

MARCO SARBORARIA, Medici Senza Frontiere, Aosta

Buongiorno a tutti e grazie della possibilità di essere qui e di poter parlare di tutti questi argomenti sia da portavoce MSF che per le mie esperienze dirette.

Quello che è cambiato in questi anni per MSF è un po' frutto di un percorso di autocritica.

L'attività è iniziata nel 1971.

Abbiamo visto come in quegli anni si riprendessero spunti dalla vecchia medicina coloniale che era stata la prima ad occuparsi di determinate patologie tropicali e poi dalla medicina basata sull'evidenza, cioè quella che veniva dal terreno a tutti gli effetti, quella che potevano constatare gli operatori che andavano direttamente a curare questi malati.

In quegli anni abbiamo avuto delle ONG, soprattutto quelle di carattere umanitario, che si sono poste il problema di ridurre la mortalità e la morbilità attraverso un lavoro fatto principalmente da prestazioni sanitarie e inizialmente anche da piccole ricerche scientifiche per vedere effettivamente se si poteva modificare l'outcome di questi pazienti.

MSF inizia un lavoro, anche e soprattutto all'inizio, politico di testimonianza perché ci sono dei fattori che effettivamente ostacolano, sia livello locale che a livello globale, uno sviluppo, un'accessibilità a quello che dovrebbe essere un diritto di tutti gli uomini, la salute e l'accesso alle cure.

Quindi ci si è trovati in una situazione in cui si doveva prendere una posizione.

Prendere una posizione non voleva dire rimanere muti di fronte a queste situazioni cercando di fare quello che era possibile compatibilmente con gli stati politici, ma significava abbracciare una scelta politica basata fondamentalmente sul fatto che il medico diventa in quel momento un uomo che si prende in carico il proprio paziente sia come cura che come diritto ad avere queste cure.

In quegli anni, chiaramente, l'organizzazione aveva alcune difficoltà proprio per l'interazione con i vari governi e alcune volte venivano compiute anche delle missioni rischiose in questo senso.

Ci si scontrava poi di fronte ad un problema enorme che era quello della carenza dei mezzi.

Mancava tutto dovunque si andasse!

Da qui la necessità di trovare dei fondi per sostenere da un lato gli interventi e dall'altro riuscire a inviare il personale.

Una medicina in quegli anni che però ha dei rischi perché:

1. sembra assumere l'atteggiamento di una medicina essenziale, povera;
2. si tratta di una medicina da un lato molto clinica e semeiotica (e forse addirittura sotto questo aspetto migliore di quella cui siamo abituati), dall'altro gravata dal grosso problema di non

essere quantizzabile scientificamente e comunque difficilmente gestibile perché non ci sono protocolli, né linee guida;

3. molti atteggiamenti o risoluzioni fanno un po' parte del singolo operatore, delle singole esperienze, dei vari bricolage per aggiustarsi.

A questo punto ci si trova davanti ad altri rischi molto importanti che sono soprattutto:

1. gli insuccessi terapeutici con le conseguenti frustrazioni degli operatori;
2. l'impresenza e il dilettantismo che vengono fuori ed emergono proprio per la mancanza di quello che si diceva, linee guida, protocolli;
3. il pericoloso insediamento di operatori senza scrupoli; operatori che probabilmente non hanno la medicina e neanche tanto meno quella "umanitaria" come loro obiettivo bensì vantaggi personali o economici, carriere che diventano facili laddove sei il "BIANCO" che ha e gestisce i soldi di una ONG e quindi fai un po' il bello e il cattivo tempo del tuo progetto;
4. una forma di perseverare in un colonialismo che diventa in questo caso di tipo sanitario.

A questo punto abbiamo una necessità di competenze mediche che però vanno associate a tutto quello che serve a far girare la macchina degli aiuti: le competenze farmaceutiche, logistiche, amministrative, diplomatiche.

Abbiamo bisogno di:

1. protocolli per tarare gli effettivi bisogni,
2. di magazzini per stoccare i materiali
3. di mezzi di trasporto,
4. di kits
5. di manodopera.

Il kit diventa una risposta: un insieme di oggetti preconfezionati, standardizzati che servono in determinati contesti quindi diventa più semplice la procedura d'invio e di richiesta. Chiaramente con un'utilizzazione flessibile e nel momento in cui va cambiato e aggiornato questo viene fatto in base alle esigenze che arrivano dal terreno.

Ma il processo di autocritica deve essere anche quantizzato, deve essere vagliato da qualcuno con dei dati statistici effettivi che non siano dati magari solo interni oppure autocelebrativi, e che vengano confrontati a livello scientifico.

A questo punto compare "EPICENTRE", un centro di calcolo epidemiologico autonomo e interno che permette di darci effettivamente un'idea di quello che è il nostro lavoro sul campo per poi poter portare, estrapolare questi risultati nel mondo scientifico.

Una volta ottenuto questo centro di raccolta dati abbiamo cominciato ad utilizzarlo e a renderci così conto di dove dovevano essere maggiormente investite delle risorse e dove si poteva effettivamente fare della ricerca mirata.

Bisognava insomma arrivare al punto che i risultati della scienza, gli ultimi, i più recenti potessero essere a beneficio di “tutti” chiaramente adattando questi trattamenti di avanguardia ai diversi contesti.

In quale modo?

Attraverso una semplificazione o un protocollo adattati ad un contesto che permette solo determinati livelli di azione.

E così, ad esempio:

1. viene recuperato il cloramfenicolo oleoso nel trattamento della meningite epidemica,
2. vengono riprese le ricerche sull’eflornitina che come molecola era scomparsa se non per l’impiego in una crema depilatoria,
3. vengono promossi altri studi, come ad esempio sulla malaria per arrivare ad ottenere dei test rapidi più efficaci soprattutto sul territorio.

Si arriva:

1. ad utilizzare delle risorse a volte costose ma che danno garanzia di migliori risultati,
2. ad esplorare dei trattamenti alternativi in base alla medicina dell’“evidenza ma anche in base ai dati che avevamo cominciato a raccogliere che ci dicevano che forse avevamo un numero significativo di campioni che effettivamente statisticamente diventava incidente,
3. ad interagire con altri protocolli, per esempio nella nutrizione dove abbiamo visto che piccoli aggiustamenti terapeutici possono effettivamente arrivare a prevenire in maniera importante e seria la progressione di una malnutrizione negli stadi più severi ed avanzati.

Diventiamo anche attori un po’ “privilegiati di realtà specifiche come ad esempio nelle febbri emorragiche dove effettivamente abbiamo progetti specifici oppure nei campi rifugiati dove il campione umanitario risulta assolutamente differente da tutti gli altri campioni che puoi trovare in altre situazioni.

L’“attendibilità e la credibilità di una raccolta dati fatta sistematicamente e scientificamente poi diventano una garanzia e non un rischio di autoreferenzialità ma anche una revisione di lavori scientifici che erano stati a lungo dei pilastri e che a un certo punto diventano inattuali o inutili.

Abbiamo un passaggio quindi da un ruolo sanitario, non prioritariamente scientifico, ma come dicevo prima, medico-sanitario iniziale, ad uno stato più flessibile, chiaramente sempre medico-umanitario ma

più scientifico che viaggia su dei binari di linee guida e protocolli adeguandoli chiaramente alle osservazioni cliniche ed alle esperienze sul terreno.

Abbiamo avuto alcuni problemi con alcuni stati che negavano l'introduzione di determinate terapie come ad esempio nel caso dell'artemisinina, farmaco estremamente efficace nella lotta alla malaria, abbiamo effettivamente rischiato l'espulsione dall'Etiopia nel 2003 mentre in altri contesti abbiamo avuto dei risultati buoni. Abbiamo pensato che la logica diplomatica dovesse sempre essere sganciata in qualche modo da una negoziazione istituzionale per non rischiare di:

1. non badare agli effettivi bisogni della salute delle popolazioni,
2. rallentare anche i programmi di ricerca,
3. essere scarsamente trasparenti.

I rischi ci sono, quelli di dover dipendere da dei finanziamenti che a un certo punto possono condizionare tutto il decorso di un progetto. Se se devi effettivamente dipendere da questi finanziamenti, quindi da determinati donors o da determinati governi.

Si rischia di:

- doversi adeguare a dei programmi che magari non si condividono completamente,
- fino ad arrivare a forme, oserei dire, di prostituzione per avere il finanziamento.

Rendiamoci conto che questa raccolta fondi, questa ricerca di finanziamenti deve essere in qualche modo sana, non deve essere uno specchietto per le allodole, non deve essere una pubblicità di facciata per cui l'efficacia che poi portiamo è scarsissima. Abbiamo avuto recentemente ad Haiti situazioni in cui dei governi hanno ottenuto uno dando cento, quando altri attori hanno ottenuto cento dando uno. Questa è effettivamente un'autocritica che dovrebbero fare tutti i vari attori e rendersi conto che effettivamente sul terreno, se vogliamo incidere per cambiare qualcosa, questo lo possiamo fare solo attraverso una grandissima trasparenza, un grande impegno, attraverso delle azioni di rete concrete e disinteressate.

L'accesso alle cure e alla salute, almeno quelle essenziali di base, nella nostra filosofia devono essere gratuite a tutti e a tutti i livelli; per ottenere questa gratuità dobbiamo resettare i nostri progetti in funzione di quello che possa il essere il contesto nel quale si vuole lavorare.

Abbiamo avuto grosse difficoltà con la politica mondiale dei farmaci e, dal 2000, abbiamo effettivamente aderito ad una campagna di accesso ai medicinali essenziali, dove si vuole evidenziare ai governi e alle multinazionali quello che effettivamente conta ovvero che certi farmaci non vengono più prodotti perché:

1. non interessano a nessuno perché non possono essere comprati da questa gente che non ha i soldi per pagarli,

2. oppure perché curano malattie che non interessano nessuno perché riguardano quei poveracci che possono anche crepare.

Quindi arriviamo ad un aumento di competenze ulteriore dove a fianco di personale sanitario abbiamo bisogno di giuristi, di economisti, abbiamo bisogno di gente che riesca a negoziare, riesca a imporsi anche con azioni legali, riesca a imporsi a determinate politiche.

Politiche che non sono politiche del passato, sono politiche anche molto recenti: questo comunicato stampa del 14 gennaio 2011 è, per esempio, un nostro invito all'India, proprio al primo ministro, a resistere alle pressioni europee che vorrebbero svendere la salute globale in quanto l'India è un grosso produttore di farmaci a basso costo che permette un'accessibilità di farmaci a una grossissima fetta di popolazione e con questa politica questa fetta di popolazione più povera non avrebbe garantito un accesso.

Arriviamo, per concludere, all'evoluzione di quanto l'innovazione della medicina in questi contesti si ritrovi poi a beneficio della medicina dei paesi sviluppati.

Abbiamo:

1. non, perché fatta in Africa, una medicina di serie B o del pressapochismo e dell'improvvisazione, bensì una medicina che usa test rapidi di ultima generazione e combinazioni di farmaci a dose fissa perché danno una maggiore aderenza alla terapia ed una maggior facilità per la gente che le deve assumere,

2. una necessità di ridefinire e riscrivere determinati protocolli,

3. necessità di supervisionare il lavoro che viene fatto,

4. bisogno dell'apporto della tecnologia, certo, non high tech fine a se stessa, ma di tecnologia che renda, per esempio, la chirurgia e l'anestesia più sicura,

5. bisogno di altre professionalità: insieme alla prestazione sanitaria la riabilitazione e il reinserimento nella società,

6. bisogno di attenerci ad una formazione che sia specifica e che formi veramente queste persone che vanno a lavorare in questi contesti in maniera specifica; faccio l'esempio del chirurgo che deve lavorare in determinate situazioni e dev'essere un chirurgo in grado di fare la maggior parte, se non tutte le situazioni di emergenza, la nostra supersetorialità non permette più di avere delle figure di chirurghi d'urgenza che siano in grado di fare cesarei o viceversa.

Come conclusione direi che quello a cui noi siamo giunti è che l'indipendenza dei fondi:

1. ci garantisce una certa libertà di azione nei progetti in cui vogliamo effettivamente lavorare,
2. ci permette di essere trasparenti e di rendicontare, ed è quello che facciamo.

Cerchiamo sicuramente di monitorare e di implementare sempre più la qualità delle prestazioni, elargite attraverso personale selezionato e qualificato, investiamo sempre di più sulla formazione scientifica e sull'elaborazione dei dati in modo di avere effettivamente degli operatori validi.

Come dico spesso in molte occasioni, non è sempre il contesto ipertecnologico la garanzia di buona prestazione se gli operatori sono scarsamente preparati, ma, al contrario, operatori validi possono, anche con risorse minime, arrivare a risultati eccellenti anche laddove non esiste tutta questa tecnologia ovvero in contesti remoti o di maxi emergenza.

Grazie.