



Provincia autonoma di Trento

La formazione sanitaria  
nella solidarietà internazionale

# Salute e FormAzione



Trento | 17 novembre 2011





# Indice

Il saluto delle autorità	3
Organizzatori	6
Relatori	7
Programma	8
<b>Dott. Luciano Flor</b> Direttore dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari	10
<b>Mrs Evelyn Anita Stokes - Hayford</b> Ambasciatrice del Ghana in Italia	12
<b>Joseph Mettle Nunoo</b> Vice Ministro della Salute del Ghana	
<i>L'emergenza salute nei paesi dell'Africa. La formazione del personale medico in Ghana</i>	14
<b>Prof. Angelo Stefanini</b> Direttore del Centro Studi in Salute Internazionale e Interculturale, Alma Mater Studiorum Università di Bologna	
<i>Salute Globale: informazione per cambiare. Il IV Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale</i>	19
<b>Dott. Martino Ardigó</b> Centro di Studi e Ricerche in Salute Sostenibile - Università di Bologna	
<i>La salute come bene "Collettivo".</i>	
<i>Solidarietà e co-costruzione dei Diritti Umani Fondamentali tra globalizzazione e crisi economica</i>	22
<b>Prof. Manuel Carballo</b> Direttore esecutivo del Centro Internazionale per la Migrazione, la Salute e lo Sviluppo di Ginevra e professore di Sanità Pubblica alla Colombia university	
<i>La Medicina delle Migrazioni: un nuovo fronte per la cooperazione internazionale.</i>	
<i>Trends in Migration and the Emerging Challenges ,for Medicine</i>	28
<b>Dott.ssa Suela Cadri</b> Referente della cooperazione sanitaria internazionale della Regione Toscana	
<i>La cooperazione decentrata in sanità. Riflessioni e spunti dall'esperienza Toscana</i>	35
<b>Dott. Michele Conti</b> Neurochirurgo dell'Ospedale Santa Maria del Carmine – Rovereto	
<i>Il progetto Etiopia/Zimbabwe/Ghana. Formazione chirurgica specialistica</i>	38
<b>Dott. Antonio Mazza</b> Direttore Pediatria Presidio Ospedaliero di Cles	
<i>Una valigia di speranze per il Togo. Un sistema formativo per frenare la trasmissibilità dell'AIDS</i>	40
<b>Alessandro Brunialti</b> Delegato attività di emergenza del Comitato Provinciale della Croce Rossa	
<i>Progetto Haiti. Programma di formazione per preparare gli operatori di pronto soccorso delle aree distanti dagli ospedali</i>	41

Rivista della Provincia autonoma di Trento

A cura del Servizio emigrazione e solidarietà internazionale

Coordinamento editoriale Fabrizio Zilia Bonamini Pepoli

Foto di Archivio Ufficio stampa Provincia autonoma di Trento

Grafica: Mara Franceschi

Impaginazione e stampa: Effe e Erre - Trento



Provincia autonoma di Trento  
Assessorato alla Solidarietà  
Internazionale e alla Convivenza



## Il saluto delle autorità

Quest'oggi siamo particolarmente contenti di poter dare avvio a questa importantissima giornata. Porto innanzitutto il saluto del Presidente Lorenzo Dellai che in questo momento è impegnato con l'avvio del nuovo governo, la conferenza stato-regioni, però mi ha pregato di portare un saluto particolare.

Il Presidente ha fortemente voluto e accompagnato il percorso che ha portato alla giornata di oggi e a tutto il cammino che partirà proprio dalla giornata di oggi.

Possiamo condividere oggi la gioia di aver un ministro dedicato alla cooperazione internazionale e integrazione, speriamo che sia di buon auspicio e

speriamo che in tutti i campi in cui lavoriamo riprendano vigore e vitalità. Da una scelta molto coraggiosa del presidente Monti che ha ridotto e tagliato tantissimi ministeri, quello nuovo che ha istituito fa proprio da specchio all'assessorato che il Presidente Dellai, tre anni fa, ha inventato per il Trentino, alla Solidarietà internazionale e alla Convivenza. Quindi cooperazione internazionale e immigrazione per tre anni insieme nel Trentino e da ieri sera per la prima volta anche in Italia. Questo vuol dire molto per noi perché avremo un referente ministro, Andrea Riccardi, con cui abbiamo già tre progetti in corso. Siamo certi che il nostro nuovo ministro è ben al corrente di quello che sta accadendo in Trentino e guarda con molta attenzione al nostro percorso. Una piccola regione, un piccolo tassello, piccolo angolo di mondo ma che vuole guardare al mondo, che vuole sentirsi in sintonia con tutto il mondo.

La giornata di oggi nasce da un protocollo firmato più di un anno fa tra l'Assessorato alla solidarietà internazionale, l'Assessorato alla salute e l'Azienda sanitaria. Proprio appena arrivato il nuovo direttore dell'Azienda sanitaria, il dottor Luciano Flor, siamo riusciti a partire con questo protocollo. Ne è nato un comitato congiunto e qui ringrazio la dottoressa Monterosso, la dottoressa Malagò dell'Azienda sanitaria, il dott. Conti e il dott. Rocchetti che vi partecipano attivamente.

Siamo partiti dicendo che il Trentino, attraverso le associazioni di medici, infermieri, fisioterapisti psicologi, ha tante persone impegnate nella solidarietà internazionale. Tante persone che mettono il loro tempo libero e le loro energie. Questo lavoro però sembrava un po' sottovalutato, lasciato alle singole associazioni o ai singoli medici, alle singole persone. Allora ci siamo proposti di costruire un percorso congiunto sempre più forte che ci porti a potenziare questo tipo di impegno ed a migliorarlo. Come priorità abbiamo deciso di puntare sulla formazione. In questa direzione stanno nascendo e sono nati parecchi progetti. Nel pomeriggio verranno







no presentati cinque progetti di formazione che sono stati portati avanti nel corso di quest'anno da parte di medici e paramedici e associazioni trentine in varie parti del mondo.

Uno di questi tenuto in Etiopia ed in Zimbabwe era stato proprio la fonte, presentato sulle televisioni Africa News, per cui il governo del Ghana ha iniziato ad interessarsi al Trentino.

Hanno visto le notizie, hanno sentito parlare di questo corso e lo hanno chiesto anche in Ghana. Sono venuti a Trento attraverso l'ambasciatrice e da lì è nata questa forte idea di collaborazione che nasce non più da un trentino che sta in un luogo ma da un governo locale. Questo per noi è un passaggio forte.

Nel caso del Ghana il gruppo di lavoro aveva, assieme ai medici trentini, un medico dello Zimbabwe inviato proprio dal dott Nyamayaru e anche questo è stato molto apprezzato, è stato un passaggio dove l'Africa aiuta l'Africa.

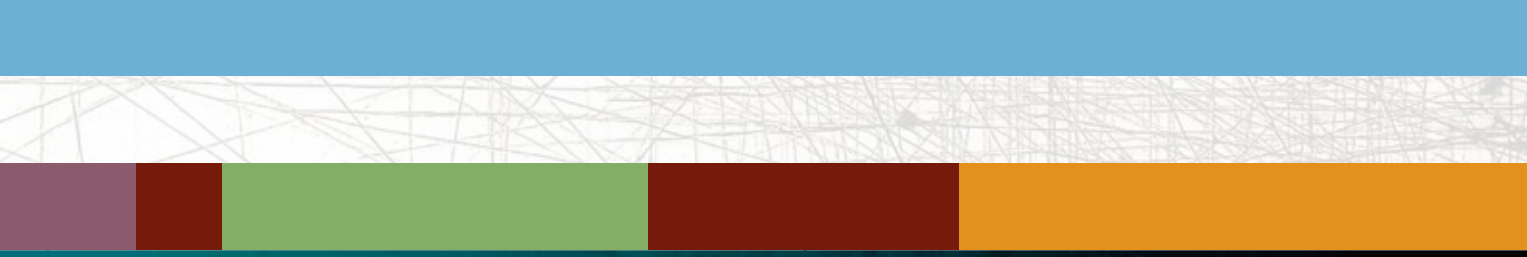
Terzo punto, spero che alla fine di questa giornata nasca una vera e propria rete tra le associazioni e il personale che opera in ambito sanitario, per scambiarsi tutte le informazioni, la disponibilità di tempo, la disponibilità di materiali. Questo forse è il punto dove dobbiamo lavorare un po' di più e vorremmo davvero che oggi fosse il punto d'avvio. Il quarto punto è l'impegno che ci siamo presi con voi è uno degli articoli della finanziaria che è in discussione nelle varie commissioni provinciali in questi giorni, che andrà in aula del Consiglio Provinciale in dicembre. Il punto che abbiamo inserito riguarda il personale dell'azienda sanitaria impegnato in corsi di formazione della solidarietà internazionale per avere la possibilità di godere aspettativa non retribuita ma con la copertura della parte contributiva. Siamo riusciti a portarlo fino adesso in tutte le commissioni e sarà discusso a metà dicembre. Se entrerà a regime sarà un ulteriore passo di sostegno per il cammino che state facendo voi tutti in tutte le parti del mondo. Con questo mi auguro che la giornata di oggi possa essere molto fruttuosa.

**Lia Giovanazzi Beltrami**

*assessore provinciale*

*alla Solidarietà Internazionale e alla Convivenza*





*Curare ogni paziente  
con eguale scrupolo e impegno,  
prescindendo da etnia, religione, nazionalità,  
condizione sociale e ideologia politica  
e promuovendo l'eliminazione di ogni forma  
di discriminazione in campo sanitario.*

Giuramento d'Ippocrate

IL PROTOCOLLO D'INTESA FORMALIZZATO IL 29 OTTOBRE 2010 TRA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO, ASSESSORATO ALLA SOLIDARIETÀ INTERNAZIONALE E CONVIVENZA ED AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI, PREVEDE, TRA GLI OBIETTIVI CONDIVISI, IL COINVOLGIMENTO DI PERSONALE MEDICO E PARAMEDICO NEI PROGETTI DI SOLIDARIETÀ INTERNAZIONALE, FAVORENDO SOPRATTUTTO QUEI PROGETTI CHE RIGUARDANO LA FORMAZIONE DEL PERSONALE LOCALE. IN CONSIDERAZIONE DI QUEST'OPPORTUNITÀ SI EVIDENZIA LA NECESSITÀ CHE LO STESSO PERSONALE MEDICO E PARAMEDICO DEL TRENTO SIA AGGIORNATO SUI SISTEMI SANITARI DEI PAESI CON CUI IL TRENTO INTESSE RELAZIONI DI COOPERAZIONE INTERNAZIONALE. A QUESTO SCOPO IL COMITATO TECNICO CONGIUNTO, PREVISTO DAL PROTOCOLLO D'INTESA, PROPONE UN SEMINARIO INCENTRATO SULLA FORMAZIONE SANITARIA DECENTRATA, ATTIVANDO UN PROGRAMMA DI FORMAZIONE CONTINUA ECM PER L'AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE MEDICO E PARAMEDICO DEL TRENTO. IL SEMINARIO SARÀ APERTO ANCHE A TUTTE LE ASSOCIAZIONI TARENTINE CHE OPERANO IN QUESTO SETTORE, AL FINE DI CREARE UN MOMENTO D'INCONTRO PER CONDIVIDERE IDEE E PROGETTI.

# Organizzatori



## Provincia Autonoma di Trento

### Assessorati alla Solidarietà Internazionale e alla Convivenza e alla Salute e Politiche Sociali

L'Assessorato alla solidarietà internazionale e alla convivenza è il soggetto titolare delle politiche provinciali per quanto concerne i rapporti internazionali, l'attuazione della legislazione provinciale in materia di cooperazione allo sviluppo, gli interventi nel settore dell'immigrazione extracomunitaria, le iniziative per la promozione della pace e gli interventi per la realizzazione delle pari opportunità tra uomo e donna.

L'Assessorato alla salute e Politiche sociali ha competenza sulla programmazione sanitaria, sul finanziamento del servizio sanitario provinciale, sull'emanazione di direttive, sulla verifica dell'attività dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, affidando all'Azienda stessa, in qualità di ente funzionale della Provincia Autonoma di Trento, tutti i compiti gestionali.



## CFSI - Centro per la Formazione alla Solidarietà Internazionale

Il Centro per la Formazione alla Solidarietà Internazionale è un'organizzazione dedicata al miglioramento delle conoscenze e delle capacità di chi è impegnato nella solidarietà internazionale. Il Centro offre diversi servizi alle organizzazioni e agli individui cercando di favorire il collegamento tra attori, istituzioni e risorse attualmente o potenzialmente impiegate nella solidarietà internazionale a livello locale. La solidarietà internazionale cui guarda più in particolare il CFSI è quella decentrata, promossa da attori non statali e dagli enti locali, con un interesse particolare alla sua declinazione volta a promuovere partenariati territoriali e sviluppo di comunità.



Azienda Provinciale  
per i Servizi Sanitari  
Provincia Autonoma di Trento

## Azienda Sanitaria

L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari è un ente della Provincia Autonoma di Trento che ha il compito di gestire in modo coordinato i servizi e le attività sanitarie pubbliche per l'intero territorio provinciale secondo quanto previsto dalla legge, dal Piano sanitario provinciale e dalle direttive della Giunta provinciale. In ambito di cooperazione internazionale l'Azienda è da tempo attiva su molti fronti, come la dismissione del materiale ospedaliero a favore delle associazioni di solidarietà e con il coinvolgimento del personale medico e paramedico nei progetti di solidarietà, che a titolo gratuito offrono la loro professionalità per formare ed aiutare i medici e gli operatori sanitari dei paesi dove la salute non è ancora un diritto.



## ■ Joseph Mettle Nunoo

Laureato alla Kwame Nkrumah University of Science and Technology, Vice Ministro della Salute del Ghana, controlla diversi aspetti tra cui il portafogli dei prodotti farmaceutici. È stato docente, ricercatore e capo del Dipartimento delle Arti Visive African Institute of African Studies, University of Ghana, e prima di passare al Ministero della Salute è stato il Vice Ministro per le Strade e Autostrade.



## ■ Angelo Stefanini

Angelo Stefanini è laureato in Medicina e Chirurgia all'Università di Bologna. Attualmente è Ricercatore Confermato presso il Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica dell'Università di Bologna dove dirige il Centro Studi in Salute Internazionale e Interculturale (CSI). Ha insegnato in Inghilterra, all'Università di Leeds, e in Uganda, alla Makerere University di Kampala. È stato recentemente direttore del World Health Organization per la Palestina.



## ■ Martino Ardigò

È medico specialista in Salute Pubblica. Dottorando presso la scuola di Cooperazione Internazionale allo Sviluppo Sostenibile presso l'Università di Bologna. Lavora presso il Centro di Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale (CSI) dell'Università di Bologna dove svolge attività di didattica e ricerca. Per il CSI cura inoltre le relazioni con l'America Latina ed in particolare con il Brasile.



## ■ Manuel Carballo

Medico specialista in epidemiologia. Dal 2000 è direttore esecutivo del Centro Internazionale per la Migrazione, la Salute e lo Sviluppo (ICMHD). Professore di salute pubblica presso la Columbia University di New York e professore a contratto presso la Tulane University di New Orleans negli Stati Uniti.



## ■ Suela Cadri

La dottoressa Suela Cadri, referente della cooperazione sanitaria internazionale della Regione Toscana, ha contribuito alla stesura dei piani strategici regionali di cooperazione sanitaria ed al coordinamento e monitoraggio delle attività di cooperazione sanitaria internazionale delle Aree Vaste toscane. Autrice di pubblicazioni relative alla cooperazione sanitaria internazionale regionale in riviste specializzate in Sanità e cooperazione allo sviluppo.



# Programma

■ Accredитamento partecipanti

ore 9.00 ■ **Saluto autorità**

- **Lorenzo Dellai**, Presidente della Provincia autonoma di Trento
- **Mr. Joseph Mettle Nunoo**, Vice Ministro della Salute del Ghana
- **Mrs. Evelyn Anita Stokes-Hayford**, Ambasciatrice del Ghana in Italia
- **Lia Giovanazzi Beltrami**, Assessore alla Solidarietà internazionale e alla Convivenza
- **Ugo Rossi**, Assessore alla salute e politiche sociali

ore 9.45 ■ **Visione del film "ALL SOULS - INSIEME PER LO ZIMBABWE"**

ore 10.15 ■ Pausa Caffè

ore 10.30 ■ **Inizio Lavori**

- **Mr. Joseph Mettle Nunoo**, Vice Ministro della Salute del Ghana  
*L'emergenza salute nei paesi dell'Africa – La formazione del personale medico in Ghana*
- **Dott. Angelo Stefanini**, Direttore del Centro Studi in Salute Internazionale e Interculturale – Università di Bologna  
*Salute Globale: InFormAzione per cambiare.  
4° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale*
- **Dott. Martino Ardigó**, Centro di Studi e Ricerche in Salute Sostenibile – Università di Bologna  
*La salute come bene "Collettivo". Solidarietà e co-costruzione dei Diritti Umani Fondamentali tra globalizzazione e crisi economica*
- **Prof. Manuel Carballo**, Direttore esecutivo del Centro Internazionale per la Migrazione, la Salute e lo Sviluppo - Ginevra  
*La Medicina delle Migrazioni – un nuovo fronte per la cooperazione internazionale*
- **Dott.ssa Suela Cadri**, referente della cooperazione sanitaria internazionale della Regione Toscana  
*La cooperazione decentrata in sanità: riflessioni e spunti dall'esperienza Toscana*

ore 13.00 ■ Pausa pranzo







ore 14.00

### Ripresa lavori

- **Dott. Michele Conti**, Neurochirurgo dell'Ospedale Santa Maria del Carmine - Rovereto  
*Il Progetto Etiopia\Zimbabwe\Ghana – formazione chirurgica specialistica*
- **Dott. Antonio Mazza**, Direttore Pediatria Presidio Ospedaliero di Cles  
*Una valigia di speranze per il Togo – un sistema formativo per frenare la trasmissibilità dell'AIDS*
- **Alessandro Brunialti**, Delegato attività di emergenza del Comitato Provinciale della Croce Rossa  
*Progetto Haiti – programma di formazione per preparare gli operatori di pronto soccorso delle aree distanti dagli ospedali*
- **Dott. Giuliano Brunori**, Direttore Nefrologia dell'Ospedale Santa Chiara di Trento  
*Progetto Nefrologia – Due medici del Mali si formano all'Ospedale Santa Chiara di Trento*
- **don Dante Carraro**, Direttore di Medici con l'Africa CUAMM  
*Diventare medici in Mozambico. L'esperienza di Medici con l'Africa Cuamm a Beira*
- **Dott. Wenceslas Nyamayaro**, Zimbabwe

ore 16.45

### Interventi di altre associazioni

ore 17.30

### Conclusioni dell'Assessore alla solidarietà internazionale e alla convivenza, Lia Giovanazzi Beltrami

ore 18.00

Test formazione continua ECM

ore 18.30

Conclusione



## Dott. Luciano Flor

Direttore dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari



Oggi qui c'è la testimonianza di un rapporto, di una collaborazione tra istituzioni. Noi sappiamo tutti che collaborare è molto più difficile che non lavorare da soli, che vuol dire lavorare insieme e lavorare per obiettivi comuni.

Io ho ascoltato attentamente l'introduzione dell'assessore Beltrami che ringrazio per i richiami anche sottili che ha fatto, la ringrazio soprattutto perché ha quasi sempre utilizzato la prima persona plurale, non la prima singolare. La collaborazione si fa con la prima persona al plurale, questo vuol dire uscire da una logica che per tanto tempo ha attraversato le professioni,

dove prevaleva l'io, dove prevaleva la parte locale rispetto alla capacità di mettersi in relazione e collaborare anche con enti ed istituzioni esterne senza che questo avesse un diretto vantaggio per le persone.

Qui c'è veramente lo spirito trentino che per tanto tempo è stato terra d'immigrazione e oggi è anche terra di integrazione e collaborazione. Questo significa maturazione e significa anche avere un atteggiamento culturale a fronte di certi problemi che non sono solo politici, non sono solo tecnici ma sono proprio quelli di un approccio culturale a certe situazioni, a certi problemi ma anche al fatto stesso di valore delle istituzioni. Il nostro valore non è solo il bilancio, pur sempre importante, il nostro impegno

non è solo la grande quantità di lavoro, non è solo il risultato tecnicamente molto elevato che riusciamo ad ottenere, la somma di tutto questo è la capacità di dimostrare che i soldi del bilancio sono stati utilizzati profusamente per la nostra popolazione sviluppando anche capacità di relazioni e capacità di integrazione sul nostro territorio ed in altri territori.

Non vorrei che queste iniziative fossero scambiate semplicemente per azioni che appartengono a poche

persone, che appartengono a pochi volontari, sono anche frutto di collaborazione tra istituzioni. Si può collaborare nell'ambito dei servizi, non solo nell'ambito

dell'impresa o solo del primario ma anche nell'ambito di servizi alla persona. Io credo che questo sia un segnale forte che deve venire a tutti noi ed in qualche modo ci deve rendere anche orgogliosi di far parte di questo ambito che fa parte dei servizi alla persona.

Oggi, pubblicamente, colgo l'occasione di ringraziare tutti quelli che, a titolo volontario, finora si sono dedicati a queste iniziative, hanno sottratto del loro tempo a hobby, alla famiglia e l'hanno dedicato a una causa in cui evidentemente credono perché non c'è stata una azione di costrizione da parte della direzione dell'azienda o da parte di istituzioni della provincia. Il grazie non è per tutto quello che ab-

**“Ogni nostra decisione non modifica il passato ma può costruire un futuro migliore.”**



biamo fatto finora è per tutto quello che riusciremo ancora a fare, perché questo misurerà la nostra capacità, la nostra capacità di utilizzare noi, la capacità di integrarci con le persone con cui abbiamo l'opportunità di collaborare ed anche misurerà un po' la capacità del nostro sistema di servizio pubblico, di superare quella innata voglia di auto-referenza. Noi non siamo un sistema molto auto-referente, siamo un sistema molto aperto e molto trasparente, talora ci piace dirci che siamo bravi e non abbiamo il timore di avere talvolta qualche osservazione o qualche critica. Queste occasioni di confronto con l'esterno ci danno anche la misura di quello che noi abbiamo e di cui a volte ci lamentiamo. Di questo dobbiamo essere molto attenti. Chi di voi a girato molti paesi nei diversi emisferi quando torna a casa, se è onesto dice: "noi ci teniamo il nostro servizio" ma pur sempre riusciamo a trovare qualche difetto, qualche cavillo. Se noi troviamo qualche difetto, qualche ambito dove bisogna migliorare noi possiamo e dobbiamo migliorare.

Le attestazioni di stima e anche di elogio che abbiamo avuto in questi giorni, certo ci danno soddisfazioni ma sono anche uno stimolo per mantenere questo livello. Serve ad introdurre elementi di innovazione superando anche quella innata e quella

naturale tendenza che noi abbiamo a elogiare quello che abbiamo fatto. Noi dobbiamo elogiare quello che faremo domani. Ogni nostra decisione non modifica il passato ma può costruire un futuro migliore. Costruire reti vuol dire costruire relazioni, quelle di solito sono di andata e ritorno non di sola andata, quindi un dare e ricevere ed essere disponibili a confrontare ciò che abbiamo a ciò che hanno altri per cercare di livellare, di colmare le differenze.

Le risorse economiche nei servizi sanitari giocano un ruolo fondamentale, ma i paesi che godono di enormi risorse economiche non hanno i servizi alla persona migliori dei nostri. I servizi alla persona sono servizi che discendono in gran parte dal comportamento delle persone perché dal nostro comportamento e da chi c'è prima e dopo di noi dipende il risultato del nostro servizio.

Stiamo adattando anche strumenti normativi per poter fare, quindi abbiamo obiettivi comuni. Stiamo adattando non perché questo lo vediamo come un obiettivo d'immagine ma obiettivo che abbia ricadute concrete molto ampie, che comprendono valori e quella capacità che noi abbiamo dimostrato, di interagire anche con altre parti del mondo. Ed ora anche il piccolo Trentino su questa cosa aspira e auspica di continuare a rimanere grande quanto è.





# Mrs Evelyn Anita Stokes - Hayford

Ambasciatrice del Ghana in Italia



**M**i sento un po' un'intrusa in un segreto consesso di saggi. Mi sento quasi fuori luogo perché loro sono tutti saggi ed esperti in vari ambiti della sanità. Tuttavia sono stata invitata, ed è per me un onore, a fare un breve intervento sull'argomento "Salute e istruzione: solidarietà internazionale nella formazione sanitaria". Prima di entrare nel merito desidero, anche a nome della mia delegazione, ringraziare l'Amministrazione e i cittadini della Provincia autonoma di Trento per avere teso una mano amica

al mio paese, il Ghana. Abbiamo avuto l'onore di ospitare una delegazione della PAT nel nostro paese e siamo loro grati per aver voluto offrire le loro conoscenze, esperienze e competenze alla nostra gente. È

un sodalizio tra due paesi, un sodalizio fra Trento e il Ghana che andrà a reciproco vantaggio dei cittadini dei due paesi.

La radice del termine "education" (istruzione) deriva dal Latino "educò": in italiano, però significa anche "educare" ossia far crescere i propri figli e far crescere le persone. La salute delle persone è la ricchezza di una nazione, non si può costruire una nazione se i suoi cittadini non godono di buona salute. L'istruzione (education) sanitaria è pertanto una

scienza sociale che deriva dalle scienze biologiche, ambientali, psicologiche, fisiche e mediche per promuovere la salute e prevenire le malattie, le disabilità, la morte prematura, grazie all'istruzione e alle attività a essa collegate.

Lo scopo dell'istruzione sanitaria è influenzare positivamente i comportamenti di salute delle persone e dei territori, migliorando anche le condizioni di vita e lavoro per promuovere la buona salute.

La solidarietà internazionale in quest'ambito è il migliore strumento per migliorare lo stato di salute di persone, famiglie, territori, stati e nazioni. Essa ha lo scopo di migliorare la qualità di vita di tutti, allo scopo di ridurre il numero di morti premature e limitare gli stili di vita malsani.

**“La salute delle persone  
è la ricchezza  
di una nazione,  
non si può costruire  
una nazione  
se i suoi cittadini non  
godono di buona salute.”**

L'educazione sanitaria riduce i costi della prevenzione in termini finanziari e umani e i costi per l'assistenza medica che sarebbero altrimenti a carico dei singoli, dei datori di lavoro, delle famiglie, compagnie di assicurazione, strutture medico-sanitarie, territori, stati e nazioni.

Grazie agli interventi di educazione sanitaria nell'ambito della solidarietà internazionale è possibile formare degli specialisti in questo campo, chiamandoli a svolgere compiti di educazione sanitaria nell'am-

bito di ruoli terapeutici quali infermieri, assistenti sociali, fisioterapisti e igienisti. Anche gli operatori di più basso profilo potrebbero imparare a svolgere alcuni compiti di educazione sanitaria per incoraggiare l'assunzione di stili di vita sani.

L'educazione sanitaria inizia dall'infanzia: la mamma è la prima fonte d'informazioni e ha per prima la responsabilità di insegnare ai propri figli un comportamento corretto nella salute, insegnando come lavarsi i denti, e a lavarsi le mani prima dei pasti; quando i bambini crescono tale compito diviene responsabilità dello Stato. È importante che gli educatori sanitari insegnino la materia salute nelle scuole e promuovano e attuino programmi scolastici di educazione sanitaria per promuovere la salute, un sano ambiente scolastico e la collaborazione tra scuola e territorio, coinvolgendo gli studenti, il personale e i genitori. È altrettanto importante che gli educatori educino i pazienti sulle procedure e gli interventi medici, i servizi sanitari e i protocolli terapeutici, organizzando attività e offrendo incentivi per incoraggiare le persone a tenere stili di vita sani. È inoltre importante che i datori di lavoro organizzino la formazione del personale consultando tutti gli operatori sanitari sulle barriere comportamentali, sociali e culturali alla salute. I singoli devono essere educati a tutelare, promuovere e mantenere la propria salute, riducendo così gli incidenti dovuti a comportamenti rischiosi come il tabagismo, l'eccessiva assunzione di alcol e l'obesità.

Per concludere, desidero ringraziare tutti per il ruolo che svolgerete nel diffondere i principi chiave della vita sana. Ieri ho avuto il privilegio di assistere a un vero e proprio miracolo effettuato dal dottor Conti che continua a operare miracoli e ne ha compiuti alcuni nel mio paese. La stimiamo molto dottor Conti per quanto sta facendo per l'Africa e per il Ghana in particolare. La stimo molto e apprezzo in particolare la sua umiltà: è un uomo di poche parole, lascia che sia la sua opera a parlare per lei.

La collaborazione tra nazioni nell'ambito della solidarietà internazionale, della cooperazione e dell'e-



ducazione è a beneficio di tutti noi grazie alla condivisione e al trasferimento delle conoscenze acquisite per migliorare le condizioni dell'umanità e salvare il nostro pianeta dalla distruzione.



Joseph Mettle Nunoo  
Vice Ministro della Salute del Ghana



## L'emergenza salute nei paesi dell'Africa

### La formazione del personale medico in Ghana

**D**esidero innanzitutto scusarmi a nome del Ministro che avrebbe voluto essere presente ma è stato trattenuto da impegni istituzionali e non è potuto intervenire, ma mi ha chiesto di rappresentarlo. Vi porto i suoi calorosi saluti. Nel corso del mio intervento parlerò di un possibile “gemellaggio” reciprocamente vantaggioso tra la Provincia di Trento e la Repubblica del Ghana, in particolare relativamente alla formazione dei medici. La condivisione e lo scambio di esperienze, la formazione e lo sviluppo delle capacità sono sfide che accomunano i nostri paesi, come pure lo scambio di docenti e la ricerca comune.

Il Ghana, se non lo sapete, si trova sulla costa occidentale dell'Africa, e confina con Burkina Faso, Costa d'Avorio, Togo e Benin. Affrontiamo la sfida di una crescente urbanizzazione, grandi divari nell'accesso ai servizi e una sbilanciata distribuzione di operatori sanitari specializzati. C'è inoltre un grave problema di formazione e la conseguente fuga dei cervelli. Parlerò solo di quest'ultima. Vi sono anche lati positivi: il Ghana gode di stabilità politica e posso dire con orgoglio che è la porta d'accesso all'Africa perché siamo politicamente impegnati a garantire l'equa condivisione degli obiettivi di sviluppo e la

perequazione dei redditi. Il sistema sanitario è integrato e abbiamo un sistema di controllo sulle malattie attive e di sorveglianza. Abbiamo uno stretto rapporto di collaborazione con le ONG del settore privato e le varie comunità. Il nostro paese ha ufficialmente eradicato la poliomielite.

Collaboriamo saltuariamente con le agenzie in via bilaterale e multilaterale e a tale proposito la Provincia di Trento svilupperà un rapporto simile con il Ghana negli anni a venire. Abbiamo un regime assicurativo nazionale, che si fa carico degli indigenti e, nella misura del possibile, garantiamo alcune esenzioni per alcune tipologie di assistenza sanitaria.

Il nostro servizio sanitario è strutturato in quattro livelli: prevenzione, cura, riabilitazione e educazione dell'utenza. L'assistenza primaria e secondaria è un sistema sanitario articolato, vi sono alcuni servizi preposti alla prevenzione, vi sono cliniche universitarie che fanno parte della catena di riferimento e garantiscono servizi sanitari clinici e specialistici: tali centri si occupano anche di educazione e formazione sanitaria per gli studenti universitari e post-laurea, e per le professioni sanitarie. Svolgiamo inoltre continue attività di ricerca in ambito di programmazione e sanità.

Per quanto attiene al personale sanitario, vi sono alcune criticità nel numero d'infermieri professionali: si diplomano circa 2.240 operatori infermieri l'anno (l'obiettivo è di circa 2000 l'anno): nel 2011 erano impiegati circa 11.000 infermieri invece dei 19.381 previsti, quindi siamo sotto-organico. Servono circa 500 ostetriche l'anno, il nostro target sarebbe di 1000 l'anno: siamo anche in questo caso sotto-organico e le attuali ostetriche si avviano verso il pensionamento.

Per gli infermieri di territorio, i nostri attuali programmi di prevenzione ne richiederebbero 2.100, il nostro obiettivo è 2000 l'anno, i posti ora disponibili sono circa 5000.

La situazione del nostro personale medico è molto precaria e dovremmo formare circa 500 medici l'anno: ora i laureati sono

circa 230, gli assunti sono 2700 ma essi rifiutano gli incarichi presso le comunità rurali svantaggiate e rifiutano anche di operare nelle aree urbane.

Ora si diplomano circa 110 assistenti medici l'anno e in una situazione ideale essi dovrebbero essere 221.

Vi sono tre strutture sanitarie statali; vi sono dieci regioni ma non in tutte è presente un ospedale regionale e a volte l'utenza confonde l'ospedale regionale con la clinica universitaria. In linea ideale vi dovrebbero essere dieci ospedali regionali, distinti dalle cliniche universitarie. Vi sono ambulatori, servizi di pianificazione e assistenza sanitaria di territorio (CHPS), e strutture sanitarie decentrate che non

dovrebbero fungere da ospedale ma come centro per l'assistenza sul territorio. Vi sono centri maternità e altri.

Operiamo in stretta collaborazione con gli ospedali delle missioni e vi sono anche centri privati. In linea

ideale l'amministrazione statale avrebbe dovuto concedere più ampio spazio al settore privato, incoraggiando la collaborazione tra pubblico e privato.

Grazie alla collaborazione tra PAT e Ghana vorremmo sviluppare interventi per la formazione del personale medico e auspichiamo possano essere raggiunti tutti gli obiettivi di politica sanitaria per il 2020. A tale scopo è necessario sviluppare specifici protocolli a livello inter-governativo, protocolli a livello istituzionale e di formazione, e riteniamo sarebbe necessario un

**“Si dovrebbe prevedere un quadro normativo per far sì che i partecipanti alla formazione rientrino in Ghana a prestare servizio grazie alla formazione ricevuta, senza emigrare.”**



programma coordinato con i governi e le istituzioni affiliate. Si dovrebbe prevedere un quadro normativo per far sì che i partecipanti alla formazione rientrino in Ghana a prestare servizio grazie alla formazione ricevuta, senza emigrare.

Grazie al protocollo comune saranno attivati specifici partenariati, con la costituzione di un osservatorio e di un organo consultivo: un gruppo che si occuperà di normative e garanzia di qualità. Dovremmo formare dei leader, individuando le persone di talento, impegnate, creando dei gruppi attorno ad esse, per trasmettere una nuova impostazione teorica, nuove tecnologie e professionalità.

Dovremmo inoltre potenziare la formazione terziaria



per coinvolgere un maggior numero di centri terziari e condividere le buone prassi. A tale proposito dovremmo intervenire in termini di gestione delle risorse umane, lavorando sulle proiezioni future e individuando e accreditando le istituzioni da coinvolgere. Nel processo di capacity building dovremmo prevedere specifici curricula studiorum per far fronte alle esigenze medico-specialistiche, con un processo di certificazione e supervisione.

Io ho conosciuto un professore d'informatica americano e credo questi nuovi contatti possano contribuire a migliorare la base educativa grazie all'e-health. Potremmo inoltre beneficiare di borse di studio, borse di ricerca e coinvolgere i docenti durante il loro anno sabbatico nell'ambito di collaborazioni con altre istituzioni. Dovremmo definire un programma per lo sviluppo di carriera e riteniamo che la collaborazione pubblico-privato nella formazione sanitaria dovrebbe essere uno strumento chiave per raggiungere quest'obiettivo.

Molti sostengono che la salute è sempre salute: ma in Ghana abbiamo particolari difficoltà perché non abbiamo tradizione di copertura sanitaria: il regime di copertura è mutualistico e in conclusione la gente non stipula polizze e molti non hanno copertura sanitaria. Il Governo devolve il 2,5% delle entrate fiscali per sostenere il sistema sanitario; esiste anche un regime di sicurezza sociale a suo sostegno e molte persone ricevono da quest'ultimo una pensione.

Per raggiungere gli obiettivi del Millennio (MDG) le donne gravide e le madri dovrebbero ricevere assistenza medica gratuita, l'assistenza per i bambini di età inferiore a cinque anni dovrebbe essere gratuita,

come pure per i pensionati, e per alcune patologie specifiche. È pertanto molto importante creare dei meccanismi per migliorare le competenze e inventare nuove modalità di finanziamento.

Riteniamo che in quest'ambito il potenziamento del settore privato sia stato il modo migliore per garantire una migliore assistenza sanitaria. Grazie alla collaborazione con il privato si potrebbe evitare la fuga dei cervelli, grazie ad attività didattiche, di apprendimento e di tutoraggio, per far rientrare in patria coloro che potrebbero così prestare la loro opera, con un saldo attivo e non una fuga dei cervelli.

Il coinvolgimento di maggiori competenze potrebbe

essere avviato in forma di un programma pilota che sarebbe gradualmente ampliato, coinvolgendo un sempre maggiore numero d'istituzioni. Auspichiamo che la collaborazione fra Trento e il Ghana possa costituire un'iniziativa "faro" così potremmo attribuire al nostro servizio sanitario un marchio "Trentino" e si potrebbe parlare di modello trentino nell'Africa occidentale.

**“Auspichiamo che la collaborazione fra Trento e il Ghana possa costituire un'iniziativa “faro” così potremmo attribuire al nostro servizio sanitario un marchio “Trentino” e si potrebbe parlare di modello trentino nell’Africa occidentale.”**

Esistono ora tre cliniche universitarie e tutte dovrebbero essere dotate di centri satellite: in loro assenza, infatti, a prescindere dalla formazione e dalla catena di riferimento, gli utenti pensano, quando i loro figli stanno male, di poter afferire direttamente alla clinica universitaria o all'ospedale di riferimento mentre si vorrebbe distinguere l'assistenza di base da quella ospedaliera: così ogni clinica universitaria sarebbe parte della rete ma vi sarebbero anche alcuni centri di sostegno dedicati ad altri servizi ambulatoriali di base.

Riteniamo necessario attuare la formazione universitaria e post-universitaria per individuare gli specia-





listi per la filiera formativa. Oggi le facoltà di medicina in Ghana devono provvedere alla formazione per il settore pubblico e privato e riteniamo che sarebbe utile sostenere la formazione specialistica, con il rilascio di relativi diplomi e certificati.

Quando serve un intervento chirurgico, il medico non può operare da solo ed è quindi necessario formare il personale infermieristico, gli anestesisti, eccetera, cosicché sia disponibile tutto il personale sanitario necessario per ogni tipo di assistenza medica.

Ci rendiamo conto che alcuni aspetti della formazione sono stati trascurati in Ghana. Il settore più svantaggiato è quello della salute mentale, un settore stigmatizzato e ove gli operatori sono sottopagati: dovremmo, innanzitutto, considerare di più il settore delle malattie tropicali, facendoci carico anche di quelle patologie per la cura della quali esistono pochi operatori specializzati.

La normativa è molto importante per sostenere questo programma a livello terziario e dobbiamo prevedere rapporti di collaborazione tra i centri che si occupano di garanzia di qualità a Trento e in Ghana.

Abbiamo bisogno d'infermieri specializzati: un medico ci ha detto che "...un infermiere era preoccupato di non saper gestire un'operazione ma dopo la formazione si è accorto che le cose erano nella pratica più semplici e che era in grado di eseguirle". La formazione specialistica migliora le competenze e in alcuni casi è possibile organizzare dei corsi "sandwich". Pertanto, le cliniche universitarie, le scuole di spe-



cializzazione e altri centri di formazione dovrebbero essere chiaramente strutturati in modo gerarchico in base all'offerta formativa, stabilendo obiettivi relativamente al numero di diplomati, e in relazione agli obiettivi generali; potremmo inoltre utilizzare l'e-health come strumento per ampliare la copertura dei servizi offerti.

Per quanto attiene alla fuga dei cervelli, dobbiamo concentrarci sul miglioramento del sistema affinché le persone possano svolgere con soddisfazione i propri compiti. Dobbiamo considerare la formazione e le sue modalità di erogazione, con appositi moduli e opportunità formative, facendo leva sulle modalità di lavoro e di assunzione. A volte, quando le persone desiderano rientrare in patria sono frustrate perché è necessario trovare un alloggio, potersi





spostare, trovare una scuola per i figli e affrontare altre difficoltà. Inoltre, vi sono delle aspettative da parte della famiglia: essa ritiene che la persona che rientra sia molto ricca e tutti hanno delle pretese. Per questo motivo le persone riprendono in mano la valigia e ripartono per andare all'estero. Come possiamo incoraggiare le persone e sostenerle così quando rientrano in patria possano rimanere?

Dobbiamo introdurre degli incentivi per alcuni corsi di formazione specialistica perché le comunità rurali non sono un luogo di lavoro allettante. Che tipo d'incentivi e condizioni di lavoro possiamo offrire a uno specializzando affinché esso accetti di lavorare nelle zone in cui vi è più bisogno? È interessante notare che gli stranieri sono disposti a operare ovunque mentre i ghanesi stessi preferiscono operare nelle aree urbane e non in quelle rurali.

Dobbiamo organizzare i corsi, prevedere borse di studio e incentivi per favorire il rientro dei cervelli. Vogliamo potenziare, sviluppare e modernizzare il corpo docenti in termini di qualità. È necessario il continuo miglioramento delle nostre università, prevedendo i necessari meccanismi di finanziamento, recupero dei costi e sostenibilità. Dovremo inoltre considerare i diversi metodi di web-hosting, le reti di formazione, videoconferenza e le tecniche di apprendimento a distanza.

Il Ghana è impegnato a raggiungere i MDG e riteniamo che questa iniziativa ci aiuterà a raggiungere gli obiettivi MDG 1, 4, 5 e 6.

Infine, dovremmo disporre di curricula formativi integrati in ambito sanitario, rispondendo alle urgenti sfide sanitarie, considerando le nostre esigenze in campo di formazione specialistica, potenziando le collaborazioni nella ricerca e lo sviluppo del corpo docente. Questo è un aspetto fondamentale.

Riteniamo sia necessario sviluppare i necessari curricula studiorum, l'istruzione, i materiali didattici, l'inserimento e il sostegno alla formazione in ambito clinico, la formazione di competenze, e strategie decentrate per sviluppare le capacità delle istituzioni, con piani di finanziamento per gli specializzandi. Saranno previste attività pilota con lo sviluppo di un Piano generale a tale scopo. Siamo certi che nell'ambito delle politiche di accreditamento, la definizione di chiari percorsi, chiare indicazioni sui processi di selezione e ammissione, chiare norme per il finanziamento delle regioni e dei distretti che ne potrebbero beneficiare e la definizione di progetti potranno aiutarci a raggiungere i nostri obiettivi.

Auspichiamo a tale proposito la formazione di un maggior numero di operatori sanitari grazie a un protocollo Italia - Ghana per le borse di studio, la disponibilità di un maggior numero di centri di formazione, lo sviluppo del settore privato, la formazione di specialisti, il ricambio e la collaborazione con il personale docente. Sono certo che grazie a tutto questo, al Piano generale e al protocollo i nostri sforzi saranno sicuramente coronati da successo.

## Prof. Angelo Stefanini

Direttore del Centro Studi in Salute Internazionale e Interculturale, Alma Mater Studiorum Università di Bologna



# Salute Globale: informazione per cambiare

## Il IV Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale

**P**er essere pronti a uno scambio fruttuoso, non basta essere tecnicamente preparati; è anche essenziale conoscere l'altro, comprendere il contesto da cui proviene e in cui vive e le forze globali e locali che lo hanno fatto ammalare. Soltanto così si può rendere completo ed efficace lo scambio.

Una prima introduzione è necessaria per chiarire il concetto di salute globale. L'espressione "Global Health" è presente nelle riviste scientifiche da almeno venti anni e con questo termine si intende un cambiamento di quello che un tempo veniva chiamata 'salute internazionalè. Si passa da un approccio che vedeva la malattia degli altri, dei poveri e le missioni caritatevoli in paesi di sviluppo allo scopo di migliorarla, alla prospettiva di una salute senza frontiere. Salute che dipende dal godimento dei diritti fondamentali e dalla applicazione delle legislazioni

internazionali compresa la Dichiarazione universale dei diritti umani e le Convenzioni di Ginevra (applicabili in condizioni di guerra). Questo nuovo approccio ha ovviamente anche a che fare con una visione del fenomeno migratorio e delle condizioni del migrante come un determinante di salute molto importante.

**“...è anche essenziale conoscere l'altro, comprendere il contesto da cui proviene e in cui vive e le forze globali e locali che lo hanno fatto ammalare. Soltanto così si può rendere completo ed efficace lo scambio.”**

te. Ecco perché apprezzo molto l'abbinamento che viene fatto in questa sede tra cooperazione internazionale, integrazione e solidarietà.

Esistono, infatti, nuovi temi che dalla prospettiva di chi fa formazione sanitaria sono molto importanti da esaminare quali le emigrazioni, gli incontri fra culture, le nuove e vecchie malattie,

i determinanti, sia quelli prossimali alla persona biologica come il suo comportamento sia quelli che appartengono alla struttura sociale in cui è inserita, i cosiddetti determinanti sociali. Inoltre, le crescenti disuguaglianze hanno un riflesso nella salute sia





in termini di speranza di vita che in termini di carico di malattia.

Esistono nuovi attori che governano attivamente il mondo e la salute. Chi ha un po' di dimestichezza con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sa come essa sia cambiata, e come stia cambiando in questi ultimi anni, per l'intervento di istituzioni globali come la Banca Mondiale, il G8, il Fondo monetario internazionale e la Organizzazione Mondiale del Commercio, che attraverso meccanismi che si innestano nell'economia mondiale hanno un profondo impatto sulla salute dell'uomo. La formazione dei professionisti della salute nel mondo contemporaneo e di chi su questi temi andrà a formare altre persone si trova quindi di fronte a sfide straordinarie quali la necessità di avere una visione ampia del problema salute e l'esigenza della volontà e della capacità di lavorare in un ambiente interdisciplinare. Non è più sufficiente la semplice medicina clinica per affrontare il problema del malato; è necessario anche lavorare in un team di cui facciamo parte competenze antropologiche, psicologiche, sociologiche. È importante infine assumersi l'impe-

gno di influenzare la politica e le politiche settoriali al livello globale. Ecco perché esattamente dieci anni fa è nato l'Osservatorio italiano sulla salute globale (OISG) come uno spazio di riflessione e di ricerca per un'analisi del processo della globalizzazione e del suo impatto sulla salute. L'OISG è costituito da medici, ricercatori, docenti, giornalisti, antropologi, esponenti del volontariato e della cooperazione internazionale. Si propone di raccogliere e valutare informazioni e individuare e studiare i rapporti tra globalizzazione e salute. Il suo prodotto più visibile e più immediato è il Rapporto che produce ogni due anni.

Il primo Rapporto nel 2002 affrontava il problema della globalizzazione in senso generale, mentre il secondo aveva come tema centrale quello della disuguaglianza nella salute e il terzo la salute globale e gli aiuti allo sviluppo. L'ultimo Rapporto, intitolato 'In/form/azione per cambiarè, unisce in un'unica parola tre concetti essenziali: quelli dell'informazione, della formazione e dell'azione che ne deve conseguire. Esso descrive quello che in ambito sanitario raccontano, non raccontano o raccontano solo in parte i media, quello che si fa o si cerca di fare nelle università, quello che fanno, non fanno o dovrebbero fare le istituzioni o la società civile. Sono questi tre ambiti che il Rapporto esamina per quanto riguarda l'attività di informazione, formazione e azione. Esso compie inoltre una disamina di quali informazioni riceve il cittadino sulle politiche globali della salute e sugli attori di queste politiche, su quanto il cittadino viene informato sull'impatto che la liberalizzazione del mercato globale e l'abbattimento delle barriere al commercio hanno sulla salute dei singoli individui al livello locale. Si chiede inoltre se i media denuncino e raccontino onestamente le cose che avvengono e le implicazioni che ne seguono oppure rispondano a interessi di parte senza che il cittadino se ne renda conto.

Per quanto riguarda la formazione, il Rapporto evidenzia quanta attenzione venga dedicata alle politiche globali nella formazione degli operatori sanitari,



se cioè si formino gli operatori soltanto negli aspetti tecnici o si cerchi invece di allargare le loro conoscenze su quello che sta dietro al paziente, all'individuo; se l'università fornisca le basi interpretative per affrontare adeguatamente le sfide della salute globale e in che grado lo studente in medicina o infermieristica o nelle professioni sanitarie venga formato su queste tematiche. Nell'azione che ne deve conseguire il Rapporto si chiede come si possa promuovere un cambiamento sul piano personale, comunitario, nazionale e globale per contrastare questi determinanti sociali globali che esercitano un profondo impatto sulla salute di ciascuno di noi. Questo impatto è dovuto anche al modo in cui avviene distribuzione della ricchezza così come descritto dall'epidemiologia sociale: il livello di disuguaglianza socio-economica presente all'interno di un Paese è inversamente proporzionale al livello medio di salute, e alla qualità dei vita della intera popolazione, compresi i più ricchi.

Gli operatori sanitari sono in prima linea in questa lotta? In qualità di professionisti si presentano come attivisti nel contrastare alla radice gli ostacoli alla salu-

te? Si battono per eliminare o attenuare i determinanti della malattia sia prossimali che strutturali? Rispondono all'appello fatto da Rudolf Virchow, il famoso patologo e medico di sanità pubblica del periodo bismarckiano, di essere 'gli avvocati dei poveri'?

Ciò di cui abbiamo bisogno è una sorta di alfabetizzazione di massa in salute globale, cioè che tutti gli operatori sanitari e i professionisti della salute abbiano una base di consapevolezza di queste realtà. Tutti devono essere a conoscenza di queste dinamiche e l'azione dovrebbe essere l'obiettivo dell'apprendimento; è inutile, infatti, che si acquisisca una conoscenza se poi questa non viene messa in pratica e non porta ad un cambiamento.

Infine, una parola al centro che dirigo, il Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale (abbreviato in Centro Salute Internazionale – CSI), composto da giovani medici di sanità pubblica e antropologi medici entusiasti e competenti, qui ben rappresentati dal dottor Ardigò Martino. È un centro transdisciplinare che si propone di formare, informare e facilitare l'azione su aspetti della salute collegati al fenomeno della globalizzazione.



Dott. Martino Ardigó

Centro di Studi e Ricerche in Salute Sostenibile -  
Università di Bologna



## La salute come bene “Collettivo”

Solidarietà e co-costruzione dei Diritti Umani Fondamentali  
tra globalizzazione e crisi economica

**S**e proviamo a ripercorrere la storia della salute nel contesto contemporaneo, il quadro concettuale che la definisce e dalle istituzioni che la promuovono, possiamo porre come punto di svolta la costituzione del sistema delle Nazioni Unite e delle sue agenzie, compresa l'Organizzazione Mondiale della Salute.

A partire dalla stesura della Carta dei Diritti Umani Fondamentali la Salute definita nel preambolo della fondazione dell'OMS come: “stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia”, viene riconosciuta dall'articolo l'art.25 come diritto fondamentale:

“1. Ogni individuo ha il diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari, ed ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità vedovanza, vecchiaia o in ogni altro caso di perdita dei mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà.

2. La maternità e l'infanzia hanno diritto a speciali

cure ed assistenza. Tutti i bambini, nati nel matrimonio o fuori di esso, devono godere della stessa protezione sociale.”

La salute quindi, come oggetto complesso, ha bisogno per essere “maneggiata” di un approccio multi-disciplinare in grado di cogliere e rendere operativi gli aspetti del diritto, dell'etica e della giustizia sociale, della percezione, del benessere, della costruzione sociale della salute e della malattia. Al contrario cercare di affrontare questa complessità con strumenti esclusivamente appartenenti al campo della bio-medicina ci espone al rischio di medicalizzare i processi sociali che sono causa di malattia o producono buona salute.

Per questo motivo tenterò un approccio complesso e riflessivo alle relazioni tra globalizzazione e processi salute-malattia.

Se per esempio analizziamo i dati relativi all'aspettativa di vita a livello globale, riferiti all'anno 2007 e compariamo le aspettative di vita in differenti stati, possiamo facilmente notare come a fronte di un'aspettativa di 82 anni in Giappone riscontriamo una aspettativa di vita di soli 34 anni in Sierra Leone. Questo

significa che il divario, la disuguaglianza, tra quanto mediamente una persona può attendere di vivere in un paese a sviluppo avanzato o in uno povero è circa di due volte e mezzo. Le rappresentazioni grafiche come quella che stiamo visualizzando sono molto utili per rendere rapidamente comunicabile il dato epidemiologico. Un web-site molto utile che vi consiglio è World mapper, un sito che utilizza informazioni provenienti da differenti banche dati e li trasforma in grafici, modificando la mappa del mondo e l'estensione dell'area di ciascuna nazione in base alla grandezza numerica dell'indicatore preso in considerazione. Di seguito alcune mappe in cui la grandezza dei paesi è modificata non in base all'estensione geografica ma per esempio alla dimensione della popolazione: vedete come stati quali l'India e la Cina diventano sproporzionatamente più grandi degli altri dal momento che contengono una parte consistente della popolazione mondiale. Se utilizziamo come indicatore l'aspettativa di vita, al contrario, un continente come quello africano, che è il continente più grande dopo l'eurasia, quasi sparisce, mentre aree come l'Europa o stati come il Giappone diventano ipertrofici. Per non parlare poi delle deformazioni ottenute utilizzando come indicatore la disponibilità e la presenza dei medici all'interno dei paesi: in questo caso l'Africa praticamente non esiste più mentre il Giappone diventa più grande dell'Africa stessa. Anche considerando la distribuzione delle malattie si ottengono le medesime sproporzioni tra nazioni e continenti. Prendiamo per esempio in considerazione la mortalità per malaria, ebbene la rappresentazione grafica mostra con grande impatto quanto l'Africa risulti molto più grande rispetto a tutti gli altri continenti. Questo dato ci serve per sviluppare diverse riflessioni, la malaria non è una malattia esistente solo in Africa, ma la mortalità per malaria si concentra per la quasi totalità nel continente africano. Questo dato ci dice molto ad esempio sull'assenza di sistemi sanitari competenti e della disponibilità e accessibilità alle cure. UN dato simile è quello riferito alla tubercolosi, mentre possiamo vedere come la distribuzione



e le aree dei continenti si invertano se prendiamo in considerazione le patologie tumorali, malattie legate alla transizione epidemiologica, allo sviluppo economico ed al reddito pro-capite più alto.

Le questioni relative alla malattia, alla povertà, alla mortalità, alla possibilità di cura sono immediatamente correlate alle spese sanitarie nei vari paesi. Se analizziamo le mappe della distribuzione di malattia, di aspettativa di vita e di povertà vediamo come queste siano sovrapponibili ed anche visivamente fortemente correlate. L'invito quindi, dopo questa carrellata di dati macro-sanitari è quello di tentare di sfuggire al comodo approccio riduzionista, che cerca di rendere maneggiabili problemi complessi riducendone il numero dei fattori o delle variabili prese in considerazione. Per esempio a fronte di questa forte correlazione tra economia, politica internazionale e distribuzione della malattia a livello globale dovremmo tentare di non trattare le disuguaglianze nell'aspettativa di vita a livello mondiale con strumenti esclusivamente sanitari. Come dicevo all'inizio dovremmo tentare di non medicalizzare l'ingiustizia e l'insicurezza sociale. Per promuovere salute abbiamo bisogno di sporcarci le



mani con la complessità della vita reale, uscendo dalla falsa sicurezza dei protocolli “evidence-based” o o dei quadri teorici degli esperti accademici. Dico “sanitari” in senso lato non a caso, perché non chiamo in causa solo i medici, gli infermieri, i fisioterapisti ma anche tutte le altre professioni che si occupano di salute, anche quelle non strettamente sanitarie. Questo

grafico che correla la distribuzione di reddito nella popolazione e l’aspettativa di vita è chiamato “curva di Preston”. Semplificando molto la curva di Preston, possiamo affermare che è inutile parlare di interventi di matrice esclusivamente sanitaria in contesti in cui il reddito pro-capite è inferiore ai 5000 dollari. Vedete subito che in questa curva al di sotto di 5000 dollari di reddito pro-capite annuo, generalmente per piccoli aumenti di reddito si hanno significativi incrementi delle aspettative di vita. Oltre i 5000 dollari i fattori diventano molteplici, ma sotto i 5000 dollari il reddito o meglio la povertà è uno dei fattori di sicuro più correlabili all’aspet-

tativa di vita. Allora, capite bene come per quelle popolazioni che si ritrovano intrappolate in un reddito inferiore ai 5000 dollari annui l’intervento più sensato e più importante per migliorare l’aspettativa di vita sarebbe aumentare il reddito pro-capite.

Si potrebbe anche facilmente contestare che le risorse per portare tutta la popolazione mondiale sopra i 5000 dollari di reddito pro-capite l’anno non ci

sono e che comunque nell’ultimo secolo sono stati fatti notevoli sforzi per eradicare la povertà. Bene andiamo a vedere cosa ci dicono i dati relativi agli ultimi 40, 50 anni, periodo in cui la cooperazione allo sviluppo si è impegnata appunto nella lotta alla povertà, allo sviluppo dei paesi poveri ed alla lotta alle malattie. Abbiamo messo a confronto, per sempli-

ficare, un famoso grafico sulla distribuzione della ricchezza mondiale nella popolazione riferito ai primi anni 90, in cui la popolazione è divisa in quintili con un grafico uguale relativo al 2000. È abbastanza agevole riconoscere come il 20% più povero della popolazione mondiale deteneva nel 90 circa 1.4 delle risorse, il secondo 20% l’ 1.9, il terzo 20% il 2.3, il quarto 20% l’11% e l’ultimo 20 % l’82.7% di risorse. La comparazione di questo grafico con quello degli anni 2000 ci da un’idea della tendenza nella redistribuzione della ricchezza. Anche graficamente è facile capire quello che è successo, la distribuzione che nel primo grafico era simile ad

coppa di champagne è andata via via assottigliandosi concentrando ulteriormente le ricchezze in una fetta di popolazione sempre più piccola tanto che il grafico negli anni 2000 sembra uno di quei tavolini di vetro design molto chic. La povertà relativa è andata aumentando con un assottigliamento preoccupante della distribuzione di reddito nella popolazione. In quest’altro grafico si vede come nel biennio 60-62

**“Per promuovere salute abbiamo bisogno di sporcarci le mani con la complessità della vita reale, uscendo dalla falsa sicurezza dei protocolli “evidence-based” o dei quadri teorici degli esperti accademici.”**



i 20 paesi più poveri avevano a disposizione come media 212 dollari pro capite annui per abitanti mentre i paesi ricchi ne avevano 11517. Negli anni 2000-2002 i 20 paesi più poveri erano migliorati passando a 267 dollari pro-capite annui un deciso salto di 50 dollari pro-capite in 40 anni, questo dovrebbe dare ragione a chi sostiene che la lotta alla povertà sta funzionando, non fosse però che nello stesso periodo i 20 paesi ricchi hanno triplicato il reddito pro-capite superando i 30.000 dollari, a questo punto io direi aumentando in maniera non etica le ricchezze che avevano a loro disposizione.

L'idea quindi che, per via della scarsità di risorse, la salute della popolazione mondiale intrappolata sotto i 5000 dollari pro-capite non possa essere migliorata, andrebbe rivista con una certa urgenza, perché i numeri parlano chiaro, le risorse negli ultimi 40 anni sono aumentate, solo che non sono andate nella direzione in cui dovevano andare. Se i numeri parlano chiaro le condizioni di vita, la malattia, la mortalità di queste popolazioni dovrebbero essere un segnale ancora più forte dell'urgenza della redistribuzione delle risorse, visto che come dice un vecchio proverbio arabo: "esiste una certa differenza tra chi prende le frustate e chi le conta". Mi rendo, con un certo rammarico, che dal lato della comunità a cui appartengo, quella scientifica, medica ed epidemiologica, quello che siamo stati capaci di fare nel tempo è essere sempre più bravi e raffinati nel contare le frustate. Ho l'impressione anzi che la comunità medica sia sempre più capace o interessata nel contare le frustate o alleviarne le conseguenze e sempre meno capace di trovare il coraggio per interromperle. Allora vorrei ricordare brevemente, proprio per smettere di contare solo ma per cominciare a ragionare sui processi, che le disuguaglianze in salute tra stati appena descritte, non sono naturali, ma derivano da processi storici ben conosciuti come la schiavitù, il colonialismo, dall'espropriazione indebita delle ricchezze da una grande massa di popolazione in un gran numero di paesi e la loro concertazione in una fetta sempre più piccola della popolazione mondiale. I paesi



che adesso hanno cattivi indicatori di salute li hanno perché sono stati impoveriti non perché sono poveri. Questi non sono processi che la cooperazione internazionale e sanitaria può eludere, sono parte integrante dello scenario in cui gli specialisti vanno ad operare. Per questo all'inizio parlavo di medicalizzazione della società, quarant'anni di strategie naturalizzanti, depoliticizzanti e medicalizzanti in cooperazione sanitaria non hanno prodotto nessun miglioramento nella salute della popolazione, hanno prodotto forse qualche impatto su singole malattie, ma non sulla salute a livello globale.

Quando dicevo che abbiamo bisogno di sporcarci le mani con i processi sociali intendevo proprio questo, non fermarsi alla malattia nei corpi, ma essere capaci di lavorare con altri professionisti e con la popolazione, per arrivare a comprendere ed a contrastare efficacemente i processi che generano le disuguaglianze.

Oggi, per esempio, ho sentito il vice ministro del Ghana parlare di partnership tra pubblico e privato. Un sanitario informato da un approccio multi-disciplinare dovrebbe essere in grado di domandarsi, ed essere interessato a domandarsi, chi sono questi privati con cui andremo a lavorare? Sono privati profit? Sono privati che appartengono al mondo della finan-



za? Sono privati come Bill & Melinda Gates Foundation? O sono un privato sociale, un privato del tessuto economico che crea una produzione vera, che ha bisogno di integrarsi con la comunità e per questo la rispetta e ne preserva il benessere? Badate che queste sono domande aperte su cui noi dobbiamo iniziare a dare risposte si tecniche ma che non siano palliative. Quando parliamo delle partnership pubblico privato parliamo della collaborazione con multinazionali che se ne infischiano dei diritti umani o intendiamo una collaborazione con un privato che collaborando con le istituzioni fortifica il quadro di diritti umani?

Come dicevo dal 48 ci siamo dati istituzioni sovranazionali che dovevano salvaguardare, attraverso processi democratici, i diritti umani fondamentali, come il diritto alla salute dell'articolo 25 della Carta dei Diritti Universali dell'Uomo, entrato nella nostra costituzione all'articolo 32 che garantisce la salute come diritto dell'individuo e non del cittadino, e quindi come fondamento nel nostro sistema sanitario nazionale. Nonostante ciò a partire dagli anni '80 con lo spostamento dalle politiche Keynesiane a quelle di libero mercato la salute si è trasformata in merce. Il diritto alla salute inizia ad essere subalterno alla disponibilità finanziaria. Negli anni 80 e 90 abbiamo assistito ad un' epidemia di privatizzazione dei sistemi sanitari e oggi viviamo in un contesto in cui le risorse per la salute dei nostri simili a livello globale, per quelli che noi diciamo vivere in paesi in via di sviluppo, non ci sono. C'è un collega canadese, un medico di salute pubblica Ted Schrecker che pone la questione in termini secondo me molto produttivi. In sostanza Schrecker si chiede " come mai se non abbiamo mai avuto nella storia un PIL mondiale così alto, dovremmo avere meno risorse di prima per la promozione della salute? Forse queste risorse sono accentrate nelle mani o negli interventi sbagliati? ". La domanda che a prima vista può sembrare banale ha invece una grande portata, specie per la salute pubblica. Se le risorse per finanziare una buona salute della popolazione non sono scarse ma sono malamente distribu-



ite, ed abbiamo visto distribuite su una popolazione piccolissima, allora accanto alla razionalizzazione dei servizi sanitari, all'aumento dell'efficienza, abbiamo bisogno di sviluppare buone "strategie sanitarie" di redistribuzione delle risorse e non privatizzazioni e partnership pubblico privato. L'idea che per migliorare la salute si debba guardare fuori dall'ambito strettamente sanitario e bio-medico è anche un invito alla partecipazione di vari saperi, quadri teorici, professionalità, punti di vista ed attori sociali alla promozione e protezione della salute.

A questo punto mi piacerebbe prendere in prestito una prospettiva che ho imparato ad apprezzare dai colleghi sud americani in particolare quelli brasiliani. I brasiliani, anche perché hanno avuto una dittatura e non potevano utilizzare apertamente la prospettiva della medicina sociale, che ricordava troppo di socialismo, ne quella della medicina comunitaria che suonava vicina al comunismo, hanno allora sviluppato un'altra prospettiva, quella della salute come un bene collettivo, prospettiva che mi sembra una sempre più convincente. Primo perché la salute come bene collettivo supera il dualismo pubblico privato ed invece di etichette punta ai valori: la salute pubblica o privata che sia serve tutta la collettività in maniera equa o

solo una sua parte? Perché se abbiamo una salute sotto finanziata, assistenzialista, di bassa qualità, ingiusta, da poveri, in cui si usano le risorse residue o si sfruttano gli operatori ed il loro lavoro, che sia pubblica o privata non fa nessuna differenza.

Ed ancora come dice un mio collega di salute collettiva dell'università di Bahia: "se pensiamo alla salute semplicemente come ad un bene pubblico, come se fosse una panchina nel parco, commettiamo l'errore concettuale di paragonarla ad una merce, che può essere comprata o venduta, magari protetto da qualche codice etico, ma in sostanza un bene che lo stato compra, con i soldi della comunità e mette a disposizione di tutti, come per le panchine nel parco, con una certa quantità di soldi si mettono nel parco un certo numero di panchine, se le persone possono sedersi nel parco o no dipende in sostanza da quante panchine sono state comprate". Questo tipo di impostazione e fortemente egemonica, sostanzialmente esclude la comunità dalla produzione stessa di salute, la rende una variabile indipendente. Ma la salute non è una merce né un bene pubblico, la salute è un bene collettivo si crea quando la comunità partecipa alla sua costruzione, se la salute dipende dalla pace sociale, dalla forza delle reti sociali, dal senso civico, come può essere realizzata dallo stato senza la partecipazione della collettività. Ed allo stesso modo se la salute non è di tutti non si realizza per nessuno, pensiamo per esempio allo sforzo per l'eradicazione di una malattia ed alla vaccinazione, alla necessità di vaccinare tutta la popolazione e non solo una parte. Questa prospettiva della salute collettiva, della necessità della partecipazione e della coesione delle comunità comincia ad essere studiata con una certa consistenza, vi faccio vedere solo questo grafico nel quale sono riportate da un lato la coesione sociale in una comunità attraverso la misura delle disuguaglianze all'interno delle comunità stessa e dall'altro il livello di malattia. Come vedete c'è una correlazione diretta tra iniqua e malattia, la correlazione è quasi lineare al crescere delle disuguaglianze peggiorano gli indicatori di salute delle popolazioni. L'aspettativa di

vita diminuisce per tutti. Ed è per questo che la proposta di partecipazione della comunità nella creazione del bene collettivo è un richiamo al lavoro in partnership tra sanitari di tutti i tipi, professionisti non sanitari, e comunità, questa è una buona partnership pubblico privato.

Gli obiettivi devono essere costruiti dalla comunità, per la comunità e non da esperti esterni capaci di contare e non di risolvere. È per questo che vorrei citare un buon esempio di cooperazione come quella del Peoplès Health Movement, una rete di reti di società civile che si è costituita nel 2000 e che trovate all'indirizzo: [HYPERLINK "http://www.phmovement.org/"](http://www.phmovement.org/)<http://www.phmovement.org> . Il Peoplès Health Movement ha prodotto fino ora, tra le tante cose, un rapporto sulla salute nel mondo che ha una cadenza quasi biennale e che per ricchezza di contenuti e profondità di analisi è tanto prestigioso come quello dell'OMS. Lo cito come esempio perché questo è un rapporto che è in grado di raccogliere, su scala globale, i bisogni di salute delle comunità, quegli stessi bisogni non considerati dai professionisti sanitari e purtroppo inascoltati o non soddisfatti dai decisori politici. Cito il Peoplès Health Movement perché voglio dare centralità ai bisogni di quella parte di popolazione normalmente inascoltata e perché mi sembra il miglior modo per affrontare il tema della promozione della salute nel mondo globalizzato. Vorrei concludere dicendo che solidarietà e giustizia sociale sono grandi ricchezze non sfruttate. Riconoscere che la povertà non è un fatto naturale, ma dipende da processi ingiusti, fraudolenti ed inevitabili, significa aprire le porte alla partecipazione della comunità, di tutta la comunità, anche quella che adesso è esclusa e marginalizzata. Con solidarietà e giustizia sociale possiamo creare una solida partecipazione in salute ed in questo modo accedere a risorse che non ci aspettiamo, che non sappiamo quantificare e che beneficeranno tutta la comunità. Ed io penso che la giustizia sociale e la partecipazione debbano rientrare nelle priorità di chi si occupa di promozione della salute.



## Prof. Manuel Carballo

Direttore esecutivo del Centro Internazionale per la Migrazione, la Salute e lo Sviluppo di Ginevra e professore di Sanità Pubblica alla Colombia university



# La Medicina delle Migrazioni: un nuovo fronte per la cooperazione internazionale

## Trends in Migration and the Emerging Challenges for Medicine

**A**lcuni anni fa mi trovavo a una riunione negli USA ove erano riuniti i rappresentanti di una serie di ospedali e centri sanitari privati per parlare del processo di assunzione del personale e di come gli ospedali negli USA e in Gran Bretagna riescono a sopravvivere. Qualcuno disse: "Come fate?" E uno dei relatori rispose: "È facile, andiamo in Ghana! Andiamo in Ghana perché hanno eccellenti facoltà di medicina ed eccellenti medici".

Questa è una delle ironie della globalizzazione. Siamo impegnati ad assumere i migliori che provengono da paesi che non possono permettersi di condividere il meglio e molti dei nostri sistemi sanitari sono fondamentalmente alimentati grazie agli investimenti effettuati per la formazione medica e infermieristica nei paesi africani e asiatici. È un aspetto che merita urgentemente la nostra attenzione.

Oggi parlerò di emigrazione e delle sue conseguenze per la salute. Come mai ci siamo resi con-

to di questo problema? Innanzitutto perché i flussi migratori sono aumentati moltissimo. Una volta i flussi originavano in Europa, fino agli anni '70 e '80. Negli ultimi quindici anni si sono verificati movimenti di massa in tutto il mondo. Questo tipo di migrazione è spesso unidirezionale ma sta diventando sempre più un movimento circolare. È un movimento che è divenuto la componente più importante nello sviluppo socio-economico internazionale.

Senza migrazioni non potremmo sopravvivere come entità globale. E perché? Innanzitutto perché la popolazione mondiale è aumentata moltissimo: se osserviamo quanto è avvenuto nell'ambito dell'emigrazione globale ci accorgiamo che la direzione e le modalità della stessa sono sempre più simili ovunque, i movimenti migratori sono sempre più consistenti e continueranno ad aumentare.

Pertanto l'emigrazione mondiale è qualcosa cui ci dobbiamo abituare: quando i politici di ogni partito e paese criticano l'emigrazione e cercano di op-

porvisi si fanno gioco di noi, perché l'emigrazione è oggi un fenomeno indispensabile.

Storicamente sappiamo che la nostra civiltà ha avuto origine in un certo momento della storia, con un processo inizialmente graduale quando i primi migranti partirono dall'Africa, passando attraverso la mia città, Gibilterra, e dalla Spagna si distribuirono nel resto dell'Europa, adattandosi al nuovo ambiente, ai nuovi climi e alle nuove esigenze.

L'emigrazione è un processo di adattamento all'ambiente: i primi migranti costituirono le società di cacciatori-raccoglitori. Vi fu poi un periodo di grandi esplorazioni quando i navigatori italiani, portoghesi e spagnoli iniziarono a esplorare altre parti del mondo. Sappiamo che questi uomini esportarono il vaiolo e riportarono in patria la sifilide, uno scambio equo. Poi avvenne il primo esodo organizzato nella storia,

con la deportazione di massa di moltissimi africani in Europa e Nord America. Da un punto di vista sanitario questo esodo, che ebbe come risultato una decina di milioni di sopravvissuti, causò anche milioni di morti. Sappiamo che la metà delle persone che erano state catturate e rapite morirono prima di raggiungere il Nord America e l'Europa per molte cause diverse. Sappiamo che l'esordio di patologie come quella che chiamiamo colera in situazioni di pandemia era dovuto alle condizioni in cui queste persone si spostavano. Poi iniziò l'emigrazione

da Italia, Spagna, Portogallo e dai paesi Scandinavi, e che spinse intere famiglie a fuggire dall'Europa e dalle sue persecuzioni: credo che gli europei, meglio di chiunque altro, abbiano saputo attuare persecuzioni e scatenare conflitti; queste persone fuggirono in Canada, Nord America e Australia: ottantadue milioni di persone abbandonarono l'Europa per insediarsi nel cosiddetto Nuovo mondo.

A causa di questi movimenti le autorità sanitarie dovettero prendere responsabilmente atto dell'emigrazione e della tubercolosi.

E fu così che i nostri nonni e antenati riuscirono a esportare clandestinamente la TBC a un altro continente. Dobbiamo tenere presente che non stiamo parlando di eventi molto remoti ma di qualcosa che avvenne alla fine del XIX secolo: nel 1925 più di tremila persone morirono ad Alice Island (New York) mentre erano in quarantena a causa della TBC. Dobbiamo essere consci che non si tratta di eventi remoti ma di problemi esistenti ancora oggi.

Poi si verificò il successivo esodo di massa organizzato, che fu un olocausto dal punto di vista sanitario, e si verificarono le condizioni ideali per la diffusione di ogni sorta d'infezioni e malattie. In seguito scoppiò la II Guerra mondiale, con la migrazione forzata di persone di tutta Europa. Oggi sappiamo di non aver imparato nulla perché continuiamo a ripetere gli stessi errori.

**“...quando i politici di ogni partito e paese criticano l'emigrazione e cercano di opporvisi si fanno gioco di noi, perché l'emigrazione è oggi un fenomeno indispensabile.”**





Dal punto di vista delle malattie infettive oggi vi sono diciotto milioni di rifugiati: è sufficiente entrare in un campo di rifugiati per vedere tutto ciò che si può vedere in termini di malattie infettive di adulti, bambini, adolescenti e della terza età.

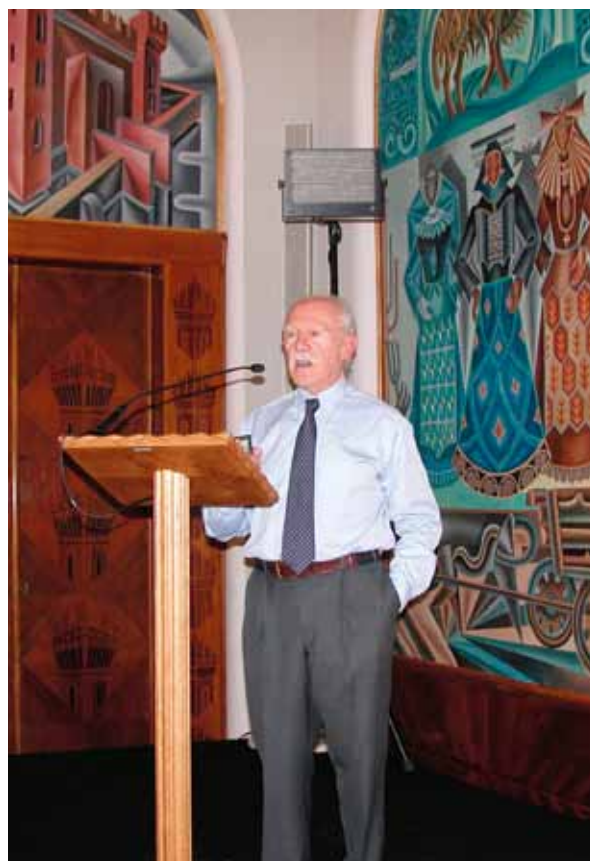
L'UNCHR, l'Alto commissariato per i rifugiati dell'ONU, sostiene che la situazione sta migliorando e che il numero di rifugiati è diminuito rispetto a vent'anni fa. Non so se questo corrisponda a verità, ma so per certo che oggi vi sono trenta milioni di profughi in tutto il mondo, persone che, proprio come i rifugiati, devono spostarsi per sopravvivere. A differenza dei rifugiati, i profughi non sono tutelati da alcuna Convenzione ONU e rimangono, tra virgolette, sotto la protezione dello stesso governo che li ha costretti a spostarsi. Non abbiamo ancora la minima idea delle conseguenze sanitarie di questo, ma possiamo immaginarlo.

Esiste inoltre una nuova moderna forma di schiavitù di cui poco si parla, ossia il traffico illegale di donne e bambini. Una stima al ribasso indica che nella sola Europa vi sono tra 400 e 500.000 donne e bambini vittime di questo traffico, in entrata e in uscita dall'Europa ogni anno. Le donne sono costrette alla prostituzione, con tutte le conseguenze sanitarie che ne derivano: infezioni sessualmente trasmissibili non curate, gravidanze indesiderate e interruzioni di gravidanza forzate, violenza sessuale ripetuta per soggiogare le donne. Oggi otto nuovi casi di AIDS su dieci in Albania sono dovuti a donne che sono state oggetto di traffico illegale, sono divenute sieropositive e poi sono state obbligate a rientrare in patria. La trasmissione e la circolazione delle infezioni sono sempre bidirezionali, non vanno mai in un'unica direzione. Se pensate che otto casi di AIDS su dieci in Albania siano tanti, sappiate che nove casi di AIDS su dieci in Messico sono di migranti che rientrano dagli USA. Quindi le malattie si "esportano" e si "importano". Questa è una nuova industria globale.

Il traffico di bambini è in aumento e, assieme a quello delle donne, è ritenuto dall'Organizzazione

contro le droghe e il crimine dell'ONU come la seconda industria più proficua al mondo. La prima è il traffico degli stupefacenti e la seconda riguarda il commercio delle persone.

Ma la migrazione "per eccellenza" che si sta verificando nel mondo è la migrazione di fuga dalle aree rurali a quelle urbane e non fra paesi in via di sviluppo e paesi industrializzati: essa avviene, infatti, all'interno dei paesi in via di sviluppo, con flussi pari a 100-150 milioni di persone l'anno. In Cina ogni mese circa tre milioni e mezzo di persone si spostano dalle aree rurali per trasferirsi nelle città. La Cina è considerata il motore dell'industria e delle imprese. Se ci si reca in Cina e si analizzano le condizioni sanitarie di questi migranti, si troverà un laboratorio di malattie infettive e di malattie non trasmissibili, come la TBC dilagante, l'epatite B e C dilaganti e nel contempo anche una crescente epidemia di diabete tipo I e II e di malattie cardiovascolari in questa popolazione.



Quando si parla di migrazioni, è necessario ricordare che vi sono circa 30-40 milioni di persone definite “pastori nomadi”. In un mondo caratterizzato da industrie e commerci moderni vi sono ancora moltissimi pastori nomadi. Queste persone non hanno in genere accesso ai sistemi sanitari e sfuggono alla medicina preventiva. Se vogliamo considerare i vuoti nelle politiche vaccinali per l'infanzia sappiamo che questa è la popolazione cui rivolgerla la nostra attenzione.

Perché le persone emigrano? Lo fanno per molti motivi. Uno di essi, che spesso dimentichiamo, è che quasi tutti nel mondo hanno accesso alla televisione, alle riviste e ai cinema. Anche nel villaggio più piccolo. Se ci si reca in un villaggio in Nepal, vi saranno persone che guardano la televisione. Si stima che quattro miliardi e mezzo di persone abbiano seguito la Coppa del mondo di calcio. Quando accendono la televisione queste persone non seguono necessariamente il calcio, ma piuttosto uno stile di vita che loro sembra allettante. Infatti, se si sta seduti sopra un mucchio di sterco di mucca e si vede come si vive a Ginevra, in Svizzera, sicuramente viene il desiderio di emigrare e si sente di avere il diritto di farlo. Ed è per questo motivo che l'emigrazione non si fermerà. Essa continuerà anche perché essa serve a ripopolare la società. Se il tasso di natalità di una società è troppo basso, quella società non sarà più in grado di rinnovarsi. In Italia, Spagna, Portogallo e Svizzera sembra che la popolazione abbia dimenticato di avere figli. Da un punto di vista demografico l'Europa è un continente morente e l'unica strada per sopravvivere è l'apporto di nuove persone.

La Banca mondiale stima che se l'Europa vuole mantenere la qualità di vita di cui godeva nel 1995, essa ha bisogno di almeno diciassette milioni d'immigrati.

Mi ricordo di quanto è avvenuto la scorsa estate, quando il Governo italiano era molto preoccupato perché stavano arrivando due milioni d'immigrati dalla Tunisia. Lo stesso è avvenuto in Francia



e Spagna. Dovremmo ringraziarli in ginocchio per essere venuti e invece ci preoccupiamo di costruire muri e rendere più difficile l'arrivo di nuove persone. Ora essi verranno perché ci servono e arriveranno perché tutto questo è parte di un processo globale.

Dobbiamo essere consci che, per la salute mentale, gli spostamenti e le condizioni di vita degli immigrati sono traumatizzanti. Quando negli USA si comprese che servivano persone per ricostruire l'economia, fu lanciato un appello alle altre nazioni dicendo: “Inviateci i vostri poveri e se possibile intere famiglie, perché sappiamo che dal un punto di vista della sanità di base, la famiglia è il migliore contesto per salvaguardare la salute.

Poi vi fu il periodo della ricostruzione dell'Europa dopo la II Guerra mondiale e i paesi del Nord Europa scoprirono di non disporre di un sufficiente numero di addetti per l'industria mineraria e edilizia e quindi essi si rivolsero all'Italia, alla Spagna, al Portogallo e alla Grecia invitando i lavoratori, non gli indigenti, pregando di non inviare donne e bambini, e quella è ancora oggi la politica migratoria dell'Europa. Siamo tutti insieme responsabili di una delle situazioni più devianti relativamente alle pa-



tologie iatrogene al mondo. Negli anni '60 e '70 abbiamo creato nel Nord Europa una popolazione di milioni di uomini che non potevano comunicare con le proprie mogli e i propri figli. In questo modo abbiamo distrutto completamente i nuclei familiari in Europa: dal punto di vista della salute mentale e sessuale abbiamo sconvolto l'intera epidemiologia sanitaria della sanità europea.

Lo stesso sta oggi avvenendo in altre parti del mondo. Se consideriamo l'Africa e le migrazioni da Zambia, Botswana, Lesotho e Namibia verso l'industria mineraria del Sudafrica, il processo è il medesimo. Lo stesso avviene nella Costa d'Avorio. Si tratta di un processo di migrazione sanitaria ove la situazione prima della migrazione determina lo stato sanitario dei migranti ma anche il modo in cui essi vivranno la migrazione.

Cosa possiamo fare nell'ambito della cooperazione sanitaria? Non dimentichiamo che la situazione pre-migrazione riguarda circa un milione di persone che vivono con meno di un dollaro il giorno. Da questo consegue che si può fare molto prima che queste persone emigrino: acqua, igienizzazione, cibo e alloggi migliori e non necessariamente intervento medico. Vi sono interventi sanitari che non sono di natura medica.

Sappiamo anche che in paesi come il Niger poche persone come voi riuscirebbero a sopravvivere a una gravidanza. Una donna su undici in Niger non sopravvive alla gravidanza e al parto rispetto a una su diciotto milioni nei paesi scandinavi. Questa è la salute non egualitaria del mondo.

Lo stesso avviene ai bambini: se confrontiamo i tassi di mortalità infantile di Afghanistan e Svezia vedremo delle disparità che la medicina può sanare, ad esempio, attuando le politiche vaccinali. Si tratta d'interventi poco costosi che possiamo sviluppare e attuare in collaborazione con i paesi interessati con una spesa di modesta entità.

Nello Zimbabwe l'aspettativa di vita non sta aumentando; al contrario essa è diminuita nel 2011: se confrontiamo l'aspettativa di vita dello Zimbab-

we e del Giappone, vedremo che essa è di quaranta anni e ottantotto anni rispettivamente. C'è qualcosa che non va. È un problema di accesso alle cure e alla prevenzione: esso può essere risolto tramite la cooperazione medica a costi assai limitati.

Il problema non è lo stato di salute di un individuo prima di emigrare dal Nepal: il problema è l'esposizione a determinate condizioni nel viaggio tra, ad esempio, il Nepal e Trento. Infatti, il migrante non s'imbarca in un aereo a Katmandu per atterrare a Bolzano. Il migrante cerca di raggiungere Dubai e, se ce la fa, lì trova un lavoro di qualsiasi tipo, dormendo per strada, lavorando per un anno per accumulare denaro a sufficienza per raggiungere Addis Abeba, che è una città poverissima. Lì il migrante è costretto a svolgere i lavori peggiori per accumulare denaro a sufficienza per andare nel Mali, in Mauritania e magari anche in Senegal: da lì cercherà un'imbarcazione per raggiungere le isole Canarie, in Spagna. In questo viaggio il migrante è esposto a tutte le condizioni che possono compromettere il suo stato di salute. Quindi, se il migrante non aveva la TBC quando è partito dal Nepal, c'è il rischio che rimanga contagiato prima di arrivare in Senegal. Questo è il risultato delle barriere all'emigrazione. Molte di queste persone non sopravvivono e non sono gli unici a soffrire.

Dal punto di vista medico-sanitario non dobbiamo dimenticare che molte di queste persone non sono rifugiate, e non sono tutte uguali. Le donne gravide hanno bisogno di assistenza e alcune più di altre. I bambini sono quelli che più di tutti devono essere assistiti e la gravità dei traumi psicologici e il numero delle malattie dei bambini rifugiati sono altissimi. Vediamo cosa succede agli immigrati quando arrivano a destinazione. Vi è un "ghetto" nel centro di Ginevra, la città più ricca d'Europa, ove sono stati trovati diciassette emigrati peruviani che vivevano assieme in due stanze. Abbiamo incontrato queste persone e ci hanno detto che ogni sera lanciavano una moneta per decidere chi avrebbe dormito nel-





la vasca da bagno, l'unico posto in cui non correvano il rischio di cozzare contro qualcuno durante la notte. Questo è un altro possibile focolaio di diffusione della TBC, dell'epatite o di ogni altra malattia infettiva, e si trova nel centro di una delle città più ricche d'Europa.

Vi sono poi le malattie trasmissibili sessualmente da parte delle donne oggetto di traffico illegale, ci sono donne e uomini che lavorano per 50, 60 o 70 ore la settimana in condizioni di schiavitù, a volta senza nemmeno essere retribuiti.

Sappiamo che gli USA sono il paese più iniquo al mondo ma a prescindere da questo sappiamo che i migranti non godono dello stesso accesso all'assistenza sanitaria per una serie di motivi: legali, di assicurazione medica ma anche per molte altre ragioni. L'interazione con il sistema sanitario è del tutto inefficiente. A Ginevra molti emigrati, che in linea di principio avrebbero il diritto all'assistenza sanitaria, e molti immigrati clandestini che si recano in ospedale, non riescono nemmeno a superare l'Accettazione. Gli addetti all'Accettazione li guardano e dicono: "È sicuro di avere il diritto di essere qui?". "Ha un recapito?" "Come si chiama?". Sono dati che nessun clandestino fornirebbe. Si tratta di persone fuggite, ad esempio, dall'Iran o dall'Iraq, che si sentono richiedere nome e indirizzo e ovviamente te-

mono che tali dati verranno immediatamente comunicati alle forze dell'ordine – anche se non è vero, ma così temono – e così molti migranti non riescono nemmeno a superare l'Accettazione.

Questa è una foto scattata al Centro anti-diabetico di Ginevra, il medico sorride, la paziente sorride – una splendida interazione. Dopo la diagnosi e il colloquio abbiamo chiesto alla paziente: "Com'è andata?" "Benissimo!" ha risposto. "Il medico è stato gentile, mi ha visitato, rideva, scherzava...". Il medico ci ha detto: "Magnifico! La paziente sorrideva, rideva, l'ho visitata". Più tardi abbiamo chiesto alla signora come avrebbe misurato la glicemia. La signora ci ha guardato e ha detto: "Cosa? Cos'è la glicemia?" Questo dimostra che era stato un bellissimo colloquio ma senza comunicazione. Risulta sempre più evidente che nell'assistenza sanitaria ai migranti la maggior parte di medici, infermieri, psicologi e assistenti sociali non ha avuto una formazione adeguata per gestire le popolazioni multi-etniche e la maggior parte di queste non hanno sufficienti competenze linguistiche per stabilire un buon rapporto con medici, infermieri, ecc.

La formazione per acquisire queste competenze è un grande impegno culturale per gli operatori sanitari ma è necessario educare anche i migranti. È una sfida importante che dobbiamo saper cogliere.



Nel 2011 dobbiamo affrontare il problema di AIDS, HIV, TBC, e TBC resistente a molti farmaci, diarrea, epatite B e C, patologie che in Europa hanno maggiore prevalenza presso i migranti che i non-migranti. Se fossi un politico di destra, direi: “Capite ora perché non li vogliamo? Perché portano le malattie”. Molte ricerche condotte qui in Italia dimostrano che i migranti non “portano” le malattie. Essi le contraggono qui a causa delle condizioni di vita e di lavoro in cui si trovano a vivere, proprio come i minatori del Sudafrica divengono sieropositivi o prendono la tubercolosi nelle miniere, dove devono lavorare. Tutto questo impone l’adozione di nuove politiche per una nuova impostazione nei confronti delle popolazioni eterogenee con cui operiamo. Generalmente pensiamo che la sanità pubblica internazionale si occupi di malattie trasmissibili o infettive ma ora stiamo iniziando a capire che in Scandinavia, ad esempio, i migranti del sud-est asiatico hanno un rischio di sviluppare il diabete tipo 2 diciassette volte superiore ai non-migranti. Per quale motivo un migrante è a maggior rischio di sviluppare una malattia non trasmissibile quale il

diabete tipo 2? Il diabete tipo 2 è una malattia che può essere facilmente prevenuta, ma, di fatto, non lo è poiché entrano in gioco molti fattori quali ad esempio lo stress cronico, la cronica gestione dello stress, la scarsa varietà della dieta, la difficoltà di adattarsi a ritmi di lavoro che non consentono il tempo di cucinare a casa e quindi si deve dipendere dai cibi pronti. E quindi il diabete tipo 2 diviene un problema per gli indigenti e gli immigrati. È quindi necessario potenziare la formazione, secondo modalità adattabili e flessibili. In molti paesi non c’è bisogno di un maggior numero di medici. In molti paesi vi è bisogno d’infermieri la cui formazione sia adeguata o di operatori sanitari di medio livello. Non credo valga la pena di investire per formare nuovi medici, ad esempio, in Ghana, i quali avranno la tentazione di emigrare perché gli ospedali di mezzo mondo offriranno loro interessanti prospettive di carriera. A che scopo? Preferirei fossero formati operatori sanitari di medio livello, infermieri professionali che siano in grado di fornire assistenza sanitaria primaria che potrà cambiare radicalmente la sanità pubblica nazionale e internazionale.



## Dott.ssa Suela Cadri

Referente della cooperazione sanitaria internazionale della Regione Toscana



# La cooperazione decentrata in sanità

## Riflessioni e spunti dall'esperienza Toscana

### LA STRUTTURA

Le politiche di cooperazione sanitaria internazionale in Toscana sono definite dall'Assessorato al diritto alla salute il quale, a questo proposito si avvale della stretta collaborazione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer (AOU Meyer), ente attuatore della Strategia di cooperazione sanitaria internazionale e coordinatore delle tre Aree Vaste toscane.

Da dove nasce l'esigenza di questa concertazione? Trattandosi di un campo altamente specifico, come quello della sanità, diventa imperativo integrare gli aspetti legati alle strategie politiche di collaborazione a quelli strettamente tecnici ed operativi. Ed è qui che si concretizza il ruolo dell'AOU Meyer come strumento tecnico e specialistico di politiche consapevoli.

Come già ricordato la Toscana è divisa in tre Aree Vaste, ossia accorpamenti territoriali a cui sono stati assegnati compiti di organizzazione e programmazione sanitaria su base interaziendale. L'AOU Meyer coordina il Comitato delle tre Aree Vaste toscane (CAV) relativo alle attività di cooperazione sanitaria internazionale.

Le Aree Vaste, a loro volta, coordinano e registrano tutte le iniziative e le proposte che provengono non

solo dalle aziende afferenti – attraverso la rete dei referenti aziendali di cooperazione sanitaria internazionale - per ma anche dal tessuto sociale toscano composto dagli enti locali, le associazioni, le ONG, il mondo del non profit e le imprese.

Questa moltitudine di competenze e contributi pratici accordati con gli indirizzi politici, danno vita alla Strategia regionale di cooperazione sanitaria internazionale in cui sono individuati sia gli ambiti tematici d'intervento che le aree geografiche prioritarie per la Regione Toscana.

### LA POLICY

In Toscana siamo passati da un approccio umanitario che ha caratterizzato i primi anni '90, - dove era centrale la coppia sviluppo/aiuto - ad un approccio di co-sviluppo inteso come processo di scambio in cui dare e ricevere appartengono allo stesso ciclo. Si è visto che non solo è possibile ma è assolutamente necessario affinché si possa generare sviluppo. Serve un approccio contraddistinto da progettualità integrate e di lungo respiro finalizzate a costruire partenariati stabili, gli unici in grado di generare effetti significativi e duraturi.

Due sono le direzioni delle nostre azioni: supporto

alla sanità di base - concetto certamente non nuovo ma un obiettivo ancora mancato - e il sostegno dei sistemi sanitari nel rispetto delle loro peculiarità e delle priorità già individuate internamente. Il nostro obiettivo è di sostenere attività che potranno nel tempo aiutare a costruire e rafforzare sistemi di sanità pubblica.

La parola chiave della politica regionale toscana è senza dubbio formazione. Si tratta di un elemento trasversale ad ogni nostro progetto di cooperazione sanitaria internazionale ed è rivolta non soltanto ai beneficiari delle attività progettuali ma anche ai nostri operatori sanitari.

Abbiamo introdotto un sistema di formazione continua per tutti coloro che vogliono partecipare a progetti di cooperazione in modo tale da portare, ovunque noi andiamo, personale qualificato e pronto ad affrontare la diversa realtà operativa del Paese che lo ospiterà.

Un'altra sfaccettatura della formazione è quella della ricerca. In Regione Toscana sosteniamo la ricerca e lo sviluppo di farmaci per malattie rare e malattie neglette in un'ottica di solidarietà e in un'ottica di collaborazione possibile con i paesi in via di sviluppo.

## IL MONITORAGGIO

Una novità tutta toscana è rappresentato dal sistema di monitoraggio interno. Si è voluto misurare, da una parte, il grado di aderenza tra la Strategia regionale di cooperazione sanitaria e la composizione del "pacchetto" dei progetti finanziati, e dall'altra, l'andamento aggregato dei progetti finanziati rispetto alle attività, alla spesa effettuata e rispetto ai risultati conseguiti.

Si tratta sostanzialmente di uno strumento di analisi e di valutazione delle nostre criticità e margini di miglioramento. L'implementazione non è stata semplicissima, il controllo si sa, genera sempre perplessità, ma i risultati hanno convinto tutti dell'utilità del sistema.

Abbiamo scoperto ad esempio che tra i nostri punti di forza vi sono l'innovativo sistema di governance

strutturato e partecipato, come descritto sopra, e la formazione continua dei nostri operatori. Allo stesso modo abbiamo individuato i nostri punti deboli e le azioni da intraprendere: rafforzare il ruolo dei referenti aziendali di cooperazione sanitari, migliorare il coordinamento con gli altri attori della cooperazione decentrata toscana ed incrementare la capacità di effettuare fundraising a livello di sistema.

A conclusione di questa autoanalisi mi fa piacere ricordare la normativa toscana introdotta attraverso la DGR 300/2008 che consente a tutti gli operatori sanitari del sistema sanitario toscano di partecipare a progetti di cooperazione sanitaria, approvati dalla Regione Toscana, per un massimo di un mese all'anno senza intaccare il loro periodo di ferie legalmente riconosciuto. Si tratta di una normativa molto apprezzata dai nostri operatori sanitari perché ha dato loro la possibilità di superare il vincolo difficile del permesso istituzionale.

L'Assessore della Provincia di Trento, Lia Giovanazzi, ha espresso prima la volontà di voler istituire una norma simile anche per il Trentino. Sarebbe una bella opportunità per tutti coloro che credono nell'importanza dei progetti di cooperazione e vogliono dedicare a queste attività parte del loro tempo.

## I PROGETTI

Le linee di finanziamento dei fondi di cooperazione sanitaria internazionale sono due, una relativa ai Progetti di Iniziativa Regionale (PIR) e l'altra riguarda i progetti presentati dagli Enti Terzi. Negli ultimi cinque anni sono stati approvati ben 190 progetti a fronte di una spesa pari a Euro 12.344.735. Dispiace notare che nel biennio 2010/2011 si è verificato un taglio importante al budget regionale destinato ad attività di cooperazione sanitaria.

Gli enti beneficiari dei PIR sono per lo più le aziende sanitarie ma anche università e centri di ricerca. Trattandosi di progetti a forte valenza formativa, va da sé che richiedono l'impiego di professionisti qualificati. I progetti presentati dagli Enti Terzi invece raccolgono spesso iniziative promosse a livello ter-



rotoriale da parte degli enti locali, le associazioni e il mondo non profit in generale.

Le aree geografiche dove la Regione Toscana ha deciso di implementare i suoi progetti di cooperazione sanitaria invece sono l'Africa sub-sahariana, i Balcani, il Medio Oriente e il bacino del Mediterraneo, alcuni paesi dell'America Latina e dell'Asia. Si tratta di realtà molto diverse l'una dall'altra che richiedono perciò un approccio adattato alle singole esigenze e contesti.

L'ambito tematico prevalente e che caratterizza la maggior parte dei nostri progetti rimane quello relativo alla salute materno-infantile in linea con le indicazioni fornite dagli Obiettivi del Millennio.

## IL FUTURO

La legge regionale 26/2009 ci ha posto di fronte alla sfida di pensare alle attività internazionali della Regione Toscana sotto un unico quadro strategico. Lo strumento con il quale tale obiettivo si dovrà realizzare è il Piano Integrato delle Attività Internazionali (PIAI), attualmente in fase di approvazione. Il PIAI avrà il compito di gestire in modo strategico l'impegno internazionale della Toscana e proiettare all'esterno l'immagine di un sistema coordinato e meno frammentato.

I concetti chiave del PIAI non sono del tutto nuovi ma questa volta si tratterà di renderli operativi e

principi guida di tutte le azioni future. Ecco che il partenariato strategico fra territori, la partnership democratica dei processi allo scopo di ridurre le asimmetrie di potere insieme e l'idea di co-sviluppo intesa come partecipazione integrata dei soggetti privati accanto agli attori pubblici e non profit, diventano le basi fondanti degli impegni internazionali della Toscana.

In ultimo, vorrei brevemente introdurre un nuovo strumento di formazione molto importante di cui la Regione Toscana è co-conduttrice insieme alla Regione Veneto. Si tratta del Progetto "Mattone Internazionale" teso a promuovere la conoscenza delle politiche europee in ambito sanitario, per quanto riguarda la ricerca, l'innovazione e la cooperazione sanitaria internazionale. È un strumento che vuole dare la possibilità a tutte le regioni italiane di partecipare al processo decisionale delle politiche europee. E per fare questo si avvale della divulgazione delle opportunità offerte dal panorama europeo in termini di politiche, di programmi finanziamento, di bandi e altre opportunità da cogliere.

È un progetto iniziato a settembre dell'anno scorso, ma che sotto vari aspetti deve essere ancora implementato. Per ulteriori informazioni e approfondimenti sul progetto potete consultare il sito della ASL Veneto e il sito web istituito appositamente per il mattone internazionale.



## Dott. Michele Conti

Neurochirurgo dell'Ospedale Santa Maria  
del Carmine – Rovereto



# Il progetto Etiopia/Zimbabwe/Ghana

## Formazione chirurgica specialistica

Quello di cui voglio parlarvi oggi è un modello di progetto di formazione che è stato realizzato per tre volte. Il progetto è stato realizzato prima in Etiopia, poi in Zimbabwe ed infine in Ghana. È un progetto inizialmente partito come un progetto pilota ma avendo visto la validità e soprattutto i grandi risultati, che andavano al di là di quello che noi facevamo per i singoli bambini, per i singoli pazienti si è concluso anche con rapporti meravigliosi con lo Stato del Ghana.

Il progetto è stato pensato su una malattia molto diffusa in Africa, l'idrocefalo.

L'idrocefalo è una dilatazione dei ventricoli che contengono il liquido cerebrale che viene prodotto e riassorbito più volte al giorno. Se c'è un disturbo del riassorbimento questo si accumula ed è molto facile che questo avvenga dopo un'infezione anche banale delle meningi cosa molto diffusa in condizioni sanitarie precarie.

I bambini affetti da idrocefalia accumulano acqua all'interno del cervello e quindi il primo segno che noi vediamo è l'aumentare della dimensione della testa, proprio perché la scatola cranica non è ancora chiusa. Fintanto che la scatola cranica non è chiusa noi possiamo intervenire in modo molto semplice introducen-

do un dispositivo che rimane tutta la vita, un cateterino che viene introdotto nel sistema ventricolare e drena il liquido cerebrale in cavità addominale. Questo è un intervento che normalmente fanno i neurochirurghi, a bambini o neonati nel primo anno di vita perché altrimenti se dobbiamo operare un bambino che ha già l'idrocefalo e quindi ha già avuto la sofferenza cerebrale l'intervento diventa inutile.

Ci siamo domandati come potevamo aiutare questi pazienti affetti da questa malattia molto diffusa e la nostra filosofia è stata quella di fare corsi molto veloci, molto brevi in tempo ma molto intensi con una durata di 3, 4 giorni. L'idea praticamente fu quella di insegnare la cura ai chirurghi locali.

Essendo i neurochirurghi pochi in Africa, ed essendo invece molto diffusa la figura del chirurgo generale abbiamo pensato di formare sono proprio i chirurghi generali.

La peculiarità del progetto di formazione è stato nel far lavorare i chirurghi dalla mattina alla sera, darli in pochi giorni l'autonomia chirurgica e l'unico modo per darli questo è quello di farli fare l'intervento. Essendo loro già molto abili, visto che già annotanti altri interventi chirurgici all'anno facendo far loro un paio di interventi imparano già la tecnica.

Un altro aspetto fondamentale del progetto è stato quello di reperire i dispositivi (cateterini) che nel nostro mercato europeo uno di questi dispositivi costa 2000 dollari. Grazie alla collaborazione dell'organizzazione mondiale alla sanità si è riusciti a trovare un prodotto indiano che senza il marchio CE costa 37 dollari. Questo ha permesso ai chirurghi di continuare a utilizzare questi dispositivi avendo un prezzo accessibile ed è fatto sì che il progetto rispetto ad altri sia costato molto poco. Infatti la settimana di formazione è costata tra i 10 e 15 mila euro. Il nostro primo progetto pilota è partito nel Dicembre 2010 in Etiopia. La provincia autonoma di Trento con l'assessorato si è resa artefice e protagonista del progetto con il grande ausilio del CUAMM. In Etiopia ci siamo appoggiati in un ospedale gestito dal CUAMM ma di proprietà della conferenza episcopale etiopica, questo a Wolisso in Saint Luke Hospital. Sono state fatte lezioni teoriche dove si è spiegato il tutto e poi si è fatta pratica nella sala operatoria. Alla fine del corso sono stati rilasciati i Certificati di frequenza. In Etiopia abbiamo formato 4 chirurghi generali e 3 anestesisti proprio per le caratteristiche del neonato neurochirurgico e abbiamo reso autonomi tre ospedali del paese in questa chirurgia. Da Dicembre 2010 ci teniamo in contatto tramite mail e i tre ospedali continuano ad operare questi bambini.

Il secondo progetto è stato realizzato in Zimbabwe, a Luglio di questo anno. I partners sono la PAT e un'associazione Trentina "la Lifeline Dolomites". Questa volta abbiamo coinvolto non un ospedale religioso ma l'associazione medici dello Zimbabwe. La formazione è stata svolta a Mutoko, alla Luisa Guidotti Hospital dove lavora Carlo Spagnoli.

In Zimbabwe abbiamo formato 11 chirurghi generali, 2 anestesisti e soprattutto 11 chirurghi provenienti da 10 ospedali diversi dello Zimbabwe. Quindi abbiamo allargato questa pratica a 10 ospedali.

**“Diffondere quanti più ospedali che sappiano fare questa chirurgia aumenta l'accessibilità alla chirurgia da parte delle mamme, delle famiglie...”**

L'ultimo in Ghana, a Novembre di questo anno, con i partners che sono la PAT, l'Associazione trentina Amici della Sierra Leone e il governo del Ghana. Ci ha ospitati il Tamale Teaching Hospital.

In Ghana rispetto agli altri paesi la formazione è molto sentita e si respira una grande energia e potenzialità. Da qui la visione illuminata del governo del Ghana di fare proprio dei Teaching Hospital. In Ghana ce ne sono molti e vi assicuro che sono molto grandi e

forniscono grandi menti, dei ragazzi entusiasti in ogni settore da quello infermieristico a quello anestesiological, a quello chirurgico, a quello internistico. Anche qui sala operatoria e lezioni teoriche.

Anche in Ghana abbiamo formato 3 chirurghi generali e anche un neurochirurgo arrivato dalla capitale che già faceva questi interventi però aveva piacere di avere anche lui una formazione e confrontare la sua esperienza con la mia.

L'anestesista che avevamo portato dallo Zimbabwe è stato l'anestesista che ha aiutato e formato l'anestesista Ghanese. Abbiamo reso disponibili due ospedali, il Tamale Teaching Hospital e un ospedale nella capitale a proseguire questi interventi.

Diffondere quanti più ospedali che sappiano fare questa chirurgia aumenta l'accessibilità alla chirurgia da parte delle mamme, delle famiglie. Per cui se in un paese come succede in Etiopia o in Zimbabwe abbiamo solo uno o due neurochirurghi che operano nella capitale tutti arrivano dai paesi ed il neurochirurgo per l'interventi domanda parecchi soldi e il dispositivo. Ad esempio una mamma nello Zimbabwe è venuta con una valvola dell'India, che noi paghiamo 37 dollari, ma lei l'ha pagata 200 dollari e quando si è presentata con il dispositivo dal neurochirurgo questo le ha chiesto 1000 dollari per fare l'intervento. Lei si era già venduta tutto per i 200 dollari del dispositivo. Quindi noi più riusciamo a creare neurochirurghi più aumentiamo la concorrenza abbattendo i costi.

Dott. Antonio Mazza

Direttore Pediatria Presidio  
Ospedaliero di Cles



## Una valigia di speranze per il Togo

### Un sistema formativo per frenare la trasmissibilità dell'AIDS

La Valigia speranza per il Togo trae origine da uno strumento educativo – formativo pensato alcuni anni fa e nato dalla collaborazione tra il Reparto di Pediatria dell'Università di Padova ed alcune Associazioni del privato sociale che si impegnano a dare risposte concrete a madri che vivono difficoltà in ambito sociale e sanitario. In particolare la valigetta è stata realizzata per la donna Africana sieropositiva all'HIV che vive in Italia per aiutarla ad accettare la malattia e a saperla gestire al meglio nell'interesse suo personale, del suo bambino e delle persone che le vivono accanto o che incontra nelle comuni relazioni sociali.

Presentato circa un anno fa tale strumento durante una missione in Togo, è nato fin da subito il desiderio, da parte delle persone che si occupano a vario titolo in quel paese di AIDS, di utilizzare anche in quel contesto tale strumento dopo aver apportato adeguate modifiche.

Su finanziamento dell'Assessorato all'Emigrazione e Solidarietà della nostra Provincia, si è realizzato un progetto che ha previsto la creazione di un gruppo di

lavoro composto da medici, assistenti sociali, psicologi e facilitatori della comunicazione nella capitale di quel paese, Lome.

Tale gruppo di lavoro in diretto collegamento con la nostra Associazione, dopo attenta valutazione del materiale e indispensabili integrazioni con contenuti specifici della loro realtà locale (per esempio il non ricorrere agli stregoni per la cura della malattia, non considerarla conseguenza del malocchio) hanno realizzato la valigetta, che come quella originale fatta in Italia, si compone di:

Libretti formativi per gli educatori che si occupano della formazione.

Poster cartonati per poter con pochi chiari messaggi visivi trasmettere essenziali, indispensabili informazioni sulla cura della malattia nei confronti dei vari aspetti da poter proporre anche alle persone che vivono lontani dalla città, nei villaggi spesso senza corrente elettrica.

Versione in CD dei poster cartonati con minimo di animazione da proporre alle scuole, realtà sanitarie e sociali, pubbliche e private e presso ogni realtà in particolare giovanile che può essere coinvolta da tale attività informativo/ formativo.

Il progetto realizzato ha permesso la produzione di 250 valigette che contengono ognuna due libretti informativi in Francese e due libretti informativi in Inglese. Inoltre ogni valigetta avrà in dotazione due CD in versione Inglese e due in Francese. A completamento della dotazione ogni valigetta avrà inoltre una serie di poster cartonati nella doppia lingua.

Per il Togo e i paesi confinanti che verranno coinvolti nell'attività formativa (Costa d'Avorio, Burkina Faso, Benin e Ghana) verrà utilizzata la versione francese. Anche in Uganda, dove opera la nostra Associazione, verrà utilizzata la versione in inglese. La ricaduta di tal intervento educativo/ formativo verrà monitorata dalle stesse persone coinvolte nella produzione del materiale, con cadenza programmata per poter verificare i reali effetti ottenuti dal progetto.



## Alessandro Bruniati

Delegato attività di emergenza  
del Comitato Provinciale della Croce Rossa



## Progetto Haiti

### Programma di formazione per preparare gli operatori di pronto soccorso delle aree distanti dagli ospedali

Quando c'è stato il terremoto ad Haiti l'assessorato ha convocato un Tavolo Trentino per Haiti. Questo tavolo ha riunito intorno a se diverse associazioni ed ha inviato ad Haiti una delegazione per andare a vedere la realtà e poter progettare la missione.

Gli obiettivi della delegazione erano due quello di prendere visione della situazione complessiva e quello di prendere contatto con le associazioni e organizzazioni che operano in loco. Questa è in genere la prerogativa del trentino, quando si va a fare aiuti umanitari all'esterno si cerca sempre di avere un contatto con il territorio e con le associazioni per capire le esigenze, le priorità della popolazione locale e poter formulare proposte progettuali mirate.

La visita della delegazione è stato utile per individuare criteri generali per definire le proposte, per assicurare continuità alle iniziative già attivate, per privilegiare progetti che assicuravano il collegamento con delle associazioni che erano già sul territorio e per instaurarsi di relazione di lungo termine con la comunità, cosa a cui il trentino tiene molto, mantenere i contatti con la popolazione che andiamo ad aiutare e una propria riconoscibilità tenuto comunque conto dei limiti connessi alla distanza e dimensioni della Provincia autonoma di Trento.

Due notizie su Haiti. Noi siamo partiti sapendo che Haiti era il paese più povero delle Americhe e non c'era solo il terremoto c'era stato anche qualche anno prima un disastroso uragano.

Haiti conta 9 milioni di abitanti ma come in tutto il mondo la popolazione tende ad andare verso le aree cittadine, con i nostri progetti abbiamo tentato di invertire questo fenomeno cercando di portare la gente verso l'esterno, verso le aree rurali invece che nelle aree cittadine.

Haiti come indice di sviluppo è uno dei paesi più poveri del mondo, il 54 % della popolazione haitiana vive con meno di un dollaro al giorno e l'80% è in situazione di miseria.

Dalle immagini prese ad Haiti si può capire che il terremoto forse non era il problema principale del paese. Il problema di Haiti poteva essere l'emarginazione, poteva essere il problema dell'acqua, può essere la povertà, possono essere le immondizie che ci sono in tutti i luoghi. Il terremoto alla fine credo che sia stata una goccia che ha portato grandi danni però alla fine era uno dei problemi quasi minori.

La spedizione per Haiti ha dato 4 progetti: acqua, pane, cultura e salute, li abbiamo chiamate così, e quello di cui parliamo oggi riguarda la parte della salute.

Questo progetto prevede un gemellaggio tra la pro-



vincia di Trento, la Croce Rossa di Trento e una provincia haitiana che è il Grande Hanse e con un comune che è il Dame Marie, che non è tanto distante dalla capitale, sono meno di 250 km, ma i tempi di percorrenza arrivano alle 12 ore.

Il nostro volontario che è andato, ha dovuto fermarsi a pernottare perché non è riuscito in un giorno a fare 250 km.

Il primo punto di soccorso è distante due ore e trenta, quando la strada libera, e può arrivare a 5, 6 ore di distanza solo all'andata.

Quindi il progetto che abbiamo individuato, è un progetto che dura 3 anni, dove i nostri volontari (questo è un progetto interamente gestito dai volontari) vanno in terra haitiana in questo comune e partendo dalle basi del soccorso insegnano quello che è il primo soccorso in tempo reale. Chiaramente si parte dalla base per arrivare alla fine dei 3 anni con un insegnamento di tutto quello che può essere anche l'attrezzatura sanitaria contenuta nei mezzi di soccorso (chiaramente compatibili con il luogo).

Il progetto poi prevede che le persone migliori che risultano dal corso fatto ad Haiti vengano poi in Italia per un po' di tempo per continuare la formazione.

Quindi noi abbiamo iniziato quest'anno questo progetto inviando un volontario, conoscitore della lingua francese, in questa piccola località, a Dame Marie. Questo volontario una volta giunto nella località ha iniziato ad insegnare dalle basi del primo soccorso perché ce n'era la necessità. Il corso è stato preparato qua in Italia ma quando si è arrivati sul posto ha avuto bisogno di gente elastica che sapeva giostrarsi e che sapeva fare un progetto calato sul dive si arrivava e su quello che serviva. Quindi abbiamo iniziato por-


tandoci manichini dall'Italia, portandoci tutto quanto dall'Italia e lasciandolo poi a loro per poter continuare la formazione.

Durante il nostro corso di formazione abbiamo riscontrato alcuni problemi, i bambini non avendo con chi stare hanno seguito le lezioni in aula. Questo è forse una buona prospettiva, sperando che ascoltino e siano quelli che poi un domani ci portino ad avere una cultura del soccorso. Perché credo che la cosa importante non è solo trasmettere delle nozioni di primo soccorso la cosa più importante per noi era anche riuscire a far capire la cultura di quello che è il volontariato e quello che è il trasmettere le nozioni del soccorso ad una larga popolazione

Alla fine del corso abbiamo rilasciato un certificato ad ogni corsista, in tutto abbiamo avuto 20 persone che hanno seguito il corso e ne abbiamo individuate poi tre che saranno poi invitate qua in Italia, perché hanno la possibilità e la capacità poi di poter portare avanti la formazione sul posto.

Quello che è il nostro obiettivo è di riuscire adesso, con queste persone che vengono a portare formazione poi sul posto. L'idea è quella che dopo loro torneranno ad Haiti per formare più persone possibili, in modo che il prossimo anno chi dei nostri volontari andrà trovi una parte di persone formate e possa passare ad un secondo livello.

Le persone si sono veramente impegnate moltissimo anche se non è stato facile trovare 20 persone da staccare dalla vita quotidiana per portarla ad una formazione. Questo dovrebbe essere secondo noi la partenza di una macchia d'olio, siamo partiti dalla periferia proprio su richiesta delle persone di Haiti perché hanno detto che in questo momento tutti si stanno spostando verso il centro mentre la volontà del paese è quello di far tornare la gente alle località rurali perché ci sono più possibilità di avere acqua non contaminata, di avere qualcosa da mangiare e cose di questo genere e quindi l'idea era quella di partire dal distante per arrivare poi al centro. Quindi noi speriamo che poi questa macchia d'olio si sviluppi ed arrivi poi verso le altre aree.



**Assessorato  
alla Solidarietà internazionale  
e alla Convivenza**

*Via Gazzoletti, 2 - Palazzo della Regione*

*38122 TRENTO*

*tel. 0461.493420 - fax 0461.493421*

*e-mail: [ass.convivenza@provincia.tn.it](mailto:ass.convivenza@provincia.tn.it)*



