

DON DANTE CARRARO

Ringrazio Giorgio perché credo che non potesse essere una premessa migliore anche intendere quello che adesso vado a presentarvi.

Con 2 premesse che sono queste: la prima è che credo che nel mio dire trovate molte delle cose che Giorgio diceva prima dalla prospettiva dal basso. Noi siamo operatori che lavorano in Africa, dopo ho messo una slide che dice anche dove, direi che molte delle cose che Giorgio andava dicendoci prima le ho ritrovate pari pari vedendole dal basso, da chi lavora dal basso, quello che noi chiamiamo l'ultimo miglio del sistema.

La seconda premessa è che siamo consapevoli di essere operatori sanitari e dobbiamo aver la consapevolezza delle ultime 2, 3 slide che Giorgio ci proiettava per avere consapevolezza che siamo solo un tassello in questo quadro che è più ampio, più complicato.

La prima parte la scorro velocemente perché Giorgio ci ha trasmesso moltissimi dati (presentazione veloce di diapositive su malnutrizione, hiv, risorse per la salute, medici, ripetitive del discorso di Tamburlini). Noi stiamo lavorando in Mozambico, distretto di Moma, 300 mila persone, fino a 2 anni fa non c'era un medico. Non so quanti abitanti abbia Aosta...35 mila, e non so quanti medici ci sono, ma io conosco Padova e così via...

Questi sono dati, ripeto non mi soffermo, è il motivo per cui, per esempio, come CUAMM ci siamo concentrati in alcuni paesi dell'Africa sudsahariana; questa è la mortalità materna, la prossima è la mortalità under five.

I numeri sono questi qua, li abbiamo visti abbondantemente prima.

Possiamo procedere. Mortalità materna, il 50% di questa è concentrata nell'Africa sudsahariana, motivo per cui il nome Cuamm l'abbiamo tradotto, visto che è difficile da capire che cosa indica Collegio universitario medici Missionari, l'abbiamo semplificato chiamandolo Medici con l'Africa; il motivo dell'Africa nel nome è proprio collegato al fatto che la mortalità materna e la mortalità under five è particolarmente concentrata in Africa sudsahariana.

Si concentra la mortalità materna nelle prime fasi vicine al parto e subito dopo, andiamo pure avanti; anche la mortalità neonatale vedete dove si concentra; questa diapositiva è fatta proprio, a onor del merito, siccome dopo ci sarà qua il ministro Belloni, la dr. Belloni che è il direttore generale della cooperazione allo sviluppo, le ha fatte proprie nelle linee guida che sono state elaborate e scritte un anno fa.

Tutto questo nasce dal fatto che siamo profondamente convinti, per quel che ci riguarda, che la salute

continui a rimanere un diritto umano fondamentale e non un bene di consumo per cui si può vendere o comperare, ma un diritto fondamentale per il quale siamo disposti a batterci, a spendere la vita.

E' stato riassunto negli obbiettivi del millennio che ci aiutano, come dire, a individuare obbiettivi macro e discutibili, se volete, ma che orientano la comunità internazionale.

Eccoli qua: 3 di questi, su 8, sono sanitari: mortalità materna, mortalità infantile, HIV TB e malaria.

Possiamo procedere. Finanziamenti e finanziatori e attori della cooperazione internazionale perché il mondo si sta complicando.

Negli ultimi anni a partire dal 2001 al 2009 complessivamente il flusso finanziario è andato crescendo.

Uno dice, ok è positivo, ma tutto lo scenario che Giorgio prima vi ha presentato si esplica nella slide successiva: p.es. questi sono i donatori solo sanitari del Mozambico, 2 anni fa: la Babele degli aiuti! Uno non capisce più dov'è! Rischia davvero di fare danni. Allora è vero che complessivamente il flusso finanziario è andato crescendo, ma il problema, la complessità e il rischio di far danno è altissimo per un crescendo incredibile degli attori che si sono affacciati in questi paesi.

Questa è la Tanzania solo sull'HIV, le sigle che trovate nel paese, solo sull'HIV. Voi capite allora i rischi enormi di cui prima, che noi troviamo sul campo; noi li incontriamo tutti i santi giorni, quando atterri non solo a Dar El Salam o a Maputu o a Kampala, ma dopo vai a lavorare nei distretti, lì dov'è il nostro usuale posto di lavoro, la nostra scelta strategica.

Allora, se è vero, tanto per darvi un altro elemento, la mortalità under five sono 10 milioni rispetto, e.p s., all'HIV, grosso modo 10 milioni, la diapositiva è un po' vecchia, rispetto all'HIV, che sono 2,5 milioni, vediamo la prossima, e ci accorgiamo come i finanziamenti sono disarmonici, sono, come posso dire?, non sono sinergici dove si concentra particolarmente la mortalità.

Allora andiamo a vedere che rispetto ai 10 milioni della child aid della mortalità vedete che rispetto alla HIV, che invece ne muoiono 2,5 milioni, i finanziamenti sono la metà. Grosso modo, a spanne, ma per dirvi davvero come non c'è discrepanza. Vuol dire che gli interessi che governano questi flussi finanziari sono di altra natura rispetto all'obbiettivo di incidere o di tentare di incidere anche nella mortalità infantile piuttosto che nell'HIV. Mi pare che sia abbastanza evidente.

Questo è l'esempio del Randa: vedete come i grossi flussi finanziari vanno a concentrarsi sull'HIV, AIDS rispetto al bisogno di un rinforzo del sistema sanitario nel suo insieme. Ma si possono dire moltissime cose.

Motivo per cui, come accennava Giorgio, nel 2005 almeno i donatori europei si sono seduti e hanno fissato l'agenda, la carta di Parigi, dove sono state coniate e prese in carico alcune modalità che riguardano l'appartenenza, l'ownership dei paesi, l'armonizzazione degli aiuti, l'allineamento sulle priorità

del paese, l'importanza di definire i risultati del tuo intervento e la responsabilità reciproca.

Nel nostro nome, CUAMM medici con l'Africa, quel CON vuole un po' esprimere tutto questo. In particolare l'ultima, N nostra, è una nostra responsabilità reciproca e così costruiamo insieme qualcosa per il futuro.

Questa è l'ultima diapositiva sui finanziamenti e sugli attori perché anche i finanziamenti legati all'aiuto e legati alla sanità...vedete che sono poca cosa, e lo saranno sempre meno, rispetto ad altri flussi finanziari che vengono dalle...remittenze, come si chiamano in italiano? Insomma, quello che gli immigrati qui mandano nei loro paesi, la linea grigia, e gli investimenti complessivi che si stanno facendo nei paesi dell'Africa subsahariana. Pensate cosa vuol dire la presenza della Cina in un continente, in un paese come l'Angola, in un paese come l'Etiopia, sud Sudan o il Sudan nel suo insieme e così via. Allora dobbiamo essere coscienti che dove noi ci muoviamo, perché è un mondo complesso; se non abbiamo idee chiare, strategie chiare, se non leggiamo bene la realtà, rischiamo davvero di disperderci, di perderci, forse anche di far danno. Per questo è importante capire bene l'approccio, la modalità.

Visto i finanziamenti e la modalità d'approccio ti devi anche chiedere se riesci davvero a misurare i tuoi risultati perché questo è importante, l'efficacia di quel che fai. Sapete che c'è una corrente culturale che dice anche che non serve, che non serve e che è meglio che si arrangino.

Il Ministero ha fatto proprio anche in questo caso la domanda e sta sostenendo il lavoro, nel nostro aip no strategico l'abbiamo scritto, andiamo pure avanti, che il lavoro che fai...dobbiamo tentare in tutte le maniere che sia basato su evidenze scientifiche e che sia orientato a risultati misurabili. Dobbiamo impegnarci su questo..

Questa è una diapositiva sulla quale mi soffermo di più perché è abbastanza riassuntiva del nostro intervento, ma credo che ci siano molti elementi di quello che prima il dr. Tamburlini ci diceva.

Sembra complicata, ma in realtà è abbastanza semplice.

Quei quadrati azzurri indicano l'offerta sanitaria, l'offerta: un ospedale, un health center, l'offerta sanitaria.

Il blocco di sinistra identifica 6 elementi che vengono considerati importanti quando tu vai a metter mano a un servizio che dà l'offerta. Quindi devi essere attento alla governance. L'ospedale dove vai a lavorare da chi è tenuto? Chi ha la responsabilità politica della gestione di quell'ospedale? Se è un ospedale diocesano dev'esserci un board, di solito presieduto dal vescovo, dalla diocesi perché le es alte politiche che poi l'ospedale incarna la decide il board, se c'è, e se non c'è è ancora più pericoloso

perché vuol dire che qualcun altro lo fa e tu che vai a lavorare in quell'ospedale devi esserne cosciente, devi aiutare questa struttura a esserci, ad essere chiara, a fare dei verbali, a fare delle scelte politiche che siano coerenti con la tua missione e così via.

La governance, l'health service delivery e qui, in un secondo momento, è il delivery sanitario che fai nei tuoi reparti, ma devi anche tener conto del problema delle risorse umane, dei finanziamenti; sta in te a dirlo? Come sta in piedi quell'ospedale? Devi essere attentissimo al procurement, ai farmaci. E' sinergico con le politiche del paese oppure no? E poi il sistema informativo perché devi sapere quel che succede nel tuo ospedale. E vai a monitorare quel che fai.

Questo è il sistema del monitoraggio che io ho riassunto in alto a sinistra, vedete, perché devi capire. È fondamentale se lavori in ospedale, deve essere il tuo ospedale, collegato, fare sistema con i centri periferici di salute e con la comunità di famiglie del tuo distretto.

Anche qui la cooperazione ha fatto un passo in avanti perché ha stabilito l'anno scorso delle linee guida che riassumono e riprendono questo. Devo dire che sono molto buone per dare l'accessibilità del tuo ospedale a quelle donne lì, quelle più povere. Dare qualità. Dopo ci ritorno.

Allora la domanda che ti fai è come misurare ciò che stai facendo perché, appunto, qualcuno dice che "l'aiuto addirittura fa male, meglio non farlo. Noi pensiamo che se l'aiuto è fatto e fatto bene ne valga la pena assolutamente. Perché qualche risultato è possibile misurarlo e, anche come Giorgio diceva, se lavori e se lavori bene le curve cambiano.

Questo per quel che riguarda l'offerta negli ospedali dove noi stiamo lavorando. Stiamo lavorando attualmente in 15 ospedali, si è stabilito un indicatore, ci si è seduti intorno a un tavolo, servizi sanitari non for profit. La chiesa cattolica, la chiesa musulmana, le autorità governative: questa l'esperienza dell'Uganda. Si è stabilito un indicatore di offerta sanitaria cioè andavi a misurare il tuo servizio sanitario, se è secondo la tua mission, se è un ospedale che sta camminando nella giusta direzione oppure no.

Come misurare l'offerta? Questa è l'esperienza di Nagdalama, per esempio, uno degli ospedali, qui ci sono delle foto, per mostrarvi concretamente, portarvi un po' di Africa anche qui, insomma, siamo ad Aosta, ma è bello anche condividere. Vedete la situazione di un ospedale ugandese. Questo era Nagdalama nel 2000 completamente vuoto perché il contributo che i pazienti pagavano erano troppo alte. Avanti. Venti euro per un taglio cesareo, assolutamente inaccessibile. Le donne... cosa vuoi incidere nella mortalità?

Allora lavori, studi le cause, discuti, fai meeting, coinvolgi, fai... cominci a lavorare, a coinvolgere gli attori, perché lavori insieme, con loro. Individui delle modalità, fai degli interventi strutturali, lavori

sulle risorse umane, fai formazione, riduci il contributo e cominci ad andare a monitorare quel che fai.

Allora vai a vedere che l'accessibilità al tuo ospedale, un po' alla volta, cresce, abbassi il contributo vedi che il contributo che chiedi ai pazienti lo riduci, tentativo che stiamo facendo, stiamo facendo una campagna per abolire il contributo perché non è possibile, almeno come offerta, no?, anche se è vero che c'è un problema di sostenibilità dell'ospedale, perché quando tu tiri via un 30% di incassa che porti a casa, l'ospedale da solo come fa ad andare avanti? Allora l'impegno che ho è di trovare modalità alternative di finanziamento per la tua struttura, però devi monitorarla.

Vai a stabilire quanto il tuo ospedale produce e ci sono degli indicatori. E' stato elaborato quell'indicatore unitario di output che te lo dice, vai a monitorare la produttività dello staff stesso, cioè quanto costa rispetto a quello che produci.

Sono cose fattibili, con fatica, con pazienza e la gente si motiva quando vede che il suo ospedale sta andando meglio. E se coinvolgi lo staff, la direzione dell'ospedale ecc., la gente è contenta e lavora meglio.

Ok, questo l'abbiamo anche pubblicato in uno degli ultimi congressi fatti di medicina tropicale, ok.

In tutto questo abbiamo anche visto che, in particolare, la mortalità delle mamme e la mortalità dei bambini è un indicatore molto buono, proxy, del funzionamento del sistema sanitario.

Allora, adesso, anche come strategia del CUAMM ci stiamo concentrando in particolare sulle mamme e sui bambini, sulla mortalità materna e neonatale in particolare, proprio perché ormai la letteratura, ma Giorgio ce l'ha detto, esprime abbastanza bene se il tuo sistema sanitario funziona oppure no. Avanti.

Sono grafici che assomigliano... vi mostro solo questo che è il taglio cesareo: vedete la differenza tra il quintile più povero, parlo solo del taglio cesareo che è l'intervento più elementare, rispetto al quintile ricco. Vedete il gap enorme che ancora c'è.

Questo è un altro dato. Ho indicato con pallini neri alcuni dei paesi dove stiamo lavorando. Vedete che ho scritto in alto il livello minimo del bisogno atteso è del 5%, l'Africa in genere l'1%, ci sono alcuni paesi che sono addirittura molto più sotto di media, e poi il quintile povero ve lo lascio immaginare, capite qual è la situazione..

C'è una scarsa copertura allora degli interventi preventivi e anche molto degli interventi curativi. Allora il tuo intervento deve focalizzarsi lì per dare copertura sufficiente.

C'è una scarsa equità e allora vedete che anche solo l'ultima colonna dei parti, diciamo, assistiti... vedete che la discrepanza tra chi è ricco e povero è altissima e quindi devi intervenire su questo secondo aspetto e la terza caratteristica è quella della qualità, avanti, vedete che, lavorando anche bene, potremmo ridurre molto ancora la mortalità perché vedete bene che il gap di qualità, semplicemente

fare bene l'antenatal clinic, per esempio, farla bene seguendo tutti gli step che l'antenatal clinic ad esempio ti propone. Se tu lavori bene puoi colmare quel gap e quindi incidere poi nella mortalità. E anche su questo si deve lavorare.

Questa è l'offerta, quindi, tante modalità di misurazione che devono essere fatte e poi misurare la domanda quindi conoscere quello che ti capita attorno, perché le donne non vengono magari a partorire. E qui una diapositiva complessa che ve la risparmio, la domanda sanitaria: ve lo accennavo prima, e allora vedete che, qui, rispetto al totale, rurale e urbano, vedete che molte donne non, come dire?, non vengono a partorire perché non hanno il denaro per il trattamento, perché abitano molto lontano dalla tua struttura che vai a sostenere, perché non hanno possibilità di trasporto, perché non hanno il permesso dalla famiglia, perché la donna è considerata quel che è. Quindi i motivi della domanda che incidono poi nell'esito finale sono assolutamente importanti da conoscere e da capire. La domanda sanitaria.

Questo è lo studio che è stato fatto in Uganda e son dati pubblici. Devi conoscere la zona del tuo lavoro e conoscere il contesto, qual è la domanda sanitaria del tuo lavoro per stabilire bene il tuo intervento.

Questo invece è uno studio che abbiamo fatto nella zona di Oyam. Lì nel distretto dove stiamo lavorando. E concludo con l'ultima diapositiva ricordando Maria, è inevitabile e ricordando anche, ed è vero, che tutto questo è difficile, complicato, ma è assolutamente interessante, bello, perché è possibile incidere e cito 3 atteggiamenti. La fiducia. Maria era sempre fiduciosa, le difficoltà davvero a volte sono tante. Lei è morta, no?, perché lì dove lavori scoppia l'imprevisto e sei travolto da quell'imprevisto e ci vuole davvero fiducia umana e io sento che è una ricchezza poter confidare in qualcuno di più grande che sostiene quel che fai.

La serietà professionale. Quindi questi ragionamenti, che sono anche difficili, ma fanno parte del nostro lavoro perché vogliamo essere seri in quello che facciamo.

E tanta tenacia perché le difficoltà non mancano mai, ma con coraggio e tenacia puoi incidere.

Il CUAMM compie quest'anno, cioè l'anno scorso, 60 anni e devo dire, qui abbiamo anche la presenza di Don Luigi, mi fa piacere ricordare e che il Presidente della Repubblica gli ha riconosciuto la laurea honoris causa in diritti umani ed è un esempio di tenacia nei confronti dell'amore, del bene che vogliamo a questa nostra carissima, amatissima sorella che è l'Africa e vi ringrazio.