo e stimolante si possa pensare. Mi sono trovato, infatti, a passare da ritrovi in isolate comunità seduti in cerchio attorno ad uno spiazzo di terra con discussioni interminabili sulla medicina tradizionale, a convegni formali dove, prima di iniziare ad esaminare quali prestazioni garantire e i relativi costi, ci si alzava rigorosamente in piedi con il pugno alzato a cantare l'inno dello Stato plurinazionale di Bolivia. O ancora, sono passato da seduto accanto ad un'amichevole persona che con la bocca piena di foglie di coca mi chiedeva se ne volessi un po' anche io, a trovarmi allo stesso tavolo con il Ministro della Salute Boliviano. Tutti questi incontri non miravano solo ad un semplice studio di fattibilità ma avevano anche come obiettivo la sensibilizzazione e la ricerca dell'impegno delle Istituzioni (soprattutto dei Comuni) a garantire una maggior tutela della salute della propria popolazione. Qualche primo risultato ho avuto la possibilità di vederlo quando ero ancora in Bolivia. Infatti, tre Comuni del Chaco hanno disposto nel loro budget le risorse necessarie a garantire prestazioni sanitarie gratuite a tutti i ragazzi fino a diciannove anni dei loro rispettivi territori!

La seconda attività è invece stata un lavoro sul campo che mi ha permesso di visitare numerose comunità. Si tratta di organizzare con le Scuole e con i *Puestos* e *Centros de Salud* delle varie comunità del Chaco i controlli del *Carnet de Salud Escolar*. I dati raccolti dai controlli sono inoltre una fonte preziosa per valutare le principali problematiche di salute e per quantificare le risorse che

sarebbero necessarie per garantire l'accesso gratuito ai servizi sanitari di questa fascia di popolazione. Per cui altro compito in cui sono stato coinvolto, oltre a quello dell'organizzazione ed esecuzione dei controlli, è stato quello di formare gli operatori sanitari alla raccolta e inserimento dei dati in un *database* informatico.

Cristina. Dei quattro mesi che ho trascorso in Bolivia, un mese e mezzo l'ho passato a La Paz svolgendo un tirocinio all'*United Nations Development Programme* (UNDP) mentre gli altri due mesi e mezzo sono stati nella regione del Chaco boliviano.

A La Paz il mio tirocinio si è svolto essenzialmente all'interno degli uffici dell'UNDP all'interno del Programma ART (Appoggio alle reti territoriali e tematiche di cooperazione allo sviluppo umano). Questo Programma ha tra i suoi principali obiettivi quello di favorire il dialogo e il confronto tra i diversi livelli istituzionali e tutti gli *stakeholders* interessati nei processi di sviluppo (tra cui organizzazioni di cooperazione internazionale, partner di cooperazione decentrata, donatori bilaterali, Università, imprese del settore privato, ONG, ecc.) valorizzando il ruolo attivo delle comunità locali. Le comunità locali sono infatti poste al centro del proprio processo e progetto di sviluppo attraverso la formazione di Gruppi di lavoro locali (con ruolo tanto politico quanto tecnico) che hanno il compito non solo di definire i propri obiettivi, strategie e processi di sviluppo, ma anche di programmare, gestire e seguire direttamente le azioni di sviluppo decise insieme. Le attività principali del mio tirocinio si sono concentrate sulla definizione di un accordo tra il Programma ART-UNDP Bolivia e la Regione Toscana per sostenere tanto il processo di riforma e di creazione del *Sistema Único de Salud* nella regione del Chaco boliviano, quanto le attività della Scuola di Salute pubblica "Tekove Katu" del Chaco Boliviano.

Nel Chaco invece la mia attività è stata in gran parte diversa. Se infatti anche nel Chaco ho partecipato a incontri istituzionali, riunioni tecniche e gruppi di lavoro per favorire lo sviluppo e l'implementazione del *Sistema Único de Salud*, queste attività sono state solo una parte relativamente piccola di quello che è stato il mio lavoro quotidiano. Nel Chaco infatti ho passato buona parte del mio tempo lavorando su un progetto di promozione della salute e prevenzione nei ragazzi in età scolare (5-19 anni) attraverso l'utilizzo del "*Carnet de Salud Escolar*". In particolare in questo ambito ho partecipato soprattutto alle attività di sensibilizzazione delle comunità sul *Carnet de Salud Escolar* (avendo così la fortuna di andare di co-

munità in comunità!) e ho poi svolto l'analisi statistica dei dati raccolti. L'analisi dei dati ci ha dato anche modo di restituire i risultati dei controlli effettuati ai diversi *Centros de Salud*.

Quali sono stati i punti di forza e le criticità riscontrate?

Donata. Sicuramente uno dei maggiori punti di forza è stato trovare nel personale sanitario locale l'entusiasmo per gli studi proposti. Tornare a distanza di tempo e vedere cosa è stato costruito ad opera loro, dalle poche basi poste insieme negli anni precedenti, è stato per me sorprendente. Come sorprendente è vedere la passione che dedicano ai Progetti stessi. La nota sicuramente più dolente e che più ci ha fatto faticare in questi anni sono stati i continui cambi del personale sanitario, la precarietà dei luoghi di lavoro, gli spostamenti continui dei vari infermieri e biologi locali. Devo ammettere che lì i giochi politici hanno un peso notevole, per cui può capitare che cambi il sindaco e cambia gran parte del personale sanitario dell'Ospedale della città. Questo ovviamente ha ostacolato quella continuità necessaria per mandare avanti quei Progetti che devono semplicemente crescere e arricchirsi nel tempo, che sono sicuramente i più difficili, ma anche i più importanti per le realtà locali. Per esempio, per quanto riguarda lo studio pilota per il trattamento dell'epilessia, era prevista la somministrazione del trattamento e i controlli, nel tempo, del paziente. In alcune comunità, cambiando spesso l'infermiere di riferimento, diventava difficile non solo seguire le persone nella somministrazione della terapia, ma anche la crescita del Progetto stesso attraverso l'arruolamento di nuovi pazienti; spesso l'infermiere, che avrebbe dovuto ricoprire il ruolo principale, si trovava a dover affrontare un lavoro *ex novo*.

Vieri. Penso che un partner locale ben radicato nel territorio e una progettualità di lunga durata siano presupposti quasi imprescindibili per la buona riuscita di un progetto di cooperazione. Questi ingredienti sono senza dubbio presenti nel progetto, vista la dedizione e l'impegno che da più di venti anni il *Convenio de Salud* mette nel migliorare lo stato di salute e le condizioni di vita degli abitanti del Chaco. Per questo può contare su un largo appoggio e collaborazione da parte delle comunità, delle scuole e degli Ospedali e le Istituzioni gli riservano un'attenzione particolare. Il partenariato di lunga data con la Clinica di Malattie infettive dell'Università di Firenze è un altro punto di forza che sento vada sottolineato, in quanto ha creato nel tempo un clima favorevole alla nascita e alla messa in atto di numerose progettualità. Passando alle

criticità, l'assistenza sanitaria senza dubbio è un tema che scatena interessi politici viste le risorse e la visibilità in gioco. Questa riflessione è ancora più vera in un periodo di campagna elettorale, come quello che io ho vissuto in Bolivia. Infatti, purtroppo abbiamo dovuto far fronte a cancellazioni improvvise di riunioni o d'incontri o alla defezione di esponenti politici la cui partecipazione sarebbe stata importante, o al rimandare delle decisioni a dopo le elezioni.

Cristina. I punti di forza sono senz'altro la tenacia, la determinazione, l'impegno, la costanza e la pazienza di tutte quelle persone che da anni stanno lavorando nel Chaco per il Chaco. Le criticità non saprei proprio... Per come sono fatta io forse uno degli aspetti per me più difficili, ma che mi è comunque servito e mi ha fatto crescere (almeno un pochino) è stato forse rapportarsi, confrontarsi e talvolta scontrarsi con quella grande macchina che sono le agenzie ONU - con i loro tempi, le loro regole e formalità... Ma anche se all'UNDP mi sentivo un po' un pesciolino fuor d'acqua, sono stata accolta benissimo, ho legato davvero molto con il gruppo di lavoro ART e conoscere a fondo e direttamente la metodologia, le attività e il modo di lavorare di questo Programma è stato non solo interessante ma anche un'occasione formativa unica.

Racconta un'esperienza o un aneddoto

Donata. Ricorderò sempre i lunghissimi viaggi in ambulanza per arrivare alle comunità durante i quali José Changaray, l'infermiere e autista che ha sempre collaborato con noi e con Padre Tarcisio, raccontava di quando era piccolo e viveva in un paesino del Chaco con la madre e i fratelli. Ecco proprio da quel paesino, José sostiene che passò e si fermò in casa sua a mangiare Ernesto Che Guevara. Ricordo i vari dettagli che ad ogni viaggio cambiavano in più o meno coloriti. Se sia vero o meno lo ignoro, fatto sta che ha contribuito a rendere ancora più affascinante e magico ogni viaggio di ore e ore su quella faticosa ambulanza.

Vieri. Una caratteristica peculiare del popolo boliviano è il rapporto con il tempo. Il tempo in Bolivia sembra come dilatato e quel senso di frenesia che spesso invece proviamo in Italia qui è pressoché assente. Un aneddoto che mi piace ricordare a questo proposito sono le numerose riunioni fissate alle nove del mattino con le persone che iniziavano a presentarsi alle dieci e mezzo, con gli ultimi che spesso arrivavano anche a fine mattinata. Tutto questo era la normalità: nessuno si spazientiva e nessuno si scusava

SALUTE e Territorio

per il ritardo! Spesso per un appuntamento non c'era neanche bisogno di fissare un'ora esatta, ma bastava dare una grossolana collocazione temporale con un "por la tarde" o un "por la mañana" (nel pomeriggio o di mattina).

Cristina. Meritano un rapido accenno i trasporti, parte così autenticamente e intrinsecamente boliviana! Non solo per le grandi distanze (e i tempi!) che hanno fatto sì che molta della mia Bolivia l'ho passata in un qualche mezzo di trasporto, ma anche e soprattutto perché i trasporti sono stati un'occasione fantastica per parlare, conoscere, vivere e condividere le diverse realtà del paese con tutte quelle persone di volta in volta sedute accanto. Dagli affollatissimi minibus di La Paz così anarchici e misteriosi nei loro tragitti per chi ancora non conosce la città (dove ho imparato le mie prime parole di spagnolo "en la esquina por favor" per riuscire a scendere...) ai viaggi nei collettivi o in pullman tra Santa Cruz e Camiri, tra il caldo, la polvere e le soste a rifocillarsi un po'. Spostarmi in Bolivia è stato per me sempre qualcosa in più di un semplice trasferimento, era un modo unico e bello per vivere la Bolivia, per vivere e apprezzarne i suoi tempi (e dimenticarsi felicemente per un po' della nostra premura per il ritardo), una fonte continua di sorprese e imprevisti che però sono messi in conto, fanno parte del gioco e di conseguenza non infastidiscono, non generano stress ma solo bei ricordi.

Una riflessione personale

Donata. Penso alle mie varie esperienze in Bolivia come ad un'unica esperienza perché comunque ho potuto contribuire a Progetti a lungo termine e che tutt'ora sono stati integrati nei Piani sanitari locali. La cooperazione nella maggior parte dei casi ha un impatto minimo sullo sviluppo locale, se non nullo. La cosa che più mi ha motivato nel partire e della quale oggi sono contenta è che il mio impatto sicuramente è stato minimo, ma ho partecipato a un progetto "grande". La grandezza del progetto stesso sta secondo me nel continuo coinvolgimento non solo del personale locale, ma soprattutto del *Ministero de Salud y Deporte Boliviano*. Credo che gli obiettivi raggiunti e la comunione di intenti con i Governi locali siano l'unico tipo di intervento che possa avere un minimo di peso nella crescita del Paese. Quello che mi ha sempre spinto a partire è l'estrema curiosità che mi porto dentro per questi luoghi dei quali ho letto e che mi hanno sempre affascinato. Parte della mia curiosità sta anche nel ritrovare tra queste persone dinamiche di vita più semplici e più a contatto con problematiche reali.

Epidemiologia comunitaria, incontro nelle comunità.



Vieri. Questa è stata un'esperienza che mi ha fatto crescere tanto sia professionalmente che umanamente. Ho avuto la possibilità di poter seguire e studiare la nascita di una riforma sanitaria, confrontandomi con tutti i vari livelli coinvolti. Vista la carriera che sto seguendo, questa la definirei una occasione più unica che rara. Inoltre, il conoscere le tristi storie di persone che non si sono potute permettere le cure o il vedere Ospedali con solo due pazienti ricoverati, quando in Italia addirittura abbiamo figure come il "Bed Manager" o il "Discharge Manager" per riuscire a gestire posti letto che sembrano mancare sempre, ha rafforzato la mia consapevolezza dell'importanza di un sistema sanitario universale e ha rinvigorito la mia scelta di medico di sanità pubblica.

Cristina. Quando sono atterrata a Santa Cruz era mattina presto, il cielo era grigio, caldo e umidiccio. C'erano Vieri che non vedevo da un po', padre Tarcisio e Carlos ad accoglierci e una sensazione bellissima: ero in Bolivia! Dopo tante peripezie ce l'avevo fatta ad essere lì, ad avere questa occasione unica da poter vivere. Non so dire perché, razionalmente non c'è una spiegazione, sono quelle cose che si sentono a pelle. Era come se sapessi già che sarebbe stato bello, che avrei vissuto qualcosa di importante. E la Bolivia è stata per me qualcosa di davvero importante, che ho vissuto intensamente cercando di imprimere a fondo nei miei ricordi ogni istante. Per il Progetto. Per il posto. Per la gente. Una parte di me è rimasta lì e mi chiede di tornare...

Immigrazione, politiche sanitarie e partecipazione

L'esperienza dei GrIS

Giulia Capitani¹, Salvatore Geraci²

¹ Società italiana di medicina delle migrazioni, GrIS Toscana

² Società italiana di medicina delle migrazioni

Abstract

La tutela della salute degli immigrati appare sempre di più centrale nell'ambito delle riflessioni sulla salute globale. La Società italiana di medicina delle migrazioni (SIMM) e i gruppi locali a cui ha dato vita, i GrIS, rappresentano una fondamentale esperienza di partecipazione della società scientifica e civile su questo tema. Le attività di riflessione e produzione scientifica, lo scambio di esperienze locali, i meccanismi di advocacy e il costante monitoraggio delle politiche sanitarie a livello centrale e regionale fanno della SIMM e dei GrIS un attore importante nel percorso formale e sostanziale verso una piena garanzia del diritto alla salute.

Questo contributo vuole raccontare la storia di un percorso condiviso, fatto insieme da persone, associazioni, istituzioni. Un percorso cominciato anni fa e che prosegue, tra nuove sfide, difficoltà e entusiasmi sempre rinnovati. Lo spazio di riflessione e di azione è quello della salute degli immigrati, quindi della salute pubblica, che, lo sappiamo bene, non può essere agita, tutelata, preservata a livello di singoli gruppi: o è patrimonio condiviso all'interno di una comunità tra tutte le sue componenti, maggioritarie e minoritarie, fino a quelle considerate più marginali, o diviene un diritto lesa, monco, non garantibile per nessuno.

Per questo è particolarmente appropriato raccontare la storia della Società italiana di medicina delle migrazioni (SIMM) e dei gruppi locali a cui ha dato vita (i GrIS) all'interno di una monografia sulla salute globale. I due approcci (medicina delle migrazioni e salute globale, appunto) condividono la visione delle problematiche di salute come ormai trascendenti i confini degli Stati nazionali e legate alle dinamiche della globalizzazione, e soprattutto l'attenzione ai determinanti sociali di salute come chiave imprescindibile per comprendere l'ineguale distribuzione di salute e malattia. Soprattutto, tendono a coltivare pratiche innovative di partecipazione, azione politica e dif-

fusione delle conoscenze, privilegiando i movimenti "dal basso" e le logiche di rete.

Proprio l'immagine della rete, costituita da tanti nodi attivi e ben collegati tra loro, ma anche da spazi vuoti simbolo di autonomia e desiderio di preservare differenti identità, aiuta a spiegare la realtà della SIMM e dei GrIS, e il loro ruolo all'interno dei sempre più complessi scenari delle politiche, regionali e nazionali, su salute e immigrazione.

La SIMM nasce nel 1990 sotto la spinta di medici ed operatori sanitari del mondo del volontariato e di, allora, rare esperienze del settore pubblico che si erano organizzate per garantire il diritto all'assistenza agli stranieri che ne erano esclusi^o; quegli stessi operatori che, con le loro riflessioni e lo scambio di dati e considerazioni clinico-epidemiologiche, cominciavano a sovvertire il discorso pubblico sulla salute degli immigrati, tradizionalmente interesse di tropicalisti e infettivologi, spostandolo sui temi del diritto alla salute, dei determinanti sociali e soprattutto su quello delle diversità culturali, come nuovi linguaggi

^o Solo per citarne alcuni: la Caritas a Roma, il Naga a Milano, la Croce Rossa a Genova, il Biavati a Bologna, i salesiani di Santa Chiara e l'Università a Palermo

con cui la salute e la malattia si manifestavano e venivano raccontate, e andavano quindi accolte e comprese^b.

Nel 1995 la SIMM appoggia e supporta alcune associazioni con una proposta di legge presentata in Parlamento e sottoscritta da 60 senatori e 140 deputati, e ottenendo che nel controverso Decreto legge Dini, varato nello stesso anno in materia di politica dell'immigrazione e caratterizzato da un'impostazione particolarmente restrittiva, sia inserito un articolo che riprende le indicazioni della società civile sull'assistenza sanitaria: diritto per tutti gli stranieri, anche se privi del permesso di soggiorno, non solo come accesso straordinario ma anche come cure ordinarie e continuative. Al di là del merito, senz'altro importante, quest'azione fu la prima di una serie che dimostrò come una società civile organizzata potesse influire nei processi di costruzione delle politiche e delle norme, rilevando e portando all'attenzione pubblica bisogni altrimenti negletti. E così continuò a essere, anche se non sempre con la stessa efficacia, negli anni a seguire, che si sia trattato di costruire percorsi politico-normativi (vedi la parte sanitaria della legge Turco Napolitano ed atti collegati^c) o che si sia trattato di contrastare scelte "patogene" (contrasto alla Legge Bossi Fini^d o ad alcune norme del cosiddetto "pacchetto sicurezza"^e)¹.

Attualmente la SIMM ha oltre 500 soci attivi in tutta Italia, e, tra le altre cose, «promuove, collega e coordina attività sociosanitarie in favore di individui, gruppi e comunità con esperienza o storia di migrazione; promuove e favorisce attività di studio e ricerche nel campo della salute dei migranti, rifugiati e rom, e dell'approccio transculturale alla salute; costituisce un 'forum' per lo scambio, a

^b Dal 1990 ogni due anni un Convegno nazionale ha scandito i passaggi chiave in termini di politiche ed acquisizioni scientifiche nell'ambito della salute dei migranti. Vedi gli atti e le raccomandazioni finali su www.simmweb.it

^c L'allora Ministro della Sanità, on. Rosy Bindi, chiese ad esponenti della SIMM di far parte di una commissione/gruppo di lavoro, che ha "costruito" la parte sanitaria del Legge 40 del 1998 confluita nel Testo unico dell'immigrazione (Decreto legislativo 286 del 1998), del suo regolamento d'attuazione (Decreto Presidente Repubblica 394 del 1999) e di una circolare esplicativa (n. 5 del 24 marzo 2000). Nel 2006 una nuova commissione ministeriale è stata istituita dal Ministro della Salute, on. Livia Turco, su esplicita richiesta della SIMM. Infine la SIMM fa parte del Tavolo interregionale sulla salute degli immigrati costituitosi in seno della Commissione salute della Conferenza delle Regioni e P.A.

^d http://www.simmweb.it/fileadmin/documenti/Consensus/_finale_consensus_simm_2002.pdf.

^e Da una lettera/appello del Consiglio di Presidenza della SIMM parte la mobilitazione culminata con la campagna "Noi non segnaliamo": http://www.simmweb.it/fileadmin/documenti/Simm_x_news/10-simm_appello_08.pdf.

livello nazionale e internazionale, di informazioni e metodologie di approccio alla persona immigrata; patrocina e gestisce attività formative nel campo della tutela e della promozione della salute dei migranti»^f.

La storia della SIMM si intreccia alla fine degli anni '90 con il percorso conosciuto come *devolution*, termine che sta a indicare il passaggio di attribuzione di poteri su talune materie dallo Stato alle Regioni. Nel 2001 la riforma del Titolo V della Costituzione amplia notevolmente i poteri delle Regioni rispetto alle competenze statali. La salute diventa materia di competenza regionale, mentre l'immigrazione è tra le materie in cui lo Stato mantiene la piena potestà legislativa. La tematica "salute e immigrazione" appare quindi ambiguamente sospesa tra la legislazione "esclusiva" (quella dello Stato) e la legislazione "concorrente" (quella delle Regioni e Province autonome) in ciò che è stato definito "pendolo delle competenze e delle responsabilità". La devoluzione, insieme al parallelo percorso verso il federalismo fiscale, finisce col produrre un ampliamento della variabilità interregionale nei livelli di assistenza con una riduzione degli stessi, in luogo di percorsi virtuosi di prossimità e responsabilizzazione². Questo appare ancora più vero quando ci si occupa di immigrati: l'articolazione tra diversi livelli istituzionali finisce col determinare profili incerti di responsabilità che mettono in crisi l'effettiva applicazione delle indicazioni normative (regionali, ministeriali, europee) e generano confusione e difficoltà interpretative a livello dei settori amministrativi delle Regioni e delle Aziende sanitarie.

A tale scenario la SIMM ha risposto con la creazione di gruppi locali su base territoriale (Regioni e Province Autonome): i Gruppi immigrazione e salute, i GrIS.

A dire la verità il primo (e più strutturato) GrIS, quello del Lazio, nasce nel 1995, quasi parallelamente alla SIMM, e si configura subito come gruppo di collegamento tra operatori delle strutture pubbliche e gruppi del privato sociale in grado di accreditarsi come interlocutore autorevole per le istituzioni regionali. Sul modello del Lazio nascono numerosi altri gruppi, in Lazio, Trentino, Lombardia, Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Liguria, Sardegna, Calabria, Campania, Sicilia, Puglia³⁻⁵.

I GrIS sono realtà diverse, per storia, longevità, capacità di incidere sul contesto locale. Tutti però sono accomunati dall'obiettivo di mettere in rete conoscenze, capacità, contatti per agire in modo efficace per la tutela della

^f Testo tratto dallo statuto della SIMM.

salute degli immigrati, promuovendo occasioni formative e informative, facendo pressione sui decisori politici, rilevando e segnalando anomalie o mancanze nell'applicazione della normativa.

I GrIS sono luoghi anomali, per molti versi: presuppongono una cessione di sovranità delle singole associazioni, gruppi, Enti che li compongono, perché sia più forte l'azione collettiva. Mescolano operatori del terzo settore e delle ASL, che raramente hanno occasione di incontrarsi e di scambiarsi opinioni su un'utenza che è la stessa per entrambi. Sono gruppi del tutto informali, aperti a chiunque condivida spirito e principi della SIMM. Portano avanti la loro azione di *lobby* verso le istituzioni e di *advocacy* per i diritti degli immigrati senza chiedere finanziamenti, basandosi sull'impegno volontario dei propri membri. Soprattutto, non cercano di sostituirsi a realtà associative già presenti sul territorio, e ancor meno alle istituzioni pubbliche, ma funzionano come recettori di bisogni inascoltati e da stimolo critico verso chi deve fornire una risposta.

Il GrIS Toscana si inserisce in questa cornice. Nato alla fine del 2011, è composto da associazioni del terzo settore di matrice laica o confessionale, operatori sanitari e amministrativi delle ASL, ricercatori universitari. L'operatività del GrIS è fin da subito dettata dalle segnalazioni di operatori sia pubblici che del privato sociale rispetto a episodi di mancata applicazione della normativa da parte delle ASL, o a lentezze e vuoti decisionali della Regione. Il tema su cui inevitabilmente si concentra l'azione è quello della salute dei migranti irregolari, tutelata dalle norme ma troppo spesso non dalle pratiche operative quotidiane.

Molteplici sono state le segnalazioni arrivate al GrIS Toscana: circolari aziendali in cui si limitava ai soli interventi urgenti l'assistenza sanitaria agli irregolari⁶, interventi negati a stranieri in possesso di tesserino STP (problematiche legate all'interruzione volontaria di gravidanza, ai trapianti, alla consegna dello *stick* glicemico ai malati di diabete) e, ogni anno, il cronico ritardo cui la Regione proroga ai cittadini bulgari e rumeni non iscritti nel Paese d'origine e privi di assicurazione sanitaria il tesserino STP. Ricordiamo infatti che la Regione Toscana, per motivi mai approfonditi, non ha introdotto il codice ENI per i cittadini comunitari, e continua a prorogare (tra l'altro, appunto, solo per cittadini bulgari e rumeni) il codice STP.

Il tema dell'assistenza sanitaria agli irregolari appare

come fondamentale nell'azione del GrIS Toscana non solo perché si tratta di un diritto sancito dalle norme, che in quanto tale deve essere applicato, ma anche perché, in momenti in cui il discorso pubblico sulla "crisi" abbassa il livello di attenzione di tutti, rischia di essere il primo terreno di erosione e di ritrattazione di diritti acquisiti dalla collettività.

Concludendo, possiamo dire che, grazie alla nascita e alle attività dei GrIS, la SIMM si configura sempre più come una "rete di reti", con una potenzialità unica di condivisione di saperi, soluzioni, riflessioni.

Ovviamente i risultati sono differenti, legati al radicamento del gruppo sul territorio, ai diversi contesti politici e amministrativi, alla difficoltà maggiore o minore delle sfide affrontate. Resta un dato fondamentale sullo sfondo: la creazione di laboratori di partecipazione, dove si raccolgono bisogni e problemi, si individuano strategie possibili, si negoziano, a volte anche con fatica, soluzioni. I GrIS, e la SIMM nella sua funzione di indirizzo e coordinamento, sono dunque luoghi dove si fa politica, nel senso più puro del termine: dove si cerca di mettersi al servizio della *polis*, della comunità, nella sua accezione più piena, appunto, globale.

Bibliografia

- Geraci S, Bodini C. *Rete di reti per la salute degli immigrati*. In: Altieri L, Nicoli MA, Sturlese V, a cura di. *La sanità dei cittadini. Salute e società*. Milano: FrancoAngeli 2011;X:129-40.
- Vineis P, Dirindin N. *In buona salute. Dieci argomenti per difendere la sanità pubblica*. Torino: Einaudi 2004.
- Geraci S, a cura di. *Una rete per la salute degli immigrati. La Società italiana di medicina delle migrazioni (SIMM) ed i Gruppi immigrazione e salute (GrIS)*. Roma: Nuova Anterem 2007.
- Geraci S, Gnolfo F. *In rete per la salute degli immigrati. Note a margine di un'inaspettata esperienza*. Bologna: Pendragon 2012 (due edizioni).
- Pitzalis G. *Le politiche per la salute degli stranieri nelle esperienze dei GrIS*. In: *Salute per tutti: da immigrati a cittadini. Aprire spazi ... costruire traiettorie*. Atti dell'XI Congresso nazionale SIMM, Lombar Key, Bologna 2011;84:87.
- Capitani G. *Nessuno sia escluso (ma per davvero)*. Post su Saluteinternazionale.info. Il Pensiero scientifico editore 2013.

Un camper per i diritti umani

L'Unità mobile di assistenza sociosanitaria per i senza fissa dimora

Marco Zanchetta

Medici per i diritti umani (MEDU), Firenze

Abstract

Da circa dieci anni è attiva nei contesti di marginalità del capoluogo toscano l'unità mobile di Medici per i Diritti Umani, con l'obiettivo di prestare una prima assistenza sanitaria e collegare ai servizi socio-sanitari del territorio. Nell'intervento vengono illustrate le modalità di azione del progetto, fondate su una logica non sostitutiva del servizio sanitario regionale, su un approccio multidisciplinare e su una scrupolosa raccolta dei dati sul campo, dai cui emergono interessanti criticità.

È ormai attivo da circa dieci anni nella città di Firenze e nei Comuni limitrofi il progetto di Medici per i diritti umani "Un Camper per i diritti - Unità mobile di assistenza sociosanitaria per i senza fissa dimora". Obiettivo dell'intervento è quello di offrire una prima assistenza sanitaria ma soprattutto fornire un'informazione e un orientamento all'uso dei servizi sociosanitari pubblici del territorio alle persone in condizione di precarietà abitativa. Una logica quindi che, partendo dalla pratica medica, vuole garantire un ruolo da protagonista al Servizio sanitario regionale e agli Enti locali svolgendo un ruolo di "ponte" con gli stessi. Se l'offerta di aiuto medico rappresenta infatti, oltre ad un prezioso aiuto per la persona, un ottimo aggancio per instaurare quel rapporto di fiducia e vicinanza alla base del nostro intervento, un effettivo accesso alla salute può essere garantito solo con un collegamento efficace ai servizi sociosanitari rappresentati in primo luogo dal medico di medicina generale. La scelta di un'Unità mobile che raggiunga i contesti per varie ragioni scollegati alle istituzioni, che attivamente raggiunga le popolazioni vulnerabili di riferimento, è quella di non creare percorsi paralleli o ghettonanti per un determinato tipo di utenza attraverso ambulatori o strutture stabili, lasciando quindi al servizio pubblico quel ruolo centrale di garanzia che gli spetta. Un monitoraggio continuo del territorio, con il supporto di altri soggetti in grado di fornire le opportune informazioni e le opportune "chiavi di ingresso", permet-

te via via di mettere a fuoco gli obiettivi più meritevoli di intervento.

Una prima parte del lavoro viene quindi svolta proprio nei confronti degli utenti. Parallelamente alla risoluzione della problematica di salute emersa, l'attenzione viene posta innanzitutto nell'informazione al paziente sui diritti effettivamente in suo possesso e nell'avvio della procedura di regolarizzazione sanitaria se necessaria, che significa ottenimento della tessera sanitaria o del tesserino STP^a (Straniero Temporaneamente Presente) a seconda delle situazioni. Nei casi ritenuti più critici, i volontari si occupano anche dell'accompagnamento presso gli uffici di riferimento, quindi Anagrafe sanitaria, Agenzia delle entrate, Ufficio del lavoro, Questura competente. Inizia poi un monitoraggio volto a garantire l'effettivo collegamento e l'effettiva capacità di interazione e utilizzo del soggetto dei servizi sociosanitari del territorio nonché del medico di famiglia scelto, al quale, se necessario, vengono inviate apposite segnalazioni in fase di primo accesso o in momenti di particolare difficoltà. Un rapporto di co-

^a Il codice STP (Straniero Temporaneamente Presente) è lo strumento per l'applicazione del diritto all'assistenza sanitaria da parte dei cittadini extra-UE irregolarmente presenti sul territorio. Il codice STP è rilasciato dalle Aziende sanitarie locali, all'atto della richiesta di cure oppure su richiesta dell'interessato. L'accesso alle strutture di cura non può comportare alcuna segnalazione all'autorità.

noscenza e collaborazione, infine, vuole essere instaurato con gli altri soggetti del terzo settore che possano fungere da supporto nel processo di inserimento sociale delle persone che incontriamo, in primis servizi di informazione legale e associazioni deputate all'accoglienza.

La seconda parte del lavoro svolto dal progetto, oltre a quello rivolto ai pazienti, è invece quello di sensibilizzazione/informazione all'opinione pubblica e di costante dialogo e lobby con le istituzioni regionali e locali per la risoluzione di problematiche generali di tipo amministrativo, organizzativo e sanitario che mettono in crisi il reale accesso alla salute. Gli strumenti principali per questo tipo di azione sono la richiesta di colloqui ai referenti competenti, l'organizzazione di eventi pubblici, la scrittura di articoli, la partecipazione a workshop o eventi di informazione/formazione ma soprattutto la redazione di report periodici con differenti "focus" nell'ambito del lavoro svolto^b.

Nella sede fiorentina sono attivi nell'ambito dell'Unità mobile circa quaranta volontari, professionisti della salute e non, principalmente medici, infermieri, ostetriche, psicologi, antropologi, sociologi, giuristi. La logica di una multidisciplinarietà che sappia garantire l'integrazione di approcci diversi e quindi punti di vista professionali e umani differenti rappresenta per MEDU un grande valore aggiunto dell'intervento. In questo senso i volontari vengono formati prima di cominciare la propria attività e attraverso appuntamenti periodici, durante i quali vengono fornite le informazioni tecniche alla base del lavoro, informazioni sui contesti e gli utenti di riferimento ma anche vengono discusse le migliori modalità per assicurare un ruolo attivo ed efficace alle varie figure presenti durante le uscite. L'opportunità offerta in questi anni a decine di volontari sanitari e non sanitari di conoscere realtà a noi molto vicine ma spesso invicinate o inviccinabili e la possibilità di entrare in contatto con un'utenza che presenta proprie specificità in relazione alle condizioni di vita, alla provenienza nonché alla cultura di appartenenza, crediamo rappresenti una opportunità che a livello scolastico o accademico sia difficilmente ottenibile, contribuendo a rafforzare le differenti professionalità che vengono in causa.

La metodologia di intervento dell'Unità mobile prevede innanzitutto la redazione di report epidemiologici relativi al singolo contesto di riferimento, riguardante principalmente le condizioni strutturali, igienico-sanitarie, l'accesso all'acqua, allo smaltimento dei rifiuti e ai servizi di ener-

^b Vedi www.mediciperidirittiumani.org pagina REPORT.

gia elettrica e riscaldamento. Per ogni singolo paziente viene inoltre redatta una scheda clinica, aggiornata ad ogni visita successiva, i cui dati vengono riportati su una data base generale che permette la loro elaborazione. La raccolta rigorosa dei dati e la loro analisi rappresenta un punto focale dell'azione del progetto, essendo il punto di partenza per una testimonianza del lavoro svolto e di una eventuale denuncia delle violazioni dei diritti riscontrate sul campo, componente fondamentale della logica di intervento di Medici per i diritti umani. Oltre ai Presidi sanitari necessari, nelle borse a disposizione degli operatori è presente una modulistica relativa alle modalità di accesso e funzionamento dei servizi del territorio.

I contesti di ingresso dell'Unità mobile sono stati alquanto diversificati in questi anni, pur se uniti da un minimo comune denominatore caratterizzato da difficili condizioni igienico-sanitarie e abitative e da uno stato di isolamento dal contesto sociale più o meno accentuato^c: campi rom non autorizzati^d (area ex Osmatex, Comune di Sesto Fiorentino, via Baracca), stazioni ferroviarie (Santa Maria Novella e Rifredi), immobili occupati con tipologia di occupanti molto diversificate (principalmente ex Sanatorio Luzzi, stabile di Poggio Secco, ex Ospedale Meyer e altre situazioni illustrate qui di seguito). Sono stati saltuari e su richiesta gli interventi in situazioni di accoglienza già sotto la responsabilità di specifici soggetti (emergenza freddo, accoglienza per l'emergenza nord Africa del 2011). Le differenti condizioni amministrative dell'utenza hanno ovviamente comportato differenze di approccio oltre che dal punto di vista linguistico e culturale, anche dal punto di vista delle informazioni e dei percorsi amministrativi più appropriati, si tratti di cittadini italiani, cittadini comunitari irregolarmente o regolarmente presenti, stranieri in possesso o meno di permesso di soggiorno, richiedenti asilo o titolari di protezione internazionale^e.

Proprio su quest'ultima categoria si è incentrato l'intervento dell'Unità mobile in questi ultimi due anni, in particolare nelle occupazioni fiorentine della scuola di viale Guidoni, negli stabili delle Cascine della ex sede ARPAT di via Slataper e presso i magazzini dell'ex Ospedale Meyer. Si tratta di persone regolarmente soggiornanti a cui è garantita una protezione da parte del nostro Stato e quindi una parità di trattamento nell'accesso alla salute

^c Vedi il volume "Città senza dimora" Ed. Infinito, Medu febbraio 2013.

^d Vedi il rapporto "Lontano dagli occhi", Medu marzo 2011 e il rapporto "Europa Invisibile", Medu giugno 2010.

^e Vedi il rapporto "Rifugiati a Firenze", MEDU aprile 2013.

con i cittadini italiani. Rifacendosi ai dati del semestre settembre 2013 / febbraio 2014, gli ultimi disponibili, l'Unità mobile ha effettuato 46 uscite svolgendo 215 visite a 160 pazienti. 170 persone sono state informate sulla regolarizzazione sanitaria e l'uso dei servizi sociosanitari, 129 sono state inviate con lettere di accompagnamento, 51 fisicamente accompagnate. L'utenza incontrata dagli operatori è prevalentemente di sesso maschile (92%) e di età molto giovane, con il 55,7% tra i 18 e i 30 anni e il 4,43% minorenni. Le nazionalità di riferimento sono prevalentemente quella somala (circa 90%), quindi etiopica, eritrea, liberiana e sudanese. Nonostante il 59% dei pazienti sia in Italia da più di due anni e quasi il 25% da più di un anno, il 25% non possiede alcun documento sanitario. A questi si somma un altro 25% che ha la tessera TEAM (Tesserino sanitario) senza un MMG e non può accedere di fatto al Servizio sanitario. Il dato appare particolarmente rilevante pensando al fatto che il 91,8% di loro è già stato in una struttura di accoglienza istituzionale, per lo più Centri di prima accoglienza, Centri di accoglienza per richiedenti asilo (CARA) o strutture dell'ex Emergenza Nord Africa (ENA). Il 60% dei pazienti, e si parla di quelli più stabilmente presenti e in diversi casi già seguiti dai nostri operatori, posseggono un medico di base di riferimento ed il 60% degli stessi ne fa un uso continuativo. Un fenomeno crescente rispetto al passato, quando rappresentava circa il 7% dei casi, è quello dei migranti forzati in transito sul territorio, persone non identificate dalle autorità nazionali che cercano il passaggio verso altri Paesi europei dove le condizioni di accoglienza sono migliori. Queste persone, in molti casi minori o genitori soli, sono difficilmente avvicinabili, poiché per loro l'identificazione e l'accoglienza della domanda di protezione internazionale nel nostro Paese implicherebbe un obbligo di soggiorno entro i limiti del suo territorio. Al di là della necessità di un intervento sanitario che si riduce necessariamente ad una prima assistenza o ad un temporaneo ricorso al Pronto Soccorso, il fenomeno andrebbe preso in considerazione a livello istituzionale, prevedendo forme di accoglienza temporanee e "leggere" per evitare situazioni di grave marginalità e disagio, come rilevato soprattutto nella città di Roma, dove è attiva l'altra Unità mobile Medu. In linea generale, il profilo epidemiologico dell'utenza rileva patologie provocate dalle condizioni abitative e igienico-sanitarie: patologie dell'apparato respiratorio (16,4%) e dell'apparato digerente (8,6%). I casi di sospette malattie infettive sono l'8,2% dei casi, quindi una percentuale non preoccupante, che merita però particolare attenzione soprattutto in



relazione al recente fenomeno dell'aumento degli sbarchi sulle nostre coste e delle conseguenti preoccupazioni a livello di opinione pubblica. La discussione andrà avviata quindi sia in relazione alla necessità o meno che sulle modalità di somministrazione degli *screening* al momento dell'arrivo, oltre che in relazione alla presa in carico delle stesse malattie infettive in contesti di marginalità abitativa. Nell'ambito delle problematiche di salute della persona, va sottolineata in particolare la questione della presa in carico dei titolari di protezione internazionale definiti come categorie vulnerabili dalla stessa Unione Europea: minori non accompagnati, genitori soli con figli minorenni, portatori di handicap, vittime di violenza e tortura, donne in stato di gravidanza e malati gravi, nella nostra esperienza portatori di malattie croniche e persone con disagio mentale in primis. Paradossalmente, sono proprio queste persone ad avere normalmente più difficoltà nella presa in carico istituzionale, se si fa eccezione per i minori e le donne in stato di gravidanza. Le ragioni sono la ridotta attenzione nell'individuazione di tale casistica, la scarsità di posti disponibili in strutture appositamente qualificate e la difficoltà ed ora impossibilità^f ad ottenere una iscrizione anagrafica all'interno di stabili occupati. Quest'ultima rappresenta infatti l'opportuno aggancio sul territorio che permette una reale e completa presa in carico sociosanitaria. La questione assume particolare rilevanza per i soggetti vittime di tortura o violenza, subita nel Paese di origine o durante la

^f L'art. 5 del Piano Casa Decreto legge n. 47 del 2014 nega espressamente la possibilità di iscrizione anagrafica per coloro che occupino abusivamente un immobile, vedi il comunicato stampa Medu 4 giugno 2014

rotta migratoria, a cui Medu offre la possibilità di una certificazione ai fini della richiesta di protezione internazionale redatta da un'équipe multidisciplinare formata da un medico, uno psicologo e un antropologo. Un'altra fascia di utenza caratterizzata da particolare vulnerabilità è rappresentata da persone con disagio psichico, più o meno accentuato, fino alla presenza di patologie psichiatriche (7,8%). Le cause del disagio psichico sono

molteplici, dalle esperienze vissute prima della partenza alla difficoltà del viaggio, arrivando alla precarietà della situazione nel nostro Paese, su cui spesso erano state riposte molte aspettative e speranze. Se la problematica dei malati psichiatrici assume rilevanza anche tra i cittadini italiani, tra i migranti forzati è la falla che più evidentemente mette in evidenza le carenze del nostro sistema.

Casa Stenone, una sperimentazione del presente per orientare il futuro

Alessandro Mereu¹, Alessandro Bussotti²

¹ MMG in formazione, CFSMG Regione Toscana 2012-2015

² MMG, Agenzia Continuità Assistenziale, AOU Careggi

Gruppo tecnico di Coordinamento di Progetto:

Alessandro Bussotti, medico AOUC

Sergio Costanzo, medico ASF

Maria Pia Filippini e Fernanda Versari, assistenti sociali ASF

Andrea Gori e Luisa Sanvito, Caritas

Maria Montanelli, fisioterapista ASF

Non possiamo non ricordare Amelia Pizzi, assistente sociale della ASF, che del Progetto è stata ideatrice e anima fino al suo ritiro in pensione

Abstract

Non è raro che dal lavoro sulle realtà marginali possano emergere elementi, spunti e pratiche che poi si rendono interessanti a più largo spettro. Casa Stenone, esperienza prossima al quarto anno di vita (nasce nel 2011) è un Progetto orientato a garantire la continuità assistenziale post-ospedaliera a una popolazione in condizione di marginalità (migranti irregolari e italiani, senza fissa dimora e senza validi riferimenti parentali).

Il Progetto poggia le sue basi sul rispetto degli articoli 3 e 32 della Costituzione italiana^{1,2}, constatando come le persone socialmente ed economicamente emarginate abbiano oggettiva difficoltà nell'accedere alle cure loro necessarie, e quindi a godere del diritto alla salute.

Il Progetto nasce da un Progetto dell'Azienda sanitaria Firenze (ASF), sostenuto dall'Azienda ospedaliera universitaria Careggi (AOUC), dal Comune di Firenze, finanziato dalla Regione Toscana, che ha avviato una proficua collaborazione con la Caritas. Il target a cui è rivolto sono gli individui in dimissione dagli Ospedali della ASF e dell'AOUC, che necessitano di proseguire le cure e che sono riconoscibili in una condizione di indigenza e/o marginalità. Il Progetto ha dimostrato numerosi successi sia sul piano clinico-assistenziale che sul piano finanziario (nell'ordine di utilizzo appropriato di risorse sanitarie come accessi in pronto soccorso, degenze ospedaliere, accertamenti e farmaci).

Ancor più interessanti però, e scopo dell'articolo, sono le modalità di lavoro con cui è configurato questo Progetto che secondo gli autori devono essere oggetto di studio, ricerca e investimento per future ma quanto mai necessarie strategie di assistenza per tutta la popolazione.

¹ Art. 3 Costituzione della Repubblica Italiana. Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

² Art. 32 Costituzione della Repubblica Italiana. La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

Il Progetto

Il Progetto Casa Stenone è una esperienza definibile come unica nel panorama italiano e probabilmente anche nel panorama europeo.

Nasce nel 2011 sulla base di un Progetto presentato dalla Azienda sanitaria fiorentina (ASF) e finanziato dalla Regione Toscana: il Progetto riguarda tutti gli Ospedali dell'area fiorentina, quindi sia le strutture ospedaliere dipendenti dalla ASF (Santa Maria Nuova, Nuovo San Giovanni di Dio, Santa Maria Annunziata), sia la Azienda ospedaliera universitaria di Careggi (AOUC).

La fase operativa si basa su una convenzione firmata dalla Società della salute di Firenze e dalla Caritas Fiorentina.

La struttura accoglie 12 persone come capienza massima, non ha vincoli, né regole interne particolari se non quelle del rispetto reciproco e del consenso a essere accolti nella struttura.

È localizzata in località Antella, alla periferia dell'area metropolitana fiorentina.

Gli ospiti hanno libertà di movimento (possono uscire e rientrare liberamente dalla struttura) e possono ricevere visite in qualsiasi momento, oltre alle cure necessarie, viene loro fornito vitto (anche in funzione dei bisogni clinici, sociali e culturali che presentano), alloggio ed il trasporto da/per strutture sanitarie laddove richiesto dai sanitari.

Il gruppo di lavoro, ove possibile, facilita la messa in contatto con familiari, amici o persone di fiducia, attivando sia canali informali, che istituzionali, come Prefetture e Ambasciate quando necessari.

Non esiste un tempo di degenza da dover rispettare così come non esiste una specificità di condizione clinica, se non quella della necessità di continuità delle cure, che legittima o vincola l'accesso.

La struttura è composta da camere doppie e triple, accoglie sia uomini che donne; è dotata di una cucina, di sala pranzo e salotto, una piccola farmacia interna ed un ufficio per gli operatori.

La struttura: modalità di lavoro

Già la tipologia della struttura non trova riscontro nelle definizioni utilizzate per strutture analoghe (Ricoveri a media-bassa intensità per pazienti con patologie specifiche, Residenze Sanitarie Assistenziali, Intermediate Care Facilities, Nursing homes, Riabilitazioni, etc).

Il lavoro che viene svolto, e la sua programmazione, è basato sulla équipe multi- (e laddove vi riesce, inter-) profes-

³ Per la differenza tra inter e multi-disciplinare consultare: <http://www.arj.no/2012/03/12/disciplinarity-2/>

sionale³ tra sanitari e non sanitari, orientato ad obiettivi di cura individuali e personalizzati.

Nel definire tipologia di struttura e di lavoro però non emergono alcune caratteristiche distintive del Progetto, di seguito analizzate.

Gli obiettivi, e le strategie per ottenerli, vengono concordati col paziente all'ingresso e poi ridiscussi durante l'accoglienza, sia in seno all'équipe che col paziente.

In questo modo Casa Stenone si dota della caratteristica della longitudinalità, infatti, non si limita alla presa in cura del problema clinico puntuale ma organizza una presa in cura il più possibile olistica e nei tempi che la cura della persona richiede, seppur in previsione di una dimissione che del resto rimane un obiettivo del piano di cura.

Le strategie di cura si avvalgono dell'attivazione delle risorse personali del paziente e, quando possibile, del suo *entourage*; assieme a ciò al momento dell'ingresso viene avviato un percorso per lo studio del potenziale reinserimento nell'ambiente di appartenenza, o se necessario, di trovare la collocazione migliore e preferita dal paziente. Con questo si cerca di promuovere e far proprio strumento l'*empowerment* del paziente.

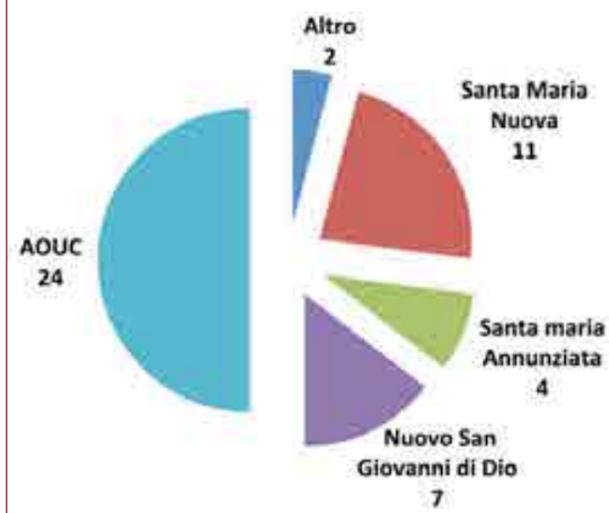
Inoltre, per sua natura il Progetto garantisce la continuità assistenziale ai pazienti.

Osservando la tipologia di pazienti accolti nel 2013 (Tab. 1, Grafico 1 e 2) si può quindi ben comprendere come sia differenziato e vasto il campo d'azione dell'équipe di cura, che non può limitarsi a una settorializzazione delle attività; inoltre essendo la popolazione assistita caratterizzata da un notevole grado di disagio socio-economico risulta evidente come il Progetto e processo di cura non possa fare a meno di conoscenze e competenza extra-cliniche.

Tutte queste caratteristiche portano chi scrive a nominare, almeno provvisoriamente, questa tipologia di struttura

Tabella 1. Persone accolte nel 2013.

Totale Persone Accolte (range età 20-76, media 48 aa)	48
Ingressi (2 persone ri-accolte)	50
Maschi	34
Femmine	14

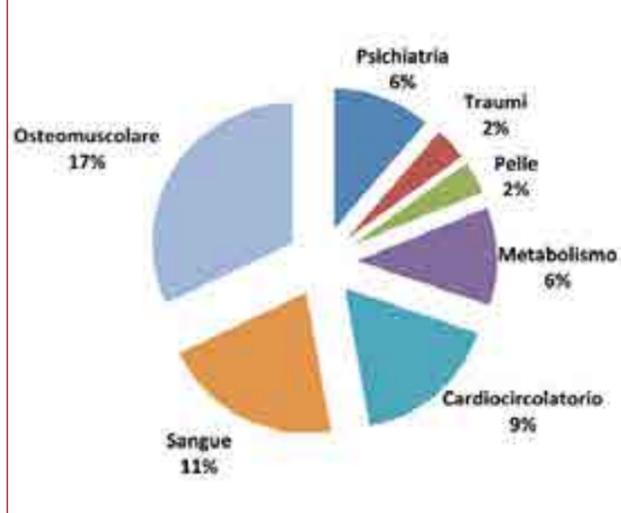
Grafico 1. Numero di ospiti per ospedale di provenienza, 2013.

come Foster Home Care⁴. Per le stesse caratteristiche possiamo ipotizzare un inquadramento di questa tipologia di struttura nel contesto delle cure primarie del futuro, o perlomeno aprire un dibattito rispetto a ciò.

Modalità d'accesso

L'accesso a Casa Stenone ha come primo elemento critico la identificazione del paziente da parte del Gruppo di Lavoro o del reparto ospedaliero dove egli è ricoverato.

Il Gruppo di Lavoro si riunisce periodicamente al fine di valutare l'andamento del Progetto e le criticità riscontrate in itinere così come per valutare proposte di ammissione a Casa Stenone particolarmente problematiche. Purtroppo non ci sono dati disponibili per verificare la qualità e quantità di questa identificazione, ma idealmente dovrebbe essere un processo simile a quello delle dimissioni difficili comune a tutti i pazienti ricoverati. È ipotizzabile che questo riconoscimento sia migliore laddove membri del Gruppo di lavoro siano presenti stabilmente, così come nei reparti che già hanno avuto contatti precedenti con la struttura e che quindi già conoscono. Ricerca ed approfondimenti in questo settore appaiono utili ed importanti per il prossimo futuro.

Grafico 2. Classificazione ICD-IX della patologia principale all'ingresso.

Qualora vi sia dubbio circa l'ingresso, la decisione spetta al Gruppo di Lavoro.

Una volta identificato il paziente eleggibile per l'ingresso, si valutano i tempi di attesa per avere un posto letto disponibile (solitamente brevi, entro le 48 ore dalla segnalazione), successivamente viene illustrato al paziente la realtà in cui sarà accolto e dopo averne concordato gli obiettivi si acquisisce il consenso e il trasferimento presso la struttura viene organizzato dalla équipe di Casa Stenone.

L'équipe

Nella struttura sono presenti diverse figure quali operatore sociosanitario, assistente sociale, infermiere, educatore professionale, cuoco, medico, responsabile di struttura, che operano come équipe e quindi organizzano il proprio lavoro individuale ed il piano di cura (qui definibile come PAI "Progetto Assistenziale Individuale") non per compiti e competenze, ma per obiettivi del PAI stesso. Osserviamo così che si producono due fenomeni, messi in pratica dagli operatori, forse in modo non troppo consapevole. Innanzitutto viene messa in atto una sorta di *task-shifting* tra diversi operatori; inoltre viene reso oriz-

zontale, condiviso e non gerarchico il *decision making process* circa le scelte assistenziali da assumere.

In questi due fenomeni osserviamo come anche il paziente sia sempre coinvolto in modo attivo.

Dati questi due fenomeni, successivamente approfonditi, e le caratteristiche della tipologia di struttura e di pazienti accolti appare quasi inevitabile che la figura del medico presente sia quella del medico di medicina generale (MMG)⁵. Il MMG responsabile per i pazienti è anche Direttore della Agenzia di continuità assistenziale extra-ospedaliera della AOU Careggi, che assieme ad un MMG in formazione⁶ (che svolge 6 mesi in questa Agenzia come parte del tirocinio), si occupa degli aspetti clinici, in collaborazione con gli altri membri dell'équipe per il PAI del paziente.

A corollario di ciò, quindi, ci sembra importante rilevare come la presenza del MMG in formazione possa essere una esperienza particolarmente interessante, in quanto il medico in formazione sarà esposto a processi decisionali e decodificazione dei bisogni clinici circa pazienti complessi come gli ospiti di questa struttura. Questa esperienza ci pare debba essere ulteriormente approfondita e valorizzata in quanto sappiamo che ambiti di lavoro di questo genere, e quindi le *skills* professionali, saranno sempre più rilevanti nella cure primarie, e quindi nella Medicina Generale, del prossimo futuro.

Quali problemi

Oltre ai vari problemi riscontrati (problemi clinici, sociali, amministrativi, comunicativi) scopo di questo articolo è concentrarsi su alcune questioni problematiche non approfondendone altre; registriamo quindi tre tipologie di problemi inerenti la struttura

Finanziamento. Il fatto che sia un Progetto sperimentale, soggetto a finanziamento annuale, comporta che alla scadenza, in attesa del rinnovo, vi sia un certo grado di preoccupazione negli operatori, legato alla incertezza di poter continuare a garantire nel tempo questo tipo di assistenza sociosanitaria. È altresì vero che questa condizione di sperimentazione, ha però permesso un certo grado di libertà nell'ideare e progettare modalità operative che, come precedentemente dichiarato, hanno dato frutti particolarmente interessanti e risposto egregiamente agli obiettivi del Progetto. Il problema finanziamento quindi non è da considerare esclusivamente in termini di quantità di denaro disponibile (che è solo una componente di cui tener conto), ma piuttosto come strumento per poter programmare le attività con fiducia e continuità rispetto al futuro

Raccolta ed analisi dei dati. La raccolta dei dati, e la loro

organizzazione, non può essere casuale, deve essere orientata a dei precisi fini solitamente esplicitati all'inizio del processo. Ciò che emerge dall'analisi del database dei pazienti accolti, specialmente per il primo periodo, è una parziale mancanza di dati, in quanto all'epoca non ritenuti rilevanti. Ci siamo accorti, ad opera in corso, che sarebbe stato opportuno rilevare ulteriori informazioni e dati, clinici e non, al fine di comprendere meglio il lavoro che viene svolto nella struttura, la sua qualità ed i suoi esiti; basti pensare che gli obiettivi iniziali dei PAI non avevano una collocazione nella cartella clinica dei singoli pazienti, ma venivano processati soltanto nella relazione tra membri dell'équipe e paziente. Ulteriore esempio è la classificazione dei pazienti per patologia che, seppur veritiera, non riesce a rendere merito del tipo di lavoro svolto, dei carichi assistenziali sociosanitari, della complessità del paziente (Grafico 2). In sintesi possiamo dichiarare che sono necessari indicatori diversi da quelli classicamente utilizzati nelle strutture sanitarie (dati anagrafici, patologie, tempi di degenza) e probabilmente anche di natura qualitativa, piuttosto che esclusivamente quantitativa.

Analisi del lavoro svolto e dei suoi risultati. Insieme alla questione della raccolta dati e della sua qualità, possiamo inserire come criticità anche la dotazione di strumenti e risorse per l'analisi delle modalità di lavoro e dei suoi prodotti, sia in termini di esiti clinici, che in termini di relazioni tra paziente e operatori, in termini di relazione con ulteriori strutture sanitarie (Ospedali, Presidi, professionisti) o istituzioni (ASL, uffici di assistenza sociale, Prefetture, Ambasciate). Di nuovo, i dati in nostro possesso, anche se ben rilevati ed organizzati, non riescono comunque a dimostrare la realtà del lavoro quotidiano. Prendendo ad esempio i motivi di dimissione non si riesce ad estrapolare se gli obiettivi del PAI siano stati raggiunti e se si in che modo e se no perché.

Conclusioni: soluzioni e suggestioni

Illustrare meglio i fenomeni particolari del Progetto. Rispetto al *task-shifting* e alla condivisione allargata del processo decisionale, è constatazione degli autori, che questi due elementi siano da considerarsi delle novità nel panorama formativo e lavorativo del medico. Questi vengono vissuti in modo positivo, che non significa privo di difficoltà, sia per la qualità auto-percepita del lavoro, che per le relazioni intraprese tra operatori e pazienti. Essendo riconosciuto a livello internazionale come rilevante ai fini di un buon esito sia la motivazione positiva dell'operatore, che il soddisfacente lavoro d'équipe, si ritiene che

⁴ Abstract in attesa di approvazione per EGPRN Autumn Meeting 23-26 OCTOBER 2014 in HERAKLION (Crete) - Greece

⁵ Definizione Europea della Medicina Generale, WONCA: http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definizione%20WONCA%202011%20ita_A4.pdf

⁶ MMG in formazione del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale - Regione Toscana, Firenze

questo ambito debba essere ulteriormente approfondito ed elaborato, anche nell'ottica di poter apportare innovazioni anche in altre strutture e contesti lavorativi.

Necessità di continuare l'esperienza. A tre anni di distanza l'esperienza è giudicata in modo aneddotico positivo da operatori interni ed operatori esterni che hanno avuto contatto con la struttura, inoltre ha permesso di ideare e verificare diverse modalità di lavoro e di interazione tra professionisti. Allo stesso tempo ha ottenuto il gradimento ed il riconoscimento delle istituzioni che hanno confermato negli anni il Progetto. L'auspicio è che possa mantenersi attivo al fine di consentire ad altri medici (e anche altre professionalità) in formazione di sperimentare questo particolare contesto e di mantenere questa realtà, col fine di sperimentare innovazioni e spunti interessanti anche per contesti ulteriori.

Necessità di migliorare alcuni aspetti. Abbiamo già citato le criticità rispetto ai dati e la loro raccolta. Ulteriore ambito di miglioramento possibile è la comunicazione delle attività svolte al fine di ampliare la conoscenza di questa realtà ad altri professionisti magari più distanti.

Necessità di studio e ricerca (a carattere quali-quantitativo) su équipe, tipologia di lavoro, complessità. Ultimo, ma non meno importante, è la necessità di strutturare, progettare e realizzare veri e riconosciuti ambiti di ricerca (clinica ed assistenziale) in tutti gli ambiti in cui Casa Stenone opera o incontra, sia per capire meglio alcuni fenomeni, che per riflettere sulle pratiche messe in atto dagli operatori stessi. Riteniamo che questo tipo di attività di ricerca possa contribuire enormemente a chiarificare all'interno ed all'esterno la qualità e la tipologia di lavoro che viene svolto.

Casa Stenone, le storie dei pazienti

Irene Severi¹, Alessandro Bussotti²

¹ Associazione Niccolò Stenone, MMG diplomato CFSMG Regione Toscana 2010-2013, Firenze

² MMG, Agenzia continuità assistenziale, AOU Careggi, Firenze

Gruppo tecnico di Coordinamento:

Alessandro Bussotti, medico AOUC

Sergio Costanzo, medico ASF

Maria Pia Filippini e Fernanda Versari, assistenti sociali ASF

Maria Montanelli, fisioterapista ASF

Andrea Gori, Luisa Sanvito, Associazione solidarietà Caritas

Non possiamo non ricordare Amelia Pizzi, assistente sociale della ASF, che del progetto è stata ideatrice e anima fino al suo ritiro in pensione

Abstract

Casa Stenone non è solo un progetto di gestione delle dimissioni complesse per pazienti non iscritti al Servizio sanitario nazionale, ma è anche un contenitore di storie e di esperienze; storie dei pazienti, esperienze del team multiprofessionale che vi lavora. In particolare è il terreno su cui si svolge una parte, piccola ma significativa, della formazione dei futuri medici di medicina generale. E l'esperienza professionale di Casa Stenone si rivela un ottimo modello di quello che dovrebbe essere il ruolo professionale del MMG: una miscela di conoscenze scientifiche, di capacità interpretativa dei riferimenti extraclinici, di adattamento alle situazioni meno comuni, di capacità di dare risposte personalizzate in relazione alle caratteristiche dei diversi contesti.

"La salute viene creata e vissuta dagli individui nella sfera della loro quotidianità, là dove si gioca, si impara, si lavora, si ama. La salute nasce dalla cura di se stessi e degli altri, dalla possibilità di prendere decisioni autonome e di poter controllare la propria condizione di vita, come pure dal fatto che la società in cui si vive consenta di creare le condizioni necessarie a garantire la salute a tutti i suoi cittadini".

(Carta di Ottawa, 1986)

Entrando a Casa Stenone, il paziente non è più solo un malato, ma diventa ospite. La parola "ospite" molto racconta delle suggestioni di vita che transitano per questa particolare casa e del suo significato intrinseco di luogo di cura fluido, circolare, avvolgente come la percezione di far parte della storia di una famiglia. La reciprocità del senso di "colui che ospita e quindi albergatore" e di

"colui che è ospitato e quindi straniero" è il fulcro della cura che quotidianamente viene praticata, in cui tutti sono coinvolti e che contraddistingue la realtà di Casa Stenone.

Il malato che entra a vivere nella Casa infatti viene preso in carico non solo dal medico, ma anche da personale sociale e sanitario (e non solo) che costruisce su di lui un

percorso di cura rispondendo ai suoi bisogni medico-assistenziali e ricostruendo una identità sociale a chi spesso non è in grado di riconoscere nemmeno il proprio volto. La malattia per gli ospiti diventa la possibilità di un riscatto, la condizione che dà un'identità non riconosciuta socialmente, un'occasione per riappropriarsi del proprio corpo e il tentativo di ricucire la propria storia.

L'esperienza a Casa Stenone offre al medico di vivere a pieno gli aspetti sociali ("sickness"), patologici ("disease"), psicologici ("illness") della malattia, sperimentando la cura nel più ampio respiro del suo significato, partecipando e diversificando un progetto personalizzato di promozione di salute e di dignità alla morte assieme a figure sanitarie e sociali.

Il team di Casa Stenone è composto da un piccolo gruppo che opera con l'obiettivo comune di farsi carico globalmente di ciascun ospite, secondo il proprio punto di vista e la specifica competenza. Il gruppo è composto da: medico, operatori sociali, educatrice, ostetrica, infermiera, assistente sociale (direttore della Casa). La coralità del team permette di costruire una modalità di lavoro attenta alla pronta recezione dei bisogni complessivi di ogni ospite, anticipando i problemi piuttosto che subirli, riducendo duplicati di assistenza o trattamenti grazie a un percorso sequenziale e coordinato di interventi.

Il lavoro di orientamento diagnostico, l'impostazione e il monitoraggio della terapia da parte del medico sono quotidianamente affiancati dalla qualità di un'assistenza diversificata e personalizzata capace di sostenere, rassicurare e promuovere l'educazione del paziente, la *Self Efficacy* (Bandura A. *Autoefficacia: teoria e applicazioni*. Trento: Edizioni Erickson 2000), incentivando le individuali potenzialità di cambiamento e il percorso di consapevolezza nella prospettiva complessiva di promozione della salute. In tale percorso rientra anche l'acquisizione dei propri diritti sanitari e la regolarizzazione della relativa documentazione, l'orientamento alla funzione dei servizi e al loro corretto uso, esplorando così le risorse istituzionali e i loro limiti applicativi.

Il gruppo si autodefinisce non solo per la comunione degli intenti, ma soprattutto in virtù della fiducia che ogni operatore, incluso il medico, pone nell'altro e con cui il paziente si affida al gruppo. Calata nella realtà di Casa Stenone, la fiducia si declina in modi multipli, arricchendosi di significati comunicativi e riscontri pratici. A cadenze programmate il medico è presente nella Casa, ma continua è la reperibilità telefonica. Grazie alla programmazione dei percorsi e alla fiducia reciproca tra tutti gli elementi del gruppo è stato possibile gestire numerose

criticità cliniche con strumenti semplici, avvalendosi del potere della clinica e della comunicazione efficace con il paziente. Se si escludono le eccezioni di eventi acuti, non gestibili territorialmente, il tasso di rientro degli ospiti in Ospedale a quattro anni dalla inaugurazione di Casa Stenone è molto basso. In tempi di difficoltà economica in cui è imperativa l'individuazione di strategie alternative di allocazione delle magre risorse pubbliche, la risposta di Casa Stenone alla domanda di una medicina di prossimità potrebbe rappresentare un modello assistenziale significativo nello scenario di una sempre più complessa e costosa cronicità.

Da quanto detto, il medico in formazione seppur in un contesto originale e unico nel panorama europeo, si confronta intensamente con tutte le peculiarità portanti della medicina generale, in quanto è chiamato a rispondere a problemi di salute e non a singole entità nosologiche, non selezionati e estremamente variegati per tipologia e per gravità, spesso non facilmente decodificabili, se non interpretati alla luce del "contesto" socio-psico-culturale della singola persona. Questa attitudine è indispensabile per fornire informazioni comprensibili sulla propria condizione di salute e per cooperare nella scelta decisionale migliore per il paziente, con la consapevolezza dei possibili rischi e benefici di percorsi di cura alternativi. Considerare il lato extraclinico, permette di esercitare una medicina centrata sulla persona, praticabile solo sviluppando una *partnership*, un'alleanza medico-paziente, necessaria per condividere, collaborare, gestire, sintesi di strategie comunicative diverse: empatia, autoconsapevolezza, ascolto attivo. Condizione necessaria per riconoscere i problemi dei pazienti è mantenere viva la capacità di fare esperienza nell'incontro col paziente: il medico di Casa Stenone deve quotidianamente superare l'automatismo della parola, virando su registri comunicativi diversi, accrescendo così la sua capacità di comprendere e di fornire risposte più adeguate e modulabili per quel particolare ospite. Mettersi in ascolto della sagoma che ci sta di fronte significa decifrare quella zona in cui la vita non è più sfumata dall'ombra della malattia e ridarle lo spazio che ci è concesso di allargare. Questo non sempre si ottiene aumentando le scatole di farmaci, ma aiutando a scoprire che la cura è nel profumo di un paio di scarpe nuove per ritornare in una casa lontana ma di nuovo vicina. E nella percezione di questo momento si svela la magia dell'alleanza tra l'ospite e la sua nuova famiglia: il medico capisce che la prognosi di quella patologia è davvero stata compresa, l'educatore è confortato dalla serenità di una nuova ruga su quel volto nudo e l'opera-

tore ripagato delle tante parole spese. In questa originale realtà si vive l'uno accanto all'altro, accostando i nostri giorni, vivendo una storia che ci assomiglia e in cui la vera protagonista è la cura. La longitudinalità della cure primarie di questa casa va oltre coloro che l'hanno costruita spesso a inseguire le orme di chi decide di non essere più ospite, ma di riprendere la propria strada. Obiettivo del progetto Casa Stenone è anche la programmazione del rientro in patria per gli ospiti che hanno espresso tale desiderio spesso per la loro condizione di salute estremamente compromessa. Tale percorso non si struttura solo con la regolarizzazione burocratica, ma si concretizza anche in un vero supporto sanitario e assistenziale nel Paese di rimpatrio, con il sostegno delle risorse locali.

Nella presa in carico cruciale è la dimensione della casa, cornice entro la quale l'individuo ricomponi la sua identità in termini biologici, esistenziali, sociali. Casa Stenone è appunto una "casa" non solo strutturalmente, ma nel senso più denso di valenze umane e richiami simbolici: il perimetro entro il quale si definiscono le relazioni interpersonali tra individui di diverse etnie, con un bagaglio di vita quasi sempre troppo pesante da essere portato dentro a un sacchetto del supermercato, ma anche il riparo da una vita di strada che a volte separa e a volte unisce come una madre che scopre il volto di nuovi figli.

La Casa concede ai suoi ospiti l'opportunità di prendere confidenza con la loro memoria biografica, aprendosi allo stesso tempo verso una prospettiva futura. La Casa è un luogo che ha identità e che dà identità, rimandando a memorie, idee, sentimenti, abitudini, valori, preferenze, significati, comportamenti ed è un confine che delimita uno spazio sociale in cui ci relazioniamo con gli altri. La relazione che si pratica attraverso l'uso del linguaggio consente la ricostruzione individuale, non solo attraverso espressione della propria interiorità, ma anche quale vettore che manifesta co-appartenenza tra gli individui "aprendo mondi" (cioè istituisce culture, civiltà, linguaggi, tradizioni, produzioni artistiche, ecc.).

La Casa non è solo un semplice luogo che dà identità topografica, ma rimanda a una famiglia, seppur diversa da quella di origine, capace di intrecciare legami affettivi di rinforzo e supporto contro le numerose difficoltà non solo di natura sanitaria che gli ospiti di Casa Stenone incontrano. L'esserci e l'esistere per l'altro rappresentano un ingrediente essenziale nella vita di ognuno di noi. La capacità di coltivare contatti amicali rappresenta un grande fattore protettivo. Il dialogo, il confronto, i consi-

gli, il supporto, l'aiuto pratico, lo scambio di informazioni sono elementi portanti della cura.

Nell'analisi del ruolo terapeutico della casa, luogo di relazioni dinamiche e complesse, non è possibile trascurare la natura del territorio in cui si trova Casa Stenone. L'Antella è una piccola frazione del Comune di Bagno a Ripoli in cui ancora sopravvive il senso di una piccola comunità: gli abitanti spesso si conoscono da generazioni e si identificano in luoghi di riferimento comuni. Di questi adesso fa parte anche questa particolare casa famiglia, e chi vi abita viene riconosciuto parte integrante a tutti gli effetti del paese. Partecipata e talora indispensabile si è dimostrata la collaborazione degli abitanti, dalla singola iniziativa a interventi di aiuto più strutturati da parte di associazioni di volontariato, come quello della Misericordia dell'Antella che garantisce il trasporto degli ospiti a strutture ospedaliere, consulenze specialistiche e diagnostica. In famiglia, ciascun componente partecipa alla vita quotidiana in base alle caratteristiche del suo animo e alle proprie abilità, così gli ospiti di Casa Stenone hanno ricevuto aiuto da cittadini molto diversi, rendendosi testimoni di una solidarietà riservata e intima, riflesso di uno sguardo responsabilmente allenato all'altro. Tale sensibilità ha generato collaborazione e supporto, incontri fatti di parole e passi. Diverse le esperienze raccolte: dal dono delle parole con cui l'ambulante cinese del paese ha decifrato le incomprensibili allucinazioni della sua giovane connazionale; la tenerezza di quelle che hanno costruito l'amicizia tra l'anziana insegnante di inglese della scuola materna e la giovane nigeriana, non più sola nel suo passato innominabile; la lentezza di quelle che hanno accompagnato i passi del vecchio pensionato nel riportare a casa il disorientato neoarrivato.

Il linguaggio, spiega Heidegger, è "la casa dell'essere", nel senso che grazie a esso l'uomo fa esperienza dell'essere stesso, una esperienza non solo empirica, della prassi quotidiana, ma anche teorica, intesa cioè come pensiero profondo che si interroga attorno alla reale essenza più propria dell'essere in quanto tale. Il linguaggio permette di fare esperienza delle cose: "Fare esperienza (*Erfahrung*) di qualcosa, si tratti di una cosa, di un uomo, di un Dio significa che quel qualche cosa per noi accade, che ci incontra, ci sorraggiunge, ci sconvolge e ci trasforma" (Heidegger M. *In cammino verso il linguaggio*. Milano: Mursia 1973, p. 267).

La narrazione diventa allora il ponte tra interno ed esterno, assumendo non solo una funzione comunicativa, relazionale di collocazione sociale del sé, ma anche di auto definizione, attraverso la ricostruzione della continuità del

SALUTE e Territorio

sé sul piano temporale, fondamentale nel percorso di salute di ognuno di noi.

Le storie di Casa Stenone sono viaggi polverosi di fatica e paura, salati dal sudore e dal profumo di un mare, possibile come un sogno d'infanzia. Sono storie ricche di passi, interrotti dal fischio di treni veloci come occasioni perdute, nostalgiche come le prime luci della sera. Sono storie di ninnananne cantate a figli lontani, di mani stanche come frasi sospese da ricordi ingombranti, e sono storie dense della malattia più vera, concreta come quella che si spalanca su un orizzonte dimenticato, non più immagine che sfida e lusinga con la sua promessa di meraviglia.

Casa Stenone infatti non è solo il rifugio di un pericoloso percorso in salita, spesso è l'ultima destinazione, per chi, solo, si affida a noi nell'ultimo tratto, insegnandoci a vedere il tremore di una fragilità che ci assomiglia e ci contamina. Sono storie di malati che insegnano la vulnerabile contraddizione delle nostre cure e del nostro sapere scientifico. Il medico è uno scienziato che di fronte a un problema clinico deve avere le adeguate competenze per porre una corretta diagnosi e applicare le specifiche cure, ma il medico è anche colui che sa riconoscere quando è il momento di cedere la cura al prendersi cura. Ed è in questo apparente smarrimento di ruolo che spesso il medico, soprattutto se specialista, si arrende alla morte, come a una sconfitta, raccomandando il suo imbarazzo all'anonimato della tecnica e confortando la sua inadeguatezza con le percentuali della statistica. In un tempo in cui i medici vivono il terrore della scure legale su il loro operare, la morte dovrebbe rappresentare l'occasione per riscoprire l'esclusiva bellezza di essere medico che significa innanzitutto assumersi la responsabilità di stimolare la padronanza della vita dei propri pazienti anche quando è condivisione di morte.

La frequente convivenza con gli ospiti a Casa Stenone insegna come in questo difficile passaggio della cura sia di aiuto al medico conoscere non più solo il malato, ma l'Uomo che ci siede davanti e come raccontare la verità renda gli occhi belli. Cedere al racconto singhiozzato di un cortile in cui è cresciuta una famiglia, sentire la paura di non poter stringere più un compagno in carcere, vivere l'orgoglio di chi torna a casa con un volo che avvicina a un Dio ritrovato, raccontare la malattia come la favola del lupo che porterà dall'altra parte della collina e sentirsi di

nuovo puri come agnelli, sono mezzi fatti di parola e silenzio che diventano sollievo potente come il breve futuro di un chiaro di luna che ci rapirà.

La comunicazione tra medico e paziente permette comprensione, crea i limiti di un territorio di fiducia, in cui diventa liberatoriamente legittimo confidare quelle credenze che hanno mistificato sintomi di una intrattabile malattia, dirottando la traiettoria di una vita. Penso al marinaio tunisino che, forte nella sua giovinezza, partì da casa con la promessa di un sogno di popolarità, diventare pugile, ma i suoi pugni erano troppo deboli per i fantasmi della sua malattia.

Dopo un passato di droga, di carcere, di dolore e tagli per esorcizzare una malattia insistente nell'eco di mille vocine minacciose, il giovane marinaio ha scoperto in Casa Stenone il suo ultimo porto, protetto da una famiglia più intima di quella vera, perché capace di donargli il perdono dalla sua storia di vergogna grazie alla diagnosi di una vera malattia. Ci è voluta tanta sofferenza, tanto spreco di salute, ma dare dignità alla morte può significare anche dare un nome bianco come una pace ritrovata. Al riparo nel suo ultimo porto, ha ormai poco senso seguire le montagne russe di glicemie incontrollabili, di transaminasi impazzite, mentre ha molto senso fermarsi insieme, respirare lento davanti a una tenda colma di vento e godere del tempo per raccogliere la parte che ci spetta, la nostra quota, il nostro pugno di terra per riprendere a sognare la vertigine luccicante del mare.

Dopo tanti anni di buio, il mio amico marinaio, confuso tra i bagnanti delle vacanze estive, quest'anno è tornato al mare con il costume rosso del bagnino che salva dalle onde, con una verità su una maglietta per caso finita sulle sue spalle larghe, imponderabile come la carezza di un destino conciliatore: *"Ed egli imparò a volare, e non si rammaricava per il prezzo che aveva dovuto pagare. Scopri che erano la noia e la paura e la rabbia a rendere così breve la vita di un gabbiano"* (Bach R. *Il Gabbiano Jonathan Livingston*).

Casa Stenone ha dato riscatto e voce a storie di vita e morte, donando pazienza e affetto consolatore a racconti interrotti, insegnando quanti possano essere i significati della malattia in tutti i suoi complessi aspetti, che la salute è un patrimonio di tutti e che una società che non è capace di rispondere ai bisogni degli ultimi non è in grado di riconoscere se stessa.

L'esperienza del Community Health Model ad Arezzo

Giovanna Tizzi
Oxfam Italia

Abstract

In questo articolo tratteremo della sperimentazione pilota del Community Health Model¹ condotta ad Arezzo. Il Progetto nasce all'interno del settore Educazione alla salute della USL 8 con l'ambizioso obiettivo di prevenire le gravidanze indesiderate e di ridurre il tasso delle interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) tra le donne rumene. È stato sviluppato in un arco temporale di circa un anno e prende avvio con una ricognizione sociologica dei luoghi di ritrovo e aggregazione delle donne rumene ad Arezzo. Sulla base di quanto emerso sono state individuate due donne rumene per il ruolo di Community Health Educator (CHE)/promotrici di salute. Successivamente è stata realizzata una formazione congiunta tra operatori sanitari e promotrici, al termine della quale è stato costruito il programma di interventi caratterizzato da un'attenta simmetria nell'utilizzo di strumenti on line ed off line.

La scelta di porre l'attenzione sul fenomeno delle IVG tra le donne rumene in provincia di Arezzo deriva dalla constatazione che, nonostante una lenta ma costante diminuzione in numeri assoluti, le utenti rumene registrano percentuali elevate di interruzioni volontarie di gravidanza. La sperimentazione rappresenta una seconda fase (azione) di una ricerca condotta da Oxfam Italia sul tema delle IVG. L'approccio sociologico seguito dai ricercatori è stato quello di confrontarsi con l'elevato ricorso da parte delle donne rumene all'IVG andando ad approfondire e, se possibile, dimostrare le sue relazioni con la dimensione sociale del fenomeno e il suo non essere solo e indiscutibilmente un'azione individuale.

L'indagine, sempre curata da Oxfam e pubblicata anche

all'interno del IV Rapporto sull'immigrazione in provincia di Arezzo², evidenzia che molteplici e interdipendenti sono le motivazioni che portano le donne rumene ad interrompere la gravidanza.

Innanzitutto: (a) occorre considerare il contesto di partenza ossia i modelli culturali interiorizzati relativi alla salute riproduttiva in Romania. Il loro passato è caratterizzato da alternanza di proibizione e possibilità di praticare l'IVG, accompagnato dall'assenza di informazioni sulla pianificazione familiare e sui metodi di contraccezione mentre il presente è contraddistinto da un livello di conoscenza sulla salute riproduttiva e sui contraccettivi generalmente basso. Un secondo aspetto (b) concerne le condizioni di vita in Italia delle donne rumene caratterizzate dalle specificità del processo migratorio: fase di adattamento, difficoltà economiche (occupazione, abitazione, ecc.), civili (regolarizzazione, permessi di soggiorno) e sociali (lingua, amicizie, affetti) spesso accentuano il problema delle gravidanze indesiderate e il successivo ricorso

¹ Facciamo riferimento a quanto applicato e sperimentato in Gran Bretagna dal *National Health Service*, nell'ambito dei programmi per lo screening e la prevenzione dei tumori femminili. La Dott.ssa Lai Fong Chiu, Senior Research Fellow presso l'Università di Leeds (UK) e attualmente direttrice di RITA (*Research in Innovation and Transformation*) ha ideato e sperimentato un modello di intervento atto a rendere il messaggio di prevenzione il più efficace possibile tra le comunità cosiddette "hard to reach" (rappresentate cioè da minoranze etniche o in condizioni di fragilità sociale ed economica), che ha ottenuto risultati estremamente positivi.

² La Mastra M, Luatti L, Tizzi G. *Vivere insieme. Quarto Rapporto sull'immigrazione e i processi d'inclusione sociale in provincia di Arezzo*. Provincia di Arezzo, Oxfam Italia, Arezzo. <http://provincia.aretzo.it/politichesociali/> 2012,

all'aborto. (c) La soggettività delle scelte riproduttive e di aborto si colloca, come si è visto, all'interno di un quadro più ampio di interdipendenze fra progetti migratori, condizioni di vita nel Paese di arrivo, culture riproduttive e relazioni familiari e sessuali che le donne portano con sé³. Quel che si nota dallo studio di caso è che il livello di conoscenza sulla salute riproduttiva e sui contraccettivi è generalmente basso: una parte consistente delle donne del campione ha utilizzato i contraccettivi in modo improprio (il 33% è rimasta incinta nonostante l'uso di contraccettivi) mentre per quasi il 60% la gravidanza è dovuta alla mancanza di contraccezione⁴. Le motivazioni del ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza maggiormente riportate e dedotte sono: i problemi economici, i problemi con il partner e l'aver raggiunto il numero di figli desiderato o possibile.

Infine (d) emerge la necessità di riorganizzare il funzionamento dei servizi consultoriali al fine di promuovere non solo la conoscenza, ma l'utilizzo della contraccezione tra le donne rumene e non solo.

La sperimentazione

Il Progetto è stato sviluppato in un arco temporale di circa un anno e tre sono le tappe principali che lo caratterizzano.

Nella prima fase è stata realizzata una ricognizione sociologica (analisi secondaria dati presenza della popolazione rumena ed interviste semi strutturate) dei luoghi di ritrovo e aggregazione delle donne rumene ad Arezzo. Sulla base di quanto emerso dalle interviste e dalla mappatura del contesto in termini di reti sociali esistenti e agenti nei territori sono state individuate due donne rumene per il ruolo di *Community Health Educator* (CHE)/promotrici di salute. La selezione ha tenuto conto della

loro conoscenza del territorio, del contesto d'origine, delle competenze relazionali e sociali, delle motivazioni rispetto al Progetto e del desiderio di *empowerment*.

La seconda fase prende avvio con una formazione congiunta tra operatori sanitari e promotrici. Durante l'ultimo incontro del percorso formativo è stato costituito il Gruppo di lavoro – nodo strategico del Progetto – ed assieme a tutte le partecipanti al corso sono stati individuati i temi da porre in agenda. Il Gruppo composto dalla coordinatrice di progetto di Oxfam, dalla responsabile Consultorio di Arezzo, dall'ostetrica e dalle due promotrici ha codificato il programma degli interventi e monitorato le singole attività implementate.

Il costante coinvolgimento delle operatrici sanitarie sia nell'attività di formazione che negli interventi realizzati ha rafforzato la collaborazione con le nostre due educatrici sanitarie di comunità, ed ha modificato i comportamenti organizzativi nel senso di una maggiore apertura e consapevolezza del bagaglio socio-culturale che le donne rumene portano con sé in tema di salute riproduttiva.

Infine, il terzo stadio concerne il programma di interventi (attivo da metà dicembre 2012 ad aprile 2013) sulla promozione di salute di comunità. L'approccio seguito è stato multidimensionale con un'attenta simmetria nell'utilizzo di strumenti *on line* ed *off line*.

Nello specifico, si è parlato di contraccezione durante due momenti di ritrovo dei rumeni di Arezzo (festa nazionale e festa di Natale) a cui hanno preso parte circa cinquanta persone. È stato realizzato un volantino con i servizi del Consultorio in italiano e rumeno e distribuito negli esercizi commerciali rumeni, nei parchi, allo sportello del Centro per l'integrazione, nello studio associato di sei medici di medicina generale e al mercato settimanale⁵.

Ogni giovedì sono stati pubblicati articoli sul tema della salute riproduttiva all'interno del "Forum Romanesc", rubrica settimanale in lingua rumena ospitata dal giornale aretino "Piazza Grande".

Accanto a ciò sono stati realizzati incontri di approfondimento in Consultorio, denominati "Prendiamoci cura di noi stesse" in cui un'ostetrica ascolta, parla e si confronta con le donne rumene accompagnate dalle due promotrici. Complessivamente hanno partecipato agli otto incontri 45 donne e 1 uomo.

Dall'analisi dei questionari anonimi somministrati alle partecipanti emerge che il 60% del totale⁶ avevano ef-

Tabella I. Utilizzo del Consultorio per anzianità di presenza.

Anzianità di presenza	In passato ha utilizzato il consultorio?		Totale
	NO	Sì	
tra 1 e 2	5		5
tra 3 e 4	4	3	7
tra 5 e 9	9	10	19
tra 10 e 19 anni	6	5	11
oltre 20 anni		1	1
Totale	24	19	43

Fonte: nostra elaborazione su dati raccolti con il questionario.

Tabella II. Conoscenza del Consultorio per anzianità di presenza.

Anzianità di presenza	Conosceva l'esistenza del consultorio?		Totale
	NO	Sì	
tra 1 e 2	4	1	5
tra 3 e 4	5	2	7
tra 5 e 9	7	12	19
tra 10 e 19 anni	2	9	11
oltre 20 anni		1	1
Totale	18	25	43

Fonte: nostra elaborazione su dati raccolti con il questionario.

fettuato una o più IVG e di queste una parte consistente in Romania.

L'accesso ai servizi pubblici, sanitari ma non solo, rappresenta un indiscusso valore aggiunto per favorire una maggior autonomia delle donne e migliorare il processo di integrazione. Nel nostro campione emerge (Tab. I) che il 55% delle intervistate non ha mai utilizzato il servizio del Consultorio. Allo stesso tempo è interessante capire, ancor prima del reale utilizzo, il livello di conoscenza del servizio. I risultati evidenziano che il 42% delle intervistate non conosceva l'esistenza del servizio (Tab. II). Ciò rappresenta un importante risultato del Progetto, seppur con piccoli numeri.

Com'è noto, anche nel nostro caso, il tempo di permanenza in Italia risulta essere un fattore importante nell'u-

tilizzo dei servizi: più aumenta l'anzianità di presenza più vengono utilizzati i servizi pubblici per la salute, in questo caso il Consultorio di Arezzo. Parallelamente si sono sviluppate pratiche innovative di promozione della salute attraverso l'uso dei *social network*. Utilizzando il potenziale informativo delle reti digitali e una comunicazione non convenzionale, è stato attivato un dibattito *on line*, con cadenza settimanale su Facebook all'interno del gruppo "Romanii din Arezzo"⁷. Il potenziale di *networking* delle reti aperte è sicuramente importante, ma occorre tener presente che se non adeguatamente sostenuto da relazioni sociali, da influenze reciproche tra le persone e i servizi, le espone al rischio di paralisi o dell'improvvisazione, ed anche alla possibile penetrazione di logiche manipolative. Insomma, i vantaggi connessi all'uso

³ Per maggiori approfondimenti si rimanda a: Lombardi L. *Donne immigrate e salute riproduttiva tra modelli culturali e condizioni sociali, working paper*, Dipartimento di studi sociali e politici, Università di Milano 2004; Lombardi L. *Società, culture e differenze di genere. Percorsi migratori e stati di salute*, Milano: FrancoAngeli 2005; Ministero della Salute (2010), *Relazione sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78)*, Roma; Ministry of Health 2005, *Reproductive Health survey. Romania 2004*, <http://siteresources.worldbank.org/INTROMANIA/Resources/study.pdf>; Spinelli A, Grandolfo M. *L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia*. Rapporti Istituzionali 06/17 Istituto Superiore di Sanità 2006; Tassinari A. *L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Toscana*, Firenze: ASF-COSPE 2009.

⁴ Tizzi G. *Figlie dell'era Ceausescu: il caso studio delle interruzioni volontarie di gravidanza tra le donne rumene ad Arezzo*, Cambio-Rivista sulle trasformazioni sociali, n. 3, giugno 2012.

⁵ Sono stati distribuiti 600 volantini e 400 biglietti promemoria.

⁶ In termini assoluti 26 su 43 donne che hanno compilato il questionario.

⁷ Il gruppo è attivo dall'agosto del 2012 e conta circa 4700 iscritti. Le discussioni lanciate sono state 9 con un totale di 178 commenti.

delle nuove tecnologie partecipative devono comunque esser accompagnati da percorsi "tradizionali" e dall'interazione *face to face*. Nel Progetto qui presentato ciò è stato garantito, seppur in un arco temporale molto esiguo, dalle due promotrici di salute coinvolte che lanciavano le discussioni *on line* ma incontravano anche le persone nella loro quotidianità.

Un bilancio ancora provvisorio

Il Progetto si configura come un'esperienza di innovazione e di cambiamento in un ambito molto specifico e territorialmente delimitato. Nonostante un periodo di attivazione molto ridotto si dimostra essere una sperimentazione interessante per la promozione di salute di comunità a livello locale. Ci soffermiamo ora su quelli che a nostro avviso sono alcuni aspetti significativi del percorso intrapreso.

Il primo luogo il Progetto nasce da una ricerca sociologica e ciò ha rappresentato un indiscusso valore aggiunto sia per la contestualizzazione dell'intervento sia per l'approfondimento qualitativo della tematica affrontata. Strettamente connesso a quest'ultimo elemento, è opportuno evidenziare che porre l'attenzione sul delicato e complesso tema delle IVG ha rappresentato una sfida doppia sia sul piano delle pratiche (ad esempio le esperienze inglesi del *CHE Model* si sono concentrate soprattutto sulla prevenzione oncologica femminile) sia su quello del cambiamento sociale poiché la salute riproduttiva rappresenta un punto di osservazione privilegiato per comprendere la situazione di salute delle donne immigrate nel nostro Paese.

In secondo luogo gli interventi si collocano in una dimensione di "action-learning" e "action-research", in cui l'apprendimento attraverso l'azione e l'attività di ricerca appaiono le strade più efficaci per giungere agli obiettivi prefissati. Riflettere sugli esiti, sulle difficoltà, sugli imprevisti, attraverso un *team* interprofessionale composto da promotori di salute, professionisti sanitari e ricercatori ha facilitato l'attivazione di interventi efficaci in relazione allo specifico problema da affrontare.

Infine, per quanto riguarda gli effetti scaturiti dalla sperimentazione, in termini di coinvolgimento e di inclusione, evidenziamo alcuni punti qualificanti e criticità. Innanzitutto la pratica conferma che non basta la sola offerta di servizi sanitari per renderli esigibili, ma è necessaria l'attivazione di azioni di tipo promozionale, affinché tali risorse diventino effettive e riconosciute per persone che arrivano da contesti differenti, e con diversi bagagli socio-culturali. Il coinvolgimento delle nostre due promotrici,

nonostante alcune occasionali tensioni in termini di protagonismo come riporta una delle due promotrici nell'intervista realizzata a fine progetto "ci sono state delle difficoltà iniziali collegate alla sfera personale, lei è abituata a primeggiare" (P2), ha innestato una forte motivazione sia nel contattare le connazionali, sia nel progettare nuovi interventi.

Per quanto riguarda gli esiti in termini di inclusione e *peer education* tra le donne rumene dobbiamo però rilevare che agli incontri del Consultorio hanno partecipato, specialmente nei primi appuntamenti, le conoscenti e amiche delle nostre due promotrici. Tenendo conto delle difficoltà lavorative ed organizzative rileviamo che il sistema del "passaparola", potenzialmente in grado di intercettare pubblici più distanti, è risultato piuttosto debole: "nei primi incontri le conoscevo, negli altri erano persone che conoscevano me più che io loro" (P2).

In generale, l'obiettivo iniziale di costruzione di uno scenario per la promozione della salute riproduttiva tra le donne della Romania è stato conseguito, anche se con un arco temporale così limitato non possiamo valutare l'impatto in termini di riduzione delle IVG. Due tipi di risultati a nostro avviso sono stati raggiunti: uno in termini di processi reali di cambiamento, concretizzatisi negli incontri in Consultorio e nel Gruppo di lavoro; l'altro in termini di acquisizione di conoscenze, informazioni ed auto riflessione da entrambe le parti (operatori sanitari e donne rumene) utili a migliorare la comunicazione e l'ascolto reciproco.

L'esperienza pilota di Arezzo, su cui ci auspichiamo vengano formulate prospettive di continuazione⁸, denota che non si tratta di un tentativo di "calare dall'alto" un modello di promozione di salute, ma di una sperimentazione contestualizzata che incoraggia e rafforza le relazioni fiduciarie.

Bibliografia di riferimento

Bagattini D, Pedani V. *Donne e consultori. Esperienze nella Provincia di Prato*. Prato: Osservatorio sociale Provincia di Prato 2010.

⁸ Oxfam Italia, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e il contributo di partner qualificati provenienti da Regno Unito, Cipro, Austria e Spagna sono promotori del progetto "MEET - Meeting the health literacy needs of Immigrant Populations" finanziato dalla Commissione Europea con l'obiettivo di sistematizzare il *Community Health Model* a livello europeo. Per maggiori informazioni consultare il sito <http://migranthealth.eu/index.php/IT/>

Cardano M. *Disuguaglianze sociali di salute. Differenze biografiche incise nei corpi*. Polis 2008;1.

Confaloni E, Lazzarotti B, Russo ML. *In Toscana: letture sulla salute globale dei migranti*. Firenze: Albero della Salute 2009.

Galeotti G. *Storia dell'aborto*. Bologna: il Mulino 2003.

La Mastra M., Luatti L., Tizzi G. *Vivere insieme. Quarto Rapporto sull'immigrazione e i processi d'inclusione sociale in provincia di Arezzo*. Provincia di Arezzo. Arezzo: Oxfam Italia 2012.

Lombardi L. *Donne immigrate e salute riproduttiva tra modelli culturali e condizioni sociali*, working paper, Dipartimento di studi sociali e politici. Università di Milano 2004.

Lombardi L. *Società, culture e differenze di genere. Percorsi migratori e stati di salute*. Milano: FrancoAngeli 2005.

Ministero della Salute. *Relazione sull'attuazione della legge con-*

tenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78). Roma 2010.

Ministry of Health. *Reproductive Health survey. Romania 2004*, <http://siteresources.worldbank.org/INTROMANIA/Resources/study.pdf> 2005.

Spinelli A, Grandolfo M. *L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia*. Rapporti Istituzionali 06/17 Istituto Superiore di Sanità 2006.

Tassinari A. *L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Toscana*. Firenze: ASF-COSPE 2009.

Tizzi G. *Figlie dell'era Ceausescu: il caso studio delle interruzioni volontarie di gravidanza tra le donne rumene ad Arezzo*, *Cambio-Rivista sulle trasformazioni sociali*, n. 3, giugno 2012.

Tognetti Bordogna M. a cura di. *Disuguaglianze di salute e immigrazione*. Milano: FrancoAngeli 2008.

Abitare una lingua

Alketa Vako

Scrittrice

Succede spesso, anzi, spessissimo che mi chiedono: "Ma quando parli, prima lo pensi in albanese e poi traduci velocemente in italiano?" "Ma tu in che lingua sogni?" "Ma tu pensi in albanese e scrivi in italiano, oppure pensi direttamente in italiano e poi scrivi in italiano?" Sorrido. Domande semplici. Come quelle che mi facevano al mio arrivo le nonnine del quartiere: "Ma voi altre sapete lavorare all'uncinetto?" "Sapete cos'è il punto a croce?". Sorridevo. La risposta? Una breve descrizione linguistica? Una piccola nota delle differenze fra le due? Un'osservazione acuta del passaggio? Un rispettoso accenno dell'importanza della lingua madre e soprattutto di quella di arrivo? Qualche spiritosaggine, se possibile, della banale casualità di non aver ancora capito il meccanismo? Riflettendo bene, ho capito che non è poi così semplice, per questo non riesco a trovare una risposta veloce.

Probabilmente perché si tratta di non avere trovato ancora e comunque una risposta al perché del passaggio, dell'imbarazzo degli errori che commetto, o forse la cosa è ancora più profonda e sottile, cioè il vecchio rancore balcanico di aver abbandonato la propria lingua (non per niente si chiama lingua madre). O meglio tutte insieme.

Ebbene sì, mi sono persa anche io.

Per ritrovarsi non c'è niente di meglio che ritornare al punto di partenza, o meglio di arrivo.

Il confine è forse una delle più brutte invenzioni dell'umanità, perciò ho deciso di trovare un'altra mia via di frontiera, la stazione ferroviaria, la stazione ferroviaria di Prato per giunta. Arrivai lì senza sapere neanche una parola di quella lingua veloce, articolata, melodiosa, ritmica con tante vocali. La gente parlava, salutava, si abbracciava e soprattutto correva. Correavano le macchine, gli autobus, i camion, i cani e i loro padroni, l'acqua della fontana, persino il vento aveva furia.

Analfabeta. Così mi sentivo, così ero nonostante tanti anni di studio. Il vuoto mi circondava, nonostante tutta la luccicante bellezza, il benessere colmante e la sfacciata noncuranza di nascondere.

Ma la gente mi parlava, mi urlava in faccia e mi ripeteva con pazienza scandendo bene le lettere nelle parole, senza (ovviamente) dimenticare la "c" aspirata, lavorando sempre con quelle mani veloci e instancabili. Ho cercato diverse volte di descrivere quelle mani, ma tante volte quel pensiero che sembrava una lucciola, si accendeva nella mia lingua per poi spegnersi dopo un istante. Quelle mani non avevano posto nella mia lingua. Erano troppo per quelle poche parole. Si stava impoverendo la mia lingua, da tempo non sentivo o leggevo qualcosa, da anni non scrivevo niente. E i pensieri venivano, andavano e tante volte si congelavano. Congelava la mia mente, congelavano le mie mani. Ma non mi rendevo conto che un'altra coperta calda stava per essere tessuta per me, e qui a Prato sanno tessere molto bene. Era un bambino il mio italiano che cresceva con i libri d'infanzia insieme alla crescita di mio figlio. È così che ricominciai, con la fretta, scusate, con la furia di buttare fuori quel pensiero che da tanto tempo calciava nella mente.

Veloce, è uno di quelli che se ne vanno con i treni senza biglietto di ritorno, bisogna prenderlo e fermarlo da qualche parte, dai con quelle mani, su, tieni dritto quel foglio, appuntalo quel lapis, forza, così di getto, di stomaco, ma è grosso, non riesco a dominarlo, forse perché non è semplicemente un pensiero, eh sì, è un sentimento puro e denso. "Il passato". Il mio primo racconto in quella lingua nuova. Fermi tutti, cosa ci fa il mio passato albanese in italiano?

In un felice incontro con Erri de Luca, sentii leggere da lui, da un emigrante più vecchio di me, delle frasi che mi fe-

cerò commuovere. Non me le ricordo tutte, ma qualcosa la voglio condividere:

"Resta un'altra occasione: dar voce italiana all'umanità che emigra da noi per suo bisogno. Non tutti possono trovare un riparo e un impiego, ma una lingua sì. Invece succede spesso di ascoltare uno straniero che vive presso di noi che non sa ancora formulare una frase completa nella nostra lingua. È umiliante, ma per noi, non per lui. Non costerebbe molto trasmettere ai nostri nuovi vicini questa rarità neolatina. ... Se è vero che si può abitare una lingua, allora noi non aiutiamo lo straniero ad abitare la nostra. Lasciamo a lui il compito di arrangiarsi anche in questo, forse ci conforta un altro vantaggio che abbiamo sul suo bisogno, che senti anche con le parole. E invece potrebbero amare le nostre, farle rimbalzare indietro, inzupparle di colori. È

una bella lingua la nostra, dovremmo offrirla a piene mani, regalarla agli altri, ce le vedremo restituire più grande, più ricca. Non avranno trovato molto da noi, i nostri nuovi vicini, ma quel po' di tesoro gratuito che sta nella lingua, non gliel'avremmo lesinato...".

Lui mi chiese dove abitavo. Gli risposi a Prato, contenta ma ignara del fatto che abitare dentro al meccanismo pratese, non era noto per forza in tutt'Italia, solo per il fatto di averlo scoperto anche io. Ma gli avrei detto che abito la vostra lingua (in modo pratese, si intende), in affitto, ma ci abito (ed è una grande conquista, perché chi meglio di noi stranieri sa quant'è caro e difficile l'affitto?), e forse piano-piano, mettendo da parte una parola oggi e una frase domani e con tanta perseveranza, quasi-quasi ho intenzione di acquistarla.