

**CONVEGNO "SUI PASSI DI MARIA BONINO...
Come cambia il modo di fare cooperazione sanitaria in Africa"**

AOSTA 21 gennaio 2011

INTRODUZIONE DI PAOLO BONINO, Presidente Fondazione	p.1
PRESENTAZIONE DR. Carla Stefania RICCARDI Direttore Generale USL Valle d'Aosta	p.2
Prima parte: Le agenzie di cooperazione internazionale, il loro punto di vista	
Paolo Bonino: Moderatore PROF. GIANNI TOGNONI Direttore Consorzio Mario Negri Sud	p.3
GIORGIO TAMBURLINI	p.5
Gianni Tognoni	p.11
DON DANTE CARRARO, direttore CUAMM Medici con l'Africa, PADOVA	p.12
MARCO SARBORARIA, Medici Senza Frontiere, Aosta	p.16
DIBATTITO	p.20
Seconda parte	p.25
Dr. Albert LANIECE, Assessore alla Sanità, Salute e Politiche Sociali Regione Autonoma Valle d'Aosta	p.25
DR. ELISABETTA BELLONI, DIRETTORE GENERALE COOPERAZIONE ALLO SVILUPPO MAE	p.27
DR. KULOSA LUWAWA, DIRETTORE SANITARIO DISTRETTO DI UIGE, ANGOLA	p.30
Discussione	p.33

POMERIGGIO

GREGOIRE AHONGBONON volontario Benin.	P.37
NICOLA D'ANDREA , pediatra, Napoli	p.38
DUCCIO PERATONER	p.39
ANIKO ACZEL	p.47
VALENTINA FIORITO	p.50
DIBATTITO	p.54
Conclusioni di Paolo Bonino e Senatore Fosson	p.58

**CONVEGNO "SUI PASSI DI MARIA BONINO...
Come cambia il modo di fare cooperazione sanitaria in Africa"**

AOSTA 21 gennaio 2011

INTRODUZIONE DI PAOLO BONINO, Presidente Fondazione

Buongiorno a tutti! Grazie per essere intervenuti a partecipare alla seconda edizione del convegno "Sui passi di Maria Bonino".

La maggior parte di voi sa chi era Maria o l'ha conosciuta di persona.

Quest'anno insieme a lei naturalmente non possiamo dimenticare la figura di Liliana Pomi, collega di Maria, membro del comitato scientifico della Fondazione e tra i promotori del precedente convegno; con lei avevamo già cominciato a tracciare questa nuova edizione del convegno ma la sua malattia e la morte repentina ci hanno fatto cambiare molti programmi.

Il tema di questa edizione del Convegno è: "come cambia la cooperazione", com'è possibile cambiare il modo di fare cooperazione.

Avremo tra di noi molti personaggi importanti nel modo della cooperazione sanitaria in Africa, tra gli altri la dr. Belloni, che sta arrivando da Roma, direttrice della Cooperazione Internazionale del Ministero degli Esteri della Repubblica Italiana; il dr. Kulosa Luwawa, che arriva da Luanda in Angola e che è a sua volta il direttore delle politiche materno-infantili del Ministero della Salute dell'Angola; questo per sottolineare come il nuovo modo di fare cooperazione non possa prescindere dal rapportarsi innanzitutto con gli organismi di governo sia in Italia che all'estero e le organizzazioni che vogliono partecipare e fare della cooperazione in un modo più moderno non possono non tenere conto di questo tipo di rapporto.

Il programma del convegno l'avete tutti per cui non sto lì a tediarvi sul come si articolerà.

Un unico, come dire, problema c'è stato perché proprio la dr. Belloni non è potuta arrivare per tempo all'inizio della mattina e per questo motivo gli interventi dei politici saranno fatti slittare nella fase successiva; la prima parte sarà dedicata ad ascoltare gli interventi dei rappresentanti di Agenzie della Cooperazione Internazionale, nella fattispecie il prof. Giorgio Tamburlini dell'Istituto di Ricerca Burlo Garofolo di Trieste e consulente OMS, Don Dante Carraro Direttore di CUAMM Medici con l'Africa e il dr Marco Sarboraria di Médecins sans Frontières.

Abbiamo ora il piacere di avere la drssa. Stefania Riccardi Direttrice Generale dell'USL della Valle d'Aosta che aprirà i lavori del convegno.

PRESENTAZIONE DR. Carla Stefania RICCARDI
Direttore Generale USL Valle d'Aosta

Grazie, buongiorno a tutti, un saluto brevissimo.

Il mio vuol essere un saluto di partecipazione e riconoscenza verso coloro che hanno organizzato questo convegno, che con tantissimo impegno hanno messo in piedi una così importante giornata; in particolare Paolo Bonino, ma anche ringrazio tantissimo la dr. Bechaz e il dr. Debernardi che, prendendo il testimone dalla dr. Pomi, com'è stato ricordato prima, continuano ad occuparsi con tanto impegno di un argomento così delicato come quello della cooperazione internazionale.

Per quanto riguarda quello che l'azienda ha fatto e sta facendo in questo ambito va sottolineato che noi abbiamo tradizionalmente delle attitudini individuali nel nostro ospedale a fare cooperazione internazionale, a vari livelli, in particolare personale sanitario, mi riferisco a medici e infermieri che individualmente e a gruppi, da molto tempo, dedicano parte del loro periodo lavorativo a fare cooperazione in paesi meno fortunati del nostro.

Ma abbiamo anche da ringraziare un'amministrazione regionale che, da sempre, ha sostenuto finanziariamente, ed anche in termini di autorizzazione a svolgere questo lavoro, tutta la cooperazione. Un convegno come quello di oggi, un convegno barra corso, anche perché fornisce dei crediti, credo che sia la formula più vincente per cercare di coagulare più risorse possibili intorno a questo fenomeno e credo che oggi l'argomento più interessante sia quello di capire come strutturare meglio, anche dal punto di vista istituzionale, la cooperazione, come possiamo noi incardinarci in percorsi istituzionali più strutturati per non disperdere inutilmente risorse, per fare qualcosa di davvero utile.

Vi auguro una buona giornata e mi auguro che la cooperazione possa dare frutti sempre più intensi anche da parte della nostra azienda. Grazie.

Prima parte: Le agenzie di cooperazione internazionale, il loro punto di vista

Paolo Bonino: Invito il moderatore della mattinata, prof. Tognoni, a introdurre i lavori

Moderatore PROF. GIANNI TOGNONI
Direttore Consorzio Mario Negri Sud

Grazie.

Io ho risposto all'invito e al compito di moderatore proprio grazie alla collaborazione ed amicizia che ho avuto con Maria Bonino e poi con Liliana Pomi, anche quando lavoravo più intensamente con la Valle d'Aosta; mi sembrava particolarmente importante vedere che cosa può dire un'esperienza così locale e con una fondazione che va avanti in un certo lavoro, di fronte a domande che sono così grandi, importanti da discutere insieme, perciò stiamo ad ascoltare le persone che operano dal di dentro. Perché porsi la domanda "se e quanto è cambiato nella cooperazione con l'Africa in questi anni?" Se cambia qualcosa di importante e di profondo con l'Africa, cambia un po' tutta la logica del rapporto tra coloro che hanno le risorse e talora pretendono di aver anche le risposte e coloro che hanno i bisogni e hanno domande che non sempre coincidono.

E, in fondo, questo era un po' all'origine di una Maria Bonino quando da giovane ha cominciato e, in seguito, il coinvolgimento di una cultura locale, concetti di cui spesso si discuteva anche con Liliana. Non voglio fare introduzioni, sono qui soprattutto ad ascoltare, soltanto due cose: penso che nel titolo "come cambia il modo di fare cooperazione" sia molto importante porsi nella posizione del pre-titolo "sui passi di Maria Bonino" : non c'è dubbio che il rapporto con le istituzioni ufficiali nazionali e internazionali, che saranno poi discusse esplicitamente, necessiti di un'analisi.

Mi sembra che ci siano 3 cose che Maria aveva intuitivamente fatto durante tutto il suo percorso:

- 1) la continuità: il problema della cooperazione ha a che fare molto col sapere se si tratta di cultura e politica o si tratta di interventi; questo è stato il modo con cui, pur nell'apparente discontinuità di tante cose, Maria ha portato avanti, una presa in carico successiva più approfondita e più mirata ai diversi bisogni.
- 2) le tante e diverse attività che Maria ha svolto, che possono essere viste un po' come una dispersione, sono di fatto una specie di guida come a dire "guardate che la cooperazione non è un pacchetto preconfezionato e uguale per tutti". La cooperazione, diretta a popoli diversi in condizioni diverse, esige continuità e coerenza, ma anche capacità di diversificazione che non pretenda ogni volta di ripetere uno stesso modulo ne' nelle diverse regioni ne' nei diversi tempi; e questo è tutt'altro che facile quando le cose diventano istituzionali, laddove tutti pretendono di avere delle risposte globali e generalizzate.
- 3) punto evidente, del quale sentiremo parlare oggi, molto chiaro per Maria e Liliana: la cooperazione è probabilmente una delle parole più pericolose che esistono e che tendenzialmente dovrebbero scomparire. Per essere più chiaro: o c'è una condivisione gradualmente effettiva di una cultura comune e in cui effettivamente si sta parlando di uno sviluppo umano che appartiene a tutti nella stessa maniera, altrimenti la cooperazione rimane una cosa che parte dall'alto verso il basso, da quelli che più hanno a quelli che meno hanno; lo si vede in Italia, lo si vede a livello internazionale. E' la rottura completa del concetto degli obbiettivi della cooperazione perché è come dire che i diritti umani sono dei diritti di pochi che li hanno proclamati perché non ne avevano bisogno per gestirli ogni tanto con un atteggiamento più o meno di favore verso i tanti che non li hanno. Questo, sia a livello economico che a livello effettivo d'intervento anche in Sanità, non potrà mai essere una soluzione ed è in fondo la grande sfida cui c'invitano questi PASSI che Maria ha fatto; certo lei non è stata una persona che faceva calare le cose dall'alto e tutta la sua storia è stata in questa direzione.

Mi scuso per la lunghezza di questa introduzione, volevo soltanto esprimere un saluto e un ricordo di cui avevo più bisogno io per ritornare ad Aosta ricordando Maria; penso che adesso possiamo cominciare con la prima relazione, quella di Giorgio Tamburlini.

Giorgio è uno dei grandi protagonisti della cooperazione, soprattutto nel campo materno-infantile; ha percorso un po' tutte le strade, da quelle del lavoro sul campo a quelle del rapporto istituzionale e soprattutto ha mantenuto questa capacità e curiosità di porsi domande molto prima di darsi delle risposte. Grazie.

GIORGIO TAMBURLINI

Grazie Gianni.

Grazie per l'invito, ci tenevo molto ad esserci. Spero di aver interpretato questo mio contributo nel senso proprio di un invito al ragionamento. Cercherò di seguire le fila di un pensiero sull'aiuto allo sviluppo, alla cooperazione, pensiero che non pretendo sia innovativo, anzi per certi aspetti è vecchio, solo che continua ad essere minoritario, nonostante le evidenze abbastanza pesanti che ci sono in suo favore; e quindi volevo fare questo percorso con voi, rendendomi conto che per alcuni di voi tutto questo sarà in qualche modo scontato, forse per altri potrà suggerire delle riflessioni.

Allora: (1) questi sono attualmente i dati sulle morti infantili, o meglio, come dice l'indicatore universalmente accettato, le morti dei bambini prima che abbiano compiuto i 5 anni; non pretendo che diate un'occhiata ai numeri, ma questo istogramma orizzontale vi fa vedere che c'è stato sostanzialmente un progresso in tutte le aree del mondo. Per questo progresso, che è significativo, ci sono voluti peraltro 18 anni, questo progresso in alcune aree è minore che in altre ed è minore nelle aree del mondo dove la mortalità era ed è più alta. Quindi, in qualche modo, si sono accresciute le diseguaglianze e questo, ve lo dico io perché la slide non ve lo dice, rispetto ai famosi obiettivi del millennio che volevano una riduzione dei due terzi della mortalità sotto i 5 anni per il 2015, dice che una buona parte dei paesi sono al di sotto del trend per il raggiungimento di questo obiettivo.

Questa (2) è un'immagine che molti di voi, che si occupano di salute materno-infantile avranno visto perché è stata per la prima volta pubblicata su una famosa serie di articoli del Lancet del 2003 e poi aggiustata in base ai dati che a mano a mano venivano senza che cambiasse molto: sono le cause di morte nei primi 5 anni, che sono fondamentalmente sempre le stesse, sempre quelle 5 o 6; l'unica cosa che è un po' cambiata è questa fetta della torta gialla che indica la mortalità neonatale che rispetto alla mortalità totale va progressivamente aumentando ed è ormai fra il 40, il 50 e più per cento a seconda delle aree del mondo.

L'altro prospetto che è importante ai fini del discorso che vogliamo fare è che circa metà di questi decessi non si verificherebbero se i bambini fossero ben nutriti. Questo non significa che metà dei bambini muoiono di malnutrizione, ma significa che a causa di malnutrizione clinicamente evidente oppure non evidente, le malattie comuni diventano più frequenti, soprattutto più gravi, quindi portano a decesso.

Questa mappa (3) vi fa vedere dipinti in verde i paesi che hanno avuto un progresso, quindi una riduzione significativa della mortalità sotto i 5 anni e vi fa vedere in giallo i paesi che hanno avuto un progresso lento e insufficiente e vi fa vedere in rosso i paesi che non hanno avuto progresso.

Quella macchia rossa che sta fra il Pakistan e l'Iran, vi fa capire come molti di questi paesi dove non c'è stato nessun progresso sono paesi che hanno avuto due problemi in più, uno è quello della guerra l'altro quello dell'AIDS.

Questo grafico (4) che è forse un attimino più difficile da interpretare...vi invito a dare un'occhiata alla parte sinistra: vedete una serie di pallini rossi e una serie di pallini verdi: i pallini verdi indicano i paesi che hanno avuto un progresso nella mortalità infantile e sono riusciti a coniugare questo progresso con la riduzione delle diseguaglianze tra ricchi e poveri, mentre i pallini rossi che sono molto più frequenti, sono paesi che hanno avuto sì un progresso, però a scapito dell'uguaglianza e quindi questo progresso si è verificato molto di più in alcune parti della popolazione, quindi influenzando molto sulla media, e molto di meno o niente affatto nelle parti più povere della popolazione.

Sui numeri, 7,7 oppure 8,8, c'è una competizione in questo momento fra le due modalità, i due gruppi istituzionali che calcolano la mortalità delle morti infantili, uno basato nella famiglia delle Nazioni Unite e uno basato su un istituto chiamato Health Metrics, sostanzialmente finanziato da Bill Gates, fanno i conti e arrivano a numeri diversi per quanto riguarda le morti infantili; cosa che non dovrebbe spostare di molto, anzi non sposta affatto il ragionamento che faccio io, ma è curioso sapere che quei pochi denari, quelle poche risorse poi vanno anche un po' persi in questi esercizi che aiutano a capire, ma poi creano anche difficoltà e complicazioni e che nascono da competitività, di fatto di carattere chiamato così, di tipo accademico-istituzionale fra entità che poi pretendono di dare le linee.

Ma torniamo a questo punto: se questi 7.7 o 8.8 milioni di bambini che muoiono sotto i 5 anni sono la punta dell'iceberg, dobbiamo renderci conto che la montagna è costituita da un numero enormemente superiore, diciamo 150 milioni di bambini, che a causa di malattie che non conducono a morte, disabilità conseguenti a malattie, incidenti, alle privazioni di vario tipo, non possono raggiungere quel livello di sviluppo intellettuale, cognitivo, fisico, quindi umano, sociale a cui avrebbero diritto. E quindi questo è un aspetto che non può essere dimenticato perché noi non dobbiamo occuparci di mortalità, noi dobbiamo occuparci di salute.

Strettamente connessa alla mortalità dei bambini è quella delle madri. Anche qui 5 c'è negli ultimi anni un certo contrasto sulle cifre, ma insomma siamo sulle 400.000 morti materne all'anno che si concentrano negli stessi paesi in cui si concentrano le morti dei bambini; questo non deve sorprendere, in parte perché o soprattutto perché i fattori sono sostanzialmente gli stessi, e in parte perché i bambini che sopravvivono, diciamo così, alle proprie madri, sono bambini che hanno un destino in gran parte segnato. Un ultimo studio, pubblicato su Lancet, sulla sopravvivenza dei bambini in India: sopravvissuti a madri morte per parto o comunque per cause legate a gravidanza e parto indicano una mortalità a 10 anni del 700 per mille.

Altri due aspetti, e poi finisco questa parte. Tutti voi sapete che il grosso della mortalità sotto i 5 anni, o per lo meno una buona parte, si concentra nei primo mese, o intorno ai primi mesi, e nell'interno del primo mese si concentra nei primi giorni. Questo dovrebbe immediatamente farci concentrare l'attenzione su questo periodo che riguarda la gravidanza e il parto e tuttavia, negli ultimi 10, 15 anni nonostante quest'evidenza ci fosse già vent'anni fa, (ricordo che quando abbiamo iniziato a lavorare a Maputu in Mozambico nell'85, questa faccenda era assolutamente evidente tanto è vero che questa è stata fin dall'inizio l'enfasi che si è cercata di dare pur con molte difficoltà e parecchi errori) e tuttavia il calo della mortalità neonatale non è stato così rapido e questo poi non meraviglia sapendo cosa è stato fatto in queste decadi nei vari paesi: è stato molto più lento di quello che c'è stato nella mortalità postnatale cioè dopo i primi mesi e primi anni di vita.

Passiamo adesso agli interventi.

C'è stata una specie di rivoluzione concettuale iniziata da questo gruppo che si riuniva tra l'altro a Bellagio e che conosco bene avendoci anche lavorato assieme, che a un certo punto ha elaborato, in base ai concetti della medicina basata sull'evidenza, una serie d'interventi efficaci sulle cause principali di malattia. I bambini muoiono per quelle 5, 6, 7, 8 cause, esistono interventi efficaci che se attuati sono in grado di ridurre la mortalità per quelle cause. Nella prima serie del Lancet questi interventi sia preventivi che terapeutici erano 23 e si calcolava che una buona quota, fra il 50 e 60% di tutti i decessi, potessero essere evitati con l'applicazione di questi interventi. Adesso non entriamo nel dettaglio; quello che voglio dirvi è che in realtà dal 2003 ad oggi questi interventi essenziali evidenti bases sono diventati 52,53,54 e anche questo ci serve per il nostro ragionamento. Ma se di questi 52,53,54 prendiamo quelli essenziali, cioè quelli proprio salvavita sui grandi numeri, che partono dall'assistenza al parto e includono le vaccinazioni essenziali, includono gli antibiotici per la polmonite o l'idratazione orale per la diarrea e se noi andiamo a vedere come sono distribuiti e quanti bambini oggi effettivamente usufruiscono di questi interventi ci possiamo avvalere di questi magnifici lavori fatti dal gruppo di Sever Vittoria che fanno vedere, come in questo grafico (5), in cui la distribuzione degli interventi che va da 0 al 100%, cioè questi sono i bambini che hanno avuto i 6 interventi basilari, viene distribuita per i 5 quintili della popolazione in base alla ricchezza: cioè a sinistra avete il quintile più povero e a destra avete il quintile più ricco. Quindi la gran parte della popolazione, non solo il quintile più povero, ma i 4/5 della popolazione, non raggiunge il 50% di copertura di queste cose basilari, mentre per 2 di questi paesi, il Nicaragua e il Brasile, poi vedremo qualcosa su questi paesi, la curva ha un carattere fondamentalmente diverso, cioè sono i più poveri che sono in gran parte esclusi, mentre tutti gli altri sostanzialmente possono usufruire di questi interventi essenziali.

Questo grafico (6) è ancora più esplicativo perché vi fa vedere le estreme differenze che ci sono nei vari paesi. Prima Gianni diceva che gli interventi e le strategie e il modo di muoversi non può essere un pacchetto che si applica ovunque. Allora proviamo ad immaginare cosa significa trovarsi in Nicaragua o in Colombia con $\frac{1}{4}$, il 20% della popolazione che è esclusa dagli interventi basilari; e cosa significa, invece,

trovarsi in Ciad o in Niger dove il 4/5 della popolazione è esclusa; cioè sono situazioni completamente diverse che richiedono strategie diverse e che, oltre a queste ce ne sono altre di differenze, culturali, politiche concettuali.

Poi c'è un altro aspetto che questa diapositiva, forse un po' complessa, illustra (7). Il concetto di benefit incidence, che è stato inventato come molte altre cose utili (peccato che poi la realizzazione pratica lasci molto a desiderare, all'interno dei gruppi tecnici della Banca Mondiale). Cosa sta a significare? La benefit incidence indica quella parte dei benefici di un progetto che va effettivamente a beneficiare il 20% più povero della popolazione. Tenendo presente la situazione di inequità noi dovremmo fare in modo che la gran parte degli interventi, perché alcuni devono avere per forza un carattere universale, vada effettivamente a beneficiare quelli che sono più poveri, non per una questione ideologica, ma semplicemente perché son quelli che hanno più bisogno di cure e quindi che ne beneficiano maggiormente se siamo in grado di raggiungerli. Allora, se noi stiamo ad un livello del 20% di questo indice, vuol dire che non cambiamo la realtà, cioè che diamo al 20% dei più poveri il 20%; se noi siamo all'80%, noi effettivamente facciamo un intervento che beneficia i più poveri.

Il Centro Nutrizionale in Argentina, che era stato creato ai tempi della crisi, effettivamente raggiungeva in gran parte i poveri, ciò non sorprende visto che alla periferia di Buenos Aires sono facilmente individuabili; bastava andar lì ed era difficile che venissero i ricchi a prendere la ciotola di minestra.

Però, vedete, che gran parte degli interventi sanitari, la campagna per le vaccinazioni del morbillo in Zambia, le reti medicate in Tanzania, e addirittura quel bellissimo programma di **Midways** di ostetriche che il Bangladesh aveva organizzato per fare in modo che le donne non partorissero da sole a casa senza assistenza, ha avuto in realtà una benefit incidence per lo meno all'inizio che addirittura ha beneficiato le donne escluse ed anche i mezzi necessari per promuovere tale attività. !!!!

Io faccio sempre vedere questa diapositiva (8) perché dovrebbe dirci, cioè ci deve dire, che se noi lasciamo che le cose vadano come vanno, gli interventi vanno tutti a finire così. E' una legge naturale. E' stata addirittura formulata da Tudor Hart, un medico inglese del 1970, la legge delle cure inverse, chi ha più bisogno riceve meno aiuti e viceversa. Per una serie di fattori che riguardano sia la modalità d'offerta, sia la richiesta di servizi.

Veniamo alle strategie principali di fronte a questa situazione che ho delineato nei suoi punti principali. Il grosso delle attività internazionali di cooperazione allo sviluppo, aiuto allo sviluppo, come volete, da parte della comunità internazionale, da parte dei grandi donatori, da parte delle grandi organizzazioni non governative, è in buona parte, se andiamo a vedere il flusso dei finanziamenti, centrato su una strategia che fondamentalmente è ancora polarizzata sul concetto del child survival, cioè dobbiamo salvare la vita a quegli 8 milioni di bambini e a quelle 300-400 mila donne.

Il ragionamento è molto semplice: direi che è semplicistico e che deriva in questo, non a caso, da (e non voglio fare un'annotazione, come dire, men che meno di tipo etnico, culturale) ma deriva da un'impostazione molto americana che ha l'egemonia concettuale; lo stesso gruppo di Bellagio è fatto da accademici o personaggi delle università americane, e quelli che non sono americani hanno studiato là o hanno lavorato con loro. Per cui questo modo di pensare, che esiste una soluzione tecnicamente possibile e che il problema è quello di applicarla, è ancora maggioritario.

Quindi i bambini muoiono per 9 cause, poi se mettete anche quelle neonatali diventano 14, muoiono in 42 paesi, che poi secondo la lista del count down del 2015 diventano 60, sempre nei paesi poveri, queste morti possono essere evitate con i 25, che poi sono diventati 52, interventi, che curano le cause principali, quindi: qual è il problema? Trovare i soldi per DELIVERY, consegnare questi interventi in quei paesi.

E quindi il problema è trovare i soldi con grandi conferenze, G8, G20, il problema è trovare i soldi e mettersi d'accordo sulle strategie di delivery. E lì i tecnici elaborano delle formule concettuali per cui bisogna fare in un modo piuttosto che in un altro.

Ci sono stati degli sviluppi recenti in questa strategia, degli sviluppi devo dire anche positivi, quindi un'enfasi maggiore su gravidanza, parto e cure neonatali a partire dalla riunione del G8 di Tokio, c'è stata un'accentuazione sul materno-infantile che è stata ripresa anche recentemente; si voleva anche

qui creare una specie di global fund per il materno-infantile che, io dico fortunatamente, non è stato creato per via che non c'erano abbastanza soldi. Si è giustamente messo l'accento sulla continuity of care, nel senso che non basta intervenire su uno dei livelli, ma bisogna continuare anche sui livelli successivi altrimenti si perde l'intervento stesso e la sua efficacia; bisogna agire sulle strozzature del sistema sanitario, rinforzando il sistema sanitario: alla buon'ora! Ce ne siamo accorti perché molti di quei sistemi sanitari sono estremamente deboli. Bisogna armonizzare gli interventi delle diverse agenzie: chi ha avuto un minimo di esperienza sa che c'è una dispersione enorme di lavoro fra, non solo l'agenzia delle Nazioni unite, ma anche fra diverse ONG che poi vanno a fare a volte le stesse cose, a volte cose diverse, ma in sostanza, e qui c'è stata una famosa dichiarazione di Parigi che chiama tutti ad armonizzarsi ecc. ecc.

L'altro aspetto è che sono sempre più basate sulle partnership. Le partnership sono un'idea emersa che sostanzialmente dice pubblico e privato, cioè agenzie internazionali, privato sociale, ONG e privato, fondazioni come Bill Gates, ma anche il contributo delle case dei vaccini, collaborano a creare dei contenitori che poi loro stessi erogano a fondi, dirigono progetti ed emanano delle linee guida generali. Adesso non voglio entrare nei nuovi meccanismi di finanziamento che sono stati elaborati, a cui ha dato un contributo anche il nostro Giulio Tremonti, sono dei meccanismi di finanziamento che lasciano a volte di stucco, come quello che doveva finanziare la produzione e la diffusione di vaccini; lasciano di stucco perché sono abbastanza poco scientifici nel considerare, e lo dico in modo eufemistico, rischi, benefici e costi, soprattutto costi rispetto a priorità dell'estensione dei nuovi vaccini in realtà di paesi in via di sviluppo.

Il discorso che volevo fare nell'ultima parte della mia presentazione è quello di vedere se è possibile una strada diversa e che cosa dovrebbe dirci un'analisi un po' diversa della situazione.

Questo è uno schema che ho ripreso sostanzialmente dalla relazione che ha fatto il gruppo dell'OMS che si è occupato dei determinanti della salute. Vi fa vedere che procedendo da sinistra verso destra avete i grossi determinanti socio-economici, quindi il reddito, la povertà, la proprietà della famiglia e poi avete a cascata una serie di altre entità che in parte dipendono o sono fattori della povertà, come la capacità di avere del cibo, l'educazione, i diritti delle donne e quindi tutti gli aspetti che riguardano le pratiche riproduttive, la relazione, il partnership, e alla fine tutto questo si traduce nel fatto che esista di fatto uno stato di salute o di malattia oppure uno stato di pre-malattia. E' come vedete dal basso ci sono politiche che influiscono sui diversi pezzi e sulla cascata dei diversi fattori. Dove all'inizio ci sono le politiche macroeconomiche e fiscali, in mezzo ci sono tutte le politiche che hanno a che fare con nutrizione, scuola e compagnia bella e poi, naturalmente, ci sono le politiche di sistema sanitario. I determinanti distali, cioè quelli economici di base, spiegano da uno a due terzi delle differenze degli esiti di salute, naturalmente dipendendo dal contesto ed essendo più pesanti laddove la povertà e la povertà estrema sono prevalenti, però influenzano l'accesso alla qualità delle cure, perché l'accesso alla qualità delle cure dipende ovviamente da elementi che possono essere logistici, economici, culturali che hanno a che fare evidentemente con quei determinanti di reddito, di educazione anche dal punto di vista degli operatori che questi interventi distribuiscono.

Vi faccio vedere solo uno dei tanti grafici che mostrano l'incredibile influenza di alcuni di questi fattori. Questa è la percentuale di donne analfabete che vi fa vedere che quanto più aumenta la percentuale di donne analfabete, quanto più diminuisce e tende allo zero diminuisce in modo drastico la mortalità materna, neonatale e postnatale, per una serie di fattori che hanno a che fare con la presa in cura di sé, conoscere quello di cui si ha diritto, controllare le nascite, posticiparle, non avere gravidanze nelle epoche estreme, ma avere un numero di gravidanze adeguate e sostenibili e di prendersi cura dei propri bambini.

Quindi, se noi ricapitoliamo e vediamo come mai in un paese ad esempio come l'Angola, di cui si parla oggi, o in altri paesi che hanno una mortalità che si avvicina al 200 per mille, quindi 50 volte più della nostra, cosa succede? C'è una serie di fattori che partono da una maggiore esposizione a fattori, cioè un maggior rischio di contrarre malattie, si è esposti alle zanzare, come si è esposti a non mangiare abbastanza, come si è esposti a un determinato ambiente dal punto di vista igienico-sanitario e così via.

Si è meno suscettibili, perché come i medici sanno se uno non mangia il sistema immunitario non risponde adeguatamente, ma ci sono anche suscettibilità di tipo psico-emotivo, cognitivo e non solo fisico e immunitario; cambia l'accesso agli interventi preventivi, l'accesso ai servizi, la probabilità di cure appropriate e quindi l'accesso alle cure di secondo livello.

Se noi teniamo presente questa cascata dobbiamo capire in maniera abbastanza semplice che ci sono parecchie cose da fare lungo tutta questa cascata perché altrimenti tu agendo solo alla fine evidentemente non fai altro che tappare il buco di una corrente che continua ad avere le sue ragioni di produzione.

La strategia basata sui pacchetti che vanno distribuiti è una strategia che non può essere efficace, o può essere poco efficace nel breve tempo, aumenta spesso le diseguaglianze, questo ve l'ho spiegato in breve, comunque tende a produrre effetti di breve durata: chiunque di voi abbia lavorato in ospedale sa che può risolvere il problema in quel momento, ma inevitabilmente il problema si ripresenta soprattutto nei bambini, nelle donne fortunatamente visto che i parti non sono 10 mila, se aiutata la donna a partorire in modo decente, quello evidentemente è un passo avanti che rischia anche di essere permanente. Le ragioni dell'insuccesso di questi programmi basati sui pacchetti sono le stesse che portano, se ci pensate bene, all'insorgenza delle malattie che noi dovremmo contrastare.

Un'immagine che uso spesso, circa i sistemi sanitari di questi paesi, è che sono come un albero di Natale. Su un albero di Natale, che è un sistema, noi possiamo attaccarci un certo numero di palline, che sono gli interventi; non possiamo attaccarcene cento perché non ci stanno, cadono, c'è il collasso dell'albero; quindi non possiamo continuare a proporre a questi paesi, magari anche finanziandoli, soprattutto finanziandoli con programmi verticali che poi sono in competizione fra loro, perché rischiamo di uccidere l'albero. Quindi, soprattutto, quel che va fatto va sostenuto l'albero in modo che questo sia in grado di erogare dei servizi minimi. Non basta la crescita economica, qualcuno dice ma se noi garantiamo la crescita quel processo del tricol down tutti se ne giovano.

Guardate com'è diminuita la malnutrizione in India, che ha avuto una crescita molto sostenuta, i più poveri sono ancora a un livello superiore al 50%, l'hanno ridotta di quasi nulla; guardate i meno poveri come l'hanno ridotta in modo drastico. Questo è quello che fa la crescita economica non corretta da elementi di redistribuzione del reddito e da politiche di welfare.

Ma un'altra strada è possibile, e lo dico in modo molto sintetico.

Questo è il Brasile, questi sono gli stessi bambini malnutriti in Brasile, a sinistra avete l'enorme differenza che c'era nel 1989 fra ricchi e poveri, ricchi che avevano il 10% di malnutrizione, ricchi si fa per dire, il 20% diciamo meno povero, e il 40% invece era la proporzione nei più poveri, che si è enormemente abbattuta grazie a una serie di politiche che quel paese ha fatto.

Cominciando dal Brasile, visto che l'ho citato, cosa ha fatto? Lo dico proprio in modo molto sintetico. Ha aumentato più volte il salario minimo, ha combattuto tutta la povertà e la malnutrizione con una serie di politiche sociali volte alle famiglie, che a volte hanno avuto risultato zero, ma che hanno contribuito; hanno creato un sistema universale di cure, hanno creato un sistema di cure alla famiglia che funziona anche nelle zone rurali.

Ma io volevo citare il sistema dello Sri Lanka, perché ultimamente mi sono occupato di quei paesi e ho notato subito come ci fosse una differenza enorme fra lo Sri Lanka che ha la stessa, anzi un'economia più lenta, in questo momento, dell'India, ha un reddito medio più basso, e ha una mortalità sotto i 5 anni che sta in questo momento fra l'11 e il 15 per mille. Quindi una mortalità europea, praticamente come eravamo noi non molto tempo fa.

Ha fatto questo attraverso una serie di politiche che sono iniziate con l'indipendenza più di 50 anni fa, han dato l'accesso universale all'educazione alle donne, han dato acqua e servizi igienici in gran parte, han dato l'accesso a cure di qualità. E lì, a differenza dell'India dove il 50% e più delle donne partoriscono ancora in casa, ma partoriscono in casa, che non sarebbe un problema, senza assistenza di nessun tipo, partoriscono assistite da Midwife che sono, diciamo così, formate all'inglese e sanno quello che fanno.

Cosa ha fatto la differenza? Queste cose hanno fatto le differenze e sono esattamente le stesse cose che hanno fatto la differenza da noi, in Inghilterra, in Svezia, nei paesi che hanno tenuto conto di

queste cose, quindi sono in grado di documentarle prima che arrivassero gli elementi tecnologici per la salute, gli antibiotici ecc.

Quindi focalizzarsi sull'apice della piramide non basta e questo è un messaggio, sostanzialmente, per chi di noi fa cooperazione. Dovremmo tentare per lo meno di scendere di uno scalino, cioè di occuparci di quello che vien chiamato il distretto nel sistema di salute, facendo in modo che perlomeno il nostro intervento abbia degli elementi di rafforzamento. Naturalmente questo va discusso con i locali, va concertato assieme, vanno individuate le priorità, non vanno imposte le priorità, va discusso. Sappiamo tutti che a volte le priorità in questi paesi sono per noi ufo, a volte chiedono delle cose che ci sembrano inappropriate, ma lì sta l'elemento di cooperazione, di discussione onde individuare assieme le cose da fare.

Queste sono le cose da fare. Tre livelli quindi: gli interventi essenziali, gli interventi di rafforzamento del sistema sanitario e le politiche che tengono in piedi i fattori determinanti, cioè che li migliorano, che danno alla gente la possibilità di stare meglio e quindi di non ammalarsi.

Questa la salto, le ultime due.

Abbiamo degli ostacoli. Voi mi dite, ma se questo è così evidente perché non si fa? Questa è una discussione che può prendere tutto un seminario. Ci sono dei conflitti d'interesse anche fra quanti propongono, diciamo, al livello più alto dell'apparato, come dire, mi vien da dire militare-concettuale...ad un certo punto!

Hanno in realtà dei conflitti d'interesse con le case che producono farmaci e vaccini. Queste cose che si dicono implicano anche una presa di coscienza anche dei governi locali e nazionali, che non sempre c'è; c'è un quadro nazionale che spinge sulle emergenze piuttosto che sugli interventi di sviluppo e mangia, come tutti voi sapete, tutti i fondi disponibili.

Volevo concludere con il fatto che ci sono dei passi avanti. Alcune agenzie internazionali, sia l'OMS che l'UNICEF, in alcune parti del mondo e alcune ONG, e mi piace anche qui citare il CUAMM che è qui presente, hanno fatto dei passi avanti proprio in questa direzione, che è una direzione anche tecnica, non è solo concettuale; quello che diceva Gianni prima, è fondamentale cioè che cosa significa cooperare, cosa significa confrontarsi coll'altro, fare delle cose assieme, ma c'è anche un elemento tecnico che significa rendersi conto che alcuni interventi funzionano, altri invece hanno le gambe corte. Grazie

Gianni Tognoni: Grazie mille a Giorgio Tamburlini. Penso che faremo poi la discussione.

Complessivamente, mentre chiedo a Don Carraro, penso sia lui a fare il secondo intervento, di tener presente un punto chiave che mi sembra importante per questo discorso della cooperazione, anche per discutere poi con gli interlocutori politici; sembra che ci sia proprio una domanda che vien posta specificamente per l'Africa e per la cooperazione. Ci sono due paesi citati, molto diversi per storie per sviluppo. Brasile e Sri Lanka. Sono paesi per i quali la cooperazione ha fatto molto poco, sono paesi che hanno trovato all'interno un'idea per il problema dello sviluppo. E allora il problema di fare della cooperazione è anche l'alfabetizzazione delle donne, non solo la salute; per paesi come l'Italia, l'Europa che rischiano di concentrarsi o di mantenersi concentrati sulla salute. In questo senso il concetto di salute sta nel fatto che questo serviva, che è un termine così medico, che si rappresenta e si concentra in studi epidemiologici, quando il problema della life, nessuno di noi parla del problema del serviva dei nostri bambini nei nostri paesi, parliamo del serviva in Bangladesh; è un po' come dire che questa è una malattia del paese, non è un diritto alla vita di questo paese; penso che in questo senso, tecnicamente anche nella formazione, visto che parleremo anche di formazione, perché è importante anche come formare gli operatori di questi paesi ad essere operatori di cittadinanza non soltanto di salute, e di questo parleremo.

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. Avanti.

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. Avanti.

Allora, se è vero, tanto per darvi un altro elemento, la mortalità under five sono 10 milioni rispetto, p.es., 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 all'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...c'è discrepanza. Vuol dire che gli interessi che governano questi flussi finanziari sono di altra natura rispetto all'obiettivo 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. Avanti.

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'onership 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. Avanti.

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. Avanti.

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. Avanti.

Il Ministero ha fatto proprio anche in questo caso la domanda e sta sostenendo il lavoro, nel nostro piano 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. Avanti.

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 scelte 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 piedi? 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. Avanti.

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. Avanti.

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 son 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 le 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 incam 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. Avanti.

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. Andiamo pure avanti.

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. Avanti.

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. Avanti.

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. Avanti.

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. Avanti.

Questo invece è uno studio che abbiamo fatto nella zona di Oyam. Lì nel distretto dove stiamo lavorando. Avanti.

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.

Gianni Tognoni. Grazie a tutti. Il commento con cui ha concluso penso che riassume il pensiero di tutti. Passiamo al terzo intervento di questa prima parte, sulle agenzie di cooperazione ed è Marco Sarboraria, un altro protagonista, Medici senza Frontiere.

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'impreparazione 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 contesto 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 supersettorialità 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.

Gianni Tognoni: grazie. Chiedo a Giorgio e Don Dante di venire qui. Abbiamo penso un quarto d'ora per un po' di discussione. Penso di ritenere che, a partire da questa storia di MsF, che poi riprende per certi versi una parte complementare di quella del CUAMM, mi sembra uno dei punti che emerge sempre di più e che soprattutto per l'Africa dovrebbe diventare specifico e che era il grosso messaggio di Maria Bonino e di Liliana. Il fatto di parlare ed entrare in cooperazione esattamente si pone qua. Se cooperazione significa cercare risposte a domande inevase o a bisogni che non hanno risposte, il problema si pone come lavoro che di per sé e complessivamente è un lavoro di ricerca permanente. Questa divisione continua a porsi tra assistenza e poi facciamo anche ricerca. E' proprio un problema da superare: se uno non si mette a pensare che qualsiasi trasferimento di discorso di efficacia...tutti avete citato la medicina basata sull'evidenza, non facciamoci prendere da questa trappola! La maggior parte della nostra medicina basata sull'evidenza è una trappola mortale per i paesi in via di sviluppo. In una delle diapositive presentava si ricordavano i morti per malattie croniche degenerative sono ovviamente di più, si dichiara che non sono evitabili perché non abbiamo risorse. Ma il problema è che, se uno pretende di trasferire in questi paesi i farmaci essenziali per l'ipertensione piuttosto che il rischio cardiovascolare, distrugge complessivamente la cultura dei medici di questi paesi, li fa diventare falsi competenti. Per cui il problema è importante perché, e riprendo un'altra parola chiave che avete preso tutti e su cui tutti siamo d'accordo. In sistemi in via di sviluppo, per garantire qualità è di far ricerca, non di fare controlli. Coloro che fanno i controlli peggiorano la qualità, consumano risorse e peggiorano la qualità perché la concentrano soltanto nei settori dove si prestano per fare qualità, perché sono talmente bassi che non si può neanche far qualità, si dice è uno schifo e non si misura.

Allora, soltanto se uno si mette a fare ricerca sa qual'è il grado di miglioramento.

Penso che queste sono le cose importanti per i paesi africani, anche perché l'educazione e la formazione di queste scuole perché altrimenti si dovrà riprodurre un po' la dissociazione che noi abbiamo.

Adesso io non parlo più. Se ci sono domande abbiamo un po' di tempo, successivamente ne avremo per altre domande.

D.: Buongiorno a tutti, sono **Giovanni Cardellino**, medico ex dell'ospedale di Aosta e da 10 anni cooperatore in Uganda.

Volevo fare una considerazione che faccio a me stesso, appunto, come medico che interviene in Africa, ma la vorrei fare anche a voi, per avere da voi delle risposte.

Ci è stato detto che ci sono tantissimi interventi in molti posti dell'Africa non organizzati, tanti soldi che arrivano in modo disorganizzato; e questo, purtroppo, è un fatto.

Ci è stato detto che adesso si cerca, il CUAMM lo sta facendo, di verificare, di mettere degli indicatori di risultato per capire che i fondi vadano a buon fine e questo è importantissimo. Però questo resta sempre nelle singole, piccole realtà. Cioè tu intervieni in un ospedale, verifichi che i risultati che ti sei posto siano veramente raggiunti e cerchi di migliorare il tuo intervento. Ma resta sempre nel piccolo, singolo ospedale. Invece il problema sarebbe di migliorare la salute globalmente e abbiamo visto che sono riusciti, per quanto riguarda il materno-infantile, in Brasile e in Sri Lanka, dove il governo ha deciso di fare qualcosa. Non dove sono arrivati tanti aiuti dall'estero, ma dove il governo ha deciso di fare qualcosa. Allora, la mia domanda è: è possibile inventare una nuova strategia per cui tutti i soldi che vanno in cooperazione, non tutti, ma una buona parte, vadano ai governi perché i governi cambino strategia, cambino politica (risatina ironica di Tognoni...). E' vero che è una domanda ingenua...

Tognoni: No,no,no,no...

Cardellino:...è vero che è una domanda stupida, però: è possibile portare dei fondi vincolati ai governi? Perché altrimenti il risultato non ci sarà mai.

E poi aggiungo un'altra considerazione. Io conosco soltanto la realtà dell'Uganda e la conosco poco anche, però io so che un medico locale che lavora in ospedale governativo prende 400 euro al mese, se riesce, forse un po' meno. Se riesce a lavorare per una ONG che lavori in Uganda, ne prende 3.500 e quindi questo fa sì che il medico ugandese non abbia nessuna voglia di lavorare per il suo stato, ma preferisca lavorare per l'ONG straniera che vien lì, fa un progetto per qualche tempo e poi se ne va... Mi piacerebbe aver delle risposte a queste domande!

Discussione

Tognoni: raccogliamo altre domande

D.: Sono **Marco Sicuro**, biologo di Aosta, membro del Comitato di Collaborazione Medica, CCM, che è una ONG sanitaria nata 40 anni fa a Torino. Vi propongo anch'io dei temi che sono nati all'interno della ONG e che vedo sono temi comuni.

1) La necessità, un punto sul quale noi stiamo lavorando da molti anni, comunque di confrontarsi con le strutture sanitarie dei governi locali, una strada che è molto spesso ardua, difficile, ma che è l'unica strada possibile per pensare ad una sostenibilità degli interventi perché se no c'è sempre un intervento esterno, per quanto costo-efficace, per quanto scientificamente corretto, va avanti solo attraverso un'agenzia, per quanto nobile e umanitaria, ma esterna. E' un rapporto difficile, quello che diceva Giovanni, cioè l'intervenire sui governi di fatto può rivelarsi fallimentare. Sapete di un recente libro di un'economista africana che critica questa elargizione dei governi dimostrando con numeri che, purtroppo, in molti casi non è stata efficace. Però è una strada ineluttabile, inevitabile e noi abbiamo questa esperienza ormai ventennale in Sudan, nazione in guerra che in questi giorni si confronta con un atto grosso di democrazia, la possibilità di scegliere per i sud-sudanesi se fare uno stato autonomo o restare con il nord., ma che in questi 20 anni ha visto la difficoltà d'agire in un contesto non solo povero, ma un contesto altamente conflittuale e instabile. Però è una strada necessaria.

2) Anche questa una nostra visione, cioè puntare sul personale locale. Dobbiamo cambiare un po' visione. Siamo tutti andati in Africa da giovani con l'idea di portare il nostro servizio come operatori di salute in situazioni di carenza. Oggi il discorso è molto spesso diverso nel senso che ci sono medici, ci sono infermieri, magari non formati perché passati in situazioni endemiche di disagio, ma che poi alla fine dobbiamo trovare il modo nei nostri interventi di valorizzarli e di farli rimanere lì perché se no se ne vanno in altre regioni dell'Africa. Pensate un po', è assurdo, una cosa cui si assiste insomma: a un medico del Burundi conviene molto di più, economicamente parlando, partecipare a un progetto di cooperazione sanitaria in un altro paese perché viene pagato di più e facendo così sottrae la sua competenza, la sua risorsa al suo paese. Per non parlare di situazioni estremamente remote, ripeto cito il sud Sudan, dov'è molto difficile dire a un medico o ad un infermiere formato anche di lì originario, rimani con la tua gente, rimani a lavorare con loro, quando hai possibilità di crescita professionale, culturale economica assolutamente più remunerativa in altri posti.

Quindi, vi ripeto queste 2 sfide: confronto con i governi COME e come formare, potenziare il personale locale. Grazie.

D.:...(microfono spento).....Mara e sono docente di sanità pubblica alla facoltà di medicina dell'università di Siena.

Il primo problema è quello di fare pulizia in casa. Non riteniamo, e lo dice uno che è docente dal 74, no riteniamo di eludere questo problema che necessariamente un laureato in medicina, come io sono, non è una persona colta, è al massimo un erudito che sa fare bene il suo mestiere, è già grasso che cola. Ho titolo per dirlo perché ho insegnato dal 74.

Ora noi andiamo a portare un tipo d'insegnamento dove dobbiamo guardarci dal fuoco amico di organizzazioni che sottraggono un medico che prende 400 euro, l'ho sentito adesso, e gliene offre

3.500. Questo è segno della più grossa scorrettezza che ci sia, quindi. È stata posta questa situazione? Ma esige una risposta!

E poi, signori, finora...io plaudo a questa iniziativa, ho accompagnato colui che prenderà la borsa di studio e che avete messo in occasione di poter essere acquisita da persone in gamba. Questa persona è una persona che ha già lavorato fuori, è stato col CUAMM a farsi la tesi di specializzazione quindi c'è lo spirito, figlio di uno dell'OMS da 30 anni, perché c'è una certa familiarità in questo, non ci si improvvisa di colpo.

Bene, a questo punto il discorso è: fuoco amico vuol dire non mettere le altre organizzazioni di trovarsi in situazione di emergenza. Perché, se in un ospedale dove io lavoro in cooperazione mi mettono delle armi dentro, vuol dire che io non ho funzionato bene in quel paese, chiaro questo? E nello stesso tempo i paesi dove si trovano a lavorare altri, per esempio italiani, perché il gioco della nazionalità ha un suo rilievo, si trovano in grande difficoltà. Quindi la pulizia va fatta un pochino all'interno, senza falsi accordi e bene per questa iniziativa che porta un aggiornamento, sempre però con una piccola cosa, se volete, non ideologica, perché l'ideologia uccide le idee, e ne sa chi lavora nel campo, ma è possibile arrivare a dire che tutto questo onership, sostenibilità, tutte grosse cose, sono possibili ad una sola condizione. Che facciamo un po' meno guerre e che provochiamo un po' meno di guerre! Eh, dice, ma questo è impossibile! Ma sa se intanto si mette al numero uno delle situazioni che noi affrontiamo può essere utile!

Tognoni: dr. Peratoner, che sarà anche relatore nel pomeriggio...

PERATONER: : io volevo aggiungere un piccolo tassello storico a questo discorso del rapporto con i governi. Tutti voi conoscete Henry Dunant e conoscete Florence Nightingale. Invece pochi di voi probabilmente sanno che c'è stata una lunga diatriba tra loro proprio sul problema dei rapporti con i governi locali: la Florence Nightingale pensava che supportare i governi locali voleva dire facilitare il perpetuarsi delle guerre e dei conflitti, anche interni agli stati, nelle varie parti del mondo. Ha vinto Henry Dunant e la Croce Rossa, voi lo sapete, mantiene tuttora il tipo di posizione da lui allora sostenuta. Io non so se aveva ragione l'una o l'altro, ma sicuramente il problema c'è e credo che su questo varrebbe la pena di discutere.

Tognoni: poiché il tempo è quello che è, chiedo ai 3 relatori di rispondere. Cominci tu Sarboraria?

TAMBURLINI: Sì, io faccio un ragionamento un po' più ampio poi spendo solo 30 secondi per una questione specifica, sperando di dare almeno in parte risposte a tutti e 4 gli interlocutori. Il primo punto è quello delle strategie nuove che dovrebbero essere centrate sul rapporto complessivo degli investimenti rispetto ad una situazione data dai governi. Questa strategia nuova in realtà è vecchia, esiste già da tempo, Esistono da parte delle grosse organizzazioni finanziarie e degli enti di sviluppo, tipo la banca mondiale, da decine di anni, le politiche di prestiti o di fondi a fondo perduto che vengono dati ai governi condizionati, tu hai usato la parola vincolati, condizionati all'esecuzione di determinate politiche. Allora noi adesso poi dovremmo entrare nel merito dell'appropriatezza di queste politiche e del tipo di dialettica che, sì giustamente, s'instaura tra chi dice vuoi investire o devi investire per il materno-infantile e chi non vuol farlo perché ha altre priorità. E non entro nella misura di questa dialettica, di chi ha ragione o torto. Ma teniamo presente il dilemma, l'antico dilemma che poneva Peratoner, citato da Gianni all'inizio, i governi non sono mica tutti uguali, quindi non c'è una ricetta unica! Stare con i governi o stare fuori dai governi. Entrare in un paese in guerra senza sbilanciarsi verso una delle parti in causa o fare una chiara alleanza con un governo che sembra in qualche modo virtuoso. Questa è una varietà di situazioni che si trovano. Per esempio, andando dal macro dei fondi condizionati agli swap, che sono i sector wait proces, dove tutti i donatori sono chiamati a dare il loro contributo affinché in questo caso il sector, cioè il settore sanitario, si rinforzi in toto, che è una politica giusta, immaginata ancora 15 anni fa, che trova ancora difficoltà di

realizzazione. Perché ad esempio in Mozambico, dove c'è una storia di una certa coerenza politica, di un certo sistema sanitario posto ancora sulle basi di Alma Ata, quindi c'è la capacità di recepire questa impostazione. Ci sono degli interlocutori dove questo sistema funziona ed altri in cui non puoi realizzarlo perché tutto immediatamente s'incanala in aspetti, diciamo così, corruttivi o comunque di inefficienza in cui allora l'unica cosa che sarebbe in sé, ma non dentro di sé, il fatto di arrivare lì con l'elicottero, sbancare i farmaci e correre via, capit? Queste cose esistono, ma hanno a che fare con la dialettica locale.

Poi punto fondamentale sul quale sono perfettamente d'accordo: il problema delle risorse umane. A mio avviso è centrale. Forse è centrale perché in realtà è la cosa di cui mi occupo di più. Mi occupo di sistemi di lavoro con i medici locali in cui tu ti confronti con loro e fai un lavoro di ricerca e di identificazione dei punti critici per cercare con loro di superarli, che è una cosa molto diversa dai sistemi di qualità, terribili, che arrivano dall'alto e vengono a vedere se hai o non hai la maniglia e se hai o non hai il farmaco che si impongono su questi signori, poveracci che lavorano lì a 100, 200, 300, dollari al mese. E il punto più delicato dei sistemi nei paesi in via di sviluppo è proprio la totale mancanza di cure nei confronti di quelli che dovrebbero, e in ultima analisi danno, il servizio. Secondo me è centrale la cura di queste persone, non ovviamente dei nostri espatriati, di loro, dei nostri interlocutori e secondo me esistono, e ne stiamo proprio sperimentando adesso con il CUAMM, in alcuni loro ospedali e ci sembra che la cosa possa funzionare. Naturalmente l'ospedale del CUAMM non è la stessa cosa dell'ospedale governativo, quello dove le difficoltà aumentano perché gli interlocutori sono a volte meno disponibili. Però, secondo me, questa, anche per rispondere al problema del drenaggio delle risorse è una via interessante.

Tognoni. Grazie Giorgio

SARBORARIA: Cercherò di dare una risposta rapida un po' a tutti e 4 facendo un esempio. Nelle mie recenti esperienze in Haiti...politiche con i governi: certo, una bellissima utopia. Haiti però serve troppo per i traffici di droga, per i traffici più illeciti o comunque avere un paese dove tutto è permesso, dove hai la possibilità di mantenere delle società a basso costo, a tasse zero. Questo è un problema che effettivamente andrebbe visto a monte dei paesi continuano a loro modo a mantenere una colonizzazione nei confronti di altri paesi.

Per quanto riguarda i lavoratori, per quel che mi riguarda come organizzazione, noi abbiamo ad Haiti 3000 operatori di cui 2900 haitiani, pagati con stipendi tarati sul livello medio haitiano, con cure assolutamente riproducibili in Haiti, perché è inutile arrivare e dire guarda come sono bravo, guarda come sono bello, poi prendo le mie 4 cose e me ne vado via e lascio tutti come sono rimasti antecedentemente.

Sono perfettamente d'accordo sul discorso della pulizia, anche all'interno delle varie ONG e agenzie che si occupano di queste cose. Pulizia di determinati parassiti di queste agenzie che ne vanno a rovinare l'effettivo scopo finale umanitario e rivolto ai beneficiari.

DON DANTE: Condivido in pieno quel che diceva Giorgio prima aggiungo solo perché nell'ultima slide avevo messo quei tre atteggiamenti.

Serietà, perché ci vuole serietà umana, professionale e intellettuale anche per farci le domande senza paura e approfondirle. Quindi io credo che ci son dei problemi che sono aperti e dobbiamo leggerli senza illusione e senza depressione. I problemi esistono e si affrontano con l'intelligenza e l'esperienza che giorno per giorno si acquisisce lavorando insieme con e in questi paesi.

Dall'altra ci vuole, insieme alla serietà, la fiducia, la tenacia, perché è vero che la situazione è complessa, perché la soluzione sia individuata e molto c'è ancora da individuare e da capire.

Credo che sia anche la bellezza della sfida che abbiamo davanti, insomma, pensando che il sogno che abbiamo è quello davvero di costruirlo, step by step, questo mondo più giusto e quindi anche più bello per tutti.

Tognoni: grazie. Adesso chiudiamo questa prima parte.

Potremo chiedere, anche ai rappresentanti istituzionali: il problema di un rapporto di cooperazione in cui siamo tutti d'accordo sul fare pulizia, avere un rapporto di lunga durata.

C'è un problema critico con cui fare i conti: quando si dice che i paesi che riescono sono i paesi che fanno entrare nella loro politica la sanità come un diritto e non come una prestazione.

Allora il problema è la credibilità. Il Brasile ha fatto questo passo, come ricordava Giorgio, anche attraverso una serie di cambiamenti culturali, ma anche proprio come una scelta di politica che andava in controsenso rispetto a quella che era la politica di molti paesi dell'America latina, per esempio l'Argentina, che andava lungo la linea pubblico/privato, in cui però il privato finisce poi per prevalere. Il problema della credibilità di politiche di paesi che alla fine non credono nella sanità come diritto. Se ad Haiti succedono le cose che succedono significa che ad Haiti chi domina, come logica, al di là dei problemi che ci sono, è una politica "Clinton" piuttosto che quella delle donazioni, che dice che è il privato che è più efficiente, o che è l'intervento di emergenza che è più efficiente di quello strutturale. Questo è un problema molto, molto, molto grosso perché evidentemente la credibilità di tutti gli aiuti, banca Mondiale e tutto, dipende dal fatto che effettivamente poi nella trattativa globale si sottolinei che la sanità è un diritto e non un optional perché altrimenti i governi capiscono poi troppo bene i messaggi non detti. Mi sembra in questo senso molto importante poi dopo lavorare o sentire la cooperazione decentrata, le linee guida della cooperazione italiana perché evidentemente anche su questo si gioca un quadro sia delle regioni che del governo per tutta una credibilità che poi è la condizione per dare la continuità e la serietà.

Chiudo con un esempio, lo Sri Lanka è stato citato come un paese virtuoso e Giorgio ha fatto un'osservazione importante. La sua interpretazione dell'indipendenza 50 anni fa è stata di un certo tipo, ha avuto un tempo, come il Costa Rica in America Latina, unico paese. E' successo qualcosa nello Sri Lanka negli ultimi tempi. Ha portato avanti una politica di questo tipo e nello stesso tempo ha portato avanti un genocidio di un'intera minoranza. Il genocidio è stato sostenuto sostanzialmente dalla comunità internazionale perché l'UE ha boicottato formalmente per sostenere la politica di guerra degli Stati Uniti, una politica di sicurezza nazionale. Sono riusciti ad eliminare decine di migliaia di persone perché hanno interrotto il processo di pace promosso dai paesi scandinavi. Nessuno ha messo quelle statistiche nelle statistiche sanitarie dello Sri Lanka, hanno semplicemente scorporato la popolazione Tamil dalla popolazione dello Sri Lanka.

Per cui dobbiamo muoverci in un mondo che effettivamente fa della sanità un indicatore critico di una civiltà e un diritto, ma sapendo che ci sono tanti altri indicatori ed è il problema vero anche del rapporto con le istituzioni. Tutti lo vorremmo e da tutte le parti e in una maniera propositiva è una delle sfide che si pone così come per la cooperazione.

Seconda parte

Tognoni: l'obiettivo posto per questa giornata, da una fondazione nuova per il settore, ma che si è già mossa in maniera importante, si colloca nel quadro di una politica sanitaria, ricordato nell'intervento di Don Dante Carraio, di linee guida della cooperazione internazionale che avevano ed hanno accolto una serie di tendenze che cercavano e cercano di rispondere ad alcune delle contraddizioni e dei problemi, in particolare il rapporto tra una cooperazione regionale e decentrata e una cooperazione nazionale.

Abbiamo qui, prima di sentire un rappresentante di un paese modello sul quale si è intervenuti direttamente anche da parte della Fondazione Maria Bonino, oltre che di un po' tutti quelli che hanno parlato questa mattina, abbiamo l'intervento, prima di tutto di quelli che sono i nostri ospiti della Regione Valle d'Aosta, abbiamo qui la dr. Belloni che, come abbiamo sentito, è di fatto un po' il ministro per la cooperazione italiana, che ha nell'Africa uno dei suoi interlocutori privilegiati e abbiamo qui il dr. Luwawa, consigliere della persona citata nel programma, che è ministro della salute dell'Angola.

Dr. Albert LANIECE, Assessore alla Sanità, Salute e Politiche Sociali regione Autonoma Valle d'Aosta

Grazie e buona mattinata a tutti, Vi porto i saluti, prima di tutto, del Presidente della Regione, Augusto Rollandin, che non ha potuto essere qui oggi perché è a Parigi alla manifestazione dell'Arbre de Noel, che è una manifestazione promossa dagli emigrati valdostani in Francia, quindi da ricordare come anche la Valle d'Aosta, in tempi non lontani, è stata una terra di emigrazione, di persone che andavano in altri paesi perché la Valle d'Aosta era una regione povera e quindi aveva bisogno della solidarietà e dell'aiuto di altri paesi quindi mi piace ricordare questo collegamento.

Saluto mio personale chiaramente, saluto il Senatore della Repubblica Antonio Fosson, la Dr, Belloni rappresentante del Ministero del Governo, tutte le personalità che sono presenti oggi.

Ci tengo particolarmente a congratularmi con la Fondazione Maria Bonino perché sta portando avanti un'attività, legata alla solidarietà, alla cooperazione, al sostegno di paesi in realtà più poveri, ma come capofila ideale di tutto un movimento che in Valle d'Aosta, da anni, c'è e ha portato medici, persone che si sono volute mettere in gioco, a disposizione di realtà più povere come quella dell'Africa. Ho visto interventi, persone come il dr. Cardellino, altre persone, per non dimenticarle, che fanno onore alla Valle d'Aosta. Comprendo anche i missionari, tutto il movimento cattolico che da anni si fa onore in questo campo, in Africa in particolare, ma non solo.

E' un mio dovere come rappresentante istituzionale, regionale, responsabile del settore della sanità, di continuare a sostenere, in tutto quello che è possibile, tutta questa attività importante.

E' chiaro che nell'ambito di quelle che sono state citate più volte, le linee guida sulla cooperazione decentrata, si stanno facendo dei ragionamenti con la fondazione maria bonino e quindi c'è una volontà nostra, da parte quindi del governo regionale, di portare avanti quelle che sono le possibilità offerte da queste linee guida, linee che sicuramente danno la possibilità rispetto a prima di cooperare in maniera più ordinata, di avere sicuramente anche la possibilità di avere più fondi. Chiaramente sono nate. Mas qui ci sono persone che sicuramente molto meglio di me possono dire come i fondi non sono mai sufficienti, però sono nate per dare anche un ordine, per dare una razionalità a quegli interventi; è già stato ricordato prima come una volta ci sono degli interventi spot, piccoli che se fossero più coordinati potrebbero avere un maggior successo.

In realtà molto difficili da gestire, culturalmente molto distanti, dove a volte c'è anche il pericolo di arrivare ad intromettersi in modo così grezzo e andare a rompere degli equilibri anche culturali che a volte non riusciamo neanche a capire. Mi viene in mente i rapporti con la medicina tradizionale che c'è in Africa. Io ho studiato con ragazzo, che si è laureato con me, del Camerun e tutte le volte parallelamente mi parlava di questa medicina tradizionale vista da noi molto spesso in modo banale, ma che per loro ha significati molto, molto importanti.

Credo che, nell'ambito di questa possibilità della cooperazione decentrata, la nostra regione ha espresso la volontà con la Fondazione Maria Bonino di portare avanti queste collaborazioni.

E' vero anche che c'è la richiesta e la volontà dei paesi africani di arrivare non solo con delle risorse per far fronte alle necessità primarie in campo sanitario. Io sono stato due settimane fa ad Algeri, sollecitato dall'autorità sanitaria algerina, per vedere se c'era la possibilità di aprire delle collaborazioni, in un paese che è stato anche pesantemente giudicato negativamente dalla commissione sui diritti umani per quanto riguarda la sanità. E c'è la volontà loro di...la prima richiesta era in questi termini: va bene noi siamo, mandiamo dei pazienti, i più bisognosi, ma noi abbiamo bisogno di avere delle équipes che vengano da noi per insegnarci, per cominciare a formarci, per cominciare a gettare le basi di quelle che sono i requisiti minimi di una sanità decente. Io credo che l'Italia, da questo punto di vista, sia il paese che può dare in termini culturali di come s'intende la sanità pubblica.

E' riconosciuto da tutti come l'Italia sia uno dei paesi che abbia come sistema pubblico (è chiaro che ci siano poi a volte esperienze negative) però una cultura di sanità pubblica importante credo tra i principali paesi al mondo.

Quindi noi questo spirito, di considerare la sanità come uno dei beni primari, credo che noi italiani siamo tra quelli che possono comunicare ancora meglio questo concetto.

Quindi mi fa veramente piacere aver collaborato e sicuramente continuare a collaborare e sostenere queste iniziative della Fondazione Maria Bonino.

Voglio ricordare queste due figure di pediatri che hanno lavorato in Valle d'Aosta, oltre a Maria Bonino anche Liliana Pomi, che recentemente è scomparsa, e so che questa sera ci sarà l'occasione per ricordarle in musica e qui mi piace ricordare questo collegamento tra musica e medicina, attività legate a sostegno dei paesi più poveri, la grande figura del medico Albert Schweizer, che credo sia stato un po' l'ispiratore delle tantissime persone che sono andate in Africa a lavorare.

Quindi dal mio punto di vista non posso non continuare a sostenere, l'indicazione del Presidente e di tutto il governo è questa, tutte queste iniziative.

Ricordo i promotori di questo evento che sono, naturalmente la Fondazione Maria Bonino, i Medici con l'Africa CUAMM e l'Associazione Culturale Pediatri che hanno sostenuto questa iniziativa. Come ho detto è il secondo grosso evento che viene organizzato dalla Fondazione Maria Bonino, ma credo che ce ne saranno sicuramente altri.

Come ho detto è iniziato un percorso che sicuramente sfocerà, nell'ambito della cooperazione decentrata, in operazioni concrete e quindi da questo punto di vista posso confermare la nostra piena disponibilità e collaborazione.

Voglio concludere, naturalmente buon lavoro e ancora complimenti a quello che state facendo. Grazie.

Tognoni: grazie mille all'Assessore, anche per il collegamento che avevamo sollevato più volte della coerenza possibile che c'è tra le politiche locali e i progetti della cooperazione che siano delle scuole pubbliche i luoghi che promuovono in modo che lo scambio sia più chiaro e credibile.

Adesso chiediamo alla Dr. Belloni, direttore generale, persona chiave nell'ambito della cooperazione italiana, di darci il suo contributo, grazie.

DR. ELISABETTA BELLONI, DIRETTORE GENERALE COOPERAZIONE ALLO SVILUPPO MAE

Grazie. Permettetemi prima di condividere alcune osservazioni con voi sulla cooperazione allo sviluppo italiana, di esprimervi una certa emozione che provo nell'essere stata invitata dalla Fondazione Maria Bonino e dal CUAMM, oltre che dalla regione, a questo convegno.

Per chi, come me, crede nel destino, cioè delle filosofie e religione indiana cioè del Karma, l'aver conosciuto indirettamente Maria Bonino nel momento più difficile, che poi l'ha portata alla morte, avere conosciuto in quell'occasione direttamente il CUAMM e i familiari di Maria, mi fa riflettere, appunto, sul Karma. Certamente erano momenti in cui io rivestivo un incarico completamente diverso e momenti in cui mai avrei pensato di dover svolgere l'incarico che invece ricopro oggi di direttore generale della cooperazione allo sviluppo. Mi piace vedere in questa mia presenza di oggi una partecipazione alla quale io ho voluto mantenere fede proprio in virtù della necessità di affrontare il destino, il Karma, voglio vedere anche la mano di Maria che vuole vedere continuata la sua opera nella maniera più limpida, più onesta, più efficace possibile.

Ed è certamente questo lo spirito con il quale, quando io ho assunto questo incarico, ho voluto impostare la nostra attività. Direi che forse è questo il motivo, da quando io sono direttore generale, la direzione ha cercato in maniera coerente di mettere a disposizione del paese delle linee alle quali, io auspico, ci si possa sempre ispirare proprio con l'obiettivo di fare sistema e di rendere più efficace quello che noi facciamo.

Ci troviamo oggi in un evento, a distanza di 3 anni, che riprende l'obiettivo dedicato, se ricordo bene, agli obiettivi dello sviluppo del millennio, gli obiettivi delle Nazioni Unite, condivisi nella dichiarazione delle Nazioni Unite.

E non è un caso che da quel momento ad oggi si sia cercato, come si fa ne convegno di oggi, di focalizzarsi specificatamente su uno degli obbiettivi, ma credo che sia fondamentale oggi qui richiamare quell'evento e cercherò di spiegarvi il perché.

Gli obbiettivi, che sono ampi, non sono tantissimi, si contano sulle dita d'una mano, tuttavia sono più di uno ed è importante capire perché.

Nella concezione moderna di cooperazione allo sviluppo si è compreso, finalmente, che gli obbiettivi formano ciascuno parte di un tutto dal quale non si può prescindere. Quello che voglio dire. Non si può oggi parlare di sanità se non si ha un approccio integrato allo sviluppo, non si può parlare di sanità se non si parla contemporaneamente di educazione, quindi di formazione, se non si parla di sicurezza alimentare, se non si parla di ambiente e quant'altro.

E' giustissimo scendere dal generale allo specifico, ma ricordiamoci che stiamo svolgendo n percorso che dalla comprensione di avere una visione ampia e integrata deve permetterci poi di svolgere nello specifico, come nel caso di oggi di questo convegno, le attività sanitarie in questo contesto.

E questo è quello che noi abbiamo cercato di fare. Abbiamo cercato di fornire a tutti i diversi attori della cooperazione, in primis noi che lo facciamo attraverso l'aiuto pubblico allo sviluppo, uno strumento che ci permetta di comprendere, come oggi si ritiene, anche a livello internazionale, oltre che nazionale, di conseguire al meglio l'obbiettivo di sviluppo che noi ci prefiggiamo.

Queste linee guida che riguardano la sanità, riguardano la cooperazione decentrata, riguardano tutti i settori sui quali siamo impegnati in una visione d'insieme, in realtà sono anche la conseguenza, direi, di un'altra esigenza che io ho sentito fortemente quando ho assunto questo incarico e cioè quella di riconoscere quello che la Storia ci impone di prendere atto.

All'inizio del secolo, nel 2000, in maniera sempre molto ritardata rispetto alla velocità con cui evolve la Storia, credo che la comunità internazionale abbia preso atto della molteplicità degli attori che oggi compongono la scena internazionale.

Quello che voglio dire è che, da tempo, ormai era chiaro che no erano più solamente gli stati, come nel periodo del dopoguerra, non più solamente gli stati e gli organismi internazionali, com'era negli anni 80 e 90, ma tutti gli altri soggetti ivi compresi gli Enti Locali, dalle Regioni ai Comuni alle Province, la società civile, le Organizzazioni non Governative, le Università, ad essere soggetti e questo è tanto più vero se si pensa alla cooperazione.

Oggi cooperazione allo sviluppo viene fatta da tutti, anche dal singolo individuo che decide di partire, fare un'esperienza all'estero, nel settore sanitario, universitario o altro, ma viene fatta anche dallo Stato con le politiche di sviluppo e con l'aiuto pubblico allo sviluppo.

Allora è del tutto evidente, io credo, che il nostro dovere, o mio dovere in quanto istituzione, sia quello di cercare di assicurare, a fronte di questa molteplicità di attori, quel ruolo di coordinamento e di messa a sistema, ma che non può che spettare, io credo, allo Stato.

Da qui, l'esercizio che è stato portato avanti di messa a sistema delle varie istanze. Non abbiamo certo voluto avere l'arroganza e la pretesa di dettare noi le linee guida, ma abbiamo riunito intorno a noi in diversi tavoli, perché l'esercizio è stato più che complicato, gli attori più significativi delle politiche di cooperazione, la società civile, le università alle quali io tengo moltissimo, perché penso che in un mondo di crisi come quello di oggi e soprattutto di scarse risorse finanziarie a disposizione, non si debba trascurare, anzi si debba privilegiare le educations, inteso in senso inglese, cioè formazione, ricerca e trasformazione di tecnologie.

Fatta questa parentesi, abbiamo cercato di mettere insieme quindi non solo la società civile intesa in senso ampio per recepire le istanze, per comprendere che cosa era già stato fatto come meglio integrarlo da quanto era già stato fatto dagli altri attori, abbiamo messo a sistema le regioni nel tavolo con le regioni, abbiamo messo a sistema nella maniera più difficile anche per il numero di attori, comuni e province, abbiamo cercato e stiamo sempre più coinvolgendo il mondo dell'imprenditoria. Oggi l'impresa sociale, basti pensare all'Enciclica Carithas in Veritate ci dà un messaggio molto chiaro anche in questo contesto, ma senza trascurare poi anche l'interesse diretto che hanno le imprese nel fare cooperazione. Ecco però è importante che queste varie soggettività facciano sistema, nel senso che

comprendano che poi anche l'intervento singolo, pur nel rispetto della piena autonomia e indipendenza, può acquisire un valore aggiunto e certo molta più efficacia se fatto in un contesto strategico condiviso. Condiviso vuol dire che da parte nostra c'è stata veramente la volontà di recepire le istanze che si affermano con maggiore visibilità ed efficacia, ma d'altra parte io ho anche la pretesa

Che una volta definito questo quadro di coerenza da parte degli altri attori ci sia la disponibilità ad adeguarvisi proprio per cercare insieme di essere più Italia, di essere più Pese, di essere più efficaci, di essere maggiormente competitivi nel senso positivo, di competere, di essere in grado di essere al meglio sulla scena internazionale.

Questo è lo spirito che ha animato questo nostro esercizio, non voglio certamente farvi una lezione su che cosa vuol dire cooperazione decentrata o cooperazione sanitaria perché siete tutti esperti e poi le nostre linee sono pubblicate anche sul nostro sito e quindi facile accessibilità.

Mi preme però sottolineare che nel fare questo esercizio di definizione di linee guida e di strategia vi è un ulteriore elemento importantissimo che non va trascurato che è quello della onership da parte del paese ricevente. Per noi è fondamentale che in questo esercizio di condivisione della strategia vi sia condivisione anche da parte di chi deve poi essere non solo il soggetto ricevente l'aiuto, ma nella concezione moderna di cooperazione, deve essere il soggetto che promuove il proprio sviluppo e quindi il paese stesso ricevente.

Quindi un esercizio di dialogo fra le parti nel quale abbiamo cercato di coinvolgere sempre di più gli altri attori. Mi preme oggi anche annunciarvi che nella progressione dell'elaborazione di questo approccio è mia intenzione promuovere un progetto, progetto non inteso come finanziamento ma come, se vogliamo, approccio ideologico e strategico, vorremmo sempre più dialogare con i paesi riceventi insieme agli altri attori. Chiaramente va fatto a seconda del paese, a seconda del settore in cui vogliamo concentrarci con le limitazioni dovute all'esigenza di limitare il numero dei dialoganti, ma abbiamo in mente di promuovere con alcuni paesi che consideriamo prioritari per la sicurezza nazionale, per il nostro paese, un dialogo al quale fare anche partecipare la società civile, le regioni con alcuni rappresentanti a seconda delle varie esigenze, andando anche in loco e dialogando anche con i vari ministeri interessati allo sviluppo. Lo ritengo particolarmente importante perché consente anche alla parte ricevente non solo di esercitare la onership a cui oggi tanto si tiene, ma permette anche di avere una visione più integrata di quest'Italia che spesso si propone all'estero in maniera disordinata, non sempre coerente, non sempre, appunto, unitaria. Lo faremo con alcuni paesi, che abbiamo già individuato, e vorremmo proprio che diventasse una metodologia di lavoro sempre più affermata.

Questo per venire un attimo ad un accenno al settore sanitario, di più vostro interesse, dovrebbe anche a noi, ma soprattutto a coloro che poi continueranno in maniera rispetto a noi, cioè autonoma, io auspico nel contesto di queste linee guida, ma prescindendo anche a volte dai nostri finanziamenti ma anche dai finanziamenti pubblici di regioni o di quant'altro, di comprendere che cosa significa la pianificazione nazionale. Ad esempio nel settore sanitario so bene che vi è un dibattito in corso molto acceso che vede anche i paesi donatori divisi su due fronti sul tema del rafforzamento dei sistemi sanitari nazionali o no; vi sono alcuni, certamente non io e non l'Italia, che ritengono che si possa intervenire semplicemente nel settore sanitario promuovendo uno sviluppo che prescinda da una pianificazione e da un sistema sanitario nazionale perché quello che è importante è curare, permettere migliori condizioni sanitarie.

Noi invece riteniamo che qualsiasi nostro intervento debba essere conforme ad uno schema, ad un sistema sanitario che poi renda sostenibile anche nel lungo termine le attività sanitarie che sono state promosse con i nostri finanziamenti o con quelli di altri attori.

Non voglio tediarevi ulteriormente e permettetemi di ringraziare la Regione, la Fondazione e il CUAMM per quest'invito che mi è stato rivolto. Grazie.

TOGNONI: grazie alla dr. Belloni. Penso senz'altro avremo poi tempo di fare qualche domanda. Adesso passiamo al nostro ospite, rappresentante dei paesi di cui tanto abbiamo parlato, dr. Kulosa Luwawa, penso che parli in portoghese...

**DR. KULOSA LUWAWA,
DIRETTORE SANITARIO DISTRETTO DI UIGE, ANGOLA**

Buongiorno a tutti. Mi sarebbe piaciuto parlare in italiano, ma purtroppo parlerò in portoghese. Sono qui presente in rappresentanza del Ministero della Salute, in particolare della vice ministro Evelise Frestas, che è assente per motivi di servizio e motivi di stato.

Prima di cominciare vorrei chiedervi di fare un minuto di silenzio in ricordo di Maria Bonino che ha lasciato la sua vita nella nostra terra d'Angola, per favore...

Gentili Signori e Signore invitati, la Repubblica di Angola è una repubblica a regime politico multipartito la cui capitale è Luanda. L'Angola fu colonia portoghese fino al 1975, sino all'indipendenza dell'11 novembre.

Ci incontriamo in questa fase nella terza repubblica che è stata proclamata con la nuova costituzione in gennaio 2011. Col vostro permesso mostrerò l'Angola nella mappa, come potete vedere l'Angola è posta sulla costa occidentale dell'Africa e ha un grande potenziale economico essendo il secondo produttore di petrolio in Africa dopo la Nigeria e con la produzione di diamanti ha un potenziale economico legato al territorio. La popolazione generale è stimata intorno ai 18 milioni di con il tasso d'accrescimento annuale del 3%, e si stima che quasi il 54% della popolazione vive in aree urbane con circa il 60% della popolazione che vive in uno stato di povertà.

Uno dei grandi problemi è proprio il disequilibrio che esiste nella distribuzione della ricchezza in questo paese.

E' doveroso ricordare la lunga guerra civile, che è terminata solamente nel 2002, che ha causato grandi movimenti di popolazione dalle zone rurali alle zone urbane, creando grande richiesta sui servizi sanitari e aumentando la situazione di povertà delle popolazioni.

La situazione epidemiologica è caratterizzata da frequenti epidemie, come la meningite meningococcica, il colera, e dal 1995 la poliomielite, che ultimamente si è manifestata anche in modo raro negli adulti. C'è da ricordare la terribile epidemia di Marburg nel 2005, dove purtroppo sono morti molti operatori sanitari, infermieri di Uige ed anche la nostra carissima Maria Bonino, e recentemente anche casi di influenza H1N1, oltre alle malattie epidemiologiche correnti come la malaria, le malattie respiratorie, la diarrea acuta, l'HIV e la SIDA. La media nazionale dell'HIV è del 3%, ma ci sono delle aree ad alto rischio, come il Kunene, al confine con la Namibia, dove si raggiunge un 10%.

Vorrei presentare adesso una slide con la situazione sanitaria dell'Angola dove si evince che esiste solamente un 42% di copertura dei servizi primari sanitari di salute, un 69% delle donne hanno accesso alla consulta prenatale, solamente il 49,4% dei parti sono assistiti e poi abbiamo un'alta mortalità dei bambini da 0 a 12 mesi col 116%, un 195% che è il tasso di mortalità dei bambini da 0 a 4 anni, e a seguire un 16,3% di bambini da 0 a 4 anni che dormono sotto una zanzariera, un 49,7 % di bambini da 6 a 59 mesi che ha ricevuto almeno una dose di vitamina A, un 21,3% di bambini da 12 a 23 mesi che hanno completato le vaccinazioni prima del primo anno di vita.

Questa slide invece riguarda la situazione della sicurezza alimentare. Non ci sono dati certi circa la sicurezza alimentare, ma è sicuramente una delle grandi necessità per la salute dei bambini.

Questa slide riguarda i dati sull'HIV-SIDA. Per esempio, il dato del 2009 di bambini che fu testato per l'HIV in Angola fu del 25%, delle donne gravide si attesta sul 50% di tutte quelle donne che hanno avuto accesso al servizio sanitario per poi avere accesso al servizio di prevenzione madre-figlio, e comunque l'idea generale è che è stata aumentata la capacità di accesso delle donne a questi servizi.

Di fronte a questa situazione l'Ufficio di Salute Pubblica del Ministero della Salute cerca di promuovere una politica pubblica di salute pubblica basata sugli ODM, obiettivi del millennio. Oltre ad una risposta immediata, che fu attuata nel 2002, urgente che ha voluto migliorare la capacità delle unità sanitarie; a questa seguirà una fase, diciamo intermedia, verso la fine di quest'anno, che ha come focus il rinforzo del coordinamento della rete sanitaria sul territorio, quindi anche il sistema di riferimento e di contro-riferimento, l'esecuzione locale dei diversi programmi sanitari e l'estensione della rete delle unità sanitarie che hanno i servizi ostetrici di base a livello dei municipi.

Questa slide rappresenta la struttura piramidale del servizio sanitario angolano che, nonostante i tassi di copertura ancora bassi, ha avuto anche un grande apporto esterno per la riabilitazione delle opere pubbliche, ospedali, strade, scuole e vari servizi, chi di recente ha visitato l'Angola può constatarlo con i suoi occhi.

Il quadro generale ha visto consolidarsi la pace, le opere pubbliche, c'è stata una maggiore accessibilità ai servizi pubblici e un alto indice di accrescimento economico, nonostante ci siano ancora degli indicatori sanitari pessimi. Il ruolo dei partners dell'Angola, in particolare le ONG come il CUAMM, è ancora determinante a fronte di alcune debolezze delle istituzioni e ancora debolezza tecnica.

Adesso vorrei presentare alcune azioni che il governo angolano ha fatto nei confronti della salute. Il primo è un aumento del budget generale dello Stato sulle spese per la salute che passa a un 5% rispetto al precedente 3%. Questo può essere visto come un indice sia della onership, ma anche dell'indipendenza nonostante il cammino sia ancora lungo.

L'Angola ha sponsorizzato la conferenza regionale interministeriale africana sulla salute e l'ambiente con la partecipazione di 52 paesi africani con la partecipazione dell'OMS e delle agenzie per l'ambiente. Abbiamo anche avuto il lancio di un programma di rivitalizzazione municipale focalizzato nella riabilitazione e nell'espansione del sistema sanitario a livello primario, la capacity building e il coinvolgimento degli amministratori municipali, l'offerta di pacchetti di salute integrati soprattutto, come abbiamo visto questa mattina, per le donne e i bambini.

Come abbiamo visto questa mattina, in alcuni degli interventi SWAP presentati, anche in Angola ci sono stati interventi di questo tipo legati al Fondo Globale o ai Comitati legati al fondo per la polio e alle campagne per le vaccinazioni.

C'è stata anche un'espansione dei centri di catv, centri dove si fa il counseling e il test per l'HIV, un aumento dello stato di personale che è stato formato, ma ci sono ancora degli indici bassi di copertura del trattamento antiretrovirale delle persone sieropositive e la capacità di reclutare donne gravide per l'assistenza madre-figlio.

In relazione alla TBC c'è stato un aumento degli infermieri formati in dot, dei tecnici di laboratorio e dei supervisor municipali. C'è stato anche un aumento dei casi predittati per bacilloscopia e in questa sede vorrei anche complimentarmi, anche a nome delle autorità, proprio perché questi indicatori sono frutto del lavoro del CUAMM che è stato molto positivo in questi anni. L'intervento del CUAMM non si limita solo alla TBC, c'è stato anche un intervento sull'HIV-SIDA proprio nel territorio più a rischio del Kunene a partire dall'anno 2000. Merita anche di essere riferito il lavoro del CUAMM nel Marburg, eroico, grazie anche a dei fondi dell'UE di 250 mila euro. Voglio anche ricordare l'intervento congiunto nell'Istituto Medio di Salute di Uige per la formazione professionale. Come abbiamo sentito oggi le risorse umane sono uno dei cardini del sistema sanitario e porto adesso alcuni dati.

Ci sono circa 500 studenti presso l'Istituto Medio di Salute di Uige che sono divisi in 3 gruppi; un gruppo iniziale che viene dalla scuola generica e che fa un anno d'introduzione, un gruppo definito promozione, un gruppo importante, circa il 50% degli studenti, che sono salariati dallo Stato che fa un corso di promozione professionale e un gruppo che fa dei corsi di tipo specialistico, attualmente 37 persone che fa il corso di radiologia e 34 persone che fanno il corso di laboratorio. L'appoggio del CUAMM è di docenti, logistica e materiale didattico che lavora nella provincia di Uige, molto lontano dalla capitale..

Vorrei terminare dicendo che la cooperazione è fondamentale come per l'esempio di collaborazione con il CUAMM. Questo è un modello esemplare di formazione tramite un curriculum di formazione tematica con lavoro sul territorio e noi sappiamo che questo tipo di collaborazione dovrebbe continuare.

Vado realmente a terminare ripetendo il nostro ringraziamento per la cooperazione italiana, in particolare il CUAMM, sperando che i nostri giovani colleghi possano scegliere di continuare ad aiutare la nostra cara Africa.

Tognoni: ringraziamo il dr. Kulosa Luwawa. Diamo il tempo che resta alla discussione se avete domande anche per la dr. Belloni, oltre che per il collega angolano. L'Assessore alla Sanità è qui come garante per la continuità di ciò che viene proposto, discusso e offerto.
Se ci sono allora domande o commenti...

discussione

D. : Tamburlini: faccio domande anche semplici, tutto sommato. Al Direttore Generale Belloni, che ci ha illustrato in maniera molto chiara quello che sono la filosofia e i principi generali delle linee guida, volevo chiedere quali sono i criteri attuali di selezione dei paesi in cui concentrare quel, peraltro non abbondantissimo budget, di cui siamo a disposizione. Nel senso che è molto chiaro, come è stato fatto in passato, ci sono delle esigenze di politica estera e poi anche, come dire, di un riconoscimento di quella che è la presenza storica e secondo me questo è molto sensato. Mentre mi chiedo fino a che punto esistono margini per considerare, o se sono considerati, altri aspetti, come la capacità del paese di accogliere e di rendere efficace l'eventuale aiuto ovverosia i bisogni. Quindi molto spesso di solito le due cose non coincidono perfettamente quindi si crea anche un dilemma: aiutare quelli che sono difficili da aiutare, ma che sono i più bisognosi.

E poi volevo fare una richiesta molto semplice al nostro collega angolano chiedendogli quali potrebbero essere dal suo punto di vista delle raccomandazioni o delle indicazioni per chi si affaccia al suo paese per fare cooperazione.

D. : Don Dante Carraro: una domanda per il rappresentante dell'Angola. M'interessava capire o meglio, anche sentire un suo parere rispetto al modello di cooperazione che la cooperazione italiana, l'Italia, anche attraverso il CUAMM, sta facendo in Angola rispetto a un modello di cooperazione, non so se si possa chiamare così, rispetto ad un altro stato più grande dell'Italia, per esempio come la Cina, che sappiamo che è molto presente per esempio in Angola. Allora pro e contro dei due approcci.

Invece al dr. Lanièce della Regione Valle d'Aosta, qual è per una regione aprirsi alla dimensione, sviluppare la dimensione della cooperazione internazionale, che cosa può rappresentare. A me pare che possa essere un valore aggiunto importante.

Alla dr. Belloni, che ringrazio per essere qui oggi, che collaborazione che c'è, quindi non faccio nessuna domanda, ma la ringrazio.

D. : Tognoni. Vorrei fare io una domanda alla dr. Belloni. C'è un punto che mi sembra importante, sollevato anche questa mattina: qual è la preparazione che fa un paese per entrare in cooperazione, al di là di quello che fa il Ministero. E, so che non rientra direttamente nella competenza, so che lei ha detto che l'università è un punto chiave per far questo e che d'altra parte è un punto chiave mantenere un disegno del sistema sanitario pubblico come modello di riferimento. E' una domanda magari molto ingenua, sono molto vecchio perché lavoro ormai da tanto tempo in progetti di cooperazione. Quello che però si sente è che l'universo universitario, da una parte, e l'universo sanitario nazionale non può continuare a basarsi soltanto su iniziative nazionali, è una cultura che si forma di un paese che si senta parte di un mondo. L'Italia diventa sempre più, in questo senso qui, una provincia dipendente da tutto e affidarsi alla buona volontà delle persone, di gruppi per fare cooperazione, non favorisce molto una percezione a livello internazionale di quello che potrebbe essere forse il contributo modello più importante che è quello di essere un laboratorio di quello che potrebbe essere un sistema sanitario da esportare. In questo senso la domanda è: il Ministero degli Esteri in questi rapporti ha prospettive di rendere effettivamente la cooperazione non un optional con budgets molto limitati (uno potrebbe dire. Ho il budget talmente limitato che investo almeno in immaginario, creazioni didattico-culturali).

Risposte:

dr. Belloni: direi che entrambe le domande che mi sono state poste sono molto impegnative e richiederebbero una conferenza ciascuna.

La scelta dei paesi: io vorrei distinguere fra l'ideale e la realtà. La realtà attuale è che proprio a causa di quei cambiamenti sui quali poi non mi sono soffermata troppo, quei cambiamenti storici, fa sì che noi ci troviamo con un impegno direi in molti casi anche di successo decennale in alcune aree. Ed è quindi del tutto evidente che rimodulare necessita una gradualità. L'ultima PRwiew dell'ocse, L'ocse è l'organidmo che, si dice così, fa le bucce, va a vedere quanto e dove i paesi sono stati bravi e dove ci sono criticità, ci ha detto chiaramente dovete diminuire il numero dei paesi nei quali fate cooperazione allo sviluppo. Questo non solo perché sono diminuite le risorse, ma anche per rendere più efficace l'aiuto. L'Italia tradizionalmente tende ad effettuare l'aiuto dappertutto, invece siamo spesso richiamati a limitare il numero dei paesi nei quali siamo chiamati ad intervenire. Quindi è chiaro che questo è quello che stiamo facendo; innanzitutto partiamo dal presupposto che bisogna fare in maniera più concentrata. Lo dobbiamo fare gradualmente, senza disperdere l'investimento, che spesso è stato anche molto buono, del passato.

Io poi credo che si debba fare un discorso di scelte sulla base della sicurezza nazionale. Non parlo più di cooperazione come strumento di politica estera, com'è scritto nella legge che tutt'ora regola la cooperazione, legge dell'87, ma parlo spesso di sicurezza nazionale, intendendo per sicurezza la stabilità quindi non solo quello che oggi leggiamo come il controllo delle frontiere, l'immigrazione clandestina e quant'altro, ma penso proprio al nostro sviluppo. E' ovvio che in una visione globale integrata, questa non è la sede, ma proprio un flash da diplomatico, permettetemi di ricordarlo, che tutto il movimento sulla scena internazionale oggi mira a creare dei nuovi poli di potere che conglobano e assorbono al proprio interno due componenti, sviluppo e sottosviluppo. Pensiamo all'America latina con il Brasile e i paesi limitrofi, pensiamo alla Cina, alla Corea e ai paesi limitrofi che si alleano superando divisioni ancestrali, pensiamo agli Stati Uniti che si stanno proiettando verso tutta un'altra area che non è poi sempre quella dell'Europa.

Allora io dico sempre. L'Italia innanzitutto va vista in un contesto europeo. Dobbiamo veramente cominciare ad avere una visione più ampia, più globale. Noi siamo parte dell'Europa. Se comprendiamo questo, comprendiamo anche un ruolo, secondo me, posso sbagliarmi, assolutamente strategico che il nostro paese potrebbe avere, e haimè non svolge, come paese tramite verso il Mediterraneo, verso l'Africa, che permetterebbe anche all'Europa di assorbire al proprio interno quella componente di sottosviluppo che, in una visione d'integrazione, permetterebbe anche all'Europa di svilupparsi essa stessa. Cosa voglio dire? I mercati, l'approvvigionamento delle materie prime, la domanda, dove la creiamo, in Europa? La dobbiamo creare in questi paesi. Quindi io credo allora che la definizione dei paesi, e questo è il futuro e l'ideale, dovrebbe, secondo me, sempre più far sì che l'Italia concentri le proprie politiche di cooperazione verso i paesi del Mediterraneo come porta verso l'Africa, quindi l'Africa deve rimanere, e poi dovrebbe anche cercare di identificare quei paesi che possono essere più idonei a soddisfare le esigenze di alcuni attori, e mi riferisco in particolare alla cooperazione decentrata.

E' del tutto evidente che la cooperazione decentrata, ad esempio, è l'espressione di un'esigenza di cooperazione che non può prescindere dalla società civile e dal territorio delle regioni e dall'industria che è presente nelle regioni. Allora, se uno ha questa visione, è del tutto evidente che le regioni non vanno ad investire in certe zone, se non, se vogliamo, per motivi di solidarietà o di interessi specifici, ma hanno una tendenza, proprio per portarsi e per esportare anche il territorio, di andare verso altre zone. Allora ad esempio, in questa ottica, si dovrebbero recuperare alcune zone dell'Asia e dell'America latina che invece non sono più direttamente quelle verso le quali, come APS, aiuto pubblico, ci si dovrebbe orientare. E in quel contesto allora la scelta dei paesi dovrebbe far sì che l'Italia, lo Stato si avvallesse della sua capacità di coordinamento e di presentazione del proprio territorio e dei compiti. Questo concetto, della divisione del lavoro e della divisione dei compiti, in realtà oggi è anche il tema che viene dibattuto in maniera molto, molto articolata nell'ambito dell'unione Europea. Anche in questo,

secondo me, l'Italia è in ritardo, io non mi vergogno a dirlo, bisogna affrontarli i problemi, invece c'è molto poca sensibilità verso questo tema, l'Unione Europea sta attuando questa politica della divisione del lavoro, in due sensi, geografica e settoriale. Cioè proprio per questo concetto dell'esigenza di concentrazione dell'aiuto e di renderlo più efficace, i paesi dell'Unione Europea hanno deciso di dividersi il lavoro per cui in alcuni paesi, a seguito di esperienze, di interessi nazionali ecc., il paese X ha un valore aggiunto, quindi diventa il gestore di fondi anche non solo di altri paesi membri, ma della commissione stessa.

Io quest'anno sono riuscita a far sì che si presentasse come Italia la domanda come paese che partecipa alla divisione del lavoro, avremo l'oditing finanziario, io non mi vergogno a dichiarare la gravissima, e vengo alla seconda domanda, mancanza di cultura di cooperazione che c'è in Italia che fa sì che siamo del tutto impreparati a ricevere l'oditing dell'UE, col rischio di perdere la possibilità di essere noi gestori dei fondi altrui. Quindi in un momento in cui non abbiamo le nostre risorse rinunciando anche alla possibilità di gestire quelle della commissione. La commissione è strapiena di soldi per l'aiuto allo sviluppo ed è del tutto evidente che, se noi fossimo in grado da un punto di vista di risorse umane, di qualità e di cultura della cooperazione di diventare gestori dei fondi della commissione, ne trarrebbe vantaggio tutto il nostro paese nel suo insieme.

Questa mancanza di cultura è molto seria, certamente, il Ministero degli Esteri non sta facendo assolutamente nulla, e lo dico con grande dispiacere, per creare e per preparare non solo gli operatori di cooperazione, ma proprio anche gli strateghi della cooperazione. Ma questa non è una colpa del Ministero degli Esteri, non è una colpa del parlamento, è una colpa, direi, del paese nel suo insieme che, per quanto sia un paese certamente solidale, certamente sensibile alle tematiche della solidarietà, non è assolutamente un paese con la Cultura della cooperazione. Se oggi si vogliono fare queste strategie in maniera seria non è sufficiente fare il pozzo o l'ospedale, bisogna avere una mentalità più ampia, più articolata che capisca veramente che cosa vuol dire sviluppo, che cosa vuol dire investire nello sviluppo. Gli altri paesi lo fanno. Non è un caso che, ad esempio gli Stati Uniti hanno raddoppiato l'aiuto pubblico allo sviluppo, in un momento di grave crisi che ha colpito forse più loro di noi, il Regno Unito ha reso obbligatorio per legge il conseguimento dello 0,7% dell'aiuto pubblico allo sviluppo nel 2015, noi, invece, lo diminuiamo. Non è solo il fatto di diminuire, sappiamo tutti che siamo in crisi e non c'è istituzione italiana che non subisca la riduzione del bilancio, per ovvi motivi di contenimento della spesa, ma quello che invece è determinante è proprio capire che lo si fa perché è più facile tagliare lì. Si capisce cosa vuol dire investire oggi nello sviluppo: se si avesse una cultura dello sviluppo, quindi proprio a livello di opinione pubblica, allora da lì ne deriverebbe tutto il resto, la preparazione nei vari settori...devo dire anche, con un pizzico di soddisfazione, che nel settore universitario qualcosa si sta muovendo. Non più tardi di ieri avevo 15 rettori delle più grosse università italiane a Roma nel mio ufficio, proprio nell'ambito di questi coordinamenti che ci permettono poi di trovare le risorse, anche intellettuali, per poter fare qualcosa che sia più serio e più efficace. Grazie.

R.: dr. KULOSA LUWAWA: Quale raccomandazione farei alla cooperazione italiana per continuare ad aiutare? La premessa dice che anche per noi, come paese africano, l'impegno preso di rispettare ad es. questo 0,7% sia concreta; esistono delle ambasciate d'Angola nell'UE, in Italia per cui sono un buon tramite come mediatori per pianificare un intervento di cooperazione, e poi comunque, dal mio punto di vista, è fondamentale la capacity building, soprattutto, e porto l'esempio del CUAMM, anche a livello di province e di municipi come modello da replicare anche in altre province, non solo dove è stato fatto finora. Un altro problema chiave è la gestione sanitaria: porto l'esempio di quanto sia difficile anche per i direttori provinciali della salute fare dei piani finanziari e di attività nelle nostre province e nei singoli municipi soprattutto in un momento in cui il paese ha deciso di puntare sui municipi quindi sarebbe fondamentale ad esempio avere una persona esperta in questo campo in ogni provincia.

Prima di rispondere alla seconda domanda vorrei portare l'esempio di come l'Italia abbia delle chances in più come l'esempio di un giovane medico italiano che lavora nel municipio di Damba e opera, fa un po' di tutto, anche le fistole vescica-vaginali e sicuramente è una storia di un successo, un trionfo che può dare più credibilità, più visibilità.

Circa la seconda domanda è un po' difficile rispondere. Chiaramente la Cina ha un approccio massivo, ha raggiunto quasi i 9 miliardi di dollari ed è concentrato soprattutto nelle grandi infrastrutture. Dobbiamo anche dire che c'è una compensazione nel paese con il petrolio. La cooperazione italiana invece si focalizza su certi aspetti e problemi. E' ben difficile comparare i due approcci che sono profondamente diversi. Sicuramente bisogna saper sfruttare al meglio entrambe.

Dr. Belloni: Don Dante non mi aveva coinvolto su questa domanda molto provocatoria ed interessante, ovviamente ne parliamo spesso anche nei contesti europei.

Italia e Cina sono paesi assolutamente divergenti come approccio senza ovviamente esprimere giudizi, però vi voglio invitare a pensare alla differenza che c'è fra investimento e attività di sviluppo, la differenza che c'è fra aiuto pubblico e aiuto prettamente privato.

Ora, è vero che in una concezione moderna di cooperazione ci deve essere il limite e tra questi due approcci diventa sempre più tenue e soprattutto è vero che oggi anche l'investimento è uno dei fattori di sviluppo. Quello che però deve fare riflettere se un approccio globale che comprenda anche l'investimento, anche il trade è sviluppo, e credo che tutti diciamo di sì, bisogna domandarsi se puntare solo sul ritorno, sul privato inteso non aiuto pubblico, come la Cina che non fa aiuto pubblico allo sviluppo, sia ugualmente uno degli strumenti veri di sviluppo. Questo è il tema che credo Don Dante abbia voluto porre. Grazie.

Tognoni: Bene, qui penso che dobbiamo concludere. Non penso di dare conclusioni, voglio solo fare due note che sono coerenti con quello che era stato l'obbiettivo...

Lanièce:visto che sono stato richiamato. Perché la Valle d'Aosta si rivolge a questa cooperazione internazionale come risorse? Rapidamente due motivazioni.

La prima, storica: la Valle d'Aosta è sempre stata una terra di solidarietà di altruismo, se si guarda la storia secolare della nostra regione, da una parte può sembrare una regione chiusa, con la sua storia di autonomia, ma è tutt'altro, una regione che è sempre stata un vero carrefour d'Europa, ben di più di oggi nei secoli passati. Quindi la storia della Valle d'Aosta è costellata di episodi di aiuto e di altruismo, è un'evoluzione naturale.

Un'evoluzione naturale di una regione che, fortunatamente, finora, grazie alle risorse che abbiamo avuto, siamo la regione che ha il più basso tasso di natalità infantile in Italia, siamo la regione che ha il sistema per la prima infanzia al primo posto con l'Emilia Romagna. Quindi è eticamente giusto, io credo, che una regione che fino adesso ha queste energie le rivolga a paesi che ne hanno più bisogno e soprattutto che l'Amministrazione Regione si faccia in qualche modo garante, da una parte, e facilitatrice per tutti coloro che vogliono partecipare e collaborare in questo senso.

Tognoni:ringrazio, la cosa più importante era il coinvolgimento della Regione è stato detto all'infinito. Rispetto anche a quanto ha detto la dr. Belloni, con molta franchezza, al di là del ringraziarla della lucidità con cui ha fatto il punto sulla situazione italiana, è un po' come rilanciare il significato di queste giornate.

Il fatto però che il Locale mi sembra che, in questo momento, sia di particolare importanza, in attesa di tempi migliori per il nazionale o l'europeo, (sperando che gli auspici della dr. Belloni si realizzino), nel senso di poter dare l'idea in questa regione e nelle altre, di un tipo di collaborazione che non sia soltanto di progetti, ma proprio di creazione di categorie culturali nel modo di collaborare e di continuità tra il Locale e quello che si può fare in Africa, perché qui stiamo parlando di Africa, in alcuni paesi, ma tale che anche a livello delle regioni ci sia una capacità di parlare tra di loro e non, come penso io, che le regioni vadano ognuna per suo conto, e c'è una non capacità, non programmazione di mettere in comune difficoltà e possibilità.

Il fatto della delocalizzazione o del decentramento che non sia solamente un invito alla separatezza.

Questo penso nel creare le categorie di riferimento importanti perché allora si potrebbero fare incontri che sono anche specificatamente orientati a confrontare qual è la resa delle diverse strategie

e penso sarebbe uno dei modi anche di rispondere al discorso dei Passi di Maria, che erano anche molto dentro una cultura, allora di pediatria, di visione culturale della pediatria, di Liliana, che entrava in una logica di dare una visione che fosse anche molto radicata nel Locale, ma molto guardata sui diritti generali ed è un po' l'auspicio che mi porto a casa da questa mattinata di punti di vista che guardano i bisogni e l'epidemiologia e dall'altra parte delle istituzioni che sono invitate a presentarsi come rappresentanti di popoli e non soltanto di risorse. Grazie mille a tutti.

POMERIGGIO

Gianni Tognoni: Stamattina abbiamo ascoltato relazioni di metodologia, di obiettivi su tante parole chiave che sono venute fuori nelle relazioni di stamattina; credo che poi ognuno si affeziona e porterà a casa quelle che riterrà più interessanti, ma credo che proprio nelle relazioni del pomeriggio si potranno intravedere queste parole chiave di continuità/discontinuità, organizzazione/disorganizzazione, benefit incidence, testimonianze,, dilettantismo, specificità, professionalità, quello che proprio avviene nel lavoro quotidiano che alcuni amici e colleghi riferiranno nel pomeriggio.

La prima relazione riguarda un'esperienza concreta e la terrà Gregoire Ahongbonon, una figura particolare in questo ambiente perché non è ne' medico, ne' infermiere; prima Paolo Bonino mi illustrava come doverlo presentare ed io credo di doverlo presentare proprio come società civile, cioè come uno che ha capito, ha visto quello che succedeva nel suo villaggio, nella sua città e ha ritenuto che bisognava rimboccarsi le maniche e organizzare un servizio che rispondesse ai bisogni della sua popolazione, quindi ha fatto questo lavoro costituendo vari gruppi, specie di cooperative, che adesso ci illustrerà.

GREGOIRE AHONGBONON.

Buongiorno a tutti!

Avrei preferito parlare in italiano e direttamente con voi, ma purtroppo io non conosco la vostra lingua, ma sono comunque molto contento di poter parlare oggi con voi ed in particolare sono molto felice di poter parlare della storia di Maria. Maria era una grande persona, una grande figura; Maria non è morta, lei vive! Donare la vita per i propri sogni, per i propri bambini e proprio per ciò lei non è morta. La prova? Noi siamo venuti qui oggi per conoscere la sua vita e parlare della sua storia. Prima che io parli è meglio che guardiamo insieme il video per comprendere ciò che Maria ha incontrato, vale a dire la sofferenza. (visione Video)

Siamo in un pomeriggio di novembre in uno sperduto villaggio della Costa d'Avorio, nei paesi della cittadina di Bongoutou. Siamo nell'Africa equatoriale, di retaggio coloniale francese. Le genti qui sono di etnia baulè e aini e siamo nel 2000, alle soglie del terzo millennio.

Un uomo di nome Gregoire è venuto qui ed entra in una stamberga, in un antro buio, nel quale giace, inchiodato in ceppi, come uno schiavo, un essere umano.

-Fratello, come va? Come ti chiami?-

-Mariteren-

-Mariteren è da tanto che sei qui?-

-10 anni, sì-

-Sono venuto per toglierti di qui, sei d'accordo? Vuoi che ti liberi? venire via con me?-

Si

Vuoi venire via con me?

Si,si...

Compreremo le medicine per curarti vuoi?

Si, si...

Gregoire è venuto per liberare questo prigioniero. Si tratta di una persona genericamente considerata malata di mente e come tale emarginata, nascosta, segregata; una vergogna per i suoi parenti e per tutto il villaggio.

Per liberare questa persona Gregoire deve prima ottenere il consenso del capo villaggio e di tutti i suoi consiglieri; poi ci vuole anche il permesso dei parenti del malato, così bisogna fare una riunione generale, una sorta di assemblea durante la quale Gregoire spiega cosa vuole fare e il suo intento di portare, se possibile, il malato alla guarigione

Bene, anche se non è una cosa regolare non vi chiediamo niente, non vi chiediamo niente, ma almeno la cosa più importante è che non si senta dimenticato dalla famiglia, che non si senta abbandonato dalla famiglia. Bisogna che qualcuno venga a trovarlo e se guarisce, il nostro desiderio è questo, se guarisce lo riporteremo al villaggio, lo riaccompagneremo al villaggio. Dobbiamo essere d'accordo su questo punto, se siamo d'accordo anche noi siamo pronti ad aiutarvi.

Allora, fratello, sono venuto a liberarti dal ferro.

Gregoire si accinge a compiere un atto che ha già compiuto centinaia e centinaia di volte, ma che a noi può sembrare fuori dal tempo: l'atto di liberare uno schiavo dalle sue catene. La morsa di ferro si allenta, il polso sinistro è libero 8 anni dopo essere stato imprigionato. Dimostrando una grande forza d'animo, l'uomo ha l'orgoglio di rimettersi in piedi da solo

Fa piano, vuoi che ti aiuti? Ce la fai?

Per la prima volta dopo 8 anni imprigionato ai ceppi, quest'uomo vede la luce e sta ritto sulle gambe: è uno schiavo liberato, alle soglie del terzo millennio. E' questa la missione di Gregoire.

Chi è che piange?

E' suo figlio che piange! Questo qui.

Sei contento di vedere così tuo papà?

Bene! Avete capito quello che vi ho già detto: va via e ritorna. Va per...per...Andiamo per aiutarlo, per curarlo, quindi quando è tutto finito ritorna, d'accordo?

Il suo bambino va a scuola? Il piccolo? Perché non vai a scuola? Perché non va a scuola?

Non ci vuole andare, ecco!

Come si chiama?

Si chiama Kasì!

Kasì, in che classe eri, eh?

Quando ci va scappa, non ci vuole andare, scappa!

Bene, ascolta cosa ti dico: io ti do i soldi, tu vai a scuola, il tuo papà lo curiamo e lui ritornerà, capito?

Sei d'accordo? Ma devi frequentare, devi lavorare per aiutare anche gli altri bambini, hai capito?

Ci sono anche dei cristiani qui nel villaggio? Dov'è il capo dei cristiani?

Eccolo là! E' quello!

Devi cercare di aiutarlo, guardare che vada a scuola, pagare tutta la sua attrezzatura, d'accordo?

Questo è per lui, pagategli tutta l'attrezzatura e iscrivetelo a scuola

D'accordo, sì d'accordo

Gregoire come si chiama il bambino?

Si chiama Etienne Amadou Maxim

Tu l'hai liberato?

Sì

Quando un anno fa?

Sì era nel 1999, nel mese di luglio del 1999 era malato, era inferrato nel legno e noi siamo andati a liberarlo

Puoi raccontarmi un po' quest'avventura? Come l'hai trovato?

Come l'ho trovato...bisogna dire che c'era un malato, chiamato Alphonse, che era venuto da noi, che avevamo liberato, che è stato curato e una volta guarito è tornato nel suo villaggio. Dal suo villaggio lui mi ha scritto una lettera, diceva nella sua lettera "Ti aspettiamo, torna presto, ho uno dei miei fratelli che è malato e che è avvinto nei ceppi. Ogni volta, quando lo vedo, questo mi fa tanto soffrire".

Allora noi siamo andati. Io, tra l'altro, sono partito con la televisione svizzera. E' con la televisione svizzera che siamo andati. Tutti e due i piedi erano imprigionati nel legno, ha passato vent'anni imprigionato in quei ceppi, ma non aspettava che la morte. In ogni caso oggi, grazie a Dio, Amadou ha riconquistato la salute e lavora qui, in questo centro.

E ricorda qualcosa del suo...

Ricordi quello che hai passato?

No

No, niente, non ricorda nulla, ma si trova bene

Adesso sta bene?

Okay, mi sento bene, ma in ogni caso sono qui lo stesso

Non sei guarito?

No

Non sei ancora proprio guarito?

No, però ho in mente di tornare al villaggio

Gregoire ha la soddisfazione di ricondurre due malati guariti al loro villaggio, sono Baton e Alasan. La gente sembra davvero accoglierli come un figliol prodigo pare sincero

Hanno ritrovato la loro famiglia qui?

Sì come vedi, quello è uno che era incatenato siamo venuti a prenderlo nell'agosto scorso e oggi ritorna in famiglia e vedi che festa che gioia?

Ma è la stessa gente che l'ha messo

Esatto sì è la stessa gente che l'ha incatenato e oggi sono contenti

Sono contenti..

Oggi che cosa provi?

Oggi mi sento di piangere di gioia

Sei contento?

Sì

È la vita troppo felice, piange di gioia

Quest'uomo piange di gioia perché è tornato a vivere è contento tra la sua gente ma altri che Gregoire non è riuscito ancora a liberare giacciono in catene senza ne' cibo o acqua esposti al sole e alla pioggia alle soglie del terzo millennio (fine video)

Intervento di Gregoire Ahongbohnon

Ecco! Penso che abbiate scoperto qualcosa che non avete l'abitudine di vedere.

Io non sono uno psichiatra, non sono un medico, non ho avuto la possibilità di fare lunghi studi.

E' la ricerca dei poveri, degli abbandonati che mi ha portato qui a spiegarvi in parte l'esperienza che noi portiamo avanti

Sono originario del Benin sono sposato e sono padre di 6 figli.

E' grazie alla ricerca di Gesù che sono arrivato qui, la ricerca di Gesù nei poveri. Dal 1971 vivo in Costa d' Avorio.

Quando sono arrivato in Costa d' Avorio ho iniziato a fare il gommista e ho avuto fortuna, grazie alla fortuna e grazie a Dio., ma nonostante ciò ho abbandonato la Chiesa e ho cominciato a perdere soldi, tutto quello che avevo guadagnato l'ho perso. Stavo per suicidarmi. La mia vita era miserabile. In quel periodo di sofferenza ho ritrovato la strada verso la Chiesa. Ho avuto la fortuna d'incontrare un missionario che mi ha insegnato molto, mi ha regalato molto del suo tempo ed io, per ascoltarlo, ho cominciato ad aiutarlo. Stava organizzando un pellegrinaggio a Gerusalemme, così sono andato con lui a Gerusalemme e durante questo pellegrinaggio ho ricevuto moltissimo. Non so come spiegarvelo. Questo prete diceva che ciascun cristiano ha il compito di portare la sua pietra all'edificazione della Chiesa.

Questa frase mi ha veramente sconvolto. Ho appreso così che la chiesa non è sol preti e suore e mi ripetevo la domanda: "Qual è la mia pietra?"

Quando sono ritornato a casa questa frase mi tormentava e ne ho parlato con mia moglie. Abbiamo creato un gruppo di preghiera all'interno dell'ospedale, andavamo a trovare gli ammalati per pregare con loro. Durante queste visite ho trovato degli ammalati completamente abbandonati a se stessi, senza cure. In Africa non esiste previdenza sociale, se una persona non ha soldi non ha la possibilità di essere curata. Maria ha toccato con mano questa realtà, la sua anima riposa in Dio.

All'interno di questo gruppo prima nasceva l'amicizia e poi si pregava insieme. In questo modo: abbiamo cominciato a ripulirli e a cercare i mezzi per curarli; in questo modo, semplicemente occupandoci di loro, già cominciavano a guarire. Alcuni, purtroppo, morivano lo stesso, ma morivano con dignità.

A partire da questa esperienza ho capito perché Gesù si identificava con i poveri e così, a partire da ciò, cercavo Anch'io Dio nei poveri.

Alcuni anni dopo sono finito in prigione, ma questa è un'altra storia. Grazie a Dio e alla Provvidenza anche questa esperienza si è risolta e così ho deciso di portare un po' di dignità in prigione. Però avevo il desiderio di andare verso i più poveri. Così nel 1990 ho deciso di occuparmi dei malati di mente che sono i dimenticati tra i dimenticati, abbandonati da tutti. Vengono considerati stregati, impossessati dal maligno, che portano in sé il male, posseduti dagli spiriti. Qualsiasi motivo, anche il più futile è utilizzato per relegarli fuori dalla società, dal villaggio, dalla famiglia stessa, ridotti come rifiuti da gettare via.

Tutti hanno paura di loro, io stesso, cresciuto in questa mentalità, li temevo.. Nel 1990 ho visto un uomo nudo, nudo, che cercava del cibo tra l'immondizia. Era una cosa che mi capitava di vedere normalmente, ma quel giorno l'ho vista in modo diverso e ho capito che il Gesù che cercavo nella Chiesa soffriva in quegli uomini. Mi sono detto: "Se in questi uomini c'è Gesù perché avere paura di loro?"

Da quel giorno, tutte le sere, andavo in giro a cercarli e mi avvicinavo a loro per aiutarli e per vedere dove andavano a dormire. Ho parlato con mia moglie per spiegarle cosa mi sentivo di fare e poi uscivo comunque per dare loro del cibo e acqua fresca perché non hanno diritto all'acqua potabile, possono bere solo l'acqua piovana nei fossi delle strade. E' una situazione disumana.

A forza di dare loro da mangiare per le strade è nata l'amicizia ed il legame tra di noi si è rafforzato.

Così un giorno mi sono chiesto: "A cosa serve quello che faccio se poi torno a casa a dormire nel mio bel letto? Se in loro c'è Gesù devo fare qualcosa per migliorare la loro situazione."

Nell'ospedale dove avevamo creato il gruppo di preghiera c'è una piccola cappella. Ho cominciato a condurli lì, trattandoli non come rifiuti, ma come uomini e curandoli, con l'aiuto dei medici in particolare per quelli veramente malati. Hanno ritrovato la dignità e la voglia di vivere.

Quello che stava succedendo ha colpito e commosso tutti e nel '93 il direttore del Ministero della Sanità è venuto a vedere cosa avevo fatto. E' rimasto così colpito che ha voluto che si ripettesse l'esperienza in altri ospedali perché per la situazione dei reietti dalla società non si sa cosa fare. Ci è stato concesso uno spazio interno all'ospedale, ospedale che è anche Centro di Formazione Universitario e poi un terreno per l'attività di queste persone. Avevamo ottenuto il primo Centro di Accoglienza e il primo miracolo perché per il trattamento si era costretti ad andare fuori città. E tutto con l'aiuto della Provvidenza.

Abbiamo continuato a raccoglierci dalle strade e ad interessare tanta gente anche con appelli sul territorio, con l'aiuto di missionari e famiglie. E' così che abbiamo scoperto a quali torture vengono sottoposti questi malati, torture inimmaginabili al giorno d'oggi. Questo per l'ignoranza, la grandissima ignoranza che fa credere che siano marci dentro, già marci.

Quando arrivavo in una famiglia dove sapevo esserci un malato ai ceppi volevano mandarmi via. Ma via dove? Io rispondevo che avrei chiamato la gendarmeria e nel vedere la mia determinazione mi temevano. Allora chiedevo di parlare con il capo villaggio. È così che poi aprivano la porta.

Ho trovato un ragazzo bloccato al suolo, pieno di vermi. Aveva 23 anni e i vermi erano dappertutto. Ho tentato tutto per liberarlo, era sabato, la vigilia della Domenica delle Palme, anche i ferri erano entrati nella carne. Il giorno dopo sono ritornato con una suora e sono riuscito a liberarlo. Non so come si possa arrivare a tanto. Quando siamo riusciti a liberarlo lui ci ha detto: "Non so cosa ho fatto per meritare

questo dai miei genitori...posso guarire?" ma era così gravemente infetto che è morto. E' morto con dignità.

Da allora abbiamo cominciato a setacciare il territorio per scovare quelli nascosti e segregati. Ciò che ferisce sono i Centri di preghiera nei quali si dice che bisogna picchiarli, bastonarli per scacciare il diavolo che si è impossessato di loro, (a questo punto Gregoire mette sul tavolo, nel silenzio generale, una pesante catena di ferro) che bisogna metterli alla catena. Questa era attorno al collo nudo di un ragazzo chiuso in una stanza, nudo e nel muro c'era un buco per far passare la catena da fissare all'albero nel cortile. Quel ragazzo era in quella situazione da 7 anni quando l'ho liberato, aspettava solo la morte.

Non so e non capisco perché si debba essere trattati così, qual è il crimine che hanno commesso se crimine può essere definito essere malati di mente perché i malati di mente non sono considerati dei malati.

Vi ringrazio.

Nicola D'Andrea: Forse possiamo concludere questa sessione, che per me resta scioccante. E' vero che fino a 50 anni fa era così anche qui, però ci sono molte differenze: ognuno farà le sue riflessioni. Molte grazie.

NICOLA D'ANDREA, pediatra, Napoli

Passiamo alla successiva relazione. Come dicevo prima, questo pomeriggio è dedicato a parlare dal di dentro, dalle esperienze che alcuni hanno fatto. E veramente sarebbe auspicabile che nella concisione delle relazioni ci fosse possibilità di ascoltare molto i presenti e di dibattere e di portare altre esperienze non previste qui dalle relazioni ufficiali.

Stamattina è stata una mattinata molto densa, si son viste per due o tre volte le piramidi delle cure però devo dire che nella sostanziosità delle relazioni si è appena accennato al termine di cure primarie e credo che di qua bisogna partire, dalle cure primarie e alcune di queste esperienze che sentiremo adesso nelle prossime relazioni focalizzano l'attenzione del lavoro fatto proprio a partire dalle cure primarie dove non mancano poi le valutazioni di efficienza, efficacia; però devo dire che stamattina io sono rimasto anche un po' impressionato dal fatto che anche il CUAMM è aziendalizzato.

Sì, è giustissimo avere tutti i parametri da valutare, però è sempre l'efficienza della punta di quella piramide e credo che se non collaboriamo, cooperiamo per la base della piramide, la punta resterà sempre una cosa che avrà i suoi alti e bassi, anche le sue valutazioni, anche i suoi progressi, i suoi vantaggi meno morti probabilmente, ma assolutamente non sarà, ritengo io, un lavoro efficace.

Allora cominciamo con Duccio Peratoner, che lavora, lavorava, nella clinica pediatrica di Trieste la quale ha iniziato, un po' di anni fa, una collaborazione; anche qui, la parola collaborazione avrebbe bisogno di molte spiegazioni, se si tratta di interazione, integrazione, cooperazione, perché alcune volte sembra che questa collaborazione...cioè, è un portare, sembra sempre a senso unico, questa è l'esperienza particolare in cui alcuni specializzandi di pediatria di $\frac{3}{4}$ cliniche pediatriche italiane con capofila la clinica pediatrica di Trieste, frequentavano, collaboravano con l'ospedale Divina Provvidenza di Luanda per 4, 5, 6 mesi ruotando, quindi: continuità? Forse sì. Sentiamo Duccio.

DUCCIO PERATONER

Nicola mi ha rubato anche le poche cose che avevo da dire.....

Tognoni: ho detto sintetico, ma non così...

Peratoner: riprenderò sicuramente alcune cose già dette questa mattina e spero di farla molto più breve di come avevo pensato

Nel raccontare questa esperienza riprenderò inevitabilmente alcuni temi già discussi questa mattina. E inizio con questa figura che riguarda le 4 scuole di specializzazione italiane che hanno partecipato. L' "avventura" è partita da Trieste, ma poi subito dopo è venuta Modena, poi l'anno scorso Cagliari, e quest'anno è a Luanda per la prima volta una specializzanda di Perugia.

L'interesse per la malnutrizione in questo ospedale è iniziato circa sette, otto anni fa, da parte di Marzia Lazzerini, allora specializzanda in pediatria, e di Franco Panizon. Era loro sembrato che la malnutrizione non fosse una malattia di cui occuparsi da parte dei medici locali.

L' Hospital Divina Providencia (HDP) è situato in una municipalità molto povera di Luanda, Kilamba-Kiaxi, ma sulla situazione di degrado urbano di questo posto non mi soffermo, perché credo sia comune a tutte le megalopoli africane, cresciute senza un' apparente ragionevolezza dopo la colonizzazione, le guerre conseguenti e tutto quello che ne deriva.

Nel 2009 ero appena tornato da questa mia prima esperienza e c'era stato in quei giorni a Roma il vertice della FAO, dove Ban Ki-moon annunciava che di fame muoiono 17.000 bambini al giorno, uno ogni 5 secondi. Credo che pochi hanno ben pesato e ripensato a lungo questi numeri, ma per chi come me aveva appena visto i bambini morire, sicuramente questi numeri hanno assunto un significato concreto, erano molto pesanti.

Degli indicatori di salute in Angola ne ha parlato stamattina anche il dr. Kulosa Luwawa. Ve ne ricordo alcuni:

- aspettativa di vita m/f 42/38 anni
- mortalità materna 13-18 / 1.000
- mortalità < 5aa 158/1.000 (UNICEF 2007, forse oggi un po' migliorata)
- malnutrizione severa acuta 6-30%
- malnutrizione cronica 40-50%
- medici/abitante 0,8/10.000 (come se ad Aosta ce ne fossero due o tre)
- spesa pro capite per la salute 41 dollari (Italia 2.474)
- unità di salute distrutte dalla guerra: 65%

I numeri della malnutrizione sono un po' incerti perché non esiste una statistica precisa, ma grossolanamente possiamo dire che sono abbastanza verosimili.

Ma guardate queste figure che anche Don Carraro ha mostrato questa mattina, le mappe del nostro mondo ricostruite in relazione a indicatori ben diversi dalle dimensioni reali. Questo in rapporto alla mortalità infantile per esempio mostra com'è grande l'Angola e l'Italia quasi non esiste. Speculare e contraria è la mappa in rapporto alla capacità di acquisto di beni sanitari: anche qui l'Italia non la riconoscete perché è talmente obesa che ha perso la sua forma a stivale, e l'Angola non esiste. Simile a questa è la mappa per operatori sanitari. Bisogna peraltro dire che questo discorso degli operatori sanitari vale fino ad un certo punto perché, questo lo dice l'OMS, un terzo delle morti infantili sono evitabili con interventi che non richiedono personale sanitario: la promozione dell'allattamento al seno e la nutrizione complementare, l'uso di soluzioni reidratanti orali e l'uso di reti con insetticidi. Anche di questo un po' si è già accennato stamattina.

Poi c'è un'altra maledizione, vorrei dire, di questa parte del mondo: sono le guerre o conflitti armati in ogni caso, che ci sono o che ci sono appena stati. E come vedete sono sempre negli stessi posti del nostro mondo.

Se guardiamo la mappa delle cause di mortalità nei primi 5 anni di vita vediamo che questa è più elevata negli stessi posti dove maggiore e più diffusa è la malnutrizione infantile, e così sembra impossibile che non ci sia un rapporto tra queste due cose.

E questo è quello che ha fatto partire sette, otto anni fa Marzia Lazzerini e Franco Panizon, Qualche cenno su cosa è la malnutrizione, chi c'è stato sicuramente lo sa, ma forse non tutti voi avete presente, spendo solo due parole. La malnutrizione severa si può presentare in 2 forme: si parla di marasma quando c'è un rapporto peso-altezza (il parametro più importante per valutare lo stato nutrizionale) inferiore al 70%. Si parla di kwashiorkor invece quando il peso è buono ma ci sono edemi, il peso è fatto in parte di acqua. Queste due forme sono diverse anche per un diverso rischio di mortalità, d'infezioni, ecc..

Le cause: sono lo svezzamento troppo precoce e la sostituzione del latte con alimenti poveri di proteine. C'è un alimento locale (ma con vari nomi diffuso in tutta l' Africa) che è il funje: è simile alla nostra polenta, con contenuto proteico e vitaminico quasi nullo. Viene dato fin dai primi mesi di vita, e spesso in quantità insufficiente. E poi ci sono le infezioni ripetute (intestinali e respiratorie), le parassitosi, la tubercolosi e l' AIDS. Queste sono le cause, diciamo così, di superficie.

Poi ci son le cause di fondo, a cui fra poco accennerò.

L' organizzazione locale: all'ospedale Divina Providencia di Luanda il bambino arriva attraverso una consulta esterna, da cui viene inviato al reparto malnutrizione quando ha i criteri per essere giudicato malnutrito grave, in una delle 2 forme che dicevamo prima.

Ma c'è un filtro precedente: sono i 4 posti di salute che dovrebbero inviare all'ospedale solo i bambini che sono in uno stato di gravità tale da non poter essere trattati ambulatoriamente. Dico dovrebbero perché qualche volta il filtro è molto largo, arrivano in ospedale bambini che non avrebbero uno stretto bisogno di ricovero; altre volte invece si rischia che i bambini arrivino in situazione talmente grave che già capisci a vista che non ce la faranno. Il triage fatto in questi posti di salute non è quindi abbastanza efficiente. Senza tener conto del problema del viaggio dalla periferia all' ospedale, che può richiedere tempi lunghi e, per quanto pochi per noi, soldi.

La storia di Francisco: è la storia, molto esemplificativa di quello che vediamo all' HDP, di un bambino che non ho visto io; me l'ha regalata una specializzanda che invece l'ha vissuta. Un giorno arriva, ha tosse da un mese. Francisco ha 10 mesi, terzo figlio, pesa 4 Kg., mangia a questa età solo questo funje di cui dicevo prima, 2 al massimo 3 volte al giorno. La mamma vende, quasi tutte le donne nella situazione urbana di Luanda vendono quello che possono, il padre ha altre 2 mogli, e anche questo non è così raro, benché illegale.

Cosa va valutato? Il peso e l'altezza; questo bambino ha un peso/altezza al di sotto del 60%, quindi largamente nell' ambito della malnutrizione grave. Ha una linfadenopatia laterocervicale, ha un reperto polmonare bilaterale, la lastra del torace mostra addensamenti bilaterali molto importanti.

Venti giorni dopo Francisco è un bambino che stentate a riconoscere, se non altro per il rapporto peso/altezza che è aumentato da sotto il 60% al 75%. Cosa è stato fatto? Gli è stato dato da mangiare ed è stata curata una probabile tubercolosi. Però anche, in questi 20 giorni, si è lavorato con la madre, sono state fatte proposte di accudimento e consigli alimentari. E poi è stato fatto un programma di controlli ambulatoriali, è stato dato un apporto gratuito di latte in polvere per le prime settimane dopo la dimissione.

Cosa gli si è dato da mangiare? E' molto semplice: ci sono 2 tipi di latte, studiati e preparati apposta dall' OMS: sono l'F75 nella rialimentazione iniziale e l'F100 nella successiva fase di stabilizzazione. E poi si passa ad una pappa a contenuto proteico adeguato e latte, latte intero in polvere. Quando era a Luanda il costo giornaliero del latte in polvere (latte vaccino intero, che si trova facilmente anche sulle bancherelle del mercato) era pari a un po' meno di 1 euro al giorno per un bambino di 1-2 anni, forse adesso costa un po' di più. Per noi molto sostenibile, per loro forse non è esattamente così. Gli si insegna anche a preparare una minestra, una pappa fatta in modo di dare l'apporto proteico e questo si fa attraverso incontri durante la degenza, le palestras.

Le criticità. Sembra semplice, vien da dire, sentendo quello che vi ho appena raccontato. Ma ci sono alcune cose che mettono in crisi tutto questo.

In ospedale tutto è affidato alle madri e le madri arrivano stanche, alcune hanno perso la capacità di accudire il bambino, si ha quasi l'impressione che abbiano perso la loro capacità di madri, la consapevolezza di essere madri.

Il secondo punto è che la sorveglianza infermieristica è precaria, le infermiere sono sempre stanche, quello dell'ospedale da alcune viene considerato un secondo lavoro, appaiono deresponsabilizzate ma forse sono anche poco gratificate dal loro lavoro. Il pretendere da loro un triage accettabile ed un minimo di efficienza sembra in questa situazione utopico.

E poi c'è la notte. La maggior parte delle morti avviene di notte. E la riunione che si fa ogni mattina prima di iniziare a vedere i bambini ricoverati, a volte è più un bollettino di guerra che una riunione clinica.

I risultati. In questi 7, 8 anni, da quando è stato fondato il centro per la malnutrizione, la mortalità dei bambini ricoverati è drasticamente calata rispetto al 50% iniziale; negli ultimi anni varia tra il 10 e il 17%. Ma bisogna dire che ci manca il dato di cosa succede a questi bambini dopo la dimissione, se non per il relativamente breve periodo in cui vengono seguiti ambulatoriamente. E una parte di questi bambini si "perdono" già subito dopo la dimissione dall'ospedale. Per contro i ricoveri sono circa raddoppiati in questi anni, negli ultimi anni sono 4-500 l'anno.

Se ricordate la solita figura della piramide della salute, di cui stamattina hanno già parlato altri, è chiaro che noi interveniamo su questa punta della piramide, quella che riguarda gli interventi a breve termine sulla malattia; con poco o nullo impatto sui sistemi di salute e sulle determinanti sociali.

Ma ci sono anche tutti i problemi politici locali sui quali ancora non mi pare che abbiamo, come piccola iniziativa di cooperazione qual'è la nostra, nessuno strumento per intervenire in modo efficace. E poi ci sono i problemi di giustizia mondiale: forse conoscete questa frase di Kenneth Roth (Osservatorio dei diritti umani): "basterebbe dirottare l'1% del denaro utilizzato per risanare le finanze dei paesi ricchi per eliminare la fame dal mondo". Mi piace, ma già questa mattina abbiamo sentito dire che questo può non essere efficace. Dambisa Moyo, nel suo libro "La carità che uccide" (che forse chi vuole avere un po' di spirito critico dovrebbe leggere) dice che questo non risolverebbe i problemi dell'Africa. Sono problemi globali e talmente complessi che personalmente non mi sembra di poter prendere una posizione chiara, ma credo che dobbiamo tenerli ben presenti quando partecipiamo a questi progetti.

Arriviamo a cosa penso di aver imparato da questa mia esperienza, non solo mia ovviamente.

La "crescita" degli specializzandi. Credo sia uno degli esiti importanti di questa esperienza. Non volevo dirlo con le mie parole, e così vi leggo due o tre frasi di una mail che ha inviato uno degli ultimi specializzandi triestini che è andato all'HDP: "Ho imparato ad alzare la voce in pubblico, a fare la voce grossa, ad essere cinico, ad essere diretto senza giri di parole, ad alzare le spalle, scrollarmi di dosso le responsabilità che non mi appartengono. Fare interventi manuali senza anestesia, a comunicare diagnosi di HIV positive, a riferire della perdita del bambino a mamma e papà, ..."; e poi "sì, un'esperienza positiva, sotto tutti i punti di vista, anche sotto quelli che mi sono rimasti bui, quelli che non ho compreso, quelli che ho nascosto sotto la sabbia. Mi è stato chiesto perché, ma sì son venuto qui per me, certo che sono venuto qui per me e ho incontrato l'umanità, umanità al cento per cento. Qui è difficile far finta di qualcosa, è difficile imbrogliare, ingannarsi. Mamme che condividono il pranzo, padri che lavano la roba, dico la roba anche per gli altri, roba piena di feci, di vomito, di pipì. Quando tutto questo esce fuori si percepisce direttamente la possibilità di un rapporto umano che altrimenti considereresti quasi incredibile."

Forse parole tra loro contraddittorie, però mi sembra che esprimano molto bene alcune sensazioni, alcuni vissuti, che sono stati riportati anche da altri specializzandi.

Conoscere l'"altro". L'altra cosa che ho imparato è che bisogna capire questi "altri", quelli che laggiù abitano, quelli che soffrono per la malattia e quelli che li curano, prima di fare progetti. Esempio con due cose, le due storie del funji e del RUTF.

Il funji è questo alimento che dicevo prima, una polentina che è l'elemento base della alimentazione locale. Quando io sono andato giù mi ero messo in testa di fare la guerra contro il funji. Poi ho capito pian piano che invece questo era proprio sbagliato. Le donne, le maes, dopo un po' avevano capito che io ce l'avevo con questo funji, e non avevano più il coraggio di dire cosa mangiava il bambino, mi mentivano. Ho realizzato così che la cosa giusta da fare è invece valorizzare questo alimento, insegnando ad arricchirlo, sostanzialmente con altri alimenti proteici.

La storia del RUTF (Ready to Use Therapeutic Food) è più o meno simile, ma opposta. Il suo uso nella malnutrizione è un'esperienza iniziata l'anno scorso all' HDP, con un progetto pensato e realizzato da Marzia Lazzarini. Il RUTF è una cosa preparata, con alimenti locali di sufficiente contenuto proteico ma di basso costo e di facile reperibilità, nell'ospedale stesso, anche se prodotti analoghi esistono in commercio o vengono distribuiti dall' UNICEF. La difficoltà è quella di far passare questa idea, che è stata un'idea occidentale, un'idea nostra per la loro situazione, ma che rimaneva un' idea nostra. E' stato difficile, e lo è tuttora. Forse qualcuno che ha vissuto la realizzazione all' HDP di questo progetto può dire qualcosa di più di questo, io non l'ho vissuta in prima persona.

Credo che alla fine il punto sia questo: l'umiltà, obbligatoria come atteggiamento di fondo. In Angola sicuramente, ma credo in molte parti dell'Africa, questo orgoglio della negritudine lo percepisci, lo percepisci proprio di pelle, nelle cose che dicono, quando incontri qualcuno per strada e senti dire "branco", qualche volta non certo benevolmente. Anche di questo credo che dobbiamo tener conto.

Le linee di azione attuali

Innanzitutto il passaggio delle consegne agli altri, da noi bianchi ("a malnutricao è uma coisa dos italianos") a chi, medici e infermieri, a Luanda vive. Questo è il punto su cui ci siamo più impegnati negli ultimi due anni: finalmente più di un anno fa è stato nominato responsabile del reparto di malnutrizione un medico nero. Mi è sembrato un buon inizio di questa fase.

Il miglioramento delle tecnologie: proprio negli ultimi mesi è partito un progetto di miglioramento del servizio radiologico dell' ospedale con la trasformazione in digitale delle apparecchiature, oggi già attive. Cosa che rende anche più facile la refertazione in comunicazione con radiologi disponibili in Italia, visto che all' HDP non ci sono radiologi; ma si sta ora cercando di mettere in comunicazione questo servizio con i radiologi presenti in altri ospedali di Luanda.

Ma non riguarda solo la radiologia questo inserimento dell' HDP in una rete collaborativa con gli altri ospedali di Luanda, in particolare con l' ospedale di riferimento pediatrico, quello in cui ci sono le specialità pediatriche. Il bisogno di servizi specialistici, non presenti nel piccolo HDP, alcune volte è ben presente. Ma non si tratta solo di distanze in chilometri, pochi ma con tempi di percorrenza che possono diventare incredibilmente lunghi; è anche un problema di organizzazione e di volontà, di abitudine alla collaborazione.

E alla fine la ricerca delle modalità per rendere stabili i cambiamenti raggiunti. Tutti noi che siamo stati giù abbiamo percepito la difficoltà di perseguire questo obiettivo e abbiamo palpato con mano la sensazione di precarietà delle iniziative che si mettono in piedi. Ma forse anche questa esigenza (il mito dell' efficacia e dell' efficienza) è una cosa che appartiene a noi bianchi, e in qualche modo è ragionevole, o almeno comprensibile, che gli angolani pongano in atto qualche sistema di difesa.

Poi ci sono i sogni, quelle cose che penso dovremmo cominciare a fare. Un'operazione di empowerment molto importante sarebbe quella di formare dei community health workers, persone locali senza una formazione sanitaria specifica precedente, che possano lavorare con la popolazione in modo più utile di quello che possiamo fare noi "altri" o gli operatori sanitari formati (medici e infermieri). E queste dovrebbero essere sostanzialmente delle donne, perché questa nella realtà di Luanda sembra l'unica possibilità. Su questo c'è molta letteratura e credo che sarebbe un passaggio importantissimo, un vero salto di qualità, soprattutto per la prevenzione, che è la chiave di volta della riuscita di qualsiasi programma di intervento sulla malnutrizione stessa.

Poi c'è la formazione e la responsabilizzazione del personale infermieristico, cosa di cui nei centri di salute ma anche nell'ospedale si sente assolutamente la necessità, come accennavo in precedenza. Sono convinto che gran parte degli interventi su questa patologia potrebbero essere responsabilmente gestiti proprio dal personale infermieristico, se su questo venissero formati (e qualche iniziativa in questo senso si è già tentata), responsabilizzati e anche gratificati con incentivi.

Concludo ringraziando, devo proprio farlo, alcune persone. Franco Panizon, che mi ha quasi forzato ad andare giù, per avermi dato la possibilità di toccare con mano, e con il cuore, una realtà diversa dalla nostra, anche se non mi era certamente del tutto sconosciuta. E poi tutti gli amici e le amiche, medici e non medici, con la freschezza e la grinta di giovani come gli specializzandi, o anche meno giovani ma con lo stesso spirito, che ho incontrato giù e che fanno parte di questa "impresa". Gli africani infine che ho

conosciuto, con alcuni dei quali i rapporti non sono stati per niente facili, ma che in ogni caso mi hanno permesso di capire qualcosa, anche se è sempre troppo poco, della realtà dell'Africa. E poi tutti voi che avete avuto la pazienza di ascoltarmi. Grazie.

Nicola mi ha rubato anche le poche cose che avevo da dire.....

Tognoni: ho detto sintetico, ma non così...

Peratoner: riprenderò sicuramente alcune cose già dette questa mattina e spero di farla molto più breve di come avevo pensato.

Qui ci sono queste due figure: una riguarda le 4 scuole di specializzazione italiane che hanno partecipato. E' partita da Trieste la cosa, ma poi subito dopo è venuta Modena, poi l'anno scorso Cagliari e quest'anno è partita per la prima volta una specializzanda di Perugia.

Questa cosa, diciamo l'interesse per la malnutrizione in questo ospedale è iniziato circa sette, otto anni fa. Adesso c'è questa piantina dell'ospedale che è quella che vedete nel cerchio rosso, l'ospedale è questo, della Divina Providencia, e dov'è situato? E' situato in una municipalità molto povera di Luanda, ma non mi soffermo su questo.

Ero appena tornato nel 2009 da questa esperienza e c'è stato il vertice della FAO.

Allora questi numeri che, io credo, che pochi hanno pensato e ripensato, ma per chi aveva appena visto i bambini morire, sicuramente questi numeri hanno un significato, acquistano un significato.

In Angola degli indicatori di salute ne ha parlato prima anche il nostro funzionario del ministero per cui non mi ci soffermo, ma guardate queste figure che ha anche mostrato Don Carraro questa mattina che guardano le mappe fatte per mortalità; per esempio guardate com'è grande l'Angola e l'Italia quasi non esiste.

Questa è la mappa delle capacità di acquisto di beni sanitari: anche qui l'Italia non la riconoscete perché è talmente obesa, talmente grande che non riconoscete la forma dell'Italia, l'Angola non esiste.

Lo stesso la mappa per operatori sanitari, la stessa cosa. Devo dire che questo discorso degli operatori sanitari vale fino ad un certo punto perché ci sono sicuramente, questo lo dice l'OMS, un terzo delle morti infantili sono evitabili con interventi che non richiedono personale sanitario. Anche di questo un po' si è accennato stamattina. Son questi, l'allattamento e la nutrizione complementare, l'uso di reti con insetticidi.

Poi c'è un'altra sfiga, vorrei dire, di questa parte del mondo che sono, come vedete, le guerre, o conflitti armati in ogni caso, che ci sono o che ci sono appena stati, come vedete sono sempre negli stessi posti.

Le cause di mortalità inferiore ai 5 anni: anche questo è più o meno il grafico mostrato da Tamburlini questa mattina, qui non mi ci soffermo, ma guardate questi puntini rossi della mortalità sotto i 5 anni sono gli stessi dove c'è la malnutrizione, cioè esattamente gli stessi posti, è impossibile che non ci sia un rapporto tra queste due cose.

E questo è quello che ha fatto partire sette, otto anni fa Franco Panizon, che era anche l'autore di quel primo schizzo che c'era nella prima diapositiva; i numeri sono un po' grossolani perché non esiste una statistica precisa, ecco, su quali sono le percentuali di questi malati, ma grosso modo possiamo dire che questi sono abbastanza verosimili.

Cos'è la malnutrizione severa? La malnutrizione severa si può presentare forme in 2 forme, chi è stato sicuramente lo sa, forse non tutti lo sanno, spendo solo due parole; il marasma è quando c'è un rapporto peso-altezza inferiore al 70%, il parametro più importante per valutare la cosa. **xxxxxxxxxxxx** quando il peso è buono ma ci sono edemi, quindi il peso è fatto di acqua sostanzialmente. Queste due forme sono due forme diverse con anche diversi rischi di mortalità, d'infezioni ecc.. Le cause: anche qui le cause sono lo svezzamento troppo precoce, la sostituzione del latte con alimenti poveri di proteine questo alimento nazionale che è il funji che viene dato fin dai primi mesi di vita e anche in quantità insufficiente, le infezioni ripetute, le parassitosi, la tubercolosi ce l'aid.

Queste son le cause, di superficie.

Poi ci son le cause di fondo, vediamo se riusciamo anche a parlare di quello.

All'ospedale Divina Providencia di Luanda lo schema è fatto di queste 2 cose: l'ospedale, questa parte centrale, in cui il bambino arriva attraverso una consulta esterna e viene mandato al reparto malnutrizione quando ha i criteri per essere giudicato malnutrito, una delle 2 forme che dicevamo prima.

C'è un filtro precedente, e di questo parlerò Aniko Aczel dopo, che sono 4 posti di salute che fanno questo filtro e mandano all'ospedale i bambini che.... Questa storia è la storia di un bambino che non ho visto io, non ho vissuto io questa storia, ma...anche perché io mi sono assolutamente rifiutato di far fotografie, poi ne arrivano fatte da altri, che non è molto diverso, ma insomma....questa cosa me l'ha data una specializzanda che invece l'ha vissuta.

Francisco aveva 10 mesi, terzo figlio, pesava 4 Kg., mangiava a quest'età questa polenta, questo funji molto simile alla nostra polenta.

E' venuto un giorno, aveva la tosse da un mese, la mamma vende, come quasi tutte le donne nella situazione urbana di Luanda vendono, il padre ha altre 2 mogli, anche questo non è così raro. Cosa va valutato? Il peso e l'altezza; questo bambino aveva un peso/altezza al di sotto del 60%, aveva una linfadenopatia laterocervicale, aveva un reperto polmonare bilaterale, la lastra era questa, vedete addensamenti bilaterali molto importanti. Venti giorni dopo Francisco è questo: cosa è stato fatto? Gli è stato dato da mangiare, è stata curata una probabile tubercolosi. Però anche, in questi 20 giorni, si è lavorato con la madre, sono state fatte proposte di accudimento o consigli alimentari, è stato fatto un programma di controlli ambulatoriali, è stato dato un apporto dopo la dimissione gratuito di latte in polvere per le prime settimane.

Che cosa si dà da mangiare, voi pensate? Sarà così difficile? E' facilissimo perché ci sono 2 tipi di latte preparato apposta dalle agenzie che si occupano di questo, l'OMS sostanzialmente, e l'UNICEF e sono l'F75 e l'F100 nella fase di stabilizzazione; sono latti ipercalorici studiati apposta per questo tipo di bambini.

Ma anche, dicevamo, educazione nutrizionale, supporto alimentare gratuito e grosso modo, quando sono andato io, il costo di un latte in polvere che si trova sul mercato, dopo la dimissione, latte in polvere normale, latte di vacca normale, il costo, dicevo, è un po' meno di 1 euro al giorno, forse adesso costa un po' di più. Per noi apparentemente molto sostenibile, per loro forse non è esattamente così. Gli si insegna a preparare una minestra, una pappa fatta in modo di dare l'apporto proteico e questo si fa attraverso incontri durante la degenza, palestre.

Sembra semplice, dicevo, ma ci sono alcune cose che mettono in crisi tutto questo.

Tutto è affidato alle madri e le madri arrivano stanche, che hanno perso la capacità di accudire il bambino, si ha l'impressione che abbiano perso la loro capacità di madri, la consapevolezza di essere madri.

Il secondo punto è che la sorveglianza infermieristica è precaria, le infermiere sono sempre stanche, fanno più di un lavoro, sono deresponsabilizzate.

E poi c'è la notte. La maggior parte delle morti avviene di notte.

E poi la riunione del mattino che si fa ogni mattina, a volte è più un bollettino di guerra che una riunione clinica.

In questi 7,8 anni da quando è stato fondato il centro per la malnutrizione la mortalità dei bambini ricoverati, quindi non possiamo sapere cosa succede dopo ai bambini dimessi, tra i bambini ricoverati la mortalità era vicina al 50%, negli ultimi anni è tra il 10 e il 17%.

C'è questa gran parte di bambini che non vengono più al controllo per cui non sappiamo cosa succede dopo. Vedete, i ricoveri sono raddoppiati circa in questi anni, la solita piramide e il solito modo di dire che noi interveniamo su questa punta della piramide.

Quindi ci sono tutti i problemi politici, organizzativi sui quali ancora non siamo, o non siamo in grado di farlo; e poi i problemi di giustizia mondiale: voi conoscete questa frase di Kenneth Road "basterebbe dirottare l'1% del denaro utilizzato per risanare le finanze dei paesi ricchi per eliminare la fame dal mondo" Va bè, però questa mattina abbiamo sentito che qualcuno pensa che questo non sia efficace.

Dambisa Moyo dice che questo non risolverebbe i problemi. Questo è un libro che forse chi vuole avere un po' di spirito critico dovrebbe leggere, è tradotto in italiano e si chiama "La carità che uccide".

Questa vignetta era su un settimanale del Burkina Faso in occasione del summit di New York sugli obiettivi del millennio. Allora c'è un signore che dice " il numero dei poveri è diminuito, di sicuro io non li vedo più" è una vignetta, ma io credo che sia molto realistico questo, è triste questa cosa.

Arriviamo a cosa penso di aver imparato da questa mia esperienza, mia, non solo mia ovviamente.

La crescita deve specializzarmi. Credo sia importante questa cosa che fanno gli specializzandi. Non volevo dirlo con le mie parole, ma vi leggo due o tre frasi di una mail che uno degli ultimi specializzandi triestini, che è andato all'ospedale della Divina Providencia, scrive: "Ho imparato ad alzare la voce in pubblico, a fare la voce grossa, ad essere cinico, ad essere diretto senza giri di parole, ad alzare le spalle, scrollarmi di dosso le responsabilità che non mi appartengono. Fare interventi manuali senza anestesia, a comunicare diagnosi di HIV positive, a riferire della perdita del bambino a mamma e papà, ma quello che non ho ancora imparato è a sopportare le mosche" poi va su questo discorso delle mosche poi torna al serio e dice " sì, un'esperienza positiva, sotto tutti i punti di vista, anche sotto quelli che mi sono rimasti bui, quelli che non ho compreso, quelli che ho nascosto sotto la sabbia. Mi è stato chiesto perché, ma sì son venuto qui per me, certo che sono venuto qui per me e ho incontrato l'umanità, umanità al cento per cento. Qui è difficile far finta di qualcosa, è difficile imbrogliare, ingannarsi. Mamme che condividono il pranzo, padri che lavano la roba, dico la roba anche per gli altri, roba piena di feci, di vomito, di pipì. Quando tutto questo esce fuori si percepisce direttamente la possibilità di un rapporto umano che altrimenti considereresti quasi incredibile."

Forse anche contraddittorio, molto, però...mi sembra che esprima molto bene, esce fuori anche le cose, le parole che hanno scritto anche gli altri specializzandi.

L'altra cosa che abbiamo imparato è la necessità che per capire questi altri...che bisogna capire questi altri prima di fare altri progetti. Le due cose, le due storie del funji e del rutf. Il funji è questa cosa che dicevo prima, questa polentina e quando io sono andato giù mi ero messo in testa di fare la guerra contro questo funji. Poi ho capito pian piano che, invece, questo era proprio sbagliato, che le donne, quando avevano capito che io ce l'avevo con questo funji, non avevano più il coraggio di dire cosa mangiava il bambino, quindi mentivano. Allora credo che la cosa da fare sia invece valorizzare questa cosa, l'atteggiamento è quello di valorizzare questa cosa, insegnare ad arricchirlo con sostanze proteiche sostanzialmente; e la storia del rutf è più o meno opposta, ma simile. Il rutf è un'esperienza iniziata l'anno scorso, sempre con un progetto iniziato dalla Marzia Lazzarini che è stata la prima, insieme a Panizon, ad andare a Luanda. Il rutf è una cosa preparata, in questo caso, ci sono anche quelli preparati industrialmente, ma qui è preparata nell'ospedale stesso, però la difficoltà a far passare questa idea, che è stata un'idea occidentale, un'idea nostra per loro, ma idea nostra. E' stato difficilissimo. Forse qualcuno può dire qualcosa di più di questo, io non l'ho vissuta, riferisco, credo che sia stata, e lo sia tutt'ora, una cosa non del tutto facile, non del tutto accettata.

Credo che sostanzialmente il punto sia questo: l'umiltà obbligatoria. Credo che ci sia questo, in Angola sicuramente, credo che in molte parti dell'Africa ci sia quest'orgoglio della negritudine e lo percepisci, lo percepisci proprio di pelle, nelle cose che dicono, quando incontri per strada e dicono branco. Questo credo che dobbiamo tenerne conto.

Le linee di azione attuale, e con questo finisco, le criticità, sono il passaggio delle consegne agli altri, a noi bianchi, questa è la cosa che abbiamo fatto negli ultimi due anni in cui è stato nominato responsabile del reparto di malnutrizione un medico nero.

La formazione, soprattutto del personale infermieristico, anche di questo si è parlato oggi, non mi soffermo.

Miglioramento delle tecnologie: proprio negli ultimi mesi è stato fatto questo progetto di radiologia digitale già portato giù, non mi soffermo sui particolari e un'altra cosa che sta facendo chi è giù in questo momento è la collaborazione con le altre strutture sanitarie; sta cercando di mettere un po' in rete quest'ospedale di riferimento pediatrico, quello in cui ci sono le specialità pediatriche.

E poi la ricerca delle modalità per rendere stabili i cambiamenti raggiunti. Ecco questo è molto difficile e anche qua non faccio tempo a soffermar mi.

Poi ci sono i sogni, le utopie. E io credo che questo, per me, sarebbe un passaggio importantissimo, un'operazione di empowerment molto importante, quella di formare dei community athroworks, persone

sanitarie di formazione, ma che possano lavorare con la popolazione in modo più utile di quello che possiamo fare noi o che possono fare.... e queste sono sostanzialmente donne, perché questa è l'unica possibilità.

Poi c'è la responsabilizzazione del personale infermieristico, cosa che nei centri di salute, se qualcuno anche ne parla dopo, ma nell'ospedale sono assolutamente deresponsabilizzati.

Questa è un'altra immagine di Panizon del giardino, giardino... diciamo degli spazi vicino all'ospedale e io devo proprio ringraziare di questa cosa, nessuno ha ringraziato, ma io credo che questo devo farlo.

Franco Panizon mi ha circa violentato ad andare, ad andar giù e io non posso che ringraziarlo per questo, perché ho capito qualcosa. A tutti gli amici e le amiche, medici e non medici che ho incontrato giù e qua e che hanno fatto parte, fanno parte, di questa impresa, gli specializzandi, soprattutto, perché quelli che ho conosciuto e con cui ho lavorato insieme soprattutto, ma anche quelli che ho conosciuto attraverso quello che scrivevano e raccontavano. Gli africani che ho conosciuto, con i quali i rapporti non sono per niente facili, ma che mi hanno permesso di capire qualcosa, poco poco, come dice qualcuno che sapete, della realtà dell'Africa. E poi tutti voi che avete avuto la pazienza di ascoltarmi. Grazie.

D'ANDREA: Grazie Duccio. Questo era il primo flash di una domanda che io vorrei porre e che spero nel dibattito venga fuori. Per chi è stato, per chi pensa di andare, per le riflessioni che sono venute fuori stamattina. Perché dei pediatri, dei medici, degli infermieri, andiamo, vanno in Africa? Passare dal 48% al 17% di mortalità in ospedale per malnutrizione, eh non è un dato proprio indifferente, per cui a quei bambini, fin che sono stati in ospedale, poi sappiamo che molti di questi... il loro destino non è conosciuto, non son seguiti, però, missione del medico è, come dice Panizon anche nel libro che ha raccolto tutte le testimonianze, è quello di curare i malati, in questo caso i bambini malati e dal 48% al 17 direi che è un risultato. Basta questo per andare in Africa? Sentiamo. Intanto adesso Aniko ci racconta l'esperienza dei punti di salute che sono, diciamo, questi satelliti dell'ospedale Divina Providencia dove ci sono delle differenze geografiche, anche all'interno della stessa città di Luanda, che ha 7 milioni di abitanti, una città, pensate, costruita dai portoghesi per 500 mila abitanti. E allora, cosa è successo? Solo facilmente immaginabile come può essere la vita di questi, non tutti, ma 6 milioni e 900mila persone. Quindi lei ha lavorato principalmente in due posti di salute e ci riferisce l'esperienza concreta, quotidiana, le varie difficoltà, gli incontri avuti e i risultati anche ottenuti.

ANIKO ACZEL

Buongiorno, buongiorno a tutti, io vi ringrazio di essere qua e mi scuso per la mia inadeguatezza perché non sono molto abituata a parlare in pubblico.

Comunque: ho lavorato al seguito del prof. Balzo che mi ha portato in Angola. Ci sono stata 4 volte, le prime 2 in ospedale e nell'ambulatorio dell'ospedale. La seconda volta ci siamo accorti che la popolazione era forse un pochino meno povera dei primi anni, il 2004-2006 e quindi si è pensato che il numero dei malnutriti non diminuiva però, di quelli che vedevo io in ospedale, allora si è pensato che la mamma più grassoccia, con un cellulare in mano o con dei jeans nuovi, forse una disponibilità economica un pochino maggiore c'era e si poteva pensare di provare a fare della prevenzione. Vedere intanto perché la malnutrizione non diminuiva assolutamente e quindi cercare se si poteva aiutare un po'. Queste sono alcune fotografie.

La prima è il centro di salute di Santa Teresina di mamme che aspettano davanti al centro prima di entrare.

Questo è san Joao Calabra che è il centro più grosso.

Lo staff di Santa Teresina.

E questa è una cosa abbastanza importante per vedere come mangiano alcune persone e come i bambini restano male. Di fronte ai centri di salute e in tutto il bairo ci sono queste piccole postazioni di persone che vendono cose fritte, biscotti, bibite gassate; le madri li comprano e li mangiano, quindi c'è una maggior disponibilità economica, che però non va al bambino, perché il bambino...

Questo è il bairo, io non ho fatto le fotografie del bairo durante il percorso perché mi pareva per lo meno indelicato, non ho avuto il coraggio di farle, ma in un momento di vuoto, questo è il posto in cui si lavora.

Che cosa ci siamo proposti? Quello di prevenire la malnutrizione, per quanto possibile, ma come?

Vedendo che cosa mangia il bambino abitualmente perché non si può uscire da una cultura. Ha detto giustamente il dr. Peratoner che non si può combattere il funji perché ogni popolazione ha delle abitudini, delle regole e si può cercare di modificarle, ma non certamente di cancellarle. E vedere quelle che possono essere delle diete assolutamente compatibili e adeguate alle condizioni della famiglia, al tipo di lavoro o secondo la situazione socio-economica e con le abitudini perché queste possono essere molto diverse.

Il secondo obiettivo è quello dell'ultima volta, dell'anno scorso, quello di trattare direttamente nei posti di salute, nei centri la malnutrizione moderata, ma anche quella severa quando non complicata e soprattutto di formare il personale locale perché nei centri di salute e anche, è auspicabile, all'interno del barrio, trovare quelle persone che non accedono ai posti di salute; del personale locale che si porga non in maniera dall'alto in basso, come spesso succede, perché il dr. Peratoner diceva che il personale è demotivato. Qualche volta può essere non demotivato, ma può porsi in una maniera non alla pari con la popolazione. E infatti direi che questo sia molto importante, non essere visti come qualcuno che insegna qualcosa, ma come qualcuno che partecipa o per lo meno io ho cercato di fare così, non so che cosa è giusto o sbagliato.

Qual è l'alimentazione abituale dei bambini? E' consigliato, anche sulla loro carta delle vaccinazioni, di assumere il latte materno fino ai 2 anni. Però non è che il latte materno è un ciuccio fino ai 2 anni perché il latte le mamme non ce l'hanno più. Vengono alimentati con il funji, questa pappa di manioca, fin dai primissimi mesi di vita, che certamente non fa sentire la fame, e il bambino, questa è una cosa che ho riscontrato anche in bambini di amici africani che stanno in Europa e che venivano da famiglie anche abbastanza abbienti, la qualità di cibo che veniva data al bambino veniva commisurata non secondo le sue necessità, ma secondo le sue dimensioni; quindi il bambino è piccolo e assume poco cibo.

E' necessario che cosa, o che cosa mi sono posta io? Quello di conoscere sia le abitudini alimentari sia le possibilità economiche dei genitori sia la situazione sociale perché è difficile porre delle cose complicate a una donna che vende sunga, si dice sungar il vendere per le strade, non so se sia bantu o portoghese, che ha 3 o 4 bambini, bisogna vedere se ha un marito, se non ce l'ha, se il marito ha altre mogli e anche se la ragazza è molto giovane, molte volte son bambine quasi di 16, 17 anni a cui è difficile

togliere qualcosa, come le nostre giovani ragazze c'è il berrettino, la cosa, per dir loro che bisogna dar da mangiare prima al proprio bambino. Bisogna farlo in modo molto affettuoso, cercando di mettersi alla pari e di disporre di molto tempo, ma soprattutto di trovare un rapporto con queste persone. Nei centri di salute io ho lavorato a San Joao Calabria, che è quello più grande, dove adesso, per fortuna, la dr. Lunardi continua il lavoro e questo è molto importante come continuità, e in uno più piccolo.

San Joao Calabria: questo per riallacciarmi a quello che ha detto il dr. Tamburlini stamattina. San Joao Calabria è quello più popoloso, ma è anche quello in cui la popolazione è formata in buona parte di rifugiati dai villaggi durante la guerra; quindi probabilmente persone che non sono riuscite ad inserirsi in un mondo di lavoro, mentre Santa Teresina è situato più verso la strada con una popolazione forse meno affollata, ma questo ce lo dirà il dr. ebolano che conosce meglio la situazione.

In realtà, normalmente ci sono 2 infermieri che vedono i bambini, le malattie respiratorie, la malaria, tutte le malattie per cui le madri si presentano e nel mese che sono stata io sono stati visitati 1048 bambini al San Joao Calabria e 872...ora è chiaro che 2 persone riescono difficilmente ad affrontare anche il discorso della malnutrizione, si limitano alla broncopolmonite, alla malaria, alla meningite e al ricovero di quello che va ricoverato. Ma c'è una grossa differenza: a San Joao Calabria io ho visto soltanto malnutriti, 164, quindi con un 14% di malnutrizione in questa parte che è più difficile, mentre a Santa Teresina la percentuale dei malnutriti era del 4,50%. Che cosa spiega? Questi due anni passati, ma forse il tipo di popolazione. In realtà, per esempio, le mamme che sapevano leggere, e questo mi pare un dato importante, a Santa Teresina erano molto di più di quante non fossero a Sa Joao Calabria, famiglie organizzate, padri con un lavoro a Santa Teresina erano di più che non dall'altra parte. Quindi un po' la cultura, un po' la tradizione e certamente la situazione economica e soprattutto culturale, cioè che la mamma sappia destreggiarsi, sappia aiutarsi ha una percentuale; qui ci sono i dati, c'è un'altra cosa che risulta abbastanza facilmente, nei primi sei di vita il bambino che cresce bene, allattato al latte materno, comincia a diminuire di peso, la curva si appiattisce, tra i 6 mesi e l'anno, ma poi frana tra i 13 e i 24 mesi, chi sopravvive poi sopravvive, chi si ricovera si ricovera e vanno così, delle visite di controllo... Che cosa facevamo noi? A San Joao Calabria si dava il latte in polvere, il latte di mucca in polvere, cioè non il latte nelle scatole per lattanti che viene spesso comprato dalle madri e dato un po' come una medicina, un misurino al giorno per un bambino che ha 2 anni non serve assolutamente a niente, cercando di adattare la dieta del bambino a quelle che erano le abitudini della famiglia dicendo alla madre che quando loro mangiavano la carne o il pesce lo dessero anche al bambino, che una banana era facile da trovare e aggiungessero possibilmente un quarto pasto perché il bambino se mangia all'una poi mangia alle nove della sera sono 8 ore di vuoto che sono troppe per un bambino piccolo.

I risultati: molti bambini non tornano più, c'è un 50% circa che non ritorna perché le visite al posto di salute sono gratuite, però le medicine le pagano, gli eventuali esami li pagano e pagano il ricovero in ospedale. Dei ricoverati al San Joao Calabria su 35 richieste di ricovero 22 non sono venuti, vorrei che fossero andati in un altro ospedale. Ma mi domando se il pagamento della retta non li ha frenati. Non lo so, spero di no. Questa credo sia una cosa da prendere in considerazione.

Mentre al Santa Teresina no, la situazione era migliore, li ho ritrovati tutti.

Nella seconda volta i bambini sono stati trattati con il rutf del quale vi ha già parlato il dr. Peratoner che è questa pappa fatta da latte in polvere di mucca, da noccioline tritate che loro trovano molto facilmente al mercato e da olio e zucchero. Questa è una cosa che viene distribuita in sacchetti, preparata dalle cuoche dell'ospedale, distribuita in sacchetti; ai malnutriti severi gliene davamo per tutta la giornata facendoli tornare dopo 3, 4, 5 giorni; ai malnutriti moderati come pasto del pomeriggio aggiunto in più e mi pare che abbiamo avuto dei buoni risultati, molto spesso i bambini lo gradivano anche. Noi lo provavamo, mettendo la mamma non con noi, ma nella sala d'aspetto e dicendo alla mamma di assaggiarlo e di provarlo.

Il problema sono sempre gli abbandoni, un po' per...non lo so. Forse perché non siamo stati convincenti, forse perché gestiamo noi...quello che è importante, mi sembra, nella fascia d'età è la stessa cosa, a tutti i bambini, io la vitamina A l'ho data in bocca al momento della visita: era un modo sicuro. Poi sono stati prescritti il ferro, l'acido folico, il bendazolo il polivitaminico.

Quello che è molto importante è che sia il personale angolano che riesca a fare questo lavoro mettendosi appunto affettuosamente alla pari con i genitori perché loro conoscono le abitudini, conoscono le situazioni delle famiglie e credo che con un lavoro lento e capillare probabilmente dei buoni risultati si otterranno.

Io me lo auguro di tutto cuore. Grazie.

D'ANDREA: Grazie anche ad Aniko per questa esperienza raccontata, però anche questo ci dice che, per quanto decentrati questi posti di salute in varie zone della città, l'obiettivo che, per la verità, neanche in Italia è stato poi raggiunto, quello di (famoso anche nell'ACP, più volte posto) raggiungere gli irraggiungibili, anche per altri problemi nostrani, non è facile e l'ultima cosa che lei diceva credo che dovrebbe essere questa quella da sperimentare: che nel barrio, nei quartieri della città, persone formate del posto stiano lì e facciano loro l'azione di prevenzione. Poi ci sarà un primo livello di screening, di visita che è poi il posto di salute o anche l'ospedale. Su questo credo che finora si è investito poco. Ci sono stati anche dei tentativi assurdi. C'è stato qualche operazione campata in aria come... ho visto stampare degli opuscoli che sarebbero stati poi distribuiti in questi quartieri ad analfabeti che dovevano leggere come alimentare i bambini! Cioè, più assurdo di così, perché io vedevo che 2 su 10 di mamme che venivano sapevano leggere, più o meno, anzi leggere, che sapevano fare la firma, non è detto che poi sapessero leggere!

Questo fatto di avere veramente l'umiltà, perché...

Io ho rimproverato in maniera veramente molto aspra un nonno che stava bevendo il latte, l'F75, il latte terapeutico che era per questa bambina, di 2 anni che pesava 4.250 Kg., ho scoperto che lo beveva lui! Mi sono incazzato, insomma! E lui, tranquillo "io sono cresciuto così, col funjil! E lei deve crescere così col funjil!" Ovvio che è sbagliato, ma nessuno gli aveva spiegato che...cioè, veramente, è un fatto di...d'interazione che spesso non c'è perché ci sono i protocolli, la somministrazione ogni 20 minuti, cioè sono tutte cose credo un po' da rivedere.

Tentativi di questo tipo hanno fatto anche i colleghi napoletani che invece hanno formato, hanno istituito questa partnership con Gulu, con questa città dell'Uganda dove hanno praticamente fondato la facoltà di medicina, hanno messo su anche loro un programma alimentare per i malnutriti e anche lì pare sicuramente con dei buoni risultati o delle riflessioni che adesso la dr. Fiorito che ha lavorato lì, ha fatto la sua tesi su questo lavoro e adesso ci riferirà.

Io lascio sempre la domanda 'perché andare in Africa?' che spero poi tra di noi ne dibattiamo. Prego

VALENTINA FIORITO

Buonasera a tutti.

Vi dico subito che non risponderò a proposito del nutri, diciamo, di questa pappa, anche perché non mi sarei trovata nei tempi che mi sono stati dati, però probabilmente risponderò alla domanda 'perché andare in Africa?'. Almeno per me, ovviamente.

Vi racconto di un'avventura chiamata GULULAND.

Per farlo vi porto in Uganda.

L'Uganda è un paese che si trova al centro dell'Africa, tagliata dall'equatore, confinante col Kenia, lo Zaire, la Tanzania e il Sudan.

Io sono stata a Gulu, vediamo se lo troviamo su questa immagine, ecco qua, io sono stata a Gulu, qui, praticamente la città più grande al nord dell'Uganda; in realtà il nord dell'Uganda è la parte del paese più povera, quella diciamo in contatto col sud Sudan, devastata da guerre, diciamo, follie dei ribelli. Com'è sorta la facoltà di medicina di Gulu? Questo progetto Gulunap è iniziato nel 2002, ma senza i fondi per una facoltà di medicina; quando poi nel 2004 l'ambasciata italiana ha donato una partita di riso italiano del valore di circa 790 mila dollari e quindi poi il rettore dell'università di Gulu, il professor Nieto ed il professor Greco delegato dal rettore Trombetti della Federico II di Napoli, hanno deciso di fare questo progetto per una facoltà di medicina, nel dicembre 2003.

Dopo una decina di mesi, dopo l'approvazione del progetto, è sorta questa facoltà.

Questa era la situazione di partenza. I locali, gli spazi che dovevano poi essere adibiti all'università nel dicembre 2003; cominciano quindi i lavori a maggio 2004 e a ottobre la facoltà era pronta: c'erano delle aule, dei laboratori e persino un'aula multimediale con computers donati dalla regione.

Le risorse iniziali abbiamo detto erano questi 790 mila dollari che in realtà inizialmente la popolazione locale voleva investire in carrarmati, comunque armi per difendersi dai ribelli che la notte andavano nei villaggi, rapivano i bambini, infatti avevano il problema dei bambini soldato, stupravano le donne e quindi sostanzialmente questi villaggi sono andati via via a scomparire perché le persone andavano chiedendo ospitalità nei campi profughi oppure c'era il fenomeno dei nat commuters persone che prendevano gli stuoini la sera e venivano a dormire in ospedale perché per loro era troppo pericoloso dormire nei villaggi.

Veramente non si può investire in armi per combattere la guerra, per cui si è deciso di investire in formazione del personale sanitario, di fare una facoltà di medicina.

In realtà queste risorse iniziali era un'illusione pensare che potessero essere sufficienti e quindi c'è stato bisogno di molti altri soldi poi, donatori, ricerca di fondi un po' di qua un po' di là, e infine anche risorse della cooperazione italiana che dal 2007 al 2010 ha dato soldi per un centro di salute mentale, per l'endoscopia a Lacor, per attrezzature per l'istruzione, quindi proprio per i corsi, e per la radiologia dell'ospedale di Gulu.

L'università di Gulu in realtà è legata a 2 ospedali: il Gulu Regional Hospital che è un ospedale governativo e l'ospedale di Lacor che invece è un ospedale missionario legato alla Fondazione Corti.

Gli studenti quindi cominciano a frequentare nel 2004; vedete il primo gruppo di studenti che addirittura avevano problemi a raggiungere le aule per cui qui l'università ha dovuto provvedere a comprare delle biciclette da prestare poi ai ragazzi perché potessero arrivare in orario a lezione.

Poi in realtà sono aumentati fortunatamente i fondi, i computers addirittura adesso hanno un pullman per potersi spostare tra gli ospedali e le aule. Quindi al 2006 erano già stati iscritti 195 studenti di cui 150 con borsa di studio governativa, 45 sponsorizzati. Vengono da tutta l'Uganda più 4 dal Sudan, dallo Zaire, Dalla Tanzania.

Piano piano i ragazzi hanno cominciato ad avere sempre più orgoglio per questa loro università per cui hanno creato anche un giornalino, praticamente, studentesco e quindi, diciamo, le attività sono andate avanti con docenti italiani che vanno per un mese poi tornano, una volta va quello che fa lezioni di genetica, poi quello di anatomia; e docenti ugandesi che invece davano la continuità. Fino a che, il 23 gennaio 2010, c'è stata la prima cerimonia di laurea dei primi 40 studenti della facoltà di medicina.

Vi ho portato qualche foto. In realtà l'Africa non è solo tristezza, morte, ospedali "brutti"; l'Africa è fatta di tanti colori e quando si tratta di far festa gli africani sono bravissimi, hanno delle cerimonie molto belle, partecipare ad un matrimonio africano, per esempio, è molto bello.

Quindi per questa occasione hanno creato una cerimonia in pompa magna, ci sono qui i due rettori, i professori italiani e quindi...qui ci sono i 40, diciamo colleghi, che hanno giurato, il giuramento d'Ippocrate, e quindi, come me, adesso possono fare i medici nel loro paese.

Come ogni università che si rispetti ci sono dei programmi di scambio che inizialmente sono cominciati inviando degli studenti italiani lì, in realtà alla fine siamo, sono riusciti a far venire 2 studenti in Italia.

Il più bravo tra gli uomini, la più brava tra le femmine; c'è stata una selezione diciamo per meritocrazia però sono stati inviati qui in Italia per seguire dei reparti. Vi dico subito che hanno fatto una grandissima figura, sono veramente molto, molto bravi, anche ambiziosi cioè molto orgogliosi per cui i professori italiani erano meravigliati per le capacità che avevano. Laurearsi in Uganda significa avere già tutta una serie di skills, cioè saper fare cesarei da soli, cosa che gli studenti in Italia assolutamente non sanno fare.

Vi ho detto quindi che c'era questo scambio, all'inizio, fin da subito, di italiani che venivano inviati in Uganda, studenti, specializzandi in pediatria che chiedevano di fare, quindi era una scelta assolutamente volontaria, chiedevano di fare quest'esperienza di 4 mesi in Uganda.

Questa che vedete qui è la pediatria, pediatria che noi frequentavamo quando eravamo lì; il primo piano è tutto di pediatria, il piano di sopra laboratori.

Io sono stata nel 2007, sono stata lì per 6 mesi. Che cosa ho fatto? In realtà ho lavorato nel reparto di pediatria dove per lo più si ricoverava malaria, polmoniti, diarrea, anemia, malnutrizione, sepsi, infezione delle vie urinarie, tubercolosi, meningite, aids ecc. ecc.

Vedete in questa foto: una scena che negli ospedali italiani non vedrete mai, la distribuzione dei farmaci avveniva con una campanella che fungeva da richiamo, le madri si mettevano in fila con il loro foglietto e la cartella clinica, l'infermiera leggeva praticamente la prescrizione fatta dal medico e quindi somministrava il farmaco. Se la mamma non andava, il farmaco non veniva somministrato, ma era l'unico modo per lavorare perché in realtà c'erano 3 infermiere per 200-300 bambini. Quindi è inimmaginabile altrimenti lavorare.

In realtà ho visto lì anche malformazioni, cardiopatie, prematuri; malformazioni che in Italia non avrei mai visto perché in Italia abbiamo tutta una serie di possibilità per prevenirle oppure per diagnosticarle presto in maniera di, o non farli proprio nascere, o farli nascere in centri specializzati con correzioni nei primissimi giorni di vita.

Qual'era la mia giornata tipo? Cominciavo la mattina presto, arrivavo in reparto, c'era una oxigene room, che era in realtà la terapia intensiva; vedete, la terapia intensiva non ha nulla a che fare le nostre terapie intensive, e qui venivano ricoverati gli stress respiratori, anemie severe, meningiti, prematuri, cardiopatie, qualsiasi emergenza veniva gestita qui. Il giro medici qui era con tutti i medici del reparto, la persona, diciamo, più alta in grado aveva il comando, quindi prendeva tutte le decisioni importanti in questa stanza. Finito il giro nella oxigene room, ciascun medico si prendeva una stanza, il reparto è fatto di 10 stanze, i pazienti suddivisi praticamente per patologia, quindi la stanza della malaria, la stanza della polmonite, la stanza delle gastroenteriti ecc., con 100 posti letto, ma in realtà l'occupazione media durante l'anno era del 20-22% quindi con la stagione secca c'erano circa 140 - 150 ricoverati, però la stagione delle piogge, quindi in cui la malaria è molto di più, c'erano 250, 300 bambini. Anche qui è singolare la modalità della visita. Il medico prende la sua sedia, si mette all'inizio della stanza, le mamme corrono, si prendono la loro sediolina, si mettono in fila e fanno la visita; cioè è sempre la mamma che in qualche modo deve sollecitare la visita del proprio bambino perché in un posto dove ogni letto è per 2, 3 bambini insomma il controllo ovviamente sarebbe difficilissimo.

Il pomeriggio era dedicato alle procedure. Quindi procedure come la puntura lombare, la somministrazione intraticale di farmaci antiblastici, prelievo venoso da femorale per emocultura, incanalamento di vene periferiche. E inoltre c'era poi l'attività della wessie sila, cioè la clinic che in realtà è una forma di ambulatorio esterno-pronto soccorso: chiunque dai villaggi voleva giungere all'ospedale ed essere visitato andava in questa iat ciai clinic, dopo di che, se necessario, il medico che

era in questa wessi si decideva il ricovero oppure faceva la diagnosi, terapie e mandava a casa. E poi c'era l'attività del reparto di malnutrizione, era vicino, ma separato dalla pediatria.

L'altra attività degli studenti, degli specializzandi quindi, diciamo, la mia attività era del tutor agli studenti di medicina, quindi lezioni a piccoli gruppi, esercitazioni al letto dei pazienti, esecuzione di procedure.

Poi c'erano delle attività a scadenze settimanali. Si facevano i prelievi per la psar per i pazienti risultati positivi al test rapido per l'HIV, perché poi c'era la macchina che partiva per Kampala perché questo esame veniva fatto solo nella capitale.

Il cnm, l'educazione continua in medicina. Tutti i sabati c'era questa riunione, lezione proprio per tutti i medici dell'ospedale. C'era l'obbligo proprio di partecipazione, si sospendeva per 2 ore l'attività del reparto e poi si riprendeva.

Poi c'erano i meeting di reparto, momenti, tutte le settimane, momenti in cui si parlava delle criticità del reparto quindi, per esempio, in una di queste occasioni ci siamo resi conto di come mancasse totalmente l'idea del triage e quindi nella wessisi ci capitavano persone, bambini in fila che morivano, che arrivavano davanti al medico che erano già morti e nessuno si era reso conto che questo bambino aveva invece bisogno di un'assistenza prima degli altri.

E poi per me, e solo per me, c'era la sanitary topics. In realtà io sono andata a continuare diciamo la mia formazione lì per cui ero affidata al primario il quale ogni settimana faceva degli incontri con me ovviamente soprattutto per quanto riguarda le malattie tropicali sulle quali io ero ovviamente deficitaria.

Qual è stato quindi il bilancio della mia esperienza? Sicuramente ho imparato a fare diagnosi con pochi mezzi, mani, occhi, orecchi e sicuramente poco altro ancora, non c'era molto altro. E in realtà mi sono confrontata con dei colleghi che avevano una conoscenza della semeiotica che a me ha impressionato e continuava ad impressionare giorno dopo giorno. Loro con l'auscultazione del cuore ti dicevano ha questa patologia, tu dicevi bah, ma sarà...poi tornavano con l'ecocardio e avevano ragione! Puntualmente avevano ragione e io non avevo queste capacità perché qui da noi sentiamo il soffio ma andiamo dal cardiologo, non ci mettiamo poi molto a capire qual è poi la probabile patologia.

Ho imparato a fare le procedure, procedure che in realtà in Italia si imparano un po' poco, diciamo, o perché alcune di queste vengono fatte fare agli ultraspecialisti o perché forse ce n'è bisogno un po' meno. Quante punture lombari si fanno nei nostri ospedali? Lì invece se ne facevano tante e tutti dovevano saperle fare. Poi la somministrazione intratecale di farmaci, prelievi venosi per dalle femorali, incanalamenti, lavaggio di ferite necrotiche che lì invece erano all'ordine del giorno.

Ho imparato ad usare gli antibiotici molto più ovviamente che nella mia università dove ovviamente è un terzo livello, si fanno moltissime malattie particolari ma pochissima patologia infettiva un po' perché in Italia abbiamo poche malattie infettive rispetto a quelle che hanno lì in Africa, un po' perché forse la preparazione dell'università è molto che ne so? Diciamo la malattia metabolica, la patologia particolare, il trapiantato non ti arriva così facilmente

Ho imparato a gestire le emergenze perché lì c'erano continuamente emergenze io qua ho aggiunto senza panico isterismi deliri di onnipotenza

Ho imparato all'inizio ero terrorizzata poi piano piano mi sono resa conto che il bagaglio culturale accumulato in fondo poi era utile piano piano poi ho apprezzato molto gli studi fatti in Italia

Mi sono serviti

Ho imparato a prendere decisioni autonomamente richiedere esami diagnostica terapie dimissioni cioè decidere in quel setting di mandare a casa un bambino che sapevi che con buona possibilità aveva difficoltà a ritornare se le cose non andavano, non era una decisione da prendere a cuor leggero.

Loro erano veramente gentilissimi, dolcissimi. Chiedevi consigli e ti rispondevano sempre però il lavoro era veramente tanto cioè non potevi continuamente interrompere la tua attività per chiedere consiglio ad altri invece in Italia abbiamo sempre la possibilità di consultarci con il collega più grande, con il professore cui ti stai specializzando, magari con il primario ecc. ecc.

Questa scatolina qui in realtà era la scatola dove venivano messe le cartelle dei pazienti deceduti.

Quindi la mattina la prima cosa che facevo era controllare i deceduti, verificare che, è brutto dirlo,

però verificare che non ci fosse la mia scrittura sopra, che io non avessi fatto errori. In realtà come ha già detto qualcuno prima, la maggior parte delle morti avveniva di notte quando non c'era il medico perché erano arrivati troppo tardi in ospedale diciamo quello è un posto dove la presenza o meno del medico effettivamente fa la differenza ti rendi conto che il giorno in cui lavoravi facevi la differenza. Mi ha arricchito molto questa esperienze, mi ha arricchito anche il confronto con una cultura diversa che per me spettacolare cioè io ho imparato a conoscere la cultura degli aciori in realtà fatta di 80 tribù diverse con lingue molto differenti le une dalle altre. Io quindi posso dire di averne conosciuta una soltanto però mi è piaciuta molto per esempio mi ha colpito molto il rapporto che loro hanno con la morte per loro la nascita e la morte sono quasi la stessa cosa fanno entrambi parte della vita l'affrontavano con una serenità che veramente mi ha sconvolto.

E poi mi ha arricchito il confronto con il sistema formativo anglosassone. Qui vedete 2 studenti della facoltà di medicina, loro hanno una formazione veramente molto pratica, trascorrono tantissime ore al letto del paziente, tutte le mattine facevano la storia dei pazienti, li visitavano, facevano proposte di iter diagnostico o facevano ipotesi di diagnosi e poi tutti i pomeriggi ne discutevano poi con il primario quindi è veramente una formazione forse un po' meno teorica della nostra valorizzata molto.

Il progetto in che cosa consiste? Il progetto della rotazione ogni 4 mesi che ha permesso la mia esperienza in africa. Rotazione di 4 mesi con 2 settimane di sovrapposizione per il passaggio delle consegne è un progetto per gli specializzandi di pediatria del 3, 4 ,5 ,anno vi dico subito che in realtà non sempre riusciamo a coprire le rotazioni perché non ci sono poi così tante richieste purtroppo. All'inizio c'erano tanti specializzandi che volevano andare adesso sono diminuiti.

Viene data una borsa, sostanzialmente una borsa di viaggio che copre il viaggio aereo, l'assicurazione con il rimpatrio, vitto e alloggio. E va bene: questo è il sito del progetto GuluNap.

Afoyo! Afoyo in Uganda vuol dire Grazie, ma è anche un saluto. E' una cosa molto bella: loro ti incontravano per strada e ti dicevano "afoyo", cioè ti salutavano e ti ringraziavano allo stesso tempo.

DIBATTITO

D'ANDREA: beh, sì, ci voleva anche l'entusiasmo della dr. Valentina e anche Duccio e Aniko se vengono qui... nel frattempo, anche per bilanciare l'entusiasmo di Valentina, ma ce ne sono tanti, prendo a caso, di un altro collega, pediatra Sergio che era a Luanda nel 2004 e che scrive " Ho capito che c'era qualcosa di errato in questo mio soggiorno a Luanda, forse è semplicemente rischioso, scritto tutto tra virgolette, per la propria salute mentale andare nei così detti paesi in via di sviluppo con l'idea di fare qualcosa per loro o risolvere i loro problemi dal nostro occidentale punto di vista. E' bene andarci per turismo e per interesse culturale ecc.. E' anche una questione di limiti, di confini propri altrui, anche di bisogni celati. Per uno come me, che sognava l'Africa fin da piccolo, non è stato facile l'incontro con una realtà, anche la mia realtà personale, un'esperienza che è stata una svolta per me. Sono tornato altre volte nei paesi in via di sviluppo, in Africa, in campi profughi, ma mi è servito per riflettere molto e posso dire che, a distanza di tempo, posso ringraziare Luanda per quello che mi ha dato." Era partito dal fatto che era a rischio la sua salute mentale a stare lì.

Adesso facciamo un dibattito con le domande. Credo che abbiamo circa una ventina di minuti...

Dottor La Gamba, che lavora in Uganda, in un altro posto....credo che molti pediatri che sono qui conoscono altre iniziative. Per esempio c'è un gruppo di pediatri italiani che ruota, ha fatto una specie di catena, ogni 15 giorni, due, vanno in India in un orfanotrofio a visitare i bambini. Detto così è molto sintetico il progetto, però nascono ,fioriscono tante iniziative dovute a che cosa? Al fatto che uno sa che lì ci sono bisogni inevasi? Uno va a liberare i malati mentali, perché?

Sui passi di Maria Bonino... se si deve continuare questo lavoro i perché uno se li pone, come se li poneva lei, sicuramente li affrontava con la tenacia, la sincerità, l'efficacia ecc.

Adesso ho chiamato Pino per rompere il ghiaccio, per sentire anche brevemente chi tra i presenti ha avuto esperienze, documentazioni di specializzandi di Trieste che sono molto negative, cioè hanno avuto un'esperienza brutta per i fatti che sono stati lì 6 mesi a Luanda, quindi....c'è l'entusiasmo della dottoressa qui, anche altri, ma...è composita la realtà...

PINO LA GAMBA: Negli ultimi 5 anni ho frequentato abbastanza l'Uganda, non la zona di Valentina, ma la parte meridionale. Perché c'è un'altra dimensione per la quale ci si può recare in questi posti, secondo me, molto più diretta, molto più immediata senza grandi idee che spesso poi si infrangono sugli scogli della grande difficoltà che pongono questi paesi che è quella della dimensione, come dire?, diretta umana.

Io ci vado, ci torno, perché ormai ho degli amici, semplicemente per questo, o prevalentemente per questo, che sono Suor Sara e Suor Elisabeth, due francescane che gestiscono 2 ospedali a Kamuli e Ambarara.

Ambarara sulle rive del lago Vittoria, Famuli ai confini con il Sudan e Patrice Goffrid che fa la ginecologa ad Ambarara. Se ci vado è per dare una mano a loro che sono delle persone ugandesi che si impegnano per i loro concittadini.

Questa mi pare una dimensione che spesso viene dimenticata, ma in verità si creano dei rapporti umani, cioè hai degli amici africani, in questo caso ugandesi, con i quali, ai quali dai per come puoi una mano.

Non sono da solo ad andarci, siamo un gruppo di persone, non solo medici, ma anche operatori sociali.

Abbiamo iniziato ad andarci, sempre per un gruppo di africani, che si sono posti il problema dei bambini, che sono tanti, sempre, lo sapete, parlato poco, orfani a causa dell'aids. Abbiamo iniziato ad andarci perché vicino a Kampala, nel sud dell'Uganda, è sorto un centro per iniziativa di un ingegnere elettronico ugandese, che quando ha scoperto di essere hiv positivo ha deciso di occuparsi, va bè prima ovviamente dei suoi figli e nipoti, ha iniziato prima con 35 bambini, ora sono 380, tra bambini e adolescenti che sono negletti o abbandonati o senza genitori o con un solo genitore e comunque in difficoltà. E' diventato un centro, quindi 380 tra bambini e adolescenti è abbastanza grosso con una serie di problemi che, ripeto, un gruppo di ugandesi, questo signor Vincent insieme ad altri ugandesi ha fatto una fondazione, una fondazione ugandese e ha chiesto una mano. Così è iniziata la storia, per cui adesso esiste un dispensario, vi sono dei pannelli solari, c'è un sistema d'irrigazione per coltivare un po' il terreno che

questo centro ha avuto per donazione e c'è adesso anche un gruppo di svedesi, di ragazzi svedesi che vengono per cui riusciamo a svolgere attività di animazione, intanto, con questi ragazzi, c'è una scuola interna ovviamente con tutti i problemi che potete immaginare nella quotidianità, anche nel garantire la quotidianità, questo è il grande problema, essendoci sempre delle emergenze in questi posti cioè già il cibo, tutti i giorni, garantire che ci siano il mais e il riso perché possano mangiare tutti i giorni. E poi tutte le altre che cerchiamo di affrontare come possiamo, quindi volevo solo ricordare, ma un giorno... Ho rubato già molto tempo. Ricordiamo che ci sono tanti motivi per cui qualcuno si reca in questi posti, anche grandi ideali, ma c'è un motivo molto diretto, cioè gli amici con i quali puoi fare insieme delle cose, ai quali puoi dare una mano. Tutto qua.

D'ANDREA: grazie Pino, però, conoscendo anche l'esperienza, però nel piccolo mi pare che, per la prima volta, sentiamo dire da un pediatra pannelli solari, irrigazione...cioè volevo dire che si torna a quello che già stamattina veniva detto, fare sistema perché fare solo, occuparsi prevalentemente sempre della punta della piramide è sempre un po' meno efficace che non contribuire assieme a un sistema...

LA GAMBA:nella fretta non volevo rubare tempo, parlare molto perché volevo essere corretto anche in questo. Nel definire le priorità è molto difficile. Allora quali sono le priorità? Sono le cure? E' la sanità? E' l'acqua? E' il cibo? E' l'istruzione? il futuro? C'è anche questo, il futuro di questi bambini, ragazzi. Ha poco senso curare...ho visto prima, nelle cose che, mi pare, ha presentato la collega di Venezia, l'abendazolo, il problema della profilassi della parassitosi intestinale. E il problema è quello: hai voglia di curare la parassitosi intestinale nel nostro centro di Golomolo. Il problema vero è che ci sia la possibilità di lavarsi le mani, se non ti lavi le mani...uno degli obbiettivi del governo ugandese è anche quello di....a proposito, si è parlato tanto delle cure primarie....se non ti lavi le mani già hai le parassitosi intestinali. Allora che senso ha portare là l'abendazolo? Forse conviene fare in modo che questi ragazzi possano lavarsi le mani prima di mangiare. Se non ci sono le mosquitonet impregnate con l'antizanzara, ha poco senso curare la malaria. Lì a noi è morto un ragazzo lo scorso anno.

D'ANDREA: ...nel frattempo anche si cura la malaria, Pino...

LA GAMBA: ...si cura la malaria, ma si previene anche la malaria. In un centro come quello, se non hai le mosquitonet, hai voglia a curare la malaria! Il problema è che devi prevenirla. Allora quali sono le priorità? E' tutto prioritario forse? Il discorso è delle politiche, ma anche delle cure primarie.

Domanda: Io vorrei fare una domanda se c'è ancora il dr. Tamburini...No non c'è, magari chi per lui ha voglia, mi risponda. Benissimo.

Vorrei sapere se in quella piramide, più volte citata, non è forse per caso abbiamo dimenticato un pezzo, un pezzo anche forse bello grosso, che sta alla base. E mi rifaccio a 2 cose che sono state dette oggi. Una era quella del dr. Sorbara sul far pulizia in casa nostra e l'altra, sempre del dr. Tamburini, sulla crescita in India. E mi spiego, no.

Ci ha bene fatto vedere come alla crescita dell'economia corrispondesse un aumento dei servizi ai ricchi, eh, e per i poveri rimanevano stazionari, quando non in diminuzione. Ecco, una cosa in questi scenari macroeconomici che abbiamo delineato, non c'è solo il singolo paese, ma un mondo e forse ci scordiamo, a volte che, i paesi africani avranno anche le loro responsabilità in tutto quello che è successo, ma buona parte la macchina che produce sistematicamente miseria viene da noi, dal nostro sistema, da questa crescita. Eccola lì, è la stessa. Più benessere per noi, tanto avere più che benessere, e meno benessere per altri, è scientificamente provato. Guardiamo dal 1960 ad oggi i ricchi sempre più ricchi, i poveri sempre più poveri. Un sistema basato sulla crescita, il capitalismo nella sua versione consumista, che fa stare male noi, peraltro, e fa stare male loro. Allora una cooperazione che non si ponga, a mio avviso, anche critica nei confronti di questo sistema di sviluppo e guardi solamente ai suoi progetti del sud del mondo, è miope e rischia di inciambettarsi facilmente. E mi spiego. Io ho conosciuto tantissime persone che lavorano in questo campo, che magari lavorano tutto il giorno nell'ospedale, però poi devono il latte

deella Nestlè, devono la Coca Cola, si comprano mille vestiti, tornano a casa in giro a bere con gli amici. Ecco! Da una parte togliamo l'acqua dalla vasca, ma dall'altra non facciamo nulla, NULLA affinché quel rubinetto venga chiuso e questo in molte associazioni causato dalla crisi di valori, il deserto delle speranze in cui navighiamo, per cui il mondo va così, andrà allo sfacelo e ognuno guarda soltanto più nel suo angolino di far bene. No! Cioè bisognerebbe essere coerenti, anche globalmente e se si va in Africa, a cercare di salvare una parete del mondo, capire che per farlo realmente lo salviamo da qui, si cambia da qui. Lo cambiamo, e questo è un mantra che vedevo ripetuto nei congressi a Nairobi, cambiando noi stessi prima di tutto e poi le persone che ci stanno vicino, poi il mondo. Ma se non cambiamo noi stessi e ci mettiamo soltanto ad agire sulla realtà esterna, cercando di plasmarla come più ci piace cercando di fare del bene prevalentemente a noi, rischiamo di fare dei grandi pasticci. Grazie.

D'ANDREA: Grazie. Sostanzialmente anche questo è stato anche accennato e detto in vari modi. Tu hai detto che "il re è nudo" come dice la nostra Magda. E' così, credo che siamo d'accordo. Difficile, credo che dobbiamo continuare a combattere, non lo cambiamo, ma combattere per cambiarci, non cambiarli. Altre domande?

DON DANTE CARRARO: Io ascoltavo con interesse un po' tutti gli interventi, anche se defilato. Volevo aggiungere alcune esperienze che, in questo senso, possono essere positive. Parto da quello che dicevi tu adesso. Per esempio con il SISM, Segretariato italiano Studenti di Medicina, e con 32 sedi universitarie italiane si è fatto già un cammino di 3 anni e ne inizierà un altro di altri 3 proprio per inserire dentro all'insegnamento durante il corso di laurea e anche durante la scuola di specialità, in alcune specialità in particolare, cioè modificare il curriculum studi, inserendo dentro il concetto, quindi un corso dedicato al concetto di salute globale, proprio perché non c'è alcun dubbio che fintanto che noi ci portiamo dentro un concetto di salute che mette sul tavolo 2300, 2400 dollari pro capite all'anno per la sanità che spendiamo noi in Italia, e non è sufficiente, e sappiamo anche che chi ha sistemi sanitari, lo diceva l'assessore alla sanità stamattina, diversi dal nostro spendono di più...quindi dire che la sanità è un bene inducibile all'infinito e non abbiamo il coraggio di confrontarci con un concetto di salute che sia un concetto più equilibrato, più rispettoso, più dignitoso, più giusto, probabilmente, a livello anche planetario...l'Etiopia, accennavo stamattina, ha 6 dollari pro capite, l'Uganda 10 dollari pro capite all'anno, il Mozambico...tutti i paesi dell'Africa sud sahariana....mi ha fatto piacere, non lo sapevo, mi ha fatto piacere sentire l'assistente del vice ministro della sanità angolana che dal 3% sono passati al 5% in Angola. D'accordo, ecco.

Allora dico: il concetto di salute globale. Questo è un aspetto e quindi dobbiamo, è vero come dici tu, lavorare sul nostro modo di porci anche cioè operatori sanitari.

E poi riflettevo attorno alle bellissime esperienze che ho sentito anche oggi pomeriggio, che nel limite di quello dichiarato fanno, si fa però innescano meccanismi positivi al nostro interno e anche nei paesi dove queste esperienze vengono fatte.

Quindi io credo che sia un movimento, di atteggiamento, prima di tutto, di atteggiamento intellettuale poi, un movimento di sensibilità. Io credo...ha fatto bene a me l'11 di novembre, quando, accennavo stamattina, Napoletano è stato a questo nostro evento che abbiamo fatto a Padova, e ha iniziato dicendo "L'Italia è anche questo". Cioè, io credo che questo è il segno di un cammino, di una sensibilità che sta crescendo intorno agli operatori sanitari. E oggi pomeriggio credo che sia stata una bella carrellata di queste esperienze.

Rilancio: noi del CUAMM, medici con l'Africa, abbiamo una storia di cooperazione, attualmente abbiamo circa un centinaio di operatori sul campo con tanti altri operatori africani che lavorano con noi, si collabora, si cerca di stare attenti alle dinamiche, risorse umane, costi, salari che si diceva stamattina, ma si collabora assieme. Però non c'è dubbio, che noi stiamo per esempio percependo, che, e in questo senso c'è il rilancio, positivo, bello e ognuno dopo è chiamato e fa quel che riesce...però il rilancio è questo: che c'è un calo, è vero, rispetto a una decina d'anni fa, di operatori sanitari che sono anche disposti, magari, ripeto, lo dico discretamente perché dopo uno dice...va bè, sono un medico, sei prete, fai presto a parlare, dopo uno ha la famiglia, ha i primari, ha di tutto, no?, ma il rilancio è questo: se dai

15 giorni si provasse a pensare, è un'opportunità, ai 15 mesi, ai 30 mesi, no? E' un rilancio, ma in termini propositivi, belli perché è anche vero quello che stiamo cogliendo che rispetto ai 10 anni, oso dire, la vocazione, la chiamata anche a fare un passo in più rispetto a quello che. Insomma...dare, 2 o 3 anni... Ho in mente Maria, Bonino. Con noi ha lavorato, credo, globalmente una quindicina d'anni. Partiva, stava in Uganda, prima era stata in Tanzania 2 anni, in Burkina Faso, poi in Uganda nella zona di Gulu, lì ha speso un'altra fetta importante dove, tra l'altro, destino così, aveva incrociato un'altra epidemia di Ebola e ne era scappata, era riuscita a starne fuori...il rilancio è questo: se qualcuno, dentro qua, anche pensa alla possibilità di spendere anche qualcosa in più della propria vita, lo dico anche in particolare ai più giovani, benvenuti, insomma! Grazie.

MARRA. Un'ultima considerazione telegrafica.

Tutte le soluzioni globali, o tutto quello che viene messo sul piatto mi portano alla fecondità del dubbio. L'organizzazione mondiale della sanità 20 anni fa parlava di salute così health for all to towsend forse era meglio all for health cominciando a coinvolgere l'interessato, il beneficiario secondo i procedimenti che lui può seguire. Questo io vorrei sentirlo dire, all for health, cioè coinvolgere. Eh, dice...un corno! Sei tu che non sei capace a metterti in condizione di coinvolgere

D'ANDREA: E' più difficile...

Se non ci sono altre domande...

Solo una precisazione, ho detto che siamo in un deserto di speranze...c'è un'alternativa, è stata teorizzata fin dagli anni 60, da Ivan Illich, da antropologi e intellettuali e si è concretizzata in questi ultimi anni nel pensiero di Serge Latouche, è il contrario della crescita, è la decrescita. Non ho tempo di parlarne, ma se uno riuscisse a praticarla sarebbe intrinsecamente felice.

D'ANDREA:3 giorni su Illich e Latouche!

Conclusioni di Paolo Bonino

L'assessore Lanièce aveva detto che probabilmente sarebbe stato in grado di tornare qui ma non può. In ogni caso avevamo chiesto anche al senatore Fosson, che ha seguito tutto il convegno, di aiutarci a tirare un minuto di conclusioni proprio perché direi che è stato un convegno importante, segnato non solo dalla presenza di personaggi che abbiamo avuto modo di vedere all'opera ma soprattutto di esperienze importanti e più volte io, e credo altri in questa sala, abbiamo pensato "forse in questo modo si può fare davvero e si possono ottenere migliori risultati".

La Valle d'Aosta, per bocca dell'assessore, si è impegnata a contribuire a finanziare progetti di cooperazione sanitaria, secondo la nuova modalità proposta dalla dr. Belloni.

Adesso coinvolgiamo il senatore...

Senatore Fosson.

Nessuna conclusione, solo qualche suggestione.

La prima suggestione è il ringraziamento per avermi invitato qui oggi. Se posso fare un passaggio personale e passare dalla situazione di Roma, in questa settimana comunque molto triste da qualsiasi aspetto uno la guardi, a questa giornata di volontariato e di solidarietà sui passi di Maria Bonino, è sicuramente per me una boccata di ossigeno, soprattutto quando si viene via non tanto con la tristezza, ma soprattutto con il desiderio: da dove ripartiamo per cambiare?

Praticamente se uno ha voglia di lavorare cerca sempre di fare qualcosa.

Io penso che non si possa ripartire, ricostruire se non da questo mondo qua, da chi è capace di far qualcosa per gli altri, da chi è stato capace, come Maria, di dare la vita per gli altri, addirittura la sua vita per gli altri. Parafrasando, con tutto il rispetto, quello che diceva il presidente della repubblica, che l'Italia è anche questa, io mi permetterei di dire che l'Italia BELLA è solo questa, in questo momento.

E noi tutti per ricostruire qualcosa dobbiamo partire da qui soprattutto per chi ha avuto la fortuna, come me, di conoscere Maria Bonino e di aver, in un pomeriggio di primavera valdostana come giovane assessore, giovane di nomina, incontrato lei che mi chiedeva un prolungamento dell'aspettativa, aspettativa che poi è stata data: anche le istituzioni regionali svolgono qualche ruolo. Mi raccontò che cos'era il suo impegno in Africa, e come diceva il giovane psichiatra, con quella purezza e quel desiderio di coerenza. Ecco, sicuramente ripartire da questo mondo penso sia fondamentale.

Che cos'è la cooperazione? Due parole sole: anche come amministratore regionale ho vissuto diverse fasi. La prima, la fase della cooperazione

centralizzata, la legge 89 del 97, che, rileggendola in questi giorni, quando dice al primo articolo che la cooperazione è parte della politica estera italiana, lo diceva in un altro modo, e pensare adesso al modo con cui l'Italia, permettetemi la Valle d'Aosta, si fa conoscere all'estero, si fa apprezzare all'estero e anche con l'invio dei suoi operatori è altra cosa. Da questa fase qui probabilmente venivano escluse molte forze regionali, queste forze che in terra d'emigrazione, com'è stata la Valle d'Aosta, si erano formate nei paesi dell'Africa e dell'America Latina.

Ecco ora, ben accetta, la fase della cooperazione regionale. La Valle d'Aosta, lo diceva stamattina l'assessore, è una terra prima di missionari, tanti...stamattina uno diceva 'ma che c'entra la Valle d'Aosta con l'Africa'? Io non mi ricordo in questo momento quanti sono stati i missionari valdostani in Africa, nelle altre terre, in India, in Cina, ma il numero è sempre stato molto significativo, molti sono morti anche perché il clima della Valle d'Aosta non è il clima dell'Africa, l'alimentazione della Valle d'Aosta non è l'alimentazione della Cina.

La Valle d'Aosta è sempre stata un terreno d'emigrazione per cui...mi ricordo quando ero ai primi mesi all'assessorato alla sanità, quante persone, quante iniziative che si presentavano per chiedere un aiuto.

Poi da lì si decise di fare quest'esperienza in Madagascar, forse un po' "chirurgica", scusate stamattina abbiamo parlato di pediatri, io ero chirurgo per cui ci interessò questa esperienza in Madagascar, ma, perché? Intanto per unire le forze, ma perché la Valle d'Aosta aveva costruito un ospedale in Madagascar dove mai nessuno però era andato a lavorare e in Madagascar si parla francese per cui per noi era una cosa in più e poi c'era anche una congregazione di suore molto presenti in Val d'Aosta. Si è partiti per il Madagascar anche con dei pediatri, con Marisa Bechaz e l'esperienza poi è continuata, ecco perché l'ho richiamata. In questi anni, 2 volte all'anno c'è una spedizione di medici, infermieri in Madagascar facilitata dall'Amministrazione regionale nel senso che non considera periodo di ferie per gli operatori che si recavano laggiù per questo lavoro, cioè è come una missione e poi la regione Valle d'Aosta paga addirittura il viaggio perché il Madagascar è un paese in via di sviluppo e questa esperienza è servita anche all'azienda USL perché prima si facevano molti corsi motivazionali. Poi si decise con il direttore dell'azienda: "chi ha bisogno di un corso motivazionale lo mandiamo in

Madagascar un po' di tempo e il corso motivazionale non lo fa più." Ed è andata sicuramente meglio.

Però poi ecco alcune difficoltà, in questa fase qui di condivisione, di estrema regionalizzazione: noi abbiamo, con la precedente giunta, cercato di fare delle leggi regionali sulla cooperazione, nel 2006 mi sembra, che poi ci sono sempre state bocciate a livello ministeriale, forse anche giustamente proprio perché non rispettavano questo discorso che la politica estera era determinata dallo Stato e non dalla regione Valle d'Aosta.

Ma arrivo a quest'ultima fase perché mi sembra la più importante nel senso che finalmente si pensa alla cooperazione come sinergia di forze, di possibilità. Le linee guida sono estremamente importanti. Il Ministero, attraverso la dr. Belloni stamattina, mi sembra l'abbia spiegato molto bene, di unire le forze, di fare qualche cosa che serva perché il rischio qualche volta è che, partendo da una sollecitudine o un'attenzione personale, si partiva ma non si raggiungono risultati (come chi andò in Burkina Faso a insegnare la laparoscopia!)

E soprattutto, e qui concludo, mi è molto piaciuto, l'ho detto anche a lui, Don Carraro, che diceva stamattina: dobbiamo verificare i nostri risultati perché non basta andare in Africa, cercare di fare qualcosa per essere sicuri che si faccia bene.

Mi spiace che non c'è Bertolaso questa sera, come era previsto, Bertolaso ha lavorato molto qua in Val d'Aosta in stagioni precedenti e lui ci ha sempre insegnato come la protezione civile andasse comunque organizzata e sottoposta a analisi, giudizi e critiche. Ci raccontava, a Roma, l'ultima volta: quei 2 bambini che sono morti nel pozzo, li han cercati per 4 o 5 giorni, ma li han cercati senza un'organizzazione, senza andare per delle linee precise per cui magari sono andati in 100, però senza un progetto e quindi senza ottenere risultati utili. In Africa non si può andare più con degli stereotipi precisi, lo diceva bene il giovane psichiatra, se uno pensa che non ci siano le malattie mentali in Africa, si sbaglia perché ci sono. Questo per dire che le sinergie e il controllo dei risultati sono determinanti perché questa generosità non sia una generosità che non serve, che non venga buttata via. Termino, dicendo che oggi abbiamo la fortuna soprattutto grazie a Paolo Bonino e a tutta la Fondazione, di avere delle vie serie per fare un'esperienza di questo tipo. Il CUAMM è

una via seria per cui per tutti gli amici che sono qua, con i quali abbiamo lavorato tanto tempo insieme, medici, infermieri ecc., hanno la possibilità di fare, per tutti, un'esperienza di questo tipo, che è un'esperienza di grande valenza personale, ma anche di grande utilità perché soggetta a queste nuove e utili regole di collaborazione, di sinergia. Vi prego proprio di valutarla perché può essere una grande, grande possibilità e occasione per tutti. Grazie.