



Provincia Autonoma di Trento
Assessorato alla
Solidarietà Internazionale



FONDAZIONE
IVO DE CARNERI ONLUS

Per la promozione dei piani di lotta alle
malattie parassitarie nei Paesi in via di sviluppo
e l'incremento degli studi di Parassitologia

SANITA' IN AFRICA, QUALE FUTURO?

I problemi sanitari in Africa
nel quadro della lotta globale alla povertà

Atti del Convegno in collaborazione con le
Associazioni trentine di volontariato



12 maggio 2007 Museo Tridentino di Scienze Naturali - Trento

SANITÀ IN AFRICA, QUALE FUTURO?

**I problemi sanitari in Africa
nel quadro della lotta globale
alla povertà**

Atti del Convegno promosso dalla
Provincia Autonoma di Trento
e dalla Fondazione Ivo de Carneri Onlus

Trento, 12 maggio 2007
Museo tridentino di Scienze Naturali

INDICE

Benvenuto e apertura dei lavori	pag. 5
<i>Iva Berasi</i> <i>Assessore all'Emigrazione, Solidarietà Internazionale, Sport e Pari Opportunità</i> <i>Provincia Autonoma di Trento</i>	
Gli infermieri attivi per costruire il futuro della salute in Africa	pag. 7
<i>Luisa Zappini</i> <i>Presidente del Collegio IPASVI di Trento</i>	
Sanità e sviluppo: un'introduzione	pag. 8
<i>Marco Albonico</i> <i>Segretario generale Fondazione Ivo de Carneri Onlus</i>	
Le malattie dimenticate e la strategia dell'Oms per combatterle	pag. 10
<i>Albis Francesco Gabrielli</i> <i>Organizzazione mondiale della sanità, Ginevra</i>	
Il ruolo delle Agenzie internazionali	pag. 15
<i>Paolo Hartman</i> <i>Organizzazione mondiale della sanità, Ginevra</i>	
Gli interventi sanitari visti dai beneficiari	pag. 17
<i>Mohamed Abdu</i> <i>Associazione Amici del Coro Valsella Onlus</i>	
Il Trentino in Mozambico e il Mozambico in Trentino: un programma di cooperazione comunitaria	pag. 19
<i>Gianpaolo Rama</i> <i>Consorzio Associazioni con il Mozambico (CAM)</i>	
Il progetto Pemba (Zanzibar): un esempio di buona cooperazione sanitaria?	pag. 25
<i>Marco Albonico</i> <i>Segretario generale Fondazione Ivo de Carneri Onlus</i>	
La politica sanitaria di partnership in Uganda: integrazione tra settore pubblico e privato	pag. 29
<i>Filippo Curtale</i> <i>Agenzia di sanità pubblica - Regione Lazio</i>	
La lotta alla lebbra: l'Associazione italiana amici di Raoul Follereau (Aifo)	pag. 37
<i>Enzo Zecchini</i> <i>Presidente Aifo</i>	
La cooperazione trentina in Africa: risultati di un'indagine conoscitiva	pag. 44
<i>Alessandra Carozzi de Carneri</i> <i>Presidente Fondazione Ivo de Carneri Onlus</i>	
Comunicare a distanza: qualche spunto	pag. 48
<i>Betulla Detassis</i> <i>Consulente in applicazioni di tecnologie satellitari</i>	

Benvenuto e apertura dei lavori

Iva Berasi

Assessore all'Emigrazione, Solidarietà Internazionale, Sport e Pari Opportunità
Provincia Autonoma di Trento

Desidero innanzitutto ringraziare la Fondazione Ivo de Carneri, che si è fatta carico di organizzare questo incontro e l'ha fatto coinvolgendo le Associazioni che si occupano di solidarietà internazionale e in modo particolare quelle che si rivolgono agli interventi in ambito sanitario in Africa. Per chi arriva da fuori, vorrei spendere alcune parole sull'impegno della comunità e del governo trentino nel campo della solidarietà internazionale.

L'abbiamo chiamata solidarietà internazionale e non cooperazione internazionale, come in passato, per un semplice motivo: ormai si sono allargati gli orizzonti e i rapporti della cooperazione economica, soprattutto in termini di aziende che cooperano con altri Paesi. Sono sempre di più le imprese trentine, anche cooperative, che si internazionalizzano, seguendo un codice etico, nell'insediarsi in altri luoghi dove non ci sono leggi, come le nostre, che vincolano gli interventi al rispetto dei diritti umani e dell'ambiente. Naturalmente una azienda che va a operare in un altro Stato ha l'obiettivo di produrre profitto.

La differenza tra "cooperazione" e "solidarietà" è che se la cooperazione ha un'andata e un ritorno, la solidarietà ha solo un'andata, il ritorno è in beni immateriali. Questo significa che siamo impegnati a mettere a disposizione quello che siamo e quello che sappiamo fare. Non vogliamo insegnare nulla a nessuno, semplicemente provare a riparare un po' i danni che abbiamo fatto. Restituire qualcosa di quanto abbiamo preso e portare a casa quei beni immateriali, utili alla nostra comunità e che la rendono più coesa.

Il Trentino è fortemente impegnato nella solidarietà internazionale anche per la storia che ha avuto. Una

terra che solo 70-80 anni fa era in grossa difficoltà e che attraverso la solidarietà tra le persone e le comunità ha saputo superare queste difficoltà. Penso alle cooperative, alle casse rurali. Insieme, migliaia di persone emigrate, hanno fatto quello che fanno adesso i nostri immigrati: mandano a casa le rimesse e aiutano i loro Paesi a svilupparsi. La solidarietà ci ha aiutato, metterci insieme per vincere la povertà ci ha permesso di creare una comunità di qualità. Una comunità sulla quale è stato facile far passare il messaggio che ci sono altri popoli che si trovano in difficoltà rispetto al nostro modello di sviluppo. Abbiamo acquisito la consapevolezza che non viviamo su un'isola, ma all'interno di un pianeta e avviato un impegno forte che si traduce nella presenza di oltre 200 associazioni che operano nelle situazioni del mondo in difficoltà. Non voglio chiamarli Paesi poveri perché la definizione esatta è Paese impoverito: hanno una loro ricchezza che non segue i nostri canoni. Spesso la ricchezza che noi definiamo tale gliel'abbiamo portata via, mentre la loro è piena di storia e di cultura.

Per sostenere le migliaia di persone che si dedicano alla solidarietà, impegnando ferie, vacanze, anni sabbatici a situazioni gravi nel mondo, il governo della Provincia ha voluto sottoporre al Consiglio Provinciale, che l'ha votata in tempi record, una legge che destina lo 0,25 per cento del bilancio a progetti di solidarietà internazionale. Sono circa 10 milioni di euro l'anno.

Quando dico questo, qualcuno dice: "Facile! Voi come Provincia Autonoma avete i soldi". Ma questo è molto ingiusto e non corretto, perché le risorse finanziarie si possono destinare in tanti modi. Il fatto che si scelga di dedicarne una parte rilevante

a interventi di questo genere significa che c'è una sensibilità, una consapevolezza ma soprattutto una grande condivisione da parte della comunità, dal momento che queste risorse sono della comunità.

Oggi parliamo di Africa, uno splendido continente con risorse e potenzialità enormi. Noi ci auguriamo che anche con il contributo delle nostre associazioni che vi operano, con attenzione a non rifare alcuni errori con piccoli progetti di sviluppo, si vada avanti con risultati sempre migliori.

Sarebbe opportuno averne consapevolezza ed evitarli. Cosa che non sempre avviene, perché siamo tentati di esportare il nostro modello di sviluppo che purtroppo ha molte debolezze; ha creato infatti una società che non è assolutamente felice, se si considera che una delle nostre maggiori patologie, che ci costa enormemente in termini finanziari, sociali e sanitari, è la depressione.

Andiamo poi a scoprire che i Paesi che riteniamo meno sviluppati del nostro hanno, per esempio, un maggior numero di donne in parlamento, hanno famiglie che seguono molto di più i loro figli e così via. Dunque andiamo spesso a operare in situazioni dalle quali possiamo portar via molto per tornare a dare significato alla nostra vita e alla nostra comunità.

L'Africa è il continente dove il Trentino è maggiormente presente: dal 1999 al 2006 con le associazioni di solidarietà abbiamo realizzato 300 progetti. Il 44 per cento del totale delle risorse è stato destinato all'Africa, per un totale di 18 milioni di euro.

Siamo presenti soprattutto in Tanzania con 46 progetti, in Mozambico con 44 e in Eritrea con 41.

L'approccio che le nostre Associazioni hanno con i territori, e su questo modo di operare vengono giu-

dicati anche i progetti, è quello della cooperazione decentrata, finalizzata a creare e rinforzare rapporti tra territori. Non si esporta nulla, ma si accompagnano i processi di autosviluppo cercando di valorizzare le risorse locali, ambientali, culturali, storiche. Questo è il modello che tutte le nostre associazioni applicano.

Desidero qui ringraziare le associazioni trentine di solidarietà internazionale, perché attraverso i rapporti che hanno creato con il mondo in difficoltà, il mondo che ha bisogno di essere accompagnato, hanno contribuito a creare un Trentino internazionale, sensibile e aperto alla mondialità, e favorito la presenza di persone che arrivano da questi territori, che vengono qui per fare esperienze, per conoscere i percorsi, quelli che noi possiamo offrire della nostra storia. Sono convinta che se non ragioniamo per categorie, aiutando i lebbrosi o le donne o i bambini o i poveri, ma entriamo in contatto con le persone, le guardiamo negli occhi, è difficile sottrarsi all'impegno. Se posso chiamare per nome queste persone, se ho creato un rapporto umano, non è più possibile sottrarsi.

Credo quindi che quello di oggi sia davvero un incontro interessante e per questo ringrazio i relatori, tutti di grande esperienza e di grande livello, che sono con noi. Ringrazio molto il Segretario dell'Ordine dei Medici, qui con noi, e attraverso di lui ringrazio l'Ordine, perché tanti sono i medici che si mettono a disposizione per progetti di solidarietà, portando conoscenza ed esperienza alle comunità abbandonate. Auguro a tutti buon lavoro e, come diceva un carissimo amico che purtroppo non c'è più, Alex Langer, "Continuiamo in ciò che è giusto!"

Gli infermieri attivi per costruire il futuro della salute in Africa

Luisa Zappini

Presidente del Collegio IPASVI di Trento

Gli infermieri, quali operatori al servizio delle persone e della collettività, impegnati nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della libertà e della dignità dell'individuo, riconoscono e fanno propri i valori e principi guida contenuti nel proprio Codice deontologico. Tra i principi cardine vi è il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e così il riconoscimento della salute come bene inalienabile dell'individuo e interesse della collettività, impegnandosi a tutelarla con attività di prevenzione, cura e riabilitazione.

Sulla base di questi principi e nella consapevolezza del ruolo sociale che la professione infermieristica riveste, è naturale che l'infermiere sia presente anche quando si affronta il tema della sanità in Africa. Molti sono, infatti, gli infermieri impegnati nella definizione e nella realizzazione di progetti di cooperazione con Paesi africani, specie se rivolti a creare quadri sanitari locali. Ecco perché molti di tali progetti prevedono programmi di formazione che mettano in grado i professionisti locali, di intervenire in modo diretto, consapevole e partecipe a tutela della salute del proprio Paese.

Sono circa 200 gli infermieri trentini impegnati in progetti di solidarietà e tale esperienza va ben al di là di quanto ciascun operatore ne ha tratto.

Essa costituisce un patrimonio collettivo che continua ad arricchirsi e al quale è possibile attingere per future azioni di cooperazione, anche a vantaggio di crescenti rapporti interetnici che si stanno sviluppando nel nostro territorio trentino.

Esiste però un elemento particolare su cui riflettere: l'accompagnamento di cui gli operatori hanno biso-

gno quando intraprendono questi percorsi interculturali esperienziali!

Una riflessione è però doverosa: queste sono esperienze importanti, che arricchiscono ma, come tutte le esperienze che hanno questa forza e vitalità, segnano fortemente chi le vive. E' un percorso di crescita e, come tale, può essere non facile per cui va supportato e "accompagnato"! L'accompagnamento si realizza sia nel preparare (informare, formare, condividere, eccetera) prima e durante la realizzazione del progetto ma anche (e soprattutto!) dopo, per raccogliere ed elaborare in maniera guidata e competente il vissuto e il senso che ogni professionista ha saputo/potuto dare a quanto affrontato e sperimentato.

Questo è un aspetto con una forte valenza etica e morale di cui, spesso, ci si dimentica perché troppo presi dal "fare", dal "realizzare il progetto", dal "rispondere al mandato", dal "raggiungere gli obiettivi"; questo non può più essere perché etica, morale, deontologia sono elementi profondi e propri di ogni professionista, elementi che gli permettono di essere e di agire il proprio ruolo in maniera consapevole, competente e matura ed è un essere professionista in continuo divenire. Ecco quindi perché è importante "accompagnare" ed è questo il modo per avere garanzia di raggiungere gli obiettivi previsti con i progetti di solidarietà e cooperazione.

Concludo ribadendo la disponibilità da parte della categoria professionale che qui rappresento a mettere a disposizione valori, conoscenze ed esperienze per i progetti in essere o in fase di elaborazione, ma anche a offrire spunti che nascono dall'esperienza del vissuto quotidiano degli infermieri.

Sanità e sviluppo: un'introduzione

Marco Albonico

Segretario generale Fondazione Ivo de Carneri Onlus

La proposta di questo convegno da parte della Provincia di Trento, pioniera di un impegno concreto nell'ambito della solidarietà internazionale, e la partecipazione numerosa delle associazioni trentine è l'esempio di una sinergia che contiene gli ingredienti essenziali per un intervento efficace di cooperazione allo sviluppo. La combinazione di politiche sanitarie eque insieme con la disponibilità e l'impegno di fondi pubblici per la cooperazione, quando è sostenuta da attori e da tecnici motivati e capaci provenienti dalla collaborazione col settore privato e del non profit, coagula le migliori capacità della solidarietà espressa dal nostro Paese. Le politiche sanitarie propongono linee guida di 'buona cooperazione' etica, per delineare principi che devono essere condivisi dagli attori che gestiscono i progetti; d'altro canto, sono fermamente convinto che le organizzazioni non governative e le associazioni della società civile possano dare a loro volta un contributo importante per definire le politiche di cooperazione.

La Provincia Autonoma di Trento è all'avanguardia in questo settore, e l'organizzazione di questo evento pone le basi per la creazione di una rete di solidarietà unica nelle Province Italiane. La Fondazione Ivo de Carneri Onlus crede nella potenzialità di collaborazioni sinergiche tra organizzazioni non profit, specie se guidate da spirito di disponibilità e dalla condivisione di risorse, competenze e capacità. Per questo abbiamo risposto positivamente alla proposta di essere partner nell'organizzazione di questo convegno. Crediamo che la maggior conoscenza reciproca agevoli la creazioni di reti di solidarietà, che moltiplicano l'efficacia degli interven-

ti per un miglior impatto verso i beneficiari, nella promozione del diritto alla salute e nella lotta alla povertà. Personalmente sono stato piacevolmente stupito dalla quantità e dalla qualità dei progetti di solidarietà, come all'Assessore Berasi piace definirli, e dalla sensibilità di questa Provincia che, come illustrato dalla pubblicazione annuale de *Il Trentino e la solidarietà internazionale*, afferma: "destinare una quota fissa delle proprie risorse (0,25% del bilancio della Provincia, circa 10 milioni di euro) a questo settore significa, oltre che garantire risorse certe ed abbondanti, affermare nei fatti che non si tratta di beneficenza ma di giustizia, non una donazione ma una restituzione, seppur parziale, una presa di coscienza e un impegno indispensabili se si vuole garantire un futuro a tutti i popoli della terra, noi compresi".

Il presidente della Provincia, in un'altra pubblicazione, sottolinea la capacità delle organizzazioni e comunità trentine di fare rete con le altre realtà. Credo che sia importante creare collaborazioni e partenariati, non solo in Africa, ma cominciando da qui, da casa nostra, dal Trentino.

Oggi parleremo di sfide importanti: salute e lotta alla povertà, disuguaglianze, raggiungimento degli Obiettivi del millennio.

Recenti pubblicazione su prestigiose riviste internazionali hanno affrontato il problema di lotta alla povertà, affermando che la promozione della salute è un investimento che ha una ricaduta positiva sullo sviluppo economico. Al contrario, la salute e il benessere delle comunità sono influenzati pesantemente dai determinanti sociali, reddito in primis.

La stessa definizione di salute dell'Organizzazione mondiale della sanità, come dichiarato ad Alma Ata nel 1978: "La salute, come stato di benessere fisico, mentale e sociale e non solo come assenza di malattia, è un diritto fondamentale dell'uomo e l'accesso a un livello più alto di salute è un obiettivo sociale estremamente importante, d'interesse mondiale, e presuppone la partecipazione di numerosi settori socio-economici oltre che di quelli sanitari", ricorda che il miglioramento delle condizioni di salute nei Paesi in via di sviluppo non è solo importante di per sé come perseguimento dei diritti umani, ma anche come catalizzatore per lo sviluppo economico e la riduzione della povertà. Lo dimostra la crescente attenzione globale ai determinanti sociali della salute e alle disuguaglianze. Nel mondo, le persone che sono vulnerabili e socialmente svantaggiate hanno minor accesso alle risorse di salute, si ammalano di più e muoiono prima delle persone con posizione sociale più privilegiata. Le disuguaglianze di salute sono in aumento, nonostante un benessere globale e un progresso tecnologico senza precedenti.

Disuguaglianze non solo tra nazioni (la differenza di speranza di vita tra Sierra Leone e Giappone è di 48 anni), ma anche all'interno di uno stesso Paese. La distribuzione del reddito impatta la mortalità infantile: i bambini delle classi più agiate hanno una probabilità cinque volte minore di morire rispetto a quelli delle classi più povere. Ma non sono solo le differenze di reddito che influiscono sullo stato di salute: la migliore istruzione delle donne, per esempio, è responsabile di circa il 40 per cento di riduzione della mortalità infantile e di quella materna.

A oggi ci sono dati per credere che gli Obiettivi di sviluppo del millennio non saranno purtroppo raggiunti nel 2015, ma c'è una tendenza positiva che deve essere tesaurizzata. Se non si facesse nulla, l'obiettivo di eliminare la fame e la povertà potrebbe essere raggiunto in Africa Subsahariana solo nel 2147.

Insieme alla Provincia di Trento abbiamo fatto un piccolo passo per accorciare questo drammatico intervallo.

Le malattie dimenticate e la strategia dell'Oms per combatterle

Albis Francesco Gabrielli

Organizzazione mondiale della sanità - Ginevra

Parlare dei problemi sanitari che affliggono l'Africa è certamente un compito arduo. In breve, si può dire che, a differenza del Nord del mondo, dove oggi ci si ammala e si muore principalmente di malattie non infettive, in Africa le malattie infettive sono ancora oggi la principale causa di malattia e di morte. Così, se per esempio in Italia ci si ammala e si muore principalmente di malattie cardiovascolari e neurovascolari, di tumori e di malattie degenerative, in parte anche come conseguenza dell'aumento della vita media della popolazione, in Africa questo non è ancora vero. Dico ancora perché l'Africa sta entrando solo adesso nella cosiddetta "transizione epidemiologica" che vede un graduale passaggio da malattie infettive a non-infettive come principali cause di malattia e di morte. Questa transizione è già percepibile nelle principali città dell'Africa, nelle quali il ritmo e lo stile di vita del ceto medio o medio basso si stanno avvicinando allo stile di vita (spesso al peggior stile di vita) delle metropoli europee o nordamericane; non è però ancora visibile nelle zone rurali o nelle immense periferie sempre più affollate da poveri inurbati in cerca di fortuna.

Di cosa ci si ammala e si muore dunque nelle aree rurali e nelle bidonvilles dell'Africa? Certamente si muore di malattie ben note all'opinione pubblica italiana come la malaria e la tubercolosi; ben note perché un tempo molto diffuse anche nel nostro Paese: basti pensare che la malaria era endemica in Italia fino agli anni cinquanta e che il nostro arco alpino è costellato di sanatori dove i "tubercolotici" venivano ammessi con il doppio scopo di ricevere un trattamento adeguato in un ambiente adeguato e di essere isolati dal resto della comunità, per evitare

il rischio di trasmissione. Malaria e tubercolosi costituiscono ancora oggi un notevole fardello di malattia sulle spalle delle popolazioni africane, al quale deve aggiungersi il più recente flagello dell'Hiv/Aids.

Io però non tratterò di queste malattie, le cosiddette "tre grandi", perché, come ho detto, sono già ben note all'opinione pubblica. Parlerò invece di un gruppo di malattie che l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), l'agenzia delle Nazioni Unite competente per tutto ciò che attiene alla sanità e alla salute, definisce ufficialmente come "dimenticate", tanto è vero che il Dipartimento del quale faccio parte, diretto da Lorenzo Savioli, si chiama proprio 'Control of Neglected Tropical Diseases'.

Si tratta di malattie causate principalmente da parassiti; macroparassiti, spesso visibili a occhio nudo, come nel caso della dracunculosi, della filariosi linfatica, delle geelmintiasi, dell'oncocercosi, della schistosomiasi; e microparassiti, invisibili, come nel caso delle leishmaniosi, della tripanosomiasi africana e della tripanosomiasi americana. Ci sono anche malattie da batteri, come la lebbra e l'ulcera di Buruli, o da altri microorganismi, come il tracoma. Buona parte di queste malattie ha cicli biologici complessi, che necessitano di ospiti intermedi (molluschi, insetti) dove il parassita si sviluppa prima di essere trasmesso all'uomo. Alcune di queste malattie – e sono spesso le più dimenticate – sono poi zoonosi, cioè malattie che l'uomo condivide con animali, spesso domestici, come cani, pecore, maiali: è questo il caso della cisticercosi, dell'echinococcosi e delle cosiddette trematodiasi a trasmissione alimentare, come per esempio la fasciolosi. Insomma

ma sono malattie dalle eziologie eterogenee e tuttavia accomunate da una stessa caratteristica: sono le malattie dei più poveri.

Tra malattie tropicali dimenticate (Mtd) e povertà c'è una stretta associazione. Le Mtd sono concentrate nei Paesi poveri, dove la loro trasmissione è facilitata da fattori come la mancanza di acqua potabile, scarsa igiene, promiscuità tra uomo e animale. Più del 70 per cento dei Paesi con Mtd ha un prodotto interno lordo (Pil) basso o medio-basso, mentre nella totalità dei Paesi con Pil basso si ha trasmissione di almeno cinque Mtd.

Questa concentrazione nei Paesi più poveri e, all'interno di questi Paesi, negli strati meno favoriti della popolazione, ha fatto parlare, più che di malattie dimenticate, di malattie di popolazioni dimenticate. Le Mtd costituiscono quindi, nel loro complesso, un tratto caratteristico di chi è povero e vive ai margini della società. Questa è una delle ragioni che spiega perché l'Oms racchiude sotto uno stesso termine malattie apparentemente diverse. Inoltre, è importante sapere che il fardello di malattia rappresentato complessivamente dalle Mtd è paragonabile, se non superiore, a quello delle "tre grandi" (malaria, tubercolosi, Hiv/Aids) prese singolarmente: sottolineando gli aspetti in comune, e presentando le Mtd come un gruppo di malattie che condividono diversi fattori, tra cui la povertà, è più facile attirare l'attenzione dell'opinione pubblica.

Qual è dunque il legame tra Mtd e povertà? E' senz'altro un circolo vizioso in cui la povertà limita l'accesso a una prevenzione o una cura adeguate e determina quindi la malattia, la quale a sua volta

implica una riduzione della capacità lavorativa e quindi un aggravarsi delle condizioni economiche dell'ammalato. Questo naturalmente è vero per tutte le malattie, ma a maggior ragione lo è per le Mtd, malattie croniche e invalidanti che, se non uccidono, compromettono gravemente la qualità della vita sociale e lavorativa di una persona. Tutto ciò ovviamente ha un costo anche per l'economia generale del Paese in cui le Mtd sono trasmesse; infatti un malato cronico, spesso non autosufficiente, ha un costo sociale che è assai più alto di quello di un paziente che muore repentinamente per un'infezione acuta, in quanto necessita di continue attenzioni da parte dei familiari e, là dove possibile, del sistema sanitario. In termini strettamente economici consuma ma non produce.

Il miglioramento delle condizioni economiche nel ventesimo secolo ha prodotto, nei Paesi del Nord del mondo, la scomparsa delle Mtd. Bisogna infatti ricordare che alcune di esse erano assai diffuse in Europa in tempi non troppo remoti. Il parassita responsabile della anchilostomiasi fu descritto per la prima volta proprio in Italia, da Angelo Dubini, in cadaveri di pazienti ricoverati all'Ospedale Maggiore di Milano (1838-1845). Dunque la riduzione della povertà ha portato come conseguenza una riduzione della malattia. E' però vero anche il contrario, cioè che una riduzione della malattia può generare una rinascita economica. L'Oms punta proprio su questo: combattere le Mtd per favorire lo sviluppo economico e sociale dei Paesi che ne sono affetti.

Vincere le Mtd non si esaurisce con il miglioramento della capacità produttiva della popolazione in età

lavorativa: anche i bambini in età scolare sono da considerare tra coloro che maggiormente possono trarne beneficio. E' stato infatti dimostrato che trattare le Mtd si traduce a livello individuale in un miglioramento del rendimento scolastico e a livello di popolazione in un innalzamento del tasso di scolarizzazione. Recenti studi hanno poi mostrato che persone con Mtd hanno più possibilità di contrarre altre malattie infettive, come malaria, tubercolosi e Hiv/Aids.

Ma al di là delle ragioni biologiche di aumentato rischio, e aumentata protezione in caso di terapia, si è anche parlato di un "vaccino sociale" che la lotta contro le Mtd costituirebbe nei confronti di infezioni quali Hiv/Aids e altre a trasmissione sessuale: poiché si è visto che queste sono particolarmente diffuse negli strati meno istruiti della popolazione, la migliore scolarizzazione conseguente a una adeguata cura costituirebbe un ulteriore e importante fattore di protezione.

Ma perché l'Oms chiama queste malattie "dimenticate"? Sono dimenticate perché, generalmente, trascurate dai donatori internazionali, dalle politiche sanitarie dei Ministeri della sanità dei Paesi endemici, e talvolta anche dalle stesse comunità che ne sono affette. Ma perché tutto ciò accade? Le ragioni sono molte e complesse. Volendo enumerarne le principali, si può dire che sono trascurate perché alcune di esse, pur invalidanti, non sono mortali (e quindi non compaiono tra le principali cause di morte); perché spesso sono confinate in aree rurali o ai margini della società, comunque lontane dai centri del potere dove si decidono le politiche sanitarie nazionali; perché sfiguranti e debilitanti, e come tali

oggetto di stigma e causa di vergogna, ragion per cui tendono a essere nascoste e quindi sottostimate; perché infettive, e quindi comunicabili, ma strettamente legate alla geografia del territorio, per cui il rischio di trasmissione in Paesi del Nord è irrisorio (un paziente con filariosi o schistosomiasi che arriva in Italia non potrà mai trasmettere l'infezione a un'altra persona). I governi dei Paesi del Nord non le percepiscono quindi come una minaccia e non investono nella lotta contro di esse.

Pur non affliggendo esclusivamente l'Africa, le Mtd sono assai diffuse in questo continente. Ecco alcuni numeri: l'oncocercosi, o cecità dei fiumi, infetta globalmente 37 milioni di persone, di cui il 99 per cento vive in Africa; così come l'85 per cento dei 300 milioni di persone con schistosomiasi o biliarziosi e il 40 per cento dei 120 milioni affetti da filariosi linfatica. Nonostante la scarsità di risorse disponibili, molto è stato fatto nel passato per combattere le Mtd; tra queste una, la dracunculosi o malattia del verme di Guinea, è candidata all'eradicazione. Un tempo assai diffusa, è oggi trasmessa solo in 9 Paesi africani. Il numero di nuovi casi di malattia è passato da oltre 900mila nel 1989 a circa 11mila nel 2005; il 96 per cento di questi è stato registrato in soli tre Paesi: Ghana, Mali e Sudan.

Cosa fa dunque l'Oms per combattere le Mtd? Compito dell'Oms è elaborare strategie globali di lotta, e conseguentemente mobilitare risorse finanziarie per mettere in atto tali strategie. Le risorse possono essere generate a livello nazionale e internazionale. A livello nazionale, è essenziale l'impegno politico delle istituzioni governative e la conseguente at-

tribuzione di un budget; anche associazioni, organizzazioni o fondazioni locali possono giocare un ruolo decisivo nel sensibilizzare l'opinione pubblica locale. A livello internazionale, l'Oms cerca di raccogliere risorse presso le agenzie bilaterali di cooperazione (per esempio la Cooperazione italiana) così come presso associazioni, organizzazioni o fondazioni nei Paesi del Nord. Il ruolo di queste ultime come fonte di risorse si è accresciuto notevolmente negli ultimi anni.

Un altro compito tipico dell'Oms è il supporto tecnico ai Paesi affetti da Mtd nello sviluppo, realizzazione e monitoraggio di programmi di lotta. In questi programmi si concretizza l'adattamento delle strategie globali alla realtà locale, conformemente a uno dei motti dell'Oms: *think globally, act locally* (pensa globalmente e agisci localmente). Un punto essenziale della cooperazione tra Oms e Paesi è che l'Oms agisce sempre attraverso le strutture esistenti; l'Oms non ha ospedali o cliniche propri nei Paesi in cui opera; al contrario, essa lavora assieme ai governi nazionali per rinforzare e migliorare il sistema sanitario esistente, avendo sempre come obiettivo la sostenibilità o durata nel tempo delle azioni intraprese.

Qual è la strategia di lotta contro le Mtd? In sintesi, si può dire che per alcune di queste malattie esistono strumenti di lotta adeguati e largamente disponibili: farmaci sicuri, di facile somministrazione, dal prezzo contenuto o perfino donati all'Oms dalle case farmaceutiche che li producono. Questi farmaci possono essere distribuiti su larga scala, a intervalli regolari, senza necessità di diagnosi individuali, a opera delle strutture sanitarie o sociali (scuola,

comunità) esistenti. Questa strategia è denominata chemioterapia preventiva (in inglese: *preventive chemotherapy*) e si applica a malattie parassitarie quali la filariosi linfatica, le geo-elmintiasi, l'oncocercosi e la schistosomiasi.

Il concetto alla base della chemioterapia preventiva è quello di una prevenzione secondaria, non dell'infezione ma della malattia. Attraverso il trattamento di persone infette a intervalli regolari, il numero di parassiti verrà mantenuto a un livello sufficientemente basso da arrestare la progressione della malattia e prevenire l'instaurarsi di una patologia conclamata. Trattare un bambino oggi significa quindi risparmiargli gravi complicazioni nel futuro.

Quanto alle malattie per le quali non è possibile realizzare una distribuzione di farmaci su grande scala a opera di personale non medico, la strategia è diversa. Queste malattie (leishmaniosi, tripanosomiasi africana e americana, ulcera di Buruli, lebbra) necessitano di regimi terapeutici lunghi e complessi, talvolta con farmaci vecchi e poco sicuri; in questo caso è necessario che personale medico segua ciascun paziente individualmente. L'azione dell'Oms è duplice: essa mira da un lato a incrementare l'accesso a una diagnosi e a un trattamento adeguato con gli strumenti a oggi esistenti e attraverso le strutture sanitarie esistenti; dall'altro a incoraggiare lo sviluppo di strumenti diagnostici e terapeutici nuovi e migliori.

Poiché il titolo della conferenza accenna al futuro della sanità in Africa, discuterò brevemente quali possono essere a mio avviso dieci punti chiave della lotta alle Mtd.

In primo luogo (1) assicurare al più alto nume-

ro possibile di persone un trattamento adeguato. L'Oms oggi riceve in dono dalle cause farmaceutiche la maggior parte dei farmaci contro le Mtd e li mette gratuitamente a disposizione dei Ministri della sanità dei Paesi interessati. Assicurare un trattamento adeguato significa anche (2) sviluppare e mantenere in ciascun Paese un sistema di distribuzione e somministrazione dei farmaci economico ed efficace, capace di raggiungere anche il villaggio più remoto. Questo sistema deve basarsi sulla infrastruttura sanitaria esistente e sulle sue "appendici" (la scuola e la comunità) senza creare strutture parallele. Utilizzare, e quindi condividere, il sistema sanitario esistente significa (3) agire sinergicamente con altri programmi di lotta diretti contro altre malattie al fine di ottimizzare le risorse e migliorare l'impatto sullo stato generale di salute; questa azione sinergica deve essere adattata al quadro epidemiologico e alla realtà del Paese in cui si opera. E significa anche (4) rinforzare il sistema sanitario stesso sviluppando le risorse umane nazionali, dal livello centrale a quello più periferico.

Per quanto riguarda aspetti tecnici della strategia di lotta, una priorità è senz'altro (5) il bisogno urgente di nuovi strumenti diagnostici e terapeutici per le malattie per le quali questi non siano già disponibili. Poiché molte tra le Mtd sono malattie focali, malattie cioè che si concentrano là dove si verificano certe condizioni climatologiche o geografiche, un'altra priorità è (6) definire la loro distribuzione attraverso il completamento della mappatura, così

da orientare e indirizzare efficacemente gli interventi. Una terza priorità tecnica è (7) affiancare a ogni azione di lotta un'adeguata sorveglianza epidemiologica e un sistema di valutazione dell'impatto e della performance di tali azioni. Una priorità di natura etica vuole che nel caso in cui le risorse non siano sufficienti per garantire un trattamento per tutti, è necessario (8) assicurare un trattamento adeguato almeno ai gruppi ad alto rischio di malattia, come bambini in età prescolare e scolare e donne in età riproduttiva. Una priorità di carattere politico è (9) inscrivere le azioni di lotta contro le Mtd nel più vasto campo delle strategie di riduzione della povertà. E' importante cioè che la sanità venga sempre più considerata come un fattore del benessere economico e sociale di un Paese.

Un ultimo punto chiave (10) è un duplice invito. Da un lato a tutti coloro che già operano nel settore della cooperazione a imparare dall'Africa (come insegna Plinio il Vecchio: *semper aliquid novi Africa affert*, l'Africa ci porta sempre qualche cosa di nuovo), un continente da cui si può molto apprendere in termini di strategia e di logistica perché abituato a raggiungere risultati, notevoli e talvolta misconosciuti, con risorse limitate. Dall'altro lato a tutti coloro che sono interessati a mettere risorse a disposizione della cooperazione, e in particolare della lotta contro le Mtd: per quanto modeste siano tali risorse, esse sono pur sempre un notevole contributo, come afferma un adagio africano: *le bien fait n'est jamais perdu*, ciò che è ben fatto non è mai perso.

Il ruolo delle Agenzie internazionali

Paolo Hartman

Organizzazione mondiale della sanità - Ginevra

Dalla nascita del sistema delle Nazioni Unite c'è stato un aumento enorme nel numero e nella diversità degli attori coinvolti nella sanità. Alla fine della Seconda guerra mondiale le Nazioni Unite (Onu) erano state concepite come un sistema per mantenere pace e sicurezza in un mondo colpito dalla guerra e per salvare le generazioni successive da eventi simili. Le organizzazioni internazionali che costituiscono le Nazioni Unite furono create per facilitare lo scambio e i contatti tra tutti gli stati membri e per coordinare l'assistenza allo sviluppo proveniente dall'esterno e fornita collettivamente da alcune nazioni ad altre, che avrebbero a loro volta utilizzato questo aiuto per esercitare la loro sovranità nazionale. Questo era un sistema formale, di rappresentazione verticale con gli stati membri che decidevano e influenzavano le politiche e le attività delle organizzazioni internazionali. C'era una limitata interazione tra queste strutture di rappresentazione e le organizzazioni della società civile.

Molte sono le agenzie delle Nazioni Unite che si occupano di sanità. Per menzionarne solo alcune: l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), la Banca mondiale (Wb), il Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia (Unicef), il Fondo per la popolazione (Unfpa), il programma per l'Hiv/Aids (Unaids), l'Organizzazione per l'alimentazione e l'agricoltura (Fao), il Programma alimentare mondiale (Pam) e altre ancora. La cooperazione nella sanità tuttavia, non si è limitata alla collaborazione attraverso l'Onu e le sue agenzie. Organizzazioni bilaterali come il Dipartimento allo sviluppo del Regno Unito (Dfid), l'Agenzia allo sviluppo internazionale svedese (Sida) o l'Agenzia per lo sviluppo internazionale

statunitense (Usaid), tra molte altre, hanno giocato importanti ruoli a livello internazionale e regionale in molti Paesi. Queste istituzioni sono spesso a loro volta i maggiori contribuenti per le agenzie Onu che si interessano di salute, ma concedono anche assistenza diretta a Paesi a basso reddito, attraverso accordi intergovernativi, detti anche aiuto bilaterale.

Organizzazioni non governative (Ong) che passano sotto la dizione *civil society organizations* (CSOs) hanno anche contribuito in modo importante allo sviluppo del settore sanitario, a livello internazionale e nazionale.

Negli ultimi decenni, il settore privato è stato coinvolto sempre più in attività sanitarie sia a livello globale (per esempio più di mille società private sono membri dell'iniziativa globale per la salute del Fondo economico mondiale stabilito per aumentare la quantità e qualità dei programmi finanziari per combattere Hiv/Aids, tubercolosi e malaria) sia a livello locale, dove per esempio i gruppi Heineken o Coca Cola hanno introdotto il trattamento anti virale per l'Aids per i loro dipendenti in Africa.

Se nella fase iniziale l'Oms giocava un ruolo dominante, alla fine del 2000 molteplici attori sono presenti sulla scena della sanità e formano alleanze, reti e legami così da saldare il settore pubblico a quello privato. In pratica, si è verificato un profondo allontanamento dalle politiche di tipo universalistico e ci si è indirizzati verso altre più mirate a instaurare sistemi di protezione sociale e finendo per accrescere il ruolo del mercato e degli attori privati. Ciò ha portato a spostare la guida politica globale nel campo della salute e della sanità su organizzazioni internazionali che operano nell'ambito del

commercio e dell'economia, come per esempio la Banca mondiale o le agenzie internazionali per il commercio, l'Unione europea o l'Organizzazione per la cooperazione economica e lo sviluppo (Oecd) e l'Associazione delle nazioni del sud est asiatico (Asean).

Nelle attuali politiche sanitarie internazionali e globali esiste un importante divario di indirizzo politico non tanto tra i diversi Paesi quanto tra i diversi ministeri (della sanità, delle finanze e dello sviluppo) di uno stesso Paese. Le politiche economiche globali tendono a emergere come l'unica scelta priva di alternative di fronte a un Ministero della sanità che si presenta con sempre maggiori richieste e minori fondi a disposizione.

E' su questo scenario alquanto complicato che il nuovo Direttore generale dell'Oms, Margaret Chan, è chiamata a rispondere alle esigenze dei 193 Paesi membri ed è nell'11° Programma generale di lavoro 2006-2015 dell'Oms che si prospetta l'agenda globale per salute e sanità. Questo programma di lavoro è legato agli Obiettivi di sviluppo del millennio (MDGs) e rispecchia i cambiamenti necessari non solo per l'Oms ma anche per la comunità internazionale per i prossimi dieci anni. La salute è vista sempre più come un aspetto chiave per la sicurezza dell'umanità e occupa ora un aspetto primario nei dibattiti sullo sviluppo.

Il 2015 è l'anno in cui si dovrebbero raggiungere gli obiettivi stabiliti per il millennio, ma ciò che sta accadendo per la sanità non è incoraggiante. Gli anelli mancanti sono costituiti dalle disuguaglianze nella giustizia sociale, nelle responsabilità e nella conoscenza. Nel suo primo messaggio

all'Assemblea mondiale della sanità, subito dopo essere stata eletta, Margaret Chan ha affermato: "(...) ciò che più mi interessa sono le persone. E in particolare due gruppi di persone. Voglio che ci giudichino per l'impatto che abbiamo sulle persone dell'Africa e per la salute delle donne. Tutte le regioni, tutti i Paesi, tutte le persone sono egualmente importanti. Questa è l'Organizzazione per la sanità del mondo intero... ma dobbiamo focalizzare la nostra attenzione sulle persone che ne hanno più bisogno".

E' infatti in Africa che si riscontra ancora la più alta mortalità infantile (160 su 1.000 nati vivi), dove l'aspettativa di vita non sta migliorando, dove tra il 1992 e il 2004 si è contato il maggior numero di Paesi con più di due anni di crisi umanitaria. Ed è per tutti, non solo per l'Oms, il compito di seguire un'Agenda sanitaria globale, che consideri maggiori investimenti nella salute per ridurre la povertà, per stabilire una sicurezza sanitaria individuale e globale, per promuovere una copertura vaccinale universale, un'Agenda che rispetti l'eguaglianza nei sessi e i diritti alla salute. Si dovranno affrontare insieme tutti i fattori che influenzano la salute e soprattutto l'ambiente, rafforzare i sistemi sanitari per dare accesso a tutti, far buon uso della conoscenza, della scienza e della tecnologia e rafforzare le amministrazioni, la loro guida e le loro responsabilità.

Per concludere, va ricordato che "la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non limitato alla sola assenza di malattia o infermità" come dice la Costituzione dell'Oms, e per questo è necessario l'impegno di ognuno.

Gli interventi sanitari visti dai beneficiari

Mohamed Abdu

Associazione Amici del Coro Valsella Onlus

Sono un medico di origine eritrea che opera nel settore della medicina generale a S. Michele all'Adige, qui in Trentino, e, inoltre, faccio parte dell'associazione Onlus Amici del Coro Valsella per l'Eritrea. Ringrazio l'Assessorato alla Solidarietà internazionale della Provincia di Trento e la Fondazione Ivo de Carneri Onlus, per l'invito e l'onore di parlare in un Convegno così importante.

Il compito a me affidato è quello di esporre la prospettiva dei fruitori degli interventi sanitari della solidarietà internazionale. Non sono esperto in materia: mi limiterò a portare una testimonianza attinente al tema, relativa alla realtà eritrea, che è quella che conosco più da vicino.

Mi trovo nella fortunata posizione di far parte, nello stesso tempo, dei donatori, perché membro dell'associazione a cui ho fatto cenno e vivo a contatto diretto con coloro che mettono se stessi a servizio degli altri, ed essere anche beneficiario degli stessi interventi, in quanto eritreo come i miei conterranei.

Di questi conosco i sentimenti, le emozioni, che provano quando ricevono in dono la loro salute ristabilita, e con loro condivido la meraviglia nel vedere la presenza di persone venute da lontano per prendersi carico della loro salute e del loro benessere in modo disinteressato e amichevole.

Gli interventi sanitari della solidarietà internazionale in Eritrea, con una presenza significativamente utile, si registravano già all'epoca della lotta di liberazione, quando medici di fama internazionale, esperti soprattutto in discipline chirurgiche, si recavano per operare nelle zone liberate. Qui il fronte di liberazione aveva costruito (in rifugi sotterranei) le

strutture a rilevante funzione sociale, quali le scuole, alcune attività produttive, le strutture sanitarie.

E' stata quella un'esperienza molto importante, non solo per la qualità degli interventi e dei risultati ottenuti in ambito sanitario, ma anche perché è stata connotata da una forte valenza pedagogica per il fatto che questi esperti hanno dimostrato a noi eritrei:

- capacità tecnica alta unita a una grande capacità organizzativa;
- grande resistenza sul lavoro; operavano, infatti, per tantissime ore al giorno (12-14) per poter soddisfare le richieste entro il periodo breve del loro soggiorno;
- tanto coraggio e abnegazione, perché agivano in zone disagiate e oggetto di bombardamenti aerei;
- tanta disponibilità umana.

Quella esperienza è stata anche veicolo di un'importante innovazione tecnica se si pensa, per esempio, all'introduzione dei fissatori esterni in ortopedia.

Con la nascita dello Stato dell'Eritrea, ovviamente, sono mutate le condizioni e le richieste rispetto all'epoca della lotta di liberazione e attualmente gli interventi consistono in aiuti di tipo "logistico", come donazioni di beni mobili (dalle ambulanze agli strumenti di diagnosi e cura), realizzazione di immobili, interventi diretti di diagnosi e cura, creazione di lavoro temporaneo (in rapporto al progetto in esecuzione) a favore di imprese, professionisti, artigiani e manovali eritrei, interventi di formazione del personale sanitario.

L'introduzione di strumenti di diagnosi e cura tecnologicamente avanzati, oltre ai vantaggi per i pazienti, comporta un incentivo alla formazione, all'aggiornamento degli operatori sanitari, e offre

un importante contributo alla elevazione del livello complessivo della sanità.

L'ultrasonografia (impiegata in diversi ambiti quali la diagnosi prenatale, di patologie cardiache, addominali e pelviche) e l'endoscopia, per esempio, sono attualmente metodiche utilizzate con un buon grado di professionalità.

Quanto agli aiuti di tipo strutturale e infrastrutturale, permettetemi di citare l'Associazione Amici del Coro Valsella, che ha portato a termine, o ha in fase di realizzazione, in alcuni ospedali dell'Eritrea sistemi di potabilizzazione e approvvigionamento dell'acqua, impianti per assicurare continuità di erogazione di energia elettrica, cella frigorifera per la conservazione delle salme, ristrutturazione di ambienti per la formazione di personale paramedico.

La realizzazione di queste opere ha richiesto e richiede anche il contributo di professionisti locali, per esempio ingegneri, nonché di artigiani e di manuali locali, offrendo in questo modo opportunità di lavoro.

Da questi decenni si comprende facilmente quale sia la percezione degli interventi sanitari frutto della solidarietà internazionale da parte degli eritrei: gli operatori sanitari sono ben coscienti dell'utilità di questo sostegno per la popolazione e ne apprezzano il contributo alla loro crescita professionale e all'innalzamento del livello sanitario.

D'altro lato la popolazione, anche se non sempre è consapevole di questo sostegno, può entrare in contatto diretto con gli operatori della solidarietà internazionale e toccarne con mano i benefici.

Per fare un esempio, i familiari dei bambini con malformazioni cardiache quando, nel preintervento,

vengono a trovarsi a diretto contatto con l'esperto che visita il bambino che verrà operato.

Sono opportunità di lavoro che, nel nostro caso, interessano una piccolissima parte della popolazione, da citare comunque perché apprezzati dai beneficiari che li considerano come interessante fonte di reddito.

L'atteggiamento delle autorità governative è complessivamente favorevole: esse sono consapevoli dell'utilità concreta degli interventi e conservano un buon ricordo dell'aiuto prestato nel periodo difficile della lotta di liberazione.

Così, la nostra Associazione ha ottenuto ripetuti apprezzamenti per le opere realizzate e gode della fattiva collaborazione con il Ministero della sanità nella persona dello stesso ministro, al quale è possibile rivolgersi per rimuovere ostacoli burocratici o per risolvere problemi che richiedano il suo intervento diretto.

Nell'attuale congiuntura internazionale carica di tensioni, di "conflitti di civiltà" reali o paventati, chi vive nei Paesi con poche risorse, come l'Eritrea, comprensibilmente avverte un senso di fragilità: in mezzo a uno scontro titanico come quello in atto, il mio Paese di origine si trova nella condizione del classico vaso di coccio fra vasi di ferro. Intervenire in tali situazioni sotto l'egida della solidarietà internazionale supera di gran lunga un'esperienza consolatoria e si configura come simbolo di un mondo e di un futuro migliore.

Gli operatori della solidarietà internazionale si presentano, dunque, come costruttori di ponti che fanno dimenticare chi, invece, erige muri.

Il Trentino in Mozambico e il Mozambico in Trentino: un programma di cooperazione comunitaria

Gianpaolo Rama

Consorzio Associazioni con il Mozambico (CAM)

I soggetti

Il programma di cooperazione comunitaria gestito dal Consorzio Associazioni con il Mozambico si fonda su un legame territoriale tra la Provincia Autonoma di Trento e la Provincia di Sofala, che nel 2001 hanno firmato un protocollo di intesa, rafforzato poi nel 2006, nel quale le due province si impegnano a “promuovere azioni che mirino allo sviluppo umano e a promuovere relazioni di interscambio in vari settori di mutuo interesse”.

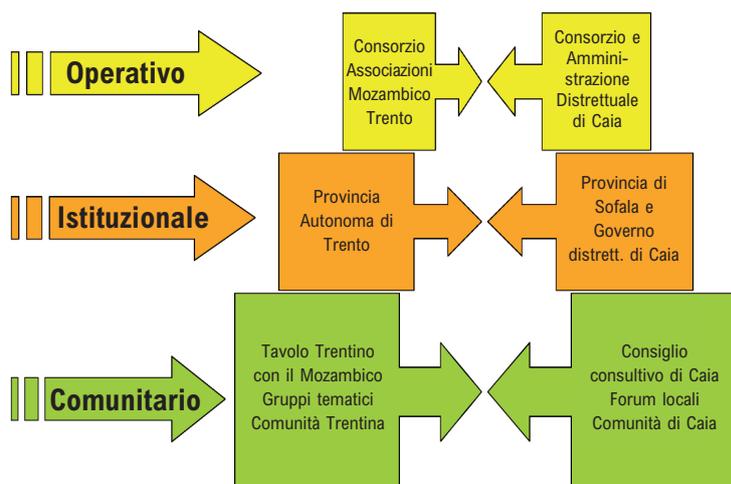
Il protocollo stabilisce come prioritarie le aree di cooperazione economica, sociale, culturale, tecnica, ambientale, educativa, e vuole stimolare lo scambio di delegazioni e la realizzazione di corsi di formazione e di stage, in una prospettiva di autosviluppo rivolto principalmente alle fasce più povere della popolazione.

I sottoscrittori del protocollo si sono impegnati a facilitare la creazione di comitati locali di cooperazione decentrata nei rispettivi territori che consentano la partecipazione della popolazione. A questi comitati parteciperanno tutte le entità pubbliche e private interessate.

Da queste intese è nato il progetto “Il Mozambico in Trentino - Il Trentino in Mozambico”, che prevede interventi e attività nel distretto di Caia, situato nel nord della provincia di Sofala, e nella provincia di Trento. Così come i rapporti politici si sviluppano tra le due province, le relazioni più operative vengono gestite tra il Consorzio Associazioni con il Mozambico di Trento e lo staff in Mozambico del Consorzio, il quale a sua volta è in stretto contatto con

l'amministrazione distrettuale di Caia. Il legame tra le due comunità è rafforzato poi dai due soggetti del Tavolo Trentino con il Mozambico e dei relativi gruppi di lavoro tematici a Trento, il Consiglio Consultivo Distrettuale e i diversi forum locali a Caia (figura 1).

Fig. 1 - Quadro delle relazioni Trentino/Caia



Il Consorzio Associazioni con il Mozambico (Cam) è una associazione di secondo livello: i suoi soci sono infatti a loro volta associazioni, che si sono unite nel 2002 per aumentare l'impegno nel coordinare il programma di cooperazione comunitaria in Mozambico. I soci del Consorzio sono le seguenti associazioni:

- APIBIMI, Associazione promozione infanzia bisognosa del mondo impoverito;
- A Scuola di Solidarietà, la solidarietà si impara;
- Cuamm Medici con l'Africa - Trentino;
- Isf, Ingegneria senza frontiere - Trento;

- MLAL, Movimento laici America Latina – Trento;
- Sottosopra Cooperazione per l'autosviluppo dei popoli.

Ciascuna associazione è rappresentata nel Consiglio di amministrazione del Consorzio da un rappresentante delegato, porta al Cam le proprie competenze, esperienze e affinità specifiche, e contribuisce così all'intero programma.

Il Tavolo Trentino con il Mozambico è invece un soggetto più ampio e meno strutturato. E' un organo più di indirizzo politico e di ampia collaborazione al programma. Esso è costituito da varie realtà istituzionali e private trentine tra le quali Accri, Progetto Mozambico - Valle dei Laghi, la stessa Provincia Autonoma di Trento che è il principale finanziatore del programma, le Casse Rurali di Aldeno e Cadine, di Lavis e di Trento, la Facoltà di ingegneria, la Federazione allevatori, l'Unione contadini, il Consorzio lavoro ambiente, RTTR, Radio Dolomiti, la Federazione delle Cooperative, varie scuole materne, il Comune di Trento, eccetera. Gruppi di lavoro tematici (gruppo sanitario, educativo, sociale, urbanistico, agrario, microcredito) facenti parte del Tavolo, si riuniscono periodicamente per valutare l'attuazione del programma, delinearne le prospettive future, relazionarsi con i volontari o con i collaboratori mozambicani che si trovassero in Italia, elaborare proposte di attività da attuare in Trentino.

La cooperazione comunitaria

Una delle caratteristiche centrali della cooperazione comunitaria è l'impegno nel mettere al centro del proprio operare il concetto di partecipazione,

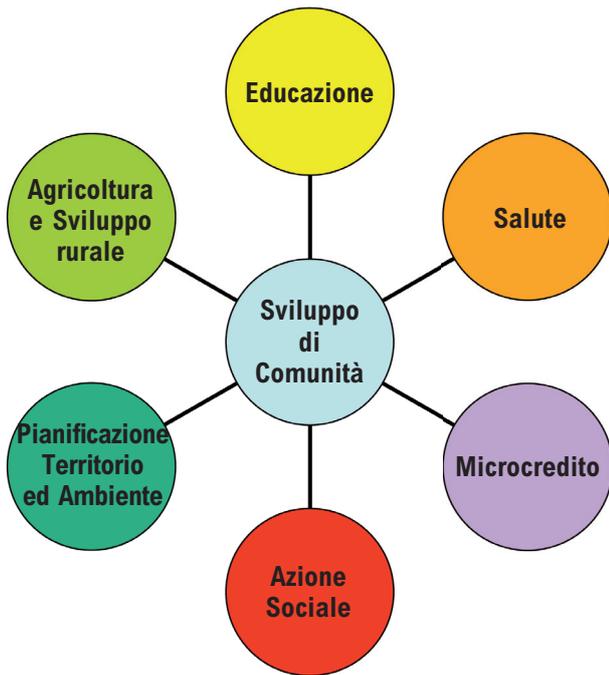
intesa sia in Trentino sia a Caia. Questo tentativo si sviluppa a diversi livelli di coinvolgimento (istituzioni, comunità, associazioni, eccetera) e in tutte le fasi progettuali: ideazione, elaborazione, implementazione, valutazione, riprogettazione.

Un altro aspetto centrale della cooperazione comunitaria è la propensione per i progetti che partono dalla base e che possono dare più garanzie di sostenibilità, così come per i progetti formativi in tutte le diverse aree in cui si opera. Proprio nell'ottica della partecipazione e della sostenibilità, nel programma si cerca di valorizzare al massimo le risorse locali (umane, materiali, finanziarie, eccetera).

L'aspetto centrale del programma di cooperazione comunitaria è la costruzione di relazioni di scambio tra soggetti omologhi della Provincia di Trento e della Provincia di Sofala, con una reciprocità delle relazioni che diventi ricchezza per entrambi i territori e le loro comunità. La scelta di vivere e operare proprio nel distretto di Caia, anziché mantenere la sede del programma nel capoluogo di provincia, rappresenta lo sforzo dell'equipe stabile in Mozambico di essere parte della comunità di Caia. E' probabilmente la scommessa sulla comunità e la partecipazione che permette la gestione di un progetto complesso con risorse limitate, grazie anche a un'organizzazione snella e non troppo burocratizzata, alla flessibilità e al forte spirito di contribuzione volontaria sia a Caia sia a Trento.

Finalizzata all'empowerment della comunità di Caia vi è una stretta integrazione tra vari settori di intervento: educazione, agricoltura e sviluppo rurale, pianificazione territoriale e ambiente, servizio sociale, microcredito, salute (figura 2).

Fig. 2 - Ambiti di intervento: integrazione tra settori volta all'empowerment



Il programma nell'ambito sanitario

La tabella 1 a pagina 22 illustra alcune differenze sociali-sanitarie tra Italia e Mozambico. Gli obiettivi fissati e le attività svolte in campo sanitario sono il frutto della programmazione condivisa tra lo specifico gruppo di lavoro del Tavolo, Consorzio e Istituzioni e popolazione di Caia.

Sanità- obiettivi specifici:

1. rafforzamento della rete sanitaria periferica del distretto;
2. miglioramento della preparazione del personale sanitario e della qualità dei servizi;
3. miglioramento dell'informazione sulle infezioni sessualmente trasmesse, sensibilizzazione sui metodi preventivi e sul superamento dello stigma legato all'Hiv-Aids;
4. aumento dell'accesso all'acqua potabile.

Sanità- attività realizzate al 2006:

1. ristrutturazione e manutenzione dei centri di salute del distretto;
2. organizzazione di corsi di formazione rivolti al personale sanitario e pre-assunzione di infermieri ausiliari;
3. formazione di educatori comunitari per le attività di sensibilizzazione e prevenzione IST, (Infezioni Sessualmente Trasmesse), promozione di attività culturali volte a diffondere messaggi di prevenzione (teatro, danza, musica...);
4. riparazione di fonti guaste e apertura di nuove fonti.

Sanità- risultati raggiunti:

- 2 centri di salute di N'doro e Murrema ristrutturati;
- 1 posto di salute di N'topa ristrutturato e ampliato (divenuto così centro di salute) e casa infermiere costruita;
- fornitura e installazione di pannelli solari in tutti i centri di salute periferici per pronto soccorso o parti notturni;
- corsi di formazione sull'AIDI (Attenzione integrata alle malattie dell'infanzia), sulla Biosicurezza, sulla prevenzione delle IST, medicina moderna/tradizionale;
- preassunzione di 8 infermieri ausiliari;
- indagine sulla copertura vaccinale assieme al Cuamm di Padova;
- 4 educatori comunitari formati in prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale;
- avvio progetto "corridoio della Speranza" di informazione e prevenzione sanitaria nei luoghi a rischio (oltre 1.000 attività di informazione e distribuzione depliant e preservativi);

Sanità in Africa, quale futuro?

- appoggio alle campagne promosse dalla Direzione di salute contro il colera, il morbillo, la poliomielite e appoggio nelle attività di vaccinazione e trattamento del colera;
- costruzione di un locale in materiale locale per la promozione della donna e la prevenzione dell'Hiv a partire dalla consapevolezza delle donne;
- gruppi teatrali formati e attivi nell'educazione sanitaria;
- concorsi teatrali in lingua chisena, portoghese e inglese sul tema lotta all'Hiv;
- percorsi teatrali realizzati nelle scuole e nelle comunità sul tema prevenzione malattie (circa 200 attività realizzate);
- 33 pozzi riparati e riportati in funzionamento;
- 2 nuovi pozzi aperti;
- comitati dell'acqua riattivati;

- 28 pozzi familiari realizzati sullo stile pozzo romano;
- studi sull'acqua condotti dall'organizzazione Isf e dalla Facoltà di ingegneria di TN.

Conclusione

In conclusione accogliamo la richiesta degli organizzatori del convegno, manifestando alcuni punti di forza e di debolezza del nostro programma di cooperazione comunitaria, stabiliti in base a una valutazione condivisa.

Punti di forza

Radicamento e integrazione territoriale sia in Trentino che a Caia:

- multisetorialità del programma e molteplicità dei partner locali, sia istituzionali che non;
- condivisione del progetto sia nel Tavolo trentino

Tab. 1 - Dati e parametri relativi a Italia, Mozambico, Caia

	ITALIA	MOZAMBICO	CAIA
popolazione	57,4 milioni	19 milioni	100.000
superficie – Km²	301.000	799.000	3.600
speranza di vita	78,7 anni	38,1 anni	
mortalità infantile – ogni 1.000 nati vivi	5,4	122	
media di figli per ogni donna	1,23	5,63	5,5
malaria – morti per 100.000 ab.	0	263	
Hiv – prevalenza	0,1 %	16,2 %	29%
spesa per l'istruzione – % del Pil	4,7	2,4	
abitanti per medico	233	50.000	100.000
Pil pro capite	20.630 \$	190 \$	
crescita economica – % di aumento del Pil reale dal 1992 al 2002	1,6	8,4	
popolazione in stato di povertà assoluta – meno di 1\$ al giorno	5,1%	70 %	

che nel Consiglio consultivo di Caia, con le istituzioni e con la popolazione;

- spirito di dedizione e di équipe dei volontari impegnati nel programma sia a Caia che a Trento;
- flessibilità programmatica rispetto ai mutamenti della realtà locale.

Criticità del programma e delle altre esperienze di cooperazione

• Risorse locali limitate e debolezza del Sistema sanitario nazionale locale: le attività avviate si potranno sostenere solo a condizione che le istituzioni e le comunità locali siano in prospettiva dotate di adeguate risorse in modo continuativo. D'altronde, gli Obiettivi del millennio formulati dalle Nazioni Unite esigono che tali risorse vengano rese disponibili.

• Scarsità e turnover del personale locale: formare quadri tecnici locali è uno dei principali obiettivi, ma la mortalità alta, anche per Aids, toglie efficacia alla formazione espletata. Costruire insieme richiede anche tempo e una certa continuità di persone, mentre notiamo che spesso i cooperanti e i nostri partner locali sono soggetti a una grande mobilità. In una situazione di poche risorse umane, a volte il flusso di denaro portato dai programmi di cooperazione e dalle agenzie internazionali e gli stipendi da questi corrisposti attirano a sé le migliori risorse umane del Paese, alienandole spesso definitivamente dalle istituzioni del posto, aggravando così una carenza preesistente.

• Squilibrio, scarso coordinamento, ed "erraticità" degli interventi di cooperazione: ci riferiamo a tre problematiche riscontrate nelle modalità di coope-

rare da parte di donatori, agenzie, istituzioni e Organizzazioni non governative (Ong):

a) scarso coordinamento tra gli interventi di cooperazione, con l'effetto di lasciare scoperti da ogni sostegno sia importanti settori dei servizi, sia zone geografiche, salvo poi ritrovarsi in più donatori a fare le stesse cose con gli stessi partner locali;

b) rispetto non costante dell'equità nell'allocazione delle risorse tra diverse unità sanitarie, attività, o gruppi di popolazione all'interno della stessa unità sanitaria;

c) gli interventi di emergenza, reale o talora amplificata, e le risposte agli appelli internazionali, con vari meccanismi possono diventare fattori di destrutturazione e destabilizzazione delle istituzioni locali, e dell'ordinario funzionamento dei servizi. Analogamente, alcuni programmi verticali, qualora non contemplino anche il rinforzo strutturale delle unità sanitarie nel loro funzionamento in toto, rischiano di favorire alcune attività a discapito di altre ugualmente essenziali e di creare squilibri tra centro e periferia. Abbiamo osservato come programmi, caratterizzati dall'iniezione di grandi risorse in pochi anni, risultino spesso in un crollo delle attività avviate al cessare del programma.

• Insufficiente conoscenza e integrazione con la cultura locale e la medicina tradizionale. Tutti sappiamo quanto le scelte, anche quelle che riguardano o influenzano la salute, siano strettamente relazionate e influenzate dalla specifica cultura e dalle credenze della popolazione locale con cui operiamo, come dimostrato dalla dicotomia tra messaggi trasmessi e comportamenti. Questo è ancor più vero per quanto riguarda le malattie a trasmissione sessuale e l'Aids.

La più comune cura è fornita dai praticanti di medicina tradizionale. Conoscere e considerare tali elementi, e collaborare con i “medici tradizionali” sono imprescindibili se si vuole raggiungere l’efficacia dei nostri interventi.

- L’esperienza degli ultimi decenni ci ha insegnato che lo sviluppo e la crescita economica sono fattori perlomeno altrettanto necessari alla salute quanto i farmaci o servizi efficienti. Fattori quali gli Accordi di partenariato economico (Epa), attualmente in discussione, o le decisioni del Wto, hanno un peso rilevante anche sulla salute delle popolazioni del Sud del mondo. Ciò ci spinge a “fare rete” con le altre Ong e movimenti che si battono per una maggior equità nei rapporti economici come una delle con-

dizioni per raggiungere gli Obiettivi del millennio. Ci induce inoltre a essere più umili quando presentiamo i risultati dei nostri interventi. E’ importante e onesto dare un’informazione pubblica completa e corretta su ogni aspetto dei rapporti internazionali, per consentire ai cittadini di scegliere consapevolmente.

- Se il progresso che lo sviluppo economico implica, con le conseguenze positive sulla salute, avvenisse imitando quanto avviene nei Paesi occidentali, anche a condizione di scavalcare e perdere le culture locali, potrebbe implicare un prolungamento di solitudine e sofferenza per le persone vecchie o malate. Questo timore ci obbliga a profonde riflessioni etiche e a rivedere i nostri concetti di benessere e sviluppo.

Il progetto Pemba (Zanzibar): un esempio di buona cooperazione sanitaria?

Marco Albonico

Segretario generale Fondazione Ivo de Carneri Onlus

Introduzione

Negli anni ottanta nell'isola di Pemba (Zanzibar, Tanzania) è stato realizzato un intervento di tipo verticale per il controllo della schistosomiasi e delle elmintiasi intestinali, malattie endemiche nelle comunità dell'isola. L'intervento era basato sull'educazione sanitaria e sul trattamento periodico preventivo con farmaci antiparassitari dei gruppi di popolazione a maggior rischio, quali i bambini in età scolare. Il Programma di controllo, sostenuto prima dalla Cooperazione italiana e successivamente dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), ha ridotto drasticamente l'infezione e la malattia. L'approccio utilizzato è stato preso come modello dall'Oms, che ha sviluppato linee guida per le strategie di controllo per queste malattie. Le risorse umane (pochi operatori del Ministero della salute di Zanzibar competenti e dedicati) e finanziarie erano molto limitate. Gli ingredienti di questo successo sono stati l'ottimizzazione delle risorse disponibili, con l'uso di tecnologie e farmaci appropriati, e la partecipazione della comunità (Savioli, 1989).

Durante l'intervento, Ivo de Carneri, in missione di supervisione nel 1988 a Pemba, aveva intuito la necessità di un Laboratorio di Sanità Pubblica e ne aveva proposto per la prima volta la realizzazione. La Fondazione a lui intitolata ha avviato questo progetto, che è stato portato a compimento e intitolato a lui per volere delle autorità locali. In funzione dal giugno del 2000, il Laboratorio di Sanità Pubblica "Ivo de Carneri" (Public Health Laboratory, Phl-IdC) è divenuto un centro di eccellenza per il monitoraggio e la valutazione dei programmi di controllo delle malattie endemiche, per la ricerca

applicata alle priorità sanitarie di Zanzibar, e per la formazione del personale sanitario locale e internazionale (Albonico, 2005).

A sette anni dalla sua realizzazione cercherò di tracciare un bilancio delle attività, analizzando criticità e successi, per dare un'immagine d'insieme di questo intervento della Fondazione de Carneri,

Il Laboratorio di Sanità Pubblica

"Ivo de Carneri"

L'edificio principale del Phl-IdC comprende i laboratori (parassitologia, batteriologia, virologia, immunologia), uffici per l'epidemiologia e la statistica, l'aula per la didattica.

Per dare più spazio ai laboratori, nel 2004 è stato realizzato un secondo edificio dove trasferire gli uffici amministrativi e dare spazio alla mensa per il personale, al magazzino e a una sala computer. Il personale scientifico è formato da 20 tra medici e tecnici di laboratorio, e da circa 300 operatori sanitari rurali a contratto impegnati sul terreno nei villaggi.

L'arcipelago di Zanzibar conta circa un milione di abitanti, la mortalità infantile è stimata attorno al 120/1.000, la mortalità materna 300/100.000, la spesa sanitaria non supera i 2 Euro per persona/anno. Il costo del Phl-IdC, incluse le attrezzature scientifiche, è stimato a circa 750.000 Euro ed è stato finanziato per il 35 per cento da fondi pubblici (prioritario il contributo della Provincia Autonoma di Trento) e per il 65 per cento da fondi privati. Il Phl-IdC è gestito da una Commissione composta da rappresentanti della Fondazione Ivo de Carneri e dal Ministero della salute di Zanzibar, con l'Oms quale organo tecnico di supervisione.

Le attività principali del PhI-IdC sono gli interventi di sanità pubblica, lo svolgimento, in collaborazione con istituzioni italiane e internazionali, di ricerche mirate a trovare nuovi mezzi di lotta alle malattie endemiche, e la formazione del personale locale e non solo (Albonico, 2005). Esempio del successo delle attività di controllo è per esempio la riduzione del 90 per cento della patologia grave (macroematuria) della schistosomiasi urinaria e del 60 per cento di quella cronica (Deganello, 2000). Né minore importanza ha un altro progetto, “Acqua sicura nel distretto di Chake Chake”, realizzato in collaborazione con Ingegneri senza frontiere di Trento e l’Istituto di igiene dell’Università di Milano. Il progetto, finanziato per il 70 per cento dalla Provincia Autonoma di Trento, ha già realizzato la mappatura delle fonti idriche del distretto e ha costituito presso il PhI-IdC l’unità per le analisi (fisico-chimiche e microbiologiche) delle acque. L’intervento ha permesso recentemente la risposta immediata, tramite l’identificazione delle persone colpite e delle sorgenti d’acqua infetta, a una grave epidemia di colera che, come ogni anno dopo la stagione delle piogge, ha colpito la comunità di Zanzibar. L’intervento principale nel campo della formazione è l’organizzazione di corsi per medici e infermieri italiani e africani che si tengono ogni anno al PhI-IdC, sempre incentrati sulle priorità di sanità pubblica, in particolare dell’Africa Subsahariana.

Sostenibilità

Le spese di mantenimento del PhI-IdC si aggirano intorno ai 100.000 Euro l’anno e sono coperte in prevalenza dai proventi dei progetti di ricerca e dai corsi di formazione, mentre la restante parte è

a carico del Ministero. La sostenibilità del centro è facilitata dai seguenti fattori: i) la maggior parte del personale è dipendente del Ministero; ii) il 15 per cento del budget per gli studi di ricerca va a coprire i costi per la manutenzione e la gestione ordinaria; iii) il materiale e le apparecchiature acquistate per specifici progetti di ricerca vengono donati al PhI-IdC alla conclusione dei progetti stessi; iv) investimenti continui sullo sviluppo formativo del personale sono sostenuti dalle istituzioni internazionali che collaborano; v) l’impegno della Fondazione Ivo de Carneri a facilitare il sostegno della Cooperazione italiana, Ministero degli affari esteri, con l’invio di esperti e la promozione della formazione di risorse umane, appoggio alla gestione scientifica e amministrativa.

Successi

Molto in sintesi possono essere considerati successi: l’alto profilo scientifico raggiunto dal personale, il valore dei progetti e delle ricerche scientifiche realizzate in questi anni, la capacità di intervento in caso di epidemie e non ultimo il fatto che il PhI-IdC garantisca lavoro retribuito a un buon numero di persone dell’isola. Il PhI-IdC inoltre sta diventando sempre di più un servizio trasversale, che può coordinare e supervisionare i servizi offerti dai centri di salute periferici, i dispensari, e dagli ospedali.

Criticità

Il personale locale ha non ha ancora raggiunto una autonoma capacità di mettersi in gioco e assumere responsabilità, ma tende ad aspettare che le direttive arrivino dall’esterno. Ancora da sviluppare appieno è la motivazione del personale. Le potenzialità del

Phl-IdC stanno solo ora chiarendosi agli occhi del Ministero della salute e si stanno con grande fatica superando le competizioni da parte dei responsabili dei programmi di controllo delle singole malattie (Aids, malaria, filariosi, eccetera) che hanno il sostegno economico delle grosse agenzie internazionali, come il Fondo globale. L'interferenza politica a volte penalizza la visibilità del centro.

Sfide future

- i) Mantenere alti sia il livello scientifico sia le motivazioni del personale affiancando il Ministero della Sanità locale.
- ii) Porre un limite temporale alla supervisione e sostegno tecnico/finanziario esterno (Italia).
- iii) Rafforzare l'autonomia e la capacità gestionale del Phl-IdC.
- iv) Evitare una certa "tendenza neo-colonialista" da parte di istituzioni di Paesi industrializzati.
- v) Sviluppare e formare risorse umane locali.
- vi) Attenuare interferenza negativa dovuta ai cambiamenti di ruoli ai vertici del Ministero della sanità locale.

Cooperazione multisettoriale

Il progetto del Phl-IdC ha catalizzato iniziative non soltanto nell'ambito sanitario, ma anche in quello più vasto dello sviluppo socioeconomico: istruzione, agricoltura, allevamento del bestiame e così via.

Un dispensario materno-infantile, frutto di una collaborazione con la St. Andrews Clinic for Children, Organizzazione non governativa (Ong) scozzese, è stato avviato nel 2005. La struttura, quasi abbandonata, è stata riabilitata per l'assistenza alle madri e ai

bambini della zona e oggi è in grado di compiere oltre cento visite al giorno. Due anni fa è stata aggiunta una Unità mobile, una Land Rover attrezzata, in grado di raggiungere le aree più remote dell'isola. Il servizio è gratuito, inclusi i farmaci.

Gemellaggio Cles - Chake Chake. Nell'ottobre del 2004 una delegazione composta dal capo del Distretto, da un medico e da un rappresentante della comunità locale del distretto di Chake Chake visita Cles. Nell'occasione, viene firmato un documento ufficiale di intesa per un progetto di collaborazione a lungo termine (gemellaggio). Nell'agosto 2006 una delegazione del comune di Cles, composta dal sindaco, Giorgio Osele, dall'assessore alle politiche sociali, Luisa Larcher e da due medici, Rita Frenguelli e Andrea Graiff, visita Pemba per entrare direttamente in contatto con la realtà dell'isola e, insieme con i rappresentanti della comunità, pianificare i possibili interventi e le aree di collaborazione. Sono state identificate e approvate attività prioritarie nel campo della scuola e della formazione nel campo dell'allevamento del bestiame, della sanità con invio di attrezzature all'ospedale principale del Distretto. Per quanto riguarda il sostegno ai servizi ospedalieri, contemporaneamente la Fondazione ha avviato un progetto di sostegno al servizio di chirurgia. Il progetto garantisce la presenza in loco a rotazione, per 24 mesi, di chirurghi italiani, che saranno anche responsabili della formazione e dell'aggiornamento del personale locale.

Conclusioni

Quanto la Fondazione Ivo de Carneri si propone di realizzare nell'isola di Pemba non è semplice. Si vuole sviluppare, in accordo a cultura e tradizioni locali, un

centro di sanità pubblica a tecnologia avanzata gestito, sulla base di un partenariato col Governo di Zanzibar, in prevalenza da tecnici e medici locali. Particolare attenzione viene posta alla sostenibilità dell'intervento e grande attenzione al superamento di alcune criticità ancora presenti, per far sì che l'impatto sulla salute della comunità sia sempre più rilevante. Va notato con soddisfazione che il PhI-IdC in pochi anni ha fatto da catalizzatore per l'avvio di altri progetti sanitari più diretti, quali il dispensario materno infantile di Gombani, in grado di soddisfare gli immediati bisogni della comunità di Pemba. Inoltre ha reso possibile l'avvio di una collaborazione multisettoriale tra una comunità trentina, il Comune di Cles, e una dell'isola di Pemba, il distretto di Chake Chake, per avviare nei settori agricolo e dell'allevamento del bestiame iniziative che ne possano incrementare la redditività.

La filosofia dell'intervento che portiamo avanti si ispira alla visione di Hiroshi Nakajima, compianto direttore dell'Oms: "(...) un approccio integrato non significa fare qualcosa su tutto nello stesso tempo. Richiede di stabilire chiare priorità, sulla base di analisi epidemiologiche, di opportunità e risorse esistenti, e un'attenta valutazione dell'efficacia e sostenibilità dell'intervento proposto. Questo approc-

cio dovrebbe essere iniziato come un processo di sviluppo, che potrà essere progressivamente esteso ad altre aree prioritarie, e infine promuovere un servizio sanitario sostenibile" (Nakajima, 1990).

Bibliografia

- Albonico M., Carozzi de Carneri A., Kisumku U.M., Shauri O., Haji H.J., Ramsan M., Savioli L. Un Laboratorio di Sanità Pubblica per l'Africa Sub-sahariana: una sfida sostenibile? V Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Tropicale». 29 Settembre – 1 Ottobre 2005, Brescia
- Deganello R. Assessment of the impact of chemotherapy campaigns on the morbidity of urinary schistosomiasis in Pemba Island, Tanzania. Master thesis London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2000.
- Hiroshi Nakajima. Future Health Priorities and Orientations of the WHO in Tropical health. Residential Meeting of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene. Cambridge 2-4 July 1990.
- Savioli L., Dixon H., Kisumku U.M., Mott K.E. Control of morbidity due to *S.haematobium* on Pemba Island: programme organization and management. Tropical Medicine and Parasitology 1989; 40: 189-194.

La politica sanitaria di partnership in Uganda: integrazione tra settore pubblico e privato

Filippo Curtale Reti

Agenzia di sanità pubblica - Regione Lazio

Il programma “Sostegno all’integrazione dei servizi pubblici e privati nel settore sanitario ugandese (Public Private Partnership in Health, PPPH)” è un programma bilaterale, tra il Ministero degli esteri italiano e il Ministero della sanità ugandese, avviato nel 2002 con la firma di un protocollo di cooperazione bilaterale, a seguito di una specifica richiesta del governo ugandese. Il programma intende promuovere le condizioni istituzionali per un’efficace collaborazione fra settore pubblico e privato in Uganda, allo scopo di migliorare la qualità e l’accesso ai servizi sanitari di base, tramite il conseguimento di due obiettivi specifici:

- 1) definire una politica nazionale di partnership sanitaria tra settore pubblico e privato;
- 2) facilitare l’applicazione a livello distrettuale di quanto concordato a livello centrale.

La situazione nazionale

In Uganda c’è una lunga tradizione di partecipazione del settore privato nell’erogazione dei servizi sanitari di base e ospedalieri, soprattutto da parte di organizzazioni religiose. Già ai tempi del regime

coloniale la costruzione di ospedali missionari e dispensari gestiti da personale appartenente a ordini religiosi era incoraggiata e facilitata. Nel corso della guerra civile che ha afflitto l’Uganda per un ventennio, causando il collasso di tutti i servizi governativi, le strutture sanitarie missionarie hanno spesso rappresentato l’unica opportunità di accesso alle cure della popolazione, soprattutto nelle aree periferiche e rurali del Paese. Questo ruolo del settore privato è stato riconosciuto nella Costituzione della Repubblica ugandese del 1995, che ribadisce l’importanza per il Governo ugandese di collaborare e sostenere l’iniziativa privata nell’offerta dei servizi essenziali ai cittadini. La Politica nazionale sanitaria (National Health Policy, NHP) e il piano strategico del settore sanitario (Health Sector Strategic Plan, HSSP), promulgati nel 1999, specificano l’obiettivo di collaborare e valorizzare tutto il potenziale del settore privato nell’offerta dei servizi sanitari: “To make the Private Sector a major partner in Uganda’s national health development by encouraging and supporting its participation in all aspects of the National Health Programme” (NHP, 1999).

Tab 1 - Distribuzione degli ospedali, dei centri sanitari di II, III e IV livello e delle scuole infermieri in Uganda (2002)

<i>Strutture sanitarie</i>	<i>Settore statale</i>	<i>Settore privato P/NFP</i>
Ospedali	57 (57%)	42 (42%)
Centri sanitari di IV livello	143 (89%)	19 (11%)
Centri sanitari di III livello	588 (69%)	259 (31%)
Centri sanitari di II livello	724 (81%)	170 (19%)
TOTALE	1,512 (75%)	490 (25%)
Scuole infermieri	8 (30%) Diplomati per anno: 325 infermieri/e e ostetriche	19 (70%) Diplomati per anno: 575 infermieri/e e ostetriche

Il settore sanitario privato in Uganda è composto da tre sotto settori: il sotto settore non profit (Private Not-For Profit, PNFP), quello dei medici privati (Private Health Practitioners, PHP) e quello dei guaritori tradizionali (Traditional and Complementary Medical Practitioners, TCMP). Il ruolo più rilevante rimane quello svolto dal sotto settore PNFP, costituito da organizzazioni missionarie cattoliche, protestanti e musulmane, che finanzia e gestisce numerosi ospedali e centri sanitari distribuiti in tutto il Paese, nonché la gran parte delle scuole infermieri (tabella 1 a pagina 29).

Inoltre, il PNFP impiega circa 10.000 medici di vario livello, che operano soprattutto nelle aree rurali e nei distretti più periferici del Paese. Le strutture cattoliche da sole, nel corso dell'anno fiscale 2001/02, avevano effettuato 323.455 ricoveri e 1.738.898 visite ambulatoriali, fornendo assistenza a 45.634 parti che corrispondono al 21 per cento del numero totale di parti in Uganda. Nello stesso anno l'intero sotto settore aveva garantito assistenza a più del 40 per cento dei parti effettuati in Uganda.

Finanziamenti ai servizi sanitari pubblici e privati in Uganda

Nel 2002, all'inizio del programma, l'Uganda si trovava già in una situazione di oggettiva partnership dei servizi sanitari pubblici e privati. Oltre ad avere un'offerta diversificata in tutto il Paese, con buoni livelli di sussidiarietà, i finanziamenti pubblici e privati non erano rigidamente divisi per settore, ma in genere affluivano in maniera trasversale alle diverse realtà, sia pubbliche sia private, come evidenziato nella schema (tabella 2 a pagina 31).

In questa situazione particolarmente favorevole, il

progetto ha fornito assistenza tecnica al Ministero della sanità ugandese per istituzionalizzare a livello governativo, e sviluppare ulteriormente soprattutto a livello distrettuale, la partnership tra settore pubblico e privato. Si è cercato in tal modo di promuovere una condizione di efficienza, in grado di garantire buoni livelli di assistenza alla popolazione, preservandola da possibili cambi di governo o di strategia sanitaria. Non si è quindi cercato di esportare il sistema di convenzioni pubblico-privato operante in Italia, ma si è accompagnata la controparte ugandese in un processo di sviluppo e consolidamento della realtà esistente, valorizzando le situazioni di efficienza già presenti nel Paese e promuovendo l'espansione della collaborazione tra settore pubblico e privato.

Il significato di partnership

Per comprendere a pieno il significato del programma è necessario conoscere l'esatta definizione di partnership, e capire in cosa differisce da termini più generici come cooperazione o collaborazione. La partnership consiste in due o più partner che condividono un obiettivo comune e sono disposti a lavorare insieme, utilizzando a questo scopo le loro risorse e competenze. Ogni partner può contribuire, a un livello diverso e con mezzi differenti, al raggiungimento dell'obiettivo comune. Questa specificità è in realtà l'essenza della partnership, perché dà la stessa dignità a partner di diversa rilevanza, permettendo oltretutto a entità diverse, con modalità di lavoro diverse e procedure amministrative diverse, di lavorare insieme per il raggiungimento dello scopo comune. Nello specifico, l'obiettivo comune è rappresentato dalla salute della popolazione ugandese, in particolare degli strati

Tab. 2 - Distribuzione delle risorse finanziarie del sistema pubblico e privato in Uganda

Fonti di finanziamento e dei servizi		
	Fonti di finanziamento pubblico	Fonti di finanziamento privato
Servizi pubblici Strutture sanitarie: Ospedali e centri sanitari Operatori sanitari di villaggio	Governo dell'Uganda centrale e locale (attraverso la tassazione) Donatori e partner allo sviluppo - Contributo al Ministero della sanità - Contributi ai distretti sanitari - Progetti multi e bilaterali e programmi canalizzati tramite il governo centrale o locale	Ticket sanitari Letti e prestazioni a pagamento Contributi da progetti e programmi di Ong
Servizi privati Ospedali, centri sanitari e operatori esterni del sotto settore PNFP Cliniche e medici privati del sotto settore PHP Praticanti la medicina tradizionale del sotto settore TCMP	Sussidi statali o contributi alle strutture private, inclusa costruzione di infrastrutture Contratti con strutture e medici privati Partecipazione ai programmi governativi Programmi multi e bilaterali canalizzati tramite il governo centrale e locale	Famiglie (ticket e tariffe) Assicurazioni sanitarie (dei lavoratori, comunitarie e private) Donazioni (interne ed esterne) Attività generatrici di guadagno Programmi di micro-credito Strategie commerciali e di marketing Contributi da progetti e programmi di Ong

più vulnerabili, donne e bambini sotto i cinque anni. Questo ha permesso che alla partnership aderissero grandi ospedali missionari di tre religioni diverse (cattolica, protestante e musulmana), centri sanitari e piccoli dispensari, medici privati e istituzioni di beneficenza, in pratica tutti gli attori che correntemente forniscono servizi sanitari alla popolazione ugandese, raddoppiando così l'offerta delle strutture governative. Lo sforzo maggiore del progetto è stato quello di istituzionalizzare il rapporto tra Ministero della sanità e il sotto settore PNFP, che gestisce la gran parte

delle strutture sanitarie private, mentre per i medici privati il contributo alla partnership è stato molto più limitato. Infine, la medicina tradizionale ha avuto un ruolo praticamente simbolico soprattutto per le difficoltà di questo sotto settore a definire un'adeguata rappresentanza istituzionale.

Attività preliminari del programma

Per realizzare i due obiettivi principali del programma sono state promosse una serie di iniziative a livello centrale e distrettuale. A livello centrale lo

sforzo principale è consistito nella definizione di una politica nazionale sanitaria per il settore. A tale scopo è stata promosso e istituzionalizzato, dalla Cooperazione italiana, un coordinamento (Desk Office) tra i diversi stakeholders (Ministero della sanità, organizzazioni missionarie e non profit, agenzie donatrici, organismi rappresentativi di medici e personale sanitario, rappresentanti della società civile, eccetera). Il coordinamento, che si giovava della presenza di un consulente specifico (Technical Advisor) che garantiva assistenza tecnica al Ministero della sanità ugandese, operava tramite tavoli di lavoro e di consultazione (Working Groups) specifici per ogni settore (PNFP, PHP, TCMP). Per facilitare il lavoro dei tavoli è stata promossa la creazione di strutture di rappresentanza (Umbrella Organizations), laddove non fossero già operative nel Paese, quali Uganda Catholic Medical Bureau (UCMB), in rappresentanza delle strutture missionarie cattoliche, Uganda Protestant Medical Bureau (UPMB), in rappresentanza di tutte le strutture missionarie protestanti, Uganda Muslim Medical Bureau (UMMB), in rappresentanza delle strutture finanziate e gestite da organizzazioni musulmane, Uganda Medical and Dental Practitioners Council (UMDPC), in rappresentanza di medici e dentisti privati, Uganda Nurses and Midwives Council (UNMC), in rappresentanza del personale sanitario non medico, e altre ancora. Una volta istituiti i tavoli di lavoro, e identificate le strutture di rappresentanza, si è avviata la formulazione della politica di partnership. Il documento è stato definito attraverso un processo di consultazione, durato circa due anni, che ha coinvolto tutti gli stakeholders e ha contribuito al rafforzamento delle strutture di rappresentanza e

all'istituzionalizzazione di quelle di coordinamento.

Definizione di una politica sanitaria nazionale per il settore

Un comitato di esperti, in collaborazione con i Working Groups, ha steso una prima bozza di lavoro sia della politica nazionale (National Policy on PPPH) che delle norme attuative (Implementation Guidelines). Le due bozze sono state discusse a livello distrettuale con il personale sanitario, pubblico e privato, nel corso di otto seminari regionali (Workshops) cui ha partecipato una rappresentanza del personale sanitario operante in tutti i distretti del Paese. Oltre a essere l'occasione per conoscere e discutere le due bozze, i seminari hanno anche rappresentato un'opportunità di incontro e scambio di opinioni tra personale sanitario, pubblico e privato, che operava nelle stesse aree, ma che raramente in passato si era incontrato o aveva discusso insieme problemi comuni. I commenti, le modifiche e i suggerimenti emersi nel corso dei seminari regionali sono stati recepiti e incorporati nel documento di lavoro che, alla fine del giro di seminari, veniva nuovamente sottoposto ai Working Groups. Dopo la finalizzazione, la bozza è stata inoltrata al Dipartimento della programmazione del Ministero della salute che, dopo averla ulteriormente scrutinata, la ha inoltrata al Ministro della sanità. La bozza finale veniva infine sottoposta al Consiglio dei ministri per la promulgazione ufficiale.

La specificità di questo processo consiste principalmente nel fatto che, contrariamente a quanto comunemente accade, la legge sulla partnership sanitaria in Uganda non è stata formulata dal ministero competente e promulgata dal governo per poi essere ap-

plicata in tutto il Paese, ma è stata definita attraverso un processo di concertazione partito dal basso, e che ha visto la partecipazione e il contributo del personale periferico che si troverà poi ad applicarla, raggiungendo solo in un secondo momento gli organi legislativi (figura 1 a pagina 34).

Questo modo di procedure, pur avendo richiesto più di due anni per finalizzare la proposta di legge, ha presentato l'indubbio vantaggio di condividere alcuni aspetti della legge con le persone che poi l'avrebbero applicata nei distretti e di facilitare e promuovere il coordinamento delle strutture pubbliche e private, sia a livello centrale, con i Working Groups, che a livello periferico, con i seminari.

Il documento finale (National Policy on PPPH) definisce i principi portanti della politica nazionale di partnership ed è così articolato:

- ◇ **Preambolo** - Indice, lista degli acronimi, glossario dei termini principali;
- ◇ **Prima Parte** - Struttura della partnership (situazione nazionale, quadro legislativo, razionale, principi, obiettivi, aree di partnership) per ognuno dei tre sotto settori (PNFP, PHP, TCMP);
- ◇ **Seconda Parte** - Politica di partnership (strutture di coordinamento, strategie e strumenti di realizzazione) per il sotto settore PNFP;
- ◇ **Terza Parte** - Politica di partnership (strutture di coordinamento, strategie e strumenti di realizzazione) per il sotto settore PHP;
- ◇ **Quarta Parte** - Politica di partnership

(strutture di coordinamento, strategie e strumenti di realizzazione)
per il sotto settore TCMP.

Le norme attuative della politica di partnership

La definizione delle norme attuative (Implementation Guidelines) si è rivelata anche più complessa della definizione dei principi generali di partnership. La specificità della partnership rendeva necessaria una struttura normativa flessibile, che garantisse a tutti i partner la possibilità di mantenere le proprie modalità operative pur inquadrando in una strategia comune. Era, infatti, importante garantire la salvaguardia di principi etici e religiosi di ciascun partecipante, nonché permettere una sufficiente autonomia amministrativa, per evitare di costringere tutti i partner ad adottare le procedure governative per poter ricevere e utilizzare i finanziamenti statali. Per risolvere questo passaggio si è adottata una struttura a matrice che dà rilevanza alle aree di partnership, indicando al contempo strategie comuni e un protocollo per la definizione di ogni strategia (tabella 3 a pagina 35).

Un chiaro esempio di come sono state definite le strategie comuni è la prima strategia dell'area 7. Service delivery, dove la possibilità di mantenere la propria autonomia amministrativa è condizionata all'accettazione degli standard e dei protocolli di cura del Ministero della sanità, o la terza strategia dell'area 4. Human Resources Management, che dispone la partecipazione del sotto settore PNFP, che già gestisce gran parte delle scuole infermieristiche, alla preparazione e realizzazione del Piano Nazionale di Sviluppo delle Risorse Umane per garantire l'omogeneità dei contenuti formativi, e

Fig. 1 - Il processo di formulazione della politica nazionale di PPPH



LEGENDA

Workshop - Seminari regionali		
DHMT	(District Health Medical Team) Team medico distrettuale	HSDs (Health Sub-districts) Personale medico dei sotto-distretti sanitari
HCs	(Health Centers) Staff dei Centri sanitari	Dioceses Personale religioso e volontario delle diocesi
Working Groups - Gruppi di lavoro		
UOs	(Umbrella Organizations) Organizzazioni di riferimento	MoH (Ministry of Health) Ministero della sanità
UCMB	(Uganda Catholic Medical Beureau)	MoFPED (Ministry of Finance, Planning and Economic Development) Ministero della finanza, programmazione e sviluppo economico
UPMB	(Uganda Protestant Medical Bureau)	
UMMB	(Uganda Muslim Medical Bureau)	
UMDPC	(Uganda Medical and Dental Practitioners Council)	
UNMC	(Uganda Nurses and Midwives Council)	
		It. Coop (Italian Cooperation) Cooperazione italiana

no Nazionale di Sviluppo delle Risorse Umane per garantire l'omogeneità dei contenuti formativi, e così via. Tre documenti diversi sono stati predisposti per i tre sotto settori, ovviamente la definizione delle norme attuative per il sotto settore PNFP ha richiesto lo sforzo maggiore considerata la quantità e l'estensione dei servizi offerti alla popolazione, specialmente rurale, da parte di questo settore.

Applicazione della partnership a livello distrettuale

Una volta licenziata la bozza definitiva, approvata dal Ministero della sanità, e ancor prima della sua promulgazione ufficiale, è stato avviato il lavoro

per facilitare l'applicazione a livello distrettuale di quanto concordato, lavorando soprattutto per promuovere le strutture di coordinamento e di rappresentanza. In primo luogo, il Ministero della sanità ha nominato un coordinatore distrettuale (PPPH District Desk Officer), generalmente una persona appartenente al Ministero della sanità, ma con esperienza di lavoro anche nel settore privato, che rappresenta il referente unico per i rapporti tra le strutture private, soprattutto non profit, e le strutture pubbliche.

Allo stesso tempo è stato istituito un coordinamento distrettuale di tutte le strutture non profit, indipendentemente dalla loro affiliazione religio-

Tab. 3 - Norme attuative della politica nazionale di partnership. Matrice operativa per il sotto settore non profit (PNFP)

STRUTTURA DELLE LINEE GUIDA				
PARTNERSHIP	STRATEGIE			IMPLEMENTAZIONE
1. SVILUPPO DELLE POLITICHE SANITARIE, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEL PIANO STRATEGICO DEL SETTORE SANITARIO (HSSP)	concertazione e promozione delle politiche di sviluppo sanitario	monitoraggio e valutazione comune del HSSP attraverso la partecipazione al processo di certificazione di qualità a tutti i livelli	riconoscimento e utilizzo del sistema di accreditamento del sotto settore non profit (PNFP)	RAZIONALE DELLA STRATEGIA
2. COORDINAMENTO E PROGRAMMAZIONE	programmazione e gestione concertata dei servizi sanitari	definizione delle strutture e dei meccanismi di coordinamento	sviluppo, realizzazione e condivisione di interventi innovativi e buone pratiche.	RISULTATI ATTESI
3. ALLOCAZIONE E GESTIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE	condivisione delle informazioni sulle risorse disponibili e partecipazione alla definizione del budget	sussidi al sotto settore non profit	sviluppo di un approccio contrattuale appropriato	IMPLICAZIONI ISTITUZIONALI LEGALI E FINANZIARIE
4. GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	armonizzazione delle norme per lo staff, strutture salariali e condizioni di impiego	distribuzione omogenea dello staff sanitario sul territorio	partecipazione delle istituzioni formative del sotto settore non profit al Piano di Sviluppo delle Risorse Umane (HR Development Plan)	RUOLI E COMPITI
5. RAFFORZAMENTO E SVILUPPO DEL PERSONALE SANITARIO	sostegno ai programmi di formazione mirati al miglioramento delle capacità manageriali a tutti i livelli	accesso condiviso alle iniziative di formazione e sviluppo delle competenze	assistenza tecnica e supporto allo sviluppo delle competenze sul lavoro a tutti i livelli	STRUMENTI RICHIESTI
6. RAFFORZAMENTO DELLA PARTECIPAZIONE COMUNITARIA	sviluppo e rafforzamento dei metodi di partecipazione e delle strutture comunitarie	mobilitazione e sensibilizzazione delle comunità sui loro diritti e doveri		INDICATORI DI PERFORMANCE
7. OFFERTA DEI SERVIZI SANITARI	salvaguardia dell'autonomia amministrativa e identità del sotto settore non profit nel rispetto delle politiche del Ministero della sanità e degli standard per l'offerta dei servizi sanitari	delega di responsabilità per l'offerta dei servizi sanitari al sotto settore non profit, inclusa la gestione dei sotto distretti sanitari (HSD)	razionalizzazione dei servizi sanitari, incluso una appropriata localizzazione delle nuove strutture	

sa (PNFP Coordination Committee), con il compito di presentare istanze uniche per tutti gli operatori privati PNFP al coordinatore distrettuale.

Il compito principale del coordinatore distrettuale, e della struttura di coordinamento degli operatori non profit, è quello di definire insieme un Piano di Azione Distrettuale (District Health Plan), allo scopo di coordinare servizi pubblici e privati, condividendo risorse e attività e programmando congiuntamente la creazione di nuove infrastrutture. Infine, sempre a livello distrettuale, il programma ha realizzato una serie di ricerche operative con l'obiettivo di definire le strategie più appropriate ed efficienti per facilitare l'accesso ai servizi sanitari della popolazione più bisognosa, specialmente donne e bambini sotto i cinque anni.

Conclusioni

La politica nazionale di partnership in Uganda

è ormai una legge dello Stato e questo garantirà non solo il rafforzamento delle attività e delle aree di interazione tra il servizio sanitario pubblico e privato, ma soprattutto la stabilità del sistema sanitario negli anni futuri, facilitando nuovi investimenti del settore privato. I servizi gestiti da organizzazioni missionarie e non profit continueranno ad allargare la loro offerta, grazie al sistema di sussidi garantito dalla legge e ai benefici riconosciuti al loro personale. Potranno inoltre continuare a espandere le proprie strutture, sulla base di piani distrettuali concordati con il Ministero della sanità, con una migliore razionalizzazione dell'offerta. La legge rappresenta lo strumento più adeguato affinché il settore sanitario pubblico e privato lavorino insieme nel perseguimento dell'obiettivo comune di garantire servizi sanitari efficienti e accessibili a tutti i cittadini ugandesi, soprattutto alle categorie più vulnerabili.

La lotta alla lebbra: l'Associazione italiana amici di Raoul Follereau (Aifo)

Enzo Zecchini
Presidente Aifo

Nel 1961, quando è nata questa associazione (Associazione italiana amici di Raoul Follereau, Aifo), essa ha scelto come suo gruppo-bersaglio la persona colpita dalla lebbra, come simbolo dell'umanità sofferente ed emarginata, privata del suo diritto di vivere una vita dignitosa. Il carattere popolare dell'Associazione ha fatto sì che le strategie adottate per raggiungere gli ultimi siano continuamente adeguate alla nostra comprensione dei meccanismi che causano l'emarginazione e il sottosviluppo. Così, dagli aiuti caritativi per le persone più bisognose l'Associazione è arrivata alla definizione di progetti che promuovono lo sviluppo e l'autosufficienza. Le parole chiave per gli interventi dell'Associazione sono diventate: partecipazione, progetti integrati, progetti comunitari e sviluppo sostenibile. I principali campi d'azione dell'Associazione si sono allargati per comprendere le persone disabili e l'infanzia bisognosa.

Ispirandosi al pensiero di Raoul Follereau, Aifo ha scelto di lavorare per "gli ultimi degli ultimi" cioè i più poveri. Aifo si rivolge alle comunità locali povere per promuovere le "Comunità Solidali", cioè comunità consapevoli e informate che si assumano la responsabilità nei confronti dei gruppi più poveri e vulnerabili tra di loro, per promuovere pari dignità e pari opportunità. Per gli interventi, Aifo lavora in collaborazione con i rappresentanti e le istituzioni formali e informali delle comunità (formali e informali: governi, autorità locali, diocesi, Organizzazioni non governative, movimenti, congregazioni, eccetera). Aifo dà priorità a lavorare con le associazioni degli ultimi – associazioni dei malati di lebbra, associazioni delle persone disabili, eccetera.

Aifo promuove un approccio inclusivo in tutti i suoi interventi.

Oltre alle attività nei Paesi in via di sviluppo, Aifo ha una presenza capillare sul territorio italiano, tramite gruppi riconosciuti, organizzati in coordinamenti regionali. Aifo interviene anche in Italia tramite interventi di educazione allo sviluppo. I percorsi di educazione allo sviluppo che Aifo promuove partono innanzitutto dalla necessità di un coinvolgimento individuale, dalla messa in gioco di se stessi, perché solo così è possibile riconoscere "l'altro" come persona portatrice di significati essenziali, culturali e storici che hanno dignità di essere e di esprimersi. Le nostre proposte tendono a formare persone in grado di orientarsi all'interno del nuovo contesto in cui viviamo, caratterizzato dalla interdipendenza e dal rapido diffondersi del processo di globalizzazione dell'economia, della cultura e della tecnologia, attraverso un'informazione precisa e corretta sulle tematiche legate all'intercultura e attraverso la formazione di una responsabile coscienza planetaria.

La lebbra oggi

Lebbra, Lépre, Leprosy, Lepra... parola che in tutte le lingue suscita ancora oggi sentimenti vari: incredulità (esiste ancora oggi questa malattia?), paura, ripugnanza dettate da un atteggiamento psicologico da sempre radicato nelle diverse culture, pietà e amore che nascono dall'atteggiamento attento e misericordioso di Gesù verso questi malati. Quale è la realtà della lebbra oggi? Esistono ancora i malati di lebbra? Negli anni settanta e ottanta si è fatto molto per curare e controllare questa malattia; nel 1982 si è iniziato a trattare la lebbra con più farmaci somministrati contemporaneamente, con immensi benefici per i

malati; si sono create, da parte della Federazione Internazionale delle Associazioni Antilebbra (Ilep), in collaborazione con i governi dei Paesi interessati dall'endemia leprosa, strutture di controllo capillare. A partire dal 1991 questo sistema di controllo è stato in alcuni casi migliorato, almeno nel periodo iniziale, con un notevole impegno dei governi locali. Ci si è posti l'obiettivo di ridurre la prevalenza della malattia (numero dei malati presenti nei registri), definendolo come "eliminazione della lebbra" entro il 2000 (poi, prorogato fino al 2005).

Lebbra nel mondo

E' epidemiologicamente importante conoscere quanti nuovi casi di lebbra sono diagnosticati ogni anno nel mondo. La scoperta di casi nuovi di lebbra (incidenza) è il segno che la catena di trasmissione della lebbra è ancora attiva e che sono presenti

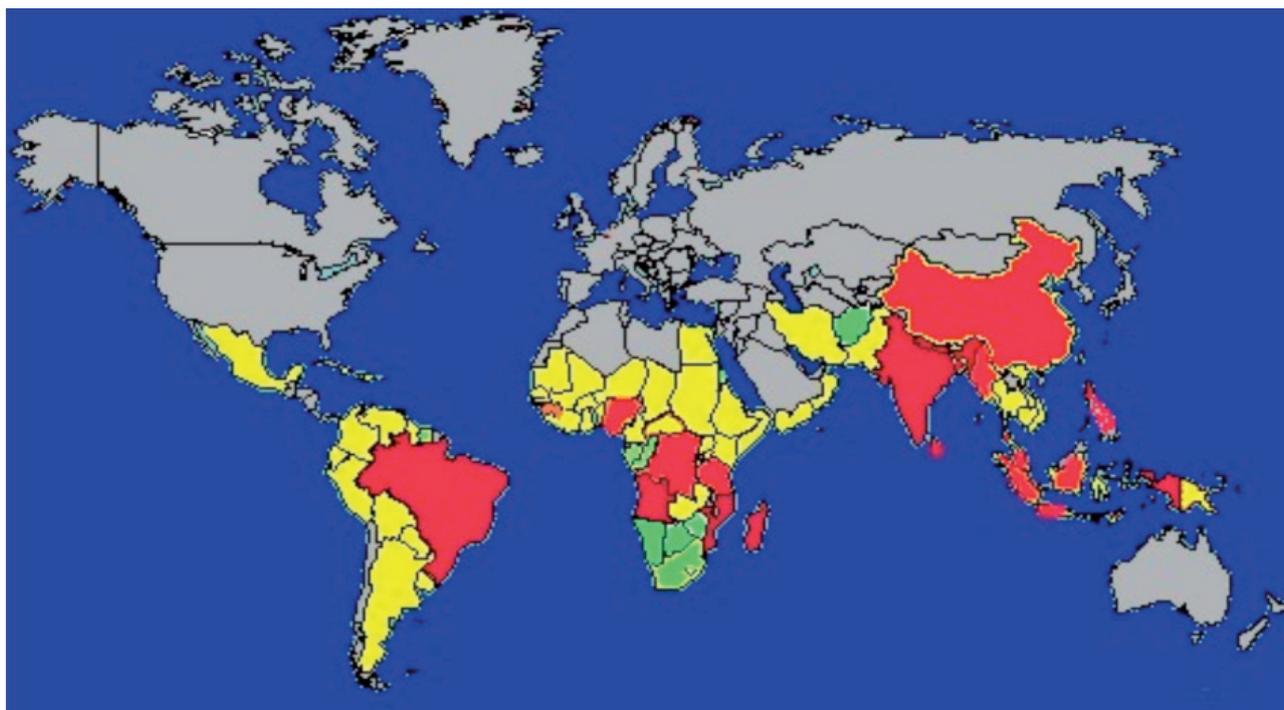
malati non curati che espellono dal loro organismo bacilli vitali.

Nuovi casi di lebbra nel 2006

Nel 1996, 96 Paesi hanno denunciato nuovi casi di lebbra. La situazione mondiale della lebbra sulla base di nuovi casi della malattia nel 2006 (sulla base di dati forniti dall'Organizzazione mondiale della sanità) è presentata nella figura 1 (chiave di lettura: aree grigie, nuovi casi occasionali; aree verdi, meno di 100 nuovi casi ogni anno; aree gialle, da 100 a 1.000 nuovi casi ogni anno; zone rosse, più di 1.000 nuovi casi ogni anno).

Lo studio dell'andamento dell'incidenza negli anni permette di giudicare l'efficacia delle strategie utilizzate nei programmi di lotta e di controllo della lebbra. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), l'andamento dei nuovi casi di lebbra

Fig. 1 - La situazione mondiale della lebbra sulla base dei nuovi casi del 2006



Tab. 1 - Nuovi casi di lebbra nel mondo per macroaree - Fonte Oms

Anno	Africa	Americhe	Sud Est Asiatico	Mediterraneo Orientale	Pacifico-Oceania
2000	54.602	44.786	606.703	5.565	7.563
2001	39.612	42.830	668.000	4.758	7.404
2002	48.248	39.939	520.632	4.665	7.154
2003	47.006	52.435	405.147	3.940	6.190
2004	46.918	52.662	298.603	3.392	6.216
2005	42.814	41.780	201.635	3.133	7.137
2006	27.902	47.612	174.118	3.261	6.124

nel mondo negli ultimi anni è stato quello illustrato nella tabella 1.

Quanto affidabili sono questi dati?

Negli ultimi anni vi è stata una forte pressione internazionale per “eliminare la malattia”. Questa forte pressione internazionale ha dato i suoi frutti. In India il numero di nuovi malati di lebbra ha iniziato a decrescere in maniera vertiginosa. Da più di 500.000 nuovi malati di lebbra l’anno nel 2002 si è passati a circa 150.000 nel 2006. Tutte le organizzazioni non governative e missionarie che lavoravano per il controllo della lebbra in India hanno avuto il veto di ricerca e di cura dei malati e il Governo ha deciso che questi servizi saranno svolti esclusivamente nei servizi sanitari statali. Alcuni scienziati internazionali legati all’Ilep e medici indiani hanno sollevato dubbi su un calo così preciso e drastico dei malati, che non trova paralleli nella storia della malattia, ma queste critiche sono state ignorate. Infatti, miracolosamente, nel dicembre 2005 l’India è riuscita a “eliminare” la malattia.

Anche il Brasile ha avuto un calo dei malati di lebbra negli ultimi 3-4 anni, ma ciò nonostante non è riuscito a raggiungere l’obiettivo di eliminazione. In

aprile 2007 il governo del presidente Lula, ha deciso di cambiare i responsabili nazionali del programma lebbra. Sono stati i nuovi responsabili del programma lebbra in Brasile che, con un documento del 6 settembre 2007, hanno messo le mani avanti. La riduzione dei malati di lebbra in Brasile negli ultimi anni è stata un cambiamento statistico di facciata, ammette il documento. Questo documento propone una nuova strategia, basata non su una falsa “eliminazione della lebbra” ma piuttosto su una seria lotta alla malattia.

Per esempio, il documento spiega che per ridurre il numero di nuovi malati durante l’anno, qualche anno fa era stato deciso di basarsi sui numeri presenti nel sistema informatico sanitario nazionale al 15 gennaio dell’anno successivo, invece di prendere i dati al 31 marzo. Infatti, con questo stratagemma, il numero di nuovi casi di lebbra nel 2004 era sceso a 38.423 invece degli effettivi 51.000.

Il caso della Tanzania era invece venuto alla luce già nel 2002, quando il nuovo responsabile del programma lebbra aveva confessato che continuavano a esserci molti malati e il calo presentato per dimostrare di aver raggiunto l’eliminazione era fittizio. Tutte queste informazioni sollevano qualche dubbio

sull'affidabilità dei dati attualmente disponibili sulla lebbra nel mondo.

Strategie di Aifo

Strategie generali

L'Aifo promuove l'autosviluppo. Realizzando, cioè, azioni che poi consentano a quei popoli di "camminare con le proprie gambe".

Gli interventi sostenuti da Aifo privilegiano la formazione del personale locale, attraverso corsi di avviamento al lavoro. Nei progetti Aifo, ogni anno si formano centinaia di figure professionali. Ciò assicura sul posto e in maniera duratura la presenza di persone in grado di programmare e gestire autonomamente.

Inoltre, Aifo promuove interventi con i diversi interlocutori presenti sul campo, comprese le agenzie governative, le organizzazioni non governative, le congregazioni religiose, eccetera. Gli interventi con gli organismi non governativi locali rivestono speciale importanza per Aifo.

Nei paesi del Sud del mondo spesso sono presenti associazioni e organismi che hanno le idee molto chiare su come uscire dalle condizioni di bisogno che attanagliano i loro Paesi.

L'Aifo, ove possibile, collabora con loro.

Progettare, gestire e valutare insieme, oltre a rendere protagonisti i destinatari degli interventi, costituisce un'ulteriore garanzia di buona riuscita e di durata degli interventi. Il coinvolgimento comune è indispensabile per creare dei cambiamenti reali.

Aifo è l'unica organizzazione non governativa italiana in rapporto ufficiale con l'Oms.

Strategie per la lotta alla lebbra

Le attività legate alla lebbra sono la priorità di Aifo.

Aifo ha una visione globale della lebbra; ciò significa che dà uguale importanza alla diagnosi e cura della malattia e alla riabilitazione. Quest'ultima include: prevenzione delle disabilità, riabilitazione medica e riabilitazione socio-economica. Aifo realizza, quindi, programmi di prevenzione e cura della malattia e di riabilitazione fisica e sociale degli ammalati.

Molti dei progetti sostenuti da Aifo sono impegnati nelle attività di riabilitazione socioeconomica. Queste attività comprendono corsi di formazione professionale, promozione dei fondi di credito per l'avvio delle piccole attività commerciali, inserimento nel mondo del lavoro, corsi di alfabetizzazione formali e informali, assistenza per la costruzione o la riparazione delle case, assistenza nelle istituzioni per le persone con gravi disabilità, assistenza psicologica, eccetera. Tali attività si rivolgono in modo preferenziale ai malati di lebbra, ma spesso ne beneficiano altre persone con disabilità e famiglie povere.

Negli ultimi 10 anni, sempre più spesso, gli interventi di lotta alla lebbra sostenuti da Aifo sono integrati con i servizi di sanità di base. Questa strategia è importante per contrastare i pregiudizi sociali e lo stigma contro i malati di lebbra. Nello stesso momento, questa strategia permette ai progetti di aiutare molte più persone bisognose. Gli interventi di medicina di base hanno l'obiettivo di migliorare lo stato di salute di tutta la comunità. Essi prevedono:

- medicina preventiva e curativa;
- riabilitazione;
- formazione di personale locale;
- promozione della donna e delle attività volte a migliorare le condizioni nutrizionali.

Interventi di riabilitazione

Uno dei settori promossi dall'Aifo riguarda la riabi-

litazione fisica e sociale delle persone con disabilità. In tal senso, l'Associazione collabora con organizzazioni e federazioni internazionali: Ilep (International Leprosy Federation) e Iddc (International Disability and Development Consortium). Uno degli obiettivi principali è promuovere le attività di riabilitazione, coinvolgendo le persone con disabilità stesse.

La Riabilitazione su Base Comunitaria (Rbc), è un approccio innovativo promosso dall'Oms, da altre Agenzie dell'Onu, da organizzazioni internazionali e nazionali che si occupano di disabilità e di riabilitazione.

L'Aifo ha adottato l'approccio Rbc in tutti i suoi progetti di riabilitazione, promuovendo la partecipazione e l'integrazione sociale delle persone con disabilità. Organizzazioni non governative, organizzazioni di persone con disabilità e gruppi comunitari sono i partner privilegiati di Aifo in questi progetti. Aifo sostiene l'integrazione dei servizi riabilitativi per le persone con disabilità dovute alla lebbra nelle attività di Rbc.

Interventi a favore dell'infanzia bisognosa

I bambini costituiscono la maggiore garanzia di sviluppo per un popolo; ecco perché l'Aifo dedica loro un settore specifico di intervento. Restituire l'infanzia è un programma rivolto a comunità che si trovano in particolari difficoltà. L'approccio è quello del sostegno all'intera comunità per un duplice motivo:

- evitare che si creino condizioni di privilegio tra i bambini;
- educare i benefattori al rispetto della comunità nella quale il bambino è inserito, prendendosi carico di essa e non soltanto di un suo membro.

Il programma sostiene comunità di bambini collo-

cate in un programma di azione di sviluppo più ampio e provvede alle spese relative a vitto, alloggio, salute e istruzione.

I paesi dove Aifo sostiene interventi comprendono: Angola, Comores, Congo, Egitto, Ghana, Guinea Bissau, Kenya, Mozambico, Somalia e Sudan in Africa; Bangladesh, Birmania, Cina, India, Indonesia, Laos, Mongolia, Nepal, Pakistan e Vietnam in Asia; Brasile e Guyana in America Latina.

Aifo fa parte anche della commissione del Ministero della sanità italiano sulla Hanseniasi e sostiene il centro di riferimento nazionale presso l'Ospedale San Martino di Genova.

Prospettive future

Nel 2007, Aifo ha iniziato la definizione di nuove strategie per i progetti all'estero. Promuovere "programmi paese" in ogni Paese dove Aifo è presente è l'obiettivo principale di questa strategia, per rinforzare la presenza associativa in alcune Paesi e per renderla ancora più efficace.

Le finalità associative per il prossimo futuro resteranno invariate: lebbra e sanità di base, riabilitazione su base comunitaria e infanzia bisognosa.

Aifo organizza diverse attività di monitoraggio e valutazione di tutti gli interventi. Queste attività sono collegate a quelle di formazione delle persone, sia in Italia sia nei Paesi in via di sviluppo. Nel prossimo futuro si prevede un ulteriore rinforzamento di queste attività tramite la Scuola di Formazione Raoul Follereau.

Sempre di più Aifo lavora in collaborazione con le associazioni dei beneficiari, soprattutto con le associazioni delle persone affette dalla lebbra e con le persone con disabilità. Anche questa collaborazione

Sanità in Africa, quale futuro?

Tab 2 - I beneficiari degli interventi Aifo nel 2006

Tipologia	Africa	America Latina	Asia	Totale
Diagnosi e cura della lebbra	5.809	11.334	18.869	36.012
Assistenza per ex-malati e lebbrosari	1.670	890	10.623	13.183
Riabilitazione socioeconomica	4.190	13.585	18.463	36.238
Servizi di sanità di base	53.146	141	31.866	85.153
Riabilitazione su base comunitaria	3.494	1.620	83.783	88.897
Infanzia vulnerabile	24.481	3.329	7.907	35.717
Totale	92.790	30.899	171.511	295.200

Tab. 3 - Progetti sostenuti da Aifo nel 2006

Progetti suddivisi secondo il tipo di intervento	N. di Progetti
Lebbra e sanità di base	63
Riabilitazione su base comunitaria	37
Infanzia vulnerabile	23
Totale	123

dovrebbe essere ulteriormente rinforzata nel prossimo futuro.

Il Gruppo Aifo di Rovereto

Il Gruppo Aifo di Rovereto ha il compito di attualizzare sul proprio territorio le iniziative proposte dalla sede centrale di Bologna, sia nel campo educativo e di sensibilizzazione ai problemi della povertà nel mondo, e in particolare delle malattie della povertà come la lebbra, sia nella raccolta fondi, che destina ai vari progetti dell'Associazione.

Il Gruppo è aperto alla collaborazione con le molte altre Associazioni operanti sul territorio su progetti

sanitari che coincidano con la propria peculiarità. Le difficoltà nascono dalla grande dispersione dei progetti stessi in un contesto geografico mondiale. Per esempio, il Consorzio provinciale di Associazioni per il Mozambico opera in una provincia mozambicana dove Aifo non ha progetti, quindi è mancata la possibilità di collaborazione.

In un particolare campo il Gruppo di Rovereto è in sinergia con più Associazioni locali: da anni gestisce con numerosi collaboratori la confezione di coperte di lana fatte a mano, utilizzando materiale nuovo, scarto di produzione industriale. Le coperte vengono destinate alle persone in difficoltà sia nel Sud del mondo

sia in Europa, attraverso le iniziative di varie associazioni o comitati locali.

Fonti

- dati dell'Organizzazione mondiale della sanità: http://www.who.int/lep/situation/new_cases/en/index.html
- numero di nuovi casi della lebbra in India: [http://www.aifo.](http://www.aifo.it/english/resources/online/books/leprosy/ila-india08/case-detection_krishnamurthy.pdf)

[it/english/resources/online/books/leprosy/ila-india08/case-detection_krishnamurthy.pdf](http://www.aifo.it/english/resources/online/books/leprosy/ila-india08/case-detection_krishnamurthy.pdf)

- nuova strategia sul controllo della lebbra del governo Brasiliano: Technical note 10/2007 PNCEH/DEVEP/SVS/MS, Dept of Epidemiological Surveillance, Ministry of Health, Brazil, 2007
- situazione della lebbra in Tanzania: <http://www.aifo.it/english/resources/online/books/leprosy/ila-africa05/Tanzania.pdf>

La cooperazione trentina in Africa: risultati di un'indagine conoscitiva

Alessandra Carozzi de Carneri
Presidente Fondazione Ivo de Carneri Onlus

L'impegno crescente della Provincia Autonoma di Trento nelle attività di solidarietà internazionale, le numerose rilevanti iniziative che partono dal Trentino verso le aree del Sud del mondo, includendo gli interventi di cooperazione decentrata e i forum settoriali come quello sull'acqua, ci hanno fatto comprendere l'importanza che un tale patrimonio di esperienze, di conoscenze e di capacità individuali venisse conosciuto meglio e condiviso sia dalle associazioni che dall'opinione pubblica. Lo scopo di questa indagine era dunque quello di migliorare la conoscenza tra le associazioni operanti in Africa nel campo della sanità per valutare i punti critici e creare sinergie. E' chiaro che una migliore conoscenza reciproca può permettere di porre le basi per nuove collaborazioni e alleanze a vantaggio degli interventi e dei Paesi beneficiari. Questo in un momento in cui la cooperazione internazionale in Africa sta cambiando volto e dalla cooperazione fatta da tanti attori singoli si sta passando a una fatta da gruppi collegati tra loro. Questo fa sì che i bisogni, sanitari in particolare, siano visti nel contesto generale della comunità

locale che li esprime e che insieme a essi vengano considerati i settori che con la sanità interagiscono.

E' nata così l'idea di avviare un'indagine conoscitiva riguardante le associazioni trentine operanti nel settore della sanità in Africa, dove la nostra Fondazione opera fin da quando si è costituita alla fine del 1994.

Risultati

Abbiamo contattato via e-mail e telefono le 23 associazioni i cui riferimenti ci sono stati forniti dai funzionari della Provincia Autonoma di Trento e sulla base di un questionario abbiamo raccolto per ciascuna di esse informazioni riguardanti: il profilo istituzionale e organizzativo, i Paesi, i settori di intervento e le modalità di intervento.

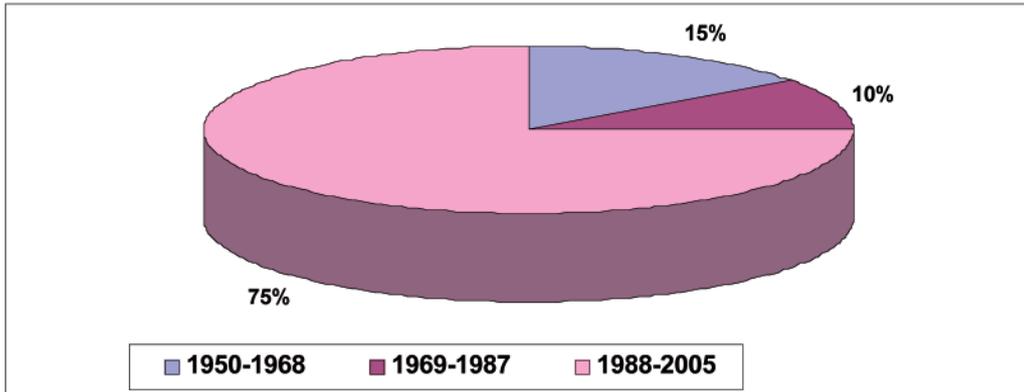
La ricerca si è svolta nel 2006. Delle 23 associazioni contattate, 19 hanno risposto restituendo il questionario compilato in tutte le sue parti; 1 associazione non parte del gruppo iniziale è stata inclusa successivamente.

L'elenco delle associazioni incluse in questa indagine è riportato nella tabella 1.

Tab. 1 - Elenco associazioni censite

1. Acav – Associazione centro aiuti volontari Onlus	11. Fondazione Fontana Onlus
2. Acqua per la Vita Onlus	12. Fondazione Ivo de Carneri Onlus
3. Amici del Coro Valsella per l'Eritrea Onlus	13. Gruppo Rafiki Onlus
4. Amici per l'Africa Onlus	14. Il Melograno Onlus
5. Aifo – Associazione Italiana Amici di Raoul Follerau Onlus	15. Il Tucul Onlus
6. Amici del Senatore Spagnolli Onlus	16. Kusaidia Onlus
7. Casa di accoglienza alla Vita Padre Angelo Onlus	17. Cuamm – Medici con l'Africa Onlus
8. Associazione Comunità Shalom Onlus	18. Associazione Progetto Mozambico Onlus
9. Cam - Consorzio Associazioni per il Mozambico Onlus	19. Associazione SOS Italia – Villaggi dei Bambini Onlus
10. Emergency	20. Tempora Onlus

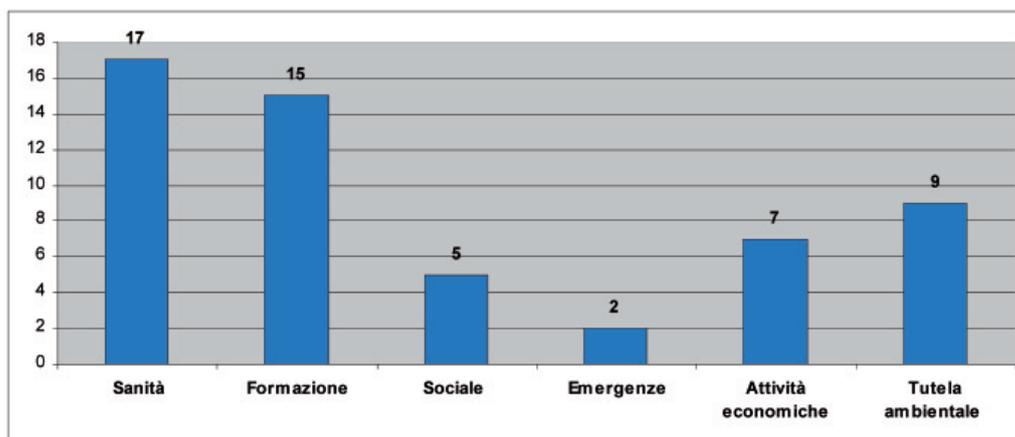
Fig. 1 - Anno di costituzione delle associazioni



Tab. 2 - Distribuzione dei progetti delle 20 associazioni censite

<p>Angola: AIFO, CUAMM, Associazione Sos Italia – Villaggi dei Bambini Onlus</p> <p>Burundi: Amici del Senatore Spagnolli Onlus, Associazione Comunità Shalom Onlus, Associazione SOS</p> <p>Comore: AIFO</p> <p>Repubblica Democratica del Congo: ACAV, AIFO</p> <p>Costa D’Avorio: Amici per l’Africa Onlus, Associazione SOS</p> <p>Egitto: AIFO, Associazione SOS Italia</p> <p>Eritrea: Amici del Coro Valsella per l’Eritrea Onlus, AIFO, Il Tucul</p> <p>Etiopia: CUAMM, Associazione SOS Italia</p> <p>Ghana: AIFO, Associazione SOS Italia</p> <p>Guinea Bissau: AIFO, Associazione SOS Italia</p> <p>Kenya: AIFO, Associazione Comunità Shalom, Fondazione Fontana, Kusaidia Onlus, CUAMM, Associazione SOS Italia</p>	<p>Liberia: AIFO</p> <p>Marocco: ACAV, Associazione SOS Italia</p> <p>Mozambico: ACAV, AIFO, Comunità Shalom, CAM, CUAMM, Associazione Progetto Mozambico Onlus, Associazione SOS Italia</p> <p>Ruanda: ACAV, CUAMM</p> <p>Sierra Leone: Emergency</p> <p>Somalia: Acqua per la Vita Onlus</p> <p>Sudan: ACAV, Emergency, CUAMM, Associazione SOS Italia</p> <p>Tanzania: ACAV, Amici per l’Africa Onlus, Amici del Senatore Spagnolli, Gruppo Rafiki Onlus, Il Melograno, Kusaidia, CUAMM</p> <p>Tanzania isole: Fondazione Ivo de Carneri Onlus</p> <p>Tunisia: ACAV, Associazione SOS Italia</p> <p>Uganda: ACAV, Casa di accoglienza alla vita Padre Angelo Onlus</p> <p>Zimbabwe: Amici del senatore Spagnolli Onlus, Il Melograno Onlus, Associazione SOS Italia</p>
---	--

Fig. 2 - Distribuzione degli interventi secondo settori



L'anno di costituzione è compreso per la maggior parte delle associazioni (75 per cento) tra il 1969 e il 1987 (figura 1) dimostrando così che la maggior parte sono associazioni con esperienza operativa di lunga data.

Per quanto riguarda l'appartenenza, 4 fanno parte di una organizzazione riconosciuta a livello nazionale o internazionale.

Sotto il profilo giuridico, tutte sono Associazioni, due sono Fondazioni e tutte sono riconosciute come Organizzazioni non lucrative di utilità sociale (Onlus). Quattro hanno ottenuto idoneità a operare come Organizzazioni non governative (Ong) dal Ministero affari esteri.

Per quanto riguarda i Paesi nei quali le associazioni operano (tabella 2 a pagina 45), essi si collocano per la maggior parte nell'area a sud del Sahara, con 18 associazioni presenti nella fascia orientale, 4 in quella occidentale e 1 nel bacino del Mediterraneo. I Paesi con una maggior presenza di associazioni trentine sono: Tanzania e Mozambico con 7 associazioni ciascuna, Kenya con 6 e Sudan con 4. La maggior parte delle associazioni è presente in più Paesi contemporaneamente. Per quanto riguarda i settori di intervento (figura

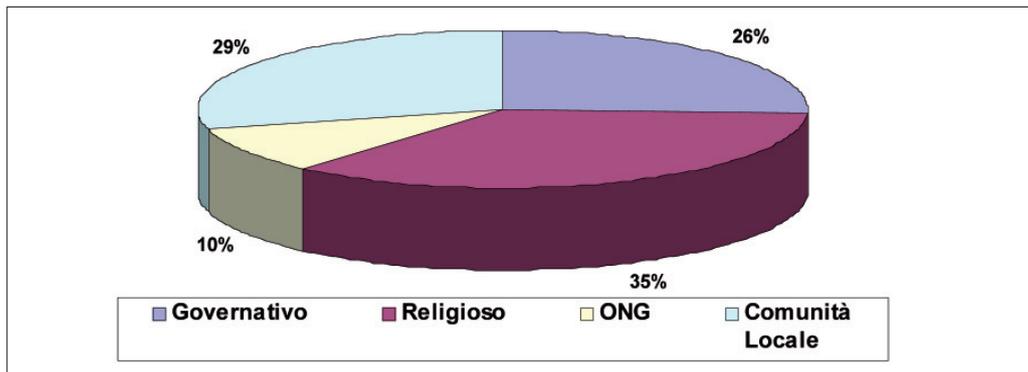
2), due organizzazioni sono coinvolte in settori non strettamente sanitari ma alla sanità strettamente connessi, come quelli dell'acqua o del miglioramento strutturale e dei servizi delle infrastrutture ospedaliere; ben 15 associazioni operano nel campo della formazione sia di base che di personale sanitario. Quasi tutte operano in più settori contemporaneamente.

Per quanto riguarda le collaborazioni stabilite in loco (figura 3 a pagina 47), il 35 per cento delle associazioni opera attraverso i missionari, che da anni lavorano con le comunità locali e hanno piani di intervento che non prescindono da collegamenti con i governi. Un'altra parte consistente, 29 per cento, opera sulla base di accordi con i Governi locali e le rimanenti attraverso Ong e rappresentanze delle comunità.

Da quanto si evince dai questionari, l'operatività delle associazioni è di appoggio economico più che progettuale. Importante risulta la collaborazione in loco alla realizzazione dei progetti.

I finanziamenti degli interventi vengono dal settore della Solidarietà internazionale della Provincia Autonoma e da raccolte fondi presso privati. Notevole anche l'invio di materiali.

Fig. 3 - Distribuzione degli interventi secondo le collaborazioni in loco

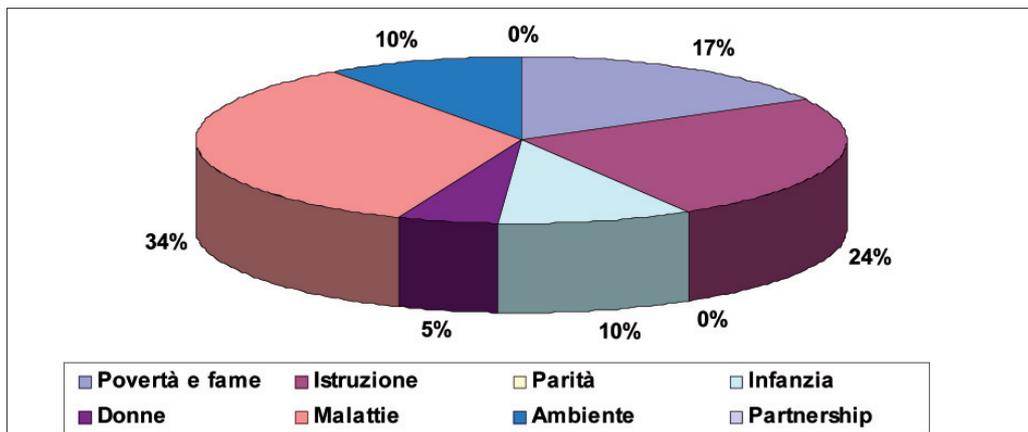


Considerazioni conclusive

Questa prima indagine ci consente alcune considerazioni, che riteniamo utili a una miglior conoscenza dell'associazionismo trentino che opera in Africa con il sostegno della Provincia. Le associazioni trentine che operano in Africa in campo sanitario tutte legalmente costituite sono numerose, ma formate per lo più da un piccolo numero di membri attivi tutti operanti su base volontaria. Ottimo il radicamento

sul territorio. Il fatto che la maggior parte delle associazioni operi nei Paesi dell'Africa orientale potrebbe essere un punto di forza che merita attenzione per operazioni di rete, dal momento che le associazioni hanno stabilito solidi collegamenti locali soprattutto attraverso i missionari ma anche i governi locali. Scarsi i collegamenti tra le associazioni che operano negli stessi Paesi, a eccezione del Tavolo-Paese, esempio di intervento di cooperazione decentrata.

Fig. 4 - Obiettivi del Millennio raggiunti attraverso i principali progetti delle 20 associazioni censite



Comunicare a distanza: qualche spunto

Betulla Detassis

Consulente in applicazioni di tecnologie satellitari

Voglio cogliere l'occasione della presenza qui sia delle Associazioni trentine di volontariato che del personale medico e paramedico operanti in Africa per dare un'informazione.

L'Agenzia spaziale europea (Esa), in pratica la Nasa dell'Europa, alla quale, tra i vari stati europei partecipa anche l'Italia, oltre a decidere e attuare i programmi spaziali europei si occupa anche di diffondere le applicazioni basate sulle tecnologie spaziali e supportare la nascita e la crescita di imprese nel settore.

In particolare l'Esa sta avviando progetti pilota di telemedicina via satellite in Africa, nei quali sia possibile fare formazione a distanza di personale medico e paramedico, dare supporto nelle diagnosi, contribuire alla diffusione dell'utilizzo di sistemi informatici di supporto alle decisioni.

Questi progetti dimostrativi saranno usati per contribuire a estendere l'utilizzo dell'*eHealth*, come componente della strategia dell'Unione europea per contribuire a diffondere in Africa l'utilizzo delle tecnologie di comunicazione e delle informazioni (Ict) e la connettività.

L'Esa ha già contribuito in passato alla realizzazione di progetti di telemedicina, tra i quali per esempio la realizzazione, congiuntamente allo Stato maggiore della difesa e al Consorzio Telbios, formato

dall'Ospedale San Raffaele e dalla Alenia Spazio, di una rete di telemedicina che collegava ospedali italiani con un ospedale da campo in Bosnia per fornirgli supporto specialistico nella diagnosi con trasmissione di immagini radiografiche o altri referti medici, formazione del personale e, in alcuni casi, supporto in tempo reale a operazioni chirurgiche.

Nei progetti pilota, che normalmente hanno una durata di 3 anni, l'Esa mette a disposizione gratuitamente il canale di comunicazione satellitare e in certi casi le stazioni trasmissive/riceventi. Altri sponsor pubblici o privati mettono a disposizione apparecchiature mediche e computer e medici o ospedali forniscono il supporto medico.

Se siete a conoscenza di situazioni e contesti in cui una sperimentazione potrebbe essere utile e dove esistano anche le condizioni di una possibile sostenibilità successiva dell'attività avviata, potete segnalare il vostro interesse all'Assessorato per la solidarietà, al dottor Luciano Rocchetti, e provvederemo a darvi maggiori informazioni e a mettervi in contatto con l'Agenzia spaziale europea.

Grazie per l'attenzione.

Sito dell'Esa:

http://www.esa.int/esaCP/SEM7M6W4QWD_Italy_0.html

