



SALUTE

E SVILUPPO

3/07

medici con l'africa cuamm

- > IN QUESTO NUMERO
- > DICHIARAZIONE DI ERICE 2008
- > A TRENT'ANNI DA ALMA ATA
- > TUBERCOLOSI IN ANGOLA

> SALUTE E SVILUPPO

N. 3/07

IN QUESTO NUMERO

p. 3

DIALOGO

La loro fame, la nostra sicurezza

p. 7

G. Putoto

Globalizzazione e diseguaglianze nella salute

p. 8

Dichiarazione di Erice 2008

POLITICA SANITARIA

Le politiche sanitarie globali a trent'anni da Alma Ata

p. 17

A. Cattaneo

COOPERAZIONE SANITARIA

Tubercolosi, Angola, Fondo globale

p. 29

S. Santini

Dell'ospedale cardiocirurgico di Emergency a Khartoum

p. 41

E. Materia

AFRINEWS

Agenda: Burundi, Eritrea, Kenya, Sudafrica, Uganda, Zimbabwe

p. 47

Focus: Sudan

p. 53

M. Murru

OSSERVATORIO

Dinamiche demografiche nelle regioni italiane

p. 56

M. Pacchin e S. Geraci

RASSEGNA

Il rapporto tra il medico di base e il paziente immigrato

p. 64

V. Marin

Farmaci antiretrovirali (Arvs) in Brasile

p. 67

L. Figueiredo, R. A. Mendoza-Sassi, J. Silveira, G. Baruffa

> IN QUESTO NUMERO

«Bambini e donne stanno morendo perché coloro che hanno il potere di prevenire quelle morti hanno scelto di non agire. Questa indifferenza – da parte di politici, amministratori, donatori, finanziatori della ricerca, da parte della stessa società civile – è il tradimento della nostra speranza collettiva per una società più forte e più giusta; per una società che dà valore a ogni vita, indipendentemente da quanto giovane o nascosta agli occhi del pubblico questa vita possa essere. Quello che abbiamo di fronte è un mondo squilibrato in cui solo coloro che hanno soldi, forza militare e influenza politica stabiliscono cosa conta e chi conta. Come professionisti sanitari noi non dobbiamo accettare questa pervasiva mancanza di rispetto della vita umana».

Con questa dura, amara affermazione si chiude un editoriale firmato dal direttore di *Lancet*, Richard Horton. Editoriale di apertura di una serie di articoli dedicati a “*Countdown*”, un’iniziativa indipendente (sponsorizzata dalle Nazioni Unite e da altre agenzie internazionali) portata avanti da un gruppo di qualificati ricercatori ed esperti del settore materno infantile, con lo scopo di monitorare periodicamente lo stato di salute delle donne e dei bambini fino al 2015, anno conclusivo dei *Millennium Development Goals* (Mdgs).

Con questo passo si apre la **Dichiarazione di Erice 2008**, che riportiamo interamente in apertura della rivista. Nella sezione Dialogo ospitiamo un editoriale di Giovanni Putoto dedicato all'**emergenza fame**. Le domande finali sono: «perché tanta irresponsabilità delle istituzioni? Perché la voce della profezia cristiana è così debole?»

La sezione **Politica sanitaria** è dedicata a richiamare alla memoria un importante anniversario: i trent’anni della Dichiarazione di Alma Ata.

Nella sezione **Cooperazione sanitaria** è riportata l’esperienza di un progetto a sostegno del programma nazionale di controllo della tubercolosi finanziato dal Fondo Globale in Angola e realizzato da Medici con l’Africa Cuamm.

Afrinews ci consegna un’accurata analisi degli eventi accaduti in vari paesi del continente africano: Burundi, Eritrea, Kenya, Sudafrica, Uganda, Zimbabwe. Il Focus propone un approfondimento sul Sudan.

Osservatorio è dedicato alle dinamiche demografiche nelle regioni italiane.

Rassegna ospita due saggi: il primo dedicato al **rapporto tra il medico di base e il paziente immigrato**; il secondo al tema: **Farmaci antiretrovirali (Arvs) in Brasile**: una revisione sulla politica, tipi di Arvs e ripercussioni sull’epidemia.





DIALOGO

La loro fame la nostra sicurezza

di Giovanni Putoto*

Se la loro fame è la nostra insicurezza, allora lo sviluppo globale – “il progresso dei popoli” – dovrebbe essere la risposta alle paure di casa nostra. Ma se questa è la sfida, perché tanta ignoranza nella gente? Perché tanta irresponsabilità delle istituzioni? Perché la voce della profezia cristiana è così debole?

100 milioni di nuovi affamati. Uno *“tsunami silenzioso”* si sta abbattendo sui paesi poveri: l’inflazione. Madri in crisi guidano le *“rivolte del pane”*. Centinaia di migliaia di famiglie che spendono in alimenti l’80% del loro reddito striminzito scivolano disperate nella miseria. Ci risiamo: è ancora emergenza fame. Stavolta, però, le correnti inflattive che alimentano lo tsunami dei prezzi sono micidiali, riguardano: cibo, energia, finanza speculativa e militare.

Tecnicamente, lo definiscono uno *“shock esogeno”*.

I paesi più industrializzati usano grano e mais come biocarburanti per le auto. Riducono le superfici coltivabili per produrre cibo per l’uomo e blindano i loro prodotti agricoli con tariffe e sussidi pubblici. India e Cina intraprendono una strada di crescita che non vogliono abbandonare. Consumano più carne e petrolio e fanno impennare la domanda di beni primari. I paesi africani reclamano l’apertura dei mercati dei paesi ricchi ai loro prodotti agricoli che già soffrono di carestie e deforestazione mentre i paesi produttori di petrolio e gas, favoriti dall’aumento dei prezzi energetici, accumulano ricchezze senza precedenti.

Nei templi del denaro gigantesche bolle finanziarie legate ai fondi speculativi – gli *hedge fund* – scoppiano, inceneriscono vertiginose quantità di risorse e riversano i debiti al di fuori dei confini nazionali. Intanto, il bilancio finanziario militare è sempre più florido: «sono ormai 1.200 i miliardi di dollari di spesa all’anno destinati allo sviluppo militare contro i 70 destinati allo sviluppo umano».

Socialmente, l’onda d’urto si abbatte su tutti, ma con

esiti asimmetrici. Le popolazioni del sud del mondo, quelle più deboli, sostengono il prezzo più alto: quasi un miliardo di persone è ora assediato dai crampi della fame. Più di dieci anni fa. I bambini, i più vulnerabili, pagano con la “malnutrizione e la cattiva salute” questa corsa dei prezzi definita dagli economisti “una tassa sul futuro”.

Politicamente, tutti sono d’accordo sulla diagnosi e tutti rigorosamente in disaccordo sui rimedi. Nessuno rinuncia ai propri interessi nazionali.

Vai! Libero mercato all’esterno e difesa a denti stretti delle lobby all’interno. Il vertice della Fao tenutosi a Roma è terminato con un fallimento. L’occidente ricco – quello che ha le responsabilità maggiori – ha risposto con afasia e disinteresse alle “rivolte del pane”. Tra “stomaco e serbatoio” il confronto è stato scontato e impari.

Male che vada la colpa può essere fatta ricadere sulle agenzie internazionali, l’Onu, un carrozzone inconcludente e costoso. Perché preoccuparsi della mancanza di un governo globale? In fin dei conti, questa è la mentalità prevalente, gli Stati non possono venir meno al problema della sicurezza e delle paure dei loro cittadini.

In tutto questo, però, c’è qualcosa che non torna.

C’è un diritto allo sviluppo della persona e dei popoli da rispettare. La “loro fame” è una questione di diritti violati. I prezzi inaccessibili del cibo di ingiustizia sociale. Il pane di principi non negoziabili.

C’è anche un ragionamento da fare. Finché questi squilibri continueranno e magari peggioreranno, è in-

* Responsabile Programmazione Medici con l’Africa Cuamm

sensato parlare della “nostra sicurezza”. Gli tsunami della storia ce lo insegnano: popolazioni abbandonate nell’indigenza non rimangono inerti, si muovono, reclamano ascolto e, talvolta, impongono attenzione. Se la loro fame è la nostra insicurezza, allora lo svi-

luppo globale – “il progresso dei popoli” – dovrebbe essere la risposta alle paure di casa nostra. Ma se questa è la sfida, perché tanta ignoranza nella gente? Perché tanta irresponsabilità delle istituzioni? Perché la voce della profezia cristiana è così debole?

Globalizzazione e diseguaglianze nella salute

DICHIARAZIONE DI ERICE 2008

Nell’aprile 2008 si è tenuto a Erice un corso di formazione dal titolo “Globalizzazione e diseguaglianze nella salute”, cui hanno partecipato operatori sanitari, ricercatori, docenti universitari e rappresentanti del volontariato. Questo il documento conclusivo che volentieri pubblichiamo.

«Bambini e donne stanno morendo perché coloro che hanno il potere di prevenire quelle morti hanno scelto di non agire. Questa indifferenza – da parte di politici, amministratori, donatori, finanziatori della ricerca, da parte della stessa società civile – è il tradimento della nostra speranza collettiva per una società più forte e più giusta; per una società che dà valore a ogni vita, indipendentemente da quanto giovane o nascosta agli occhi del pubblico questa vita possa essere. Quello che abbiamo di fronte è un mondo squilibrato in cui solo coloro che hanno soldi, forza militare e influenza politica stabiliscono cosa conta e chi conta. Come professionisti sanitari noi non dobbiamo accettare questa pervasiva mancanza di rispetto della vita umana».

Richard Horton, direttore di Lancet (Countdown to 2015: a report card on maternal, newborn and child survival. Lancet, Vol. 371, April 12, 2008, p. 1219).

Nel marzo 2001 i partecipanti del corso “Flussi migratori e politiche per la salute” sottoscrissero un documento – “La Dichiarazione di Erice” – in cui si affrontavano i temi del diritto alla salute, dell’equità, dello sviluppo sostenibile, della difesa della dignità e della vita degli uomini e delle donne.

Queste le conclusioni di quel documento:

«Le profonde disuguaglianze evidenziate sono il frutto di un “egoismo sconsiderato” che non tiene conto né dei più deboli, né delle generazioni future, ricchi o poveri che siano. Non è difficile immaginare infatti

che questo tipo di egoismo possa trascinare verso la catastrofe l’intero genere umano. Vogliamo fare appello a un “egoismo intelligente” che prenda in considerazione i principi di sostenibilità del pianeta, che pratichi forme generose e costruttive di solidarietà internazionale che garantiscano a tutti l’accesso e la fruibilità dei servizi sanitari ed educativi, che contrasti ogni forma di discriminazione anche verso chi è straniero. Noi riteniamo che la sinergia di queste tre componenti – la presa di coscienza dei cittadini, l’impegno della cultura e della scienza, le decisioni dei governi sulla base delle necessità dei popoli e non sotto la pressione di lobbies e di interessi – potrà portare a un’inversione di tendenza rispetto agli attuali scenari, ad assicurare la pace e a risvegliare la speranza e la fiducia nel futuro.»

A distanza di sette anni si è tenuto sempre a Erice, dal 14 al 18 aprile 2008, un corso intorno a temi analoghi, dal titolo “Globalizzazione e diseguaglianze nella salute”, a cui hanno partecipato, come nel 2001, operatori sanitari, ricercatori, docenti universitari e rappresentanti del volontariato.

E come nel 2001, essi hanno ritenuto opportuno esprimere in un documento le loro riflessioni.

1. UN MONDO PIÙ INSIURO E DISEGUALE

2001-2008: sette anni di guerre e di fondamentalismi ci consegnano un mondo più insicuro. Terrorismo, guerre, violazioni dei diritti umani hanno in questi an-

ni dominato lo scenario internazionale, seminando morte, distruzione e immense sofferenze, e consumando enormi quantità di risorse. La sola guerra in Iraq, oltre a provocare un terribile carico di morte (oltre 650.000 decessi), è costata – secondo le stime di Joseph Stiglitz, premio Nobel per l'economia – circa 3.000 miliardi di dollari.

3.000 miliardi di dollari sono una cifra immensa se paragonata con altre cifre.

> **254 miliardi di dollari** rappresentano lo 0,7% del Pil dei paesi industrializzati che, secondo gli impegni presi nel lontano 1970, questi dovrebbero trasferire ai paesi più poveri per favorirne lo sviluppo. Attualmente il livello di impegno è molto più basso, lo 0,28%, pari a 103 miliardi di dollari (l'Italia lo 0,19%).

> **50-60 miliardi di dollari** rappresentano la quantità di risorse annue necessarie, secondo la Banca mondiale, per raggiungere nel 2015 gli Obiettivi del Millennio, tra cui l'eradicazione della povertà estrema, l'istruzione primaria universale, la drastica riduzione della mortalità infantile e materna. Com'è noto nell'Africa sub-Sahariana questi obiettivi non solo non saranno raggiunti, ma alcuni indicatori (vedi mortalità materna) in molti paesi sono in peggioramento.

> **28 miliardi di dollari** rappresentano il contributo annuo che i paesi più ricchi dovrebbero versare ai paesi più poveri del pianeta per garantire – attraverso una spesa sanitaria pubblica di 40 dollari *pro capite* – l'erogazione gratuita dei servizi essenziali. I fondi attualmente destinati alla cooperazione sanitaria internazionale assommano a soli 12 miliardi di dollari, erogati soprattutto per finanziare interventi su singole malattie (*programmi verticali*).

Un mondo più vulnerabile sul piano economico a causa delle speculazioni finanziarie internazionali e dell'aumento del prezzo dei beni essenziali (energia e cibo).

Un mondo sempre più insostenibile a causa del progressivo degrado dell'ambiente – che colpisce i paesi più poveri del pianeta – con la prospettiva di un profondo dissesto dell'ecosistema terrestre e di un avvenire incerto per le future generazioni.

Un mondo sempre più "asimmetrico" a causa dei processi di "globalizzazione" che nei rischi e nei benefici funzionano bene per alcuni e molto peggio per altri.

Funzionano bene per i paesi ricchi, per le compagnie multinazionali, per i gruppi più ricchi della popolazione: a) perché questi hanno le risorse finanziarie, fisiche e umane per sfruttare tutte le opportunità offerte; b) perché hanno la possibilità di influenzare il quadro delle regole. Inutile aggiungere che funziona malissi-

mo per i paesi più poveri e per i gruppi più svantaggiati della popolazione. E infatti il principale effetto di questa asimmetria è stata l'incessante crescita delle disuguaglianze nel reddito (e non solo nel reddito) tra paesi e tra gruppi di popolazione all'interno di un paese a partire dagli inizi degli anni Ottanta.

2. LE DISEGUAGLIANZE NELLA SALUTE

Viviamo in un mondo sempre più diseguale. In società sempre più stratificate, dove le persone più privilegiate stanno meglio, si ammalano di meno e vivono più a lungo. Queste differenze sono socialmente determinate, sono ingiuste e sono modificabili; pertanto sono disparità evitabili.

Sono molte le cause e i meccanismi che fanno nascere e consolidare queste disparità nella salute. Ma la scienza è concorde nel dire che sono le condizioni sociali che influenzano la salute piuttosto che il contrario. In particolare sono le disparità nella distribuzione delle risorse materiali, di *status*, in quelle etniche e in quelle di aiuto da parte degli altri che fanno nascere disparità nei principali fattori di rischio per la salute e quindi nella probabilità di ammalarsi e di guarirne.

Certo la responsabilità e l'influenza che ogni individuo ha verso la propria salute non va trascurata. Tuttavia l'autonomia di un individuo è limitata da fattori che rimangono fuori dalla sua capacità di controllo; perfino le scelte relative ai principali stili di vita, ad esempio fumo, alcol, esercizio fisico e alimentazione, sono influenzate dalle circostanze socio-economiche di vita che ne limitano la libertà di scelta.

Anche l'assistenza sanitaria ha la sua responsabilità, perché si osservano disuguaglianze significative nell'accesso a cure appropriate e sicure e nei loro risultati anche in sistemi sanitari a impronta universalistica come quello italiano.

Nella misura in cui le disparità sistematiche di salute sono influenzate dalle disuguaglianze nel modo con cui la società distribuisce le risorse, allora è responsabilità della comunità e dell'amministrazione mettere in opera azioni per rendere questa distribuzione più giusta.

Una più giusta distribuzione delle risorse è una buona politica di sanità pubblica, perché consente di aumentare i benefici di salute in una popolazione agendo sulla salute di quei gruppi sociali e di quelle persone che soffrono di maggiori svantaggi di salute.

Una sanità pubblica che riduca le disparità sociali nella salute è anche una politica che promuove le capacità dello sviluppo. Ci sono molte prove che documentano come il livello di salute e, soprattutto, il livello di equità nella salute di una comunità sia correlato

con la sua capacità di produrre ricchezza e di migliorare la qualità della vita. Inoltre le politiche di contrasto delle disuguaglianze di salute sanno moderare anche l'impatto sfavorevole della malattia sull'impoverimento delle persone e delle famiglie. Dunque una politica di sanità pubblica di contrasto delle disparità sociali nella salute è anche conveniente dal punto di vista degli obiettivi di sviluppo della società.

Questo argomento è tanto più convincente se si pensa al futuro. Nei prossimi decenni l'invecchiamento della popolazione farà aumentare di molto la quota di anziani nella popolazione; ci sarà bisogno di una "compressione" significativa della morbosità della popolazione se si vuole rendere sostenibile il peso del fabbisogno di assistenza di questi nuovi anziani. Solo una riduzione delle disuguaglianze sociali nella morbosità e, quindi, nella disabilità, è in grado di comprimere significativamente questo peso. Questa priorità è data anche dalla concomitante spinta, da un lato della globalizzazione culturale, che pervade le nostre società con ambienti che promuovono obesità e *stress* invece che salute; e dall'altro della medicalizzazione della salute che porta a trascurare gli argomenti della promozione della salute a favore del potere miracoloso delle pillole e dei *test*, per entrambi questi fenomeni i gruppi sociali più poveri di risorse materiali e di credenziali culturali risultano più vulnerabili ai nuovi fattori di rischio.

3. LE DISEGUAGLIANZE DI GENERE

Le donne del sud, del nord e le migranti condividono condizioni di discriminazione, esclusione, violenza e impoverimento legate al loro genere, ma le vivono secondo modalità diverse in quanto hanno accessi asimmetrici a indipendenza economica, educazione, partecipazione alla sfera pubblica, potere politico; sono parte di un esercito di manodopera a basso costo e contribuiscono in maniera sostanziale, anche attraverso le rimesse delle donne migranti, al funzionamento dell'economia globale.

Questa situazione espone le donne a maggiori rischi per la loro salute: hanno infatti pari diritti ma bisogni differenziati rispetto agli uomini e un accesso più limitato a risorse, informazioni, servizi e potere. Tutti gli interventi a favore della salute devono dunque essere accompagnati da un'analisi delle disuguaglianze tra generi, e dati disaggregati per genere devono essere raccolti sistematicamente e in una prospettiva intersettoriale.

Il coinvolgimento attivo di donne e ragazze è elemento chiave di *empowerment*, in assenza del quale es-

se sono a rischio di ulteriore discriminazione, impoverimento e malattie, come testimoniato dalla persistente elevatissima mortalità materna nei paesi a basso reddito.

Centrale è la promozione dei servizi di salute sessuale e riproduttiva, che devono assicurare non solo un approccio olistico ai bisogni di salute della donna, ma anche assistenza psicologica, sociale e legale (inclusa la prevenzione della violenza di genere).

4. PAESI POVERI IN TRAPPOLA

Le disuguaglianze nella salute si stanno dilatando in tutto il mondo anche perché solo in una piccola minoranza di nazioni (prevalentemente europee) viene universalmente tutelato il diritto all'accesso ai servizi sanitari. I sette paesi più popolosi del mondo che oltrepassano il 50% della popolazione mondiale (Cina, India, Usa, Indonesia, Brasile, Pakistan e Russia) registrano elevate – in certi casi elevatissime – percentuali di popolazione priva di ogni forma di assicurazione sanitaria. E non mancano nel mondo disuguaglianze tragiche nella salute. Sono quelle che riguardano un gruppo di 43 paesi a bassissimo reddito (appartenenti quasi tutti all'Africa sub-Sahariana) – corrispondenti a circa 900 milioni di abitanti – che condividono alcune caratteristiche: sono i paesi più poveri della terra e hanno subito il trattamento della Banca mondiale (privatizzazioni, drastici tagli della spesa pubblica per sanità e istruzione, etc.) e dei loro stessi governanti (corruzione, fuga dei capitali, etc.), che ha comportato, tra l'altro, il progressivo disfacimento dei servizi sanitari pubblici (inevitabile con una spesa sanitaria pubblica generalmente inferiore a 10 dollari americani *pro capite* l'anno) e la migrazione massiccia di personale sanitario qualificato verso i paesi più ricchi. Da queste popolazioni, intrappolate nel circolo perverso di povertà e malattia, originano in larghissima parte i 10 milioni di morti tra i bambini al di sotto dei 5 anni, i 550 mila decessi tra le donne a causa della gravidanza e del parto, i 3 milioni di morti per Aids. Per non parlare di malaria, di tubercolosi e altre malattie – tra cui alcune completamente trascurate, come le patologie del cavo orale – che solo in quei paesi raggiungono così alti livelli di morbilità e letalità. Nei confronti di questi paesi ci vorrebbe un vasto intervento di solidarietà internazionale per garantire alle popolazioni l'accesso senza barriere economiche ai servizi sanitari essenziali e insieme non esasperare l'esodo del personale qualificato. Servirebbero allo scopo: a) la volontà dei governanti locali e – abbiamo già visto – b) l'indispensabile contributo della comu-

nità internazionale pari a 28 miliardi di dollari all'anno per rafforzare, in certi casi ricostruire dalle fondamenta, i sistemi sanitari locali, privilegiando i servizi di cure primarie.

5. POVERTÀ E MIGRAZIONI

Intervenire efficacemente nei confronti dei *low income fragile states* con l'obiettivo di raggiungere gli Obiettivi del Millennio avrebbe più di una conseguenza positiva. Produrrebbe non solo il miglioramento delle condizioni di vita di circa 900 milioni di persone (con la stima di circa 6 milioni di vite salvate all'anno), ma attenuerebbe da una parte i rischi ben presenti oggi dei conflitti interni e di guerre locali e dall'altra la spinta inarrestabile verso la migrazione in direzione dei paesi più ricchi.

Il fenomeno dell'immigrazione rappresenta un fisiologico tentativo di reazione di chi è discriminato nell'accesso alle risorse che possono consentire una vita dignitosa.

Pur ricoprendo un ruolo significativo nella crescita economica e culturale dei paesi di approdo, i migranti continuano a soffrire discriminazioni nell'esercizio dei diritti fondamentali e di profonde disuguaglianze nella salute. La salute delle persone straniere, vantaggiosa per il sistema produttivo nazionale, è una variabile fortemente dipendente dal perseguimento di politiche intersettoriali in grado di agire sui determinanti socioeconomici (istruzione, occupazione, alloggio, inclusione sociale, etc.). La precarietà e l'instabilità del lavoro rendono la famiglia migrante socialmente fragile; la diffusione di atteggiamenti di pregiudizio e di paura della diversità ostacolano un'effettiva inclusione dei migranti, laddove non determinino veri e propri fenomeni di ingiustizia sociale; leggi improntate sul sospetto e sulla difesa non aiutano ad avviare percorsi di salute. A pagarne il prezzo sono soprattutto bambini, donne, lavoratori.

Un'area particolarmente critica è quella dei richiedenti asilo e dei rifugiati (tra cui vi è una considerevole proporzione di vittime di tortura), che ha bisogno di un'adeguata tutela giuridica e sociale, oltre che di un approccio professionalmente competente.

6. A TRENT'ANNI DALLA DICHIARAZIONE DI ALMA ATA

Per ridurre le disuguaglianze nella salute e per far crescere la salute complessiva della popolazione, è necessario usare soprattutto la leva delle "politiche multisettoriali": l'istruzione e la cultura, il lavoro, la casa, l'ambiente, il reddito, l'equa distribuzione del reddito, come raccomandava già dal 1978 l'Organizzazione mondiale della sanità nella Dichiarazione di Alma Ata.

«La salute è un fondamentale diritto umano e il raggiungimento del più alto livello possibile di salute è uno dei più importanti obiettivi sociali nel mondo, la cui realizzazione richiede l'azione di molti altri settori sociali ed economici oltre al settore sanitario».

La buona notizia è che recentemente l'Organizzazione mondiale della sanità è tornata a occuparsi di disuguaglianze nella salute e di diritto alla salute, con l'istituzione della Commissione sui determinanti sociali della salute, presieduta da Michael Marmot.

«L'azione sui determinanti sociali della salute – affermava Marmot al momento dell'insediamento della Commissione nel 2005 – è necessaria non solo per migliorare la salute, ma anche perché quei miglioramenti indicheranno che la società si è mossa per andare incontro ai bisogni delle persone. Oggi si discute molto – spesso dogmaticamente – su cosa è giusto o sbagliato nelle politiche economiche e sociali. La Commissione avrà un solo dogma: le politiche che danneggiano la salute umana vanno identificate e, dove possibile, cambiate. In questa prospettiva la globalizzazione e il mercato sono buoni o cattivi nella misura in cui – nel bene o nel male – influenzano la salute. Le disuguaglianze nella salute tra e all'interno dei paesi sono evitabili. Non esiste alcuna ragione biologica perché la speranza di vita debba essere di 48 anni più lunga in Giappone rispetto alla Sierra Leone o 20 anni più corta tra gli aborigeni rispetto agli altri australiani. Ridurre queste disuguaglianze sociali nella salute, venendo così incontro ai bisogni delle persone, è un problema di giustizia sociale».

LA DICHIARAZIONE DI ERICE 2008

I partecipanti al corso di Erice "Globalizzazione e disuguaglianze nella salute" condividendo quanto contenuto nei punti precedenti (argomenti che sono stati oggetto delle relazioni, degli approfondimenti e delle discussioni del corso), e facendo propria la denuncia del direttore editoriale di *Lancet*, riportata in epigrafe, si rivolgono alla società civile e alla comunità scientifica per affermare quanto segue:

1. La comunità scientifica – in particolare coloro che hanno il compito di produrre cultura, formazione e ricerca – ha il dovere di affrontare in modo diffuso e sistematico i temi dell'equità, della difesa della dignità e della vita degli uomini, e di denunciare apertamente i terribili e crescenti squilibri che affliggono il nostro pianeta, anche e soprattutto nel campo della salute.
2. Le Facoltà di Medicina e le altre strutture universitarie, sanitarie e di ricerca che si occupano di for-

mazione nell'ambito socio-sanitario hanno il dovere di aprirsi maggiormente ai temi della "salute globale" per migliorare la qualità dell'offerta formativa, per rafforzare le competenze degli operatori sanitari e stimolare il loro ruolo di difensori e promotori del diritto alla salute.

3. La realizzazione del diritto alla salute richiede l'azione di molteplici settori sociali ed economici. Richiede, tra l'altro, che l'accesso ai servizi sanitari essenziali sia garantito a tutti, senza barriere economiche: il mancato rispetto di questo principio produce ogni anno milioni di morti, soprattutto tra le fasce più vulnerabili della popolazione, e lascia nella miseria milioni di famiglie. Il prezzo più alto di questa ingiustizia è pagato dalle popolazioni dei paesi più poveri del pianeta, dove si concentra il massimo del carico di malattia e di morte.
4. La lotta alle disuguaglianze nella salute deve essere considerata come una fondamentale strategia per migliorare lo stato di salute della popolazione. Le iniquità sociali nella salute indicano infatti la dimensione dei miglioramenti possibili perché dimostrano quali gruppi hanno raggiunto i più alti *standard* di salute possibili e inoltre indicano la possibilità da parte degli altri gruppi di sviluppare il proprio potenziale di salute in quel determinato tempo.
5. Il perseguimento di politiche intersettoriali e di contrasto delle disuguaglianze è fondamentale anche per tutelare il diritto alla salute delle persone straniere troppo spesso esposte a interventi discriminatori o volti all'esclusione.
6. Le iniquità sociali nella salute colpiscono particolarmente le donne che hanno pari diritti ma bisogni differenziati rispetto agli uomini e un accesso più limitato a risorse, informazioni, servizi e potere; per questo tutti gli interventi a favore della salute devono essere accompagnati da un'analisi delle disuguaglianze tra generi.
7. La cooperazione sanitaria internazionale non può sottrarsi al dovere di intervenire, non può – come ha scritto R. Horton – "scegliere di non agire". Lo deve fare da una parte aumentando in maniera rilevante la quantità di risorse disponibili, dall'altra modificando radicalmente le attuali strategie al fine di:
 - a) garantire l'universalità di accesso alle prestazioni, dando priorità assoluta alle fasce più vulnerabili della popolazione, i bambini e le donne;
 - b) rafforzare i sistemi sanitari nel loro complesso, in alternativa o quanto meno in associazione alle strategie basate sui programmi verticali;
 - c) investire, soprattutto, in risorse umane all'inter-

no del settore pubblico: formare, motivare, remunerare degnamente il personale sanitario, per migliorare la qualità delle prestazioni e per non esasperare il suo esodo verso il settore privato o verso l'estero.

Hanno partecipato al corso in qualità di direttori moderatori, docenti e discenti, partecipando alla stesura del documento finale e sottoscrivendone il contenuto: **Affronti Mario**, Università degli studi di Palermo; **Anzaldi Maria Luisa**, Asl Enna; **Asaro Vincenzo**, Azienda ospedaliera S. Giovanni di Dio - Agrigento; **Bais Daniela**, Azienda per i Servizi sanitari triestina; **Barsanti Sara**, Scuola superiore Sant'Anna - Pisa; **Bassetti Andrea**, Università degli studi di Firenze; **Bertini Alessandro**, Azienda sanitaria di Firenze; **Biggeri Annibale**, Università degli studi di Firenze; **Blangiardi Francesco**, Ausl Ragusa; **Bonaccorsi Guglielmo**, Università degli studi di Firenze; **Bonciani Manila**, Istituto superiore di sanità - Roma; **Caldés Pinilla Maria José**, Ospedale pediatrico Meyer - Firenze; **Casotto Claudio**, Università degli studi di Padova; **Cattaneo Adriano**, Irccs Burlo Garofolo Trieste; **Ciriminna Saverio**, Dipartimento ispettorato sanitario regione Sicilia; **Colussi Paola**, Ulss Vicenza; **Comodo Nicola**, Università degli studi di Firenze; **Costa Giuseppe**, Università di Torino; **Costagli Tiziana**, Ausl Empoli; **De Ponte Giulia**, Amref Italia; **Di Caccamo Patrizia**, Roma; **Fara Gaetano Maria**, Università "La Sapienza" di Roma; **Ferrera Giuseppe**, Ausl Ragusa; **Foresi Serena**, Medici con l'Africa Cuamm, **Geraci Salvatore**, Caritas di Roma; **Giammanco Giuseppe**, Università di Catania; **Giuliani Erica**, Roma; **Iaboli Luca**, Ausl Reggio Emilia; **Levi Miriam**, Università degli studi di Firenze; **Lo Curzio Lavinia**, Ausl Siracusa; **Maciocco Gavino**, Università degli studi di Firenze; **Manfrè Cataldi Eliana**, Ausl Ragusa; **Marceca Maurizio**, Università "La Sapienza" di Roma; **Mete Rosario**, Asl Roma; **Miceli Giuseppe**, Ausl Ragusa; **Mislej Maila**, Azienda per i Servizi sanitari triestina; **Mogliani Elisa**, Università degli studi di Padova; **Olivani Pierfranco Maria**, Irccs Milano; **Palazzi Barbara**, Università degli studi di Padova; **Panizzut Daniela**, Ausl Milano; **Panzerà Angela**, Università degli studi di Udine; **Paoletti Flavio**, Azienda per i Servizi sanitari triestina; **Peraino Antonina**, Ausl Trapani; **Perillo Giuseppina**, Università degli studi di Firenze; **Perremuto Vito**, Ausl Ragusa; **Perucci Carlo A.**, Asl Roma; **Quintero Romero Sofia**, Trieste; **Rapisardi Andrea**, Firenze; **Resti Carlo**, Azienda ospedaliera San Camillo Forlanini - Roma; **Rivela Giuseppe**, Ausl

Ragusa; **Rogialli Sandra**, Azienda sanitaria di Firenze; **Romanelli Marco**, Università degli studi di Firenze; **Rossitto Gina**, Ausl Siracusa; **Salvioni Anna**, Azienda sanitaria di Firenze; **Sanfilippo Emiliana**, Azienda ospedaliera S. Giovanni di Dio - Agrigento; **Santomauro Francesca**, Università degli studi di Firenze; **Sciumè Gerlando**, Azienda ospedaliera S. Giovanni di Dio - Agrigento; **Sicuro Anna**, Azienda per i Servizi sanitari triestina; **Sironi Patrizia**, Azienda ospedaliera di Cremona; **Spinelli Maria Elena**, Università degli studi di Padova; **Stefanini Angelo**, Università di Bologna; **Strohmeinger Laura**, Università degli studi di Milano; **Tamburini Ludovica**, Ausl Empoli; **Trabona Rosolino**, Azienda per i Servizi sanitari triestina; **Trentin Maria Luisa**, Ausl Vicenza; **Trillò Maria Edoarda**, Asl Roma; **Turco Cristina**, Azienda per i Servizi sanitari triestina.





POLITICA SANITARIA

In Messico fin dal 1997, ma più tardi anche in Brasile, in Nicaragua e in altri paesi sono stati attuati programmi per il trasferimento di denaro alle famiglie povere condizionato a mandare i figli a scuola, migliorare l'alimentazione e usare di più i servizi di salute preventivi. I primi risultati sono incoraggianti e mostrano miglioramenti dello stato di salute, tanto che i primi programmi pilota si stanno rapidamente estendendo. Anche in questo caso siamo dalle parti di Alma Ata.

Le politiche sanitarie globali a trent'anni da Alma Ata

di *Adriano Cattaneo**

> Alma Ata ha segnato una svolta per le politiche sanitarie globali e nazionali. Era prevedibile che la sua applicazione si scontrasse con resistenze e ostacoli di vario tipo. Non era prevedibile che ciò succedesse così presto. Ma è veramente morta la Phc? Non del tutto. Vi sono segnali di risveglio e di recupero che fanno sperare, con cauto ottimismo, al risorgere e al rinnovarsi dei principi che l'hanno ispirata.

INTRODUZIONE

Si potrebbe affermare che l'idea che la medicina curativa non sia l'unico determinante dello stato di salute di una popolazione è vecchia come il mondo. Senza risalire a Ippocrate, agli albori della medicina moderna il medico e patologo tedesco Rudolf Virchow (1821-1902), considerato da molti come il fondatore della medicina sociale, scriveva che «il miglioramento della medicina potrà alla fine prolungare la vita umana, ma il miglioramento delle condizioni sociali può raggiungere questo risultato più in fretta e con maggiore successo»¹. E all'inizio del secolo scorso, dall'altra parte dell'Atlantico, Charles-Edward Amory Winslow, fondatore della prima scuola di salute pubblica all'università di Yale, affermava che «la sanità pubblica è la scienza e l'arte di prevenire le malattie, prolungare la vita, promuovere la salute e l'efficienza fisica attraverso l'impegno organizzato della comunità per la salubrità dell'ambiente, il controllo delle infezioni comunitarie, l'educazione degli individui sui principi d'igiene personale, l'organizzazione di servizi medici e infermieristici per la diagnosi precoce e il tempestivo trattamento delle malattie, e lo sviluppo di un'organizzazione sociale che possa assicurare a ogni individuo nella comunità uno *standard* di vita adeguato al mantenimento della salute»². La necessità di andare oltre la medicina e la salute pubblica per interagire «con gli Stati membri e con altre agenzie dell'Onu

per promuovere il miglioramento della nutrizione, dell'abitazione, delle condizioni sanitarie, economiche, lavorative e ricreative e delle altre condizioni d'igiene ambientale» è riaffermata nell'atto costitutivo dell'Oms³, ed è definitivamente sancita nella Dichiarazione universale dei diritti umani: «Ogni persona ha diritto a un adeguato livello di vita che assicuri a lui e alla sua famiglia la salute e il benessere, inclusi il cibo, il vestiario, l'abitazione, l'assistenza medica e i servizi sociali necessari e il diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, disabilità, vedovanza e vecchiaia»⁴. Come sono stati applicati questi principi nella pratica? Come hanno influenzato lo sviluppo dei sistemi sociali e sanitari nazionali e le politiche globali? Restano validi e applicabili oggi?

DAL DOPOGUERRA AD ALMA ATA

Con poche eccezioni, non si può certo dire che, dopo il 1948, le politiche di salute nazionali e globali si siano adeguate alle grandi dichiarazioni di principio brevemente ricordate nell'introduzione. Le ragioni sono probabilmente molteplici e potrebbero essere riassunte nelle seguenti:

> l'associazione tra salute e condizioni sociali era messa in evidenza soprattutto dai paesi del blocco socialista. Con la guerra fredda e il conseguente maggior peso assunto dai paesi capitalisti nelle agenzie Onu, quest'associazione tendeva a essere

* Irccs Burlo Garofolo, Trieste

messa da parte a favore di politiche sanitarie basate sul modello medico.

- > Molti paesi a basso reddito erano ancora colonie e i loro sistemi sanitari erano copie di quelli dei paesi dominanti, dove tra l'altro si formavano i medici e i politici incaricati di gestire i servizi e di formare gli operatori sanitari locali.
- > Sono anni d'impetuoso sviluppo tecnologico, con tendenza a credere che farmaci, vaccini e altre tecnologie diagnostiche e terapeutiche avrebbero raggiunto un livello di perfezione tale da sconfiggere le grandi piaghe che affettavano l'umanità.
- > Cresce di pari passo la potenza economica e di conseguenza la capacità di *lobby* dell'industria multinazionale di queste tecnologie sanitarie, ovviamente interessata a mettere in risalto l'efficacia dei suoi prodotti per sconfiggere le malattie e migliorare la salute.
- > I sistemi sanitari nazionali e locali sono dominati dai medici, che oppongono una quasi naturale resistenza all'idea che la salute possa migliorare con interventi sociali e tendono perciò a far pressione affinché gli investimenti per la salute restino alla sanità.
- > Infine, l'Oms punta soprattutto su programmi verticali per il controllo o l'eradicazione di vaiolo, malaria, tubercolosi, framboesia e altre malattie, rafforzando l'idea che gli interventi medici e di salute pubblica siano prioritari rispetto agli interventi sociali o per il rafforzamento "orizzontale" dei sistemi sanitari.

Dalla metà degli anni Sessanta, tuttavia, si ricomincia a parlare di politiche sanitarie e sociali. A questa svolta contribuiscono numerosi fattori, tra i quali vale la pena ricordare:

- > la maggiore influenza che vanno acquisendo a livello globale i paesi socialisti e il gruppo dei paesi non allineati, creato nel 1955 dopo la conferenza di Bandung, con i loro successi, presunti e reali, in campo sociale e sanitario.
- > La fine del colonialismo e il raggiungimento dell'indipendenza da parte di molti dei paesi chiamati allora del Terzo mondo, con il conseguente affrancamento anche in tema di sviluppo di politiche della salute.
- > La delusione per i magri risultati raggiunti dai programmi verticali dell'Oms, tutti progressivamente abbandonati, con l'eccezione di quello per l'eradicazione del vaiolo che proseguirà fino al successo finale nel 1980.
- > I successi riportati da molte politiche sociali e sanitarie in vari paesi, compresi alcuni non appartenenti al blocco socialista come il Costa Rica, lo Sri Lanka e lo stato indiano del Kerala⁵.

- > La crescente influenza della società civile, rappresentata da ong, comunità ecclesastiche, movimenti popolari e altre associazioni (ci stiamo avvicinando al 1968), rispetto alla *lobby* sanitaria.

A queste tendenze globali bisogna aggiungere alcuni episodi specifici che segnano un punto di svolta. Nel 1973 l'Assemblea mondiale della sanità elegge come direttore generale dell'Oms il danese Halfdan Mahler. Avendo lavorato per dieci anni nel subcontinente indiano nel programma per il controllo della tubercolosi, Mahler conosceva dall'interno i limiti dell'approccio verticale. Inoltre, per formazione politica e religiosa, era figlio di un predicatore battista, tendeva a vedere nello sviluppo dei sistemi sanitari un mezzo per raggiungere la giustizia sociale⁶. Mahler istituisce subito dopo la sua elezione una Divisione per il rafforzamento dei servizi sanitari e nomina come responsabile Kenneth W. Newell, un membro della *Christian Medical Commission* che già lavorava all'Oms come epidemiologo. A Newell affida l'incarico di proporre idee innovative per lo sviluppo dei sistemi sanitari. I risultati di questo lavoro furono pubblicati nel 1975, con un richiamo ad andare oltre il settore salute: «Abbiamo studi che dimostrano come molte delle cause dei problemi sanitari derivino dalla società e come un approccio sanitario settoriale sia inefficace»⁷. La fine per l'approccio medico alla salute basato sui programmi verticali sembra materializzarsi in quello stesso anno, quando l'Oms e l'Unicef, in un documento congiunto, enfatizzano il ruolo della povertà e di altri fattori sociali nell'origine delle malattie e propongono approcci alternativi per andare incontro ai bisogni di salute delle popolazioni dei Paesi in via di sviluppo⁸, e diventa ufficiale nel 1976 quando Mahler lancia all'Assemblea mondiale della salute l'idea della "salute per tutti" nel 2000, idea che «implica la rimozione degli ostacoli alla salute, e cioè l'eliminazione della malnutrizione, dell'ignoranza, dell'acqua contaminata e delle abitazioni inadeguate, nella stessa misura in cui implica la soluzione puramente medica dei problemi di salute».

ALMA ATA

Tutto ciò si concretizza ad Alma Ata, in Unione Sovietica, dove l'Oms e l'Unicef organizzano assieme, dal 6 al 12 settembre 1978, una Conferenza internazionale sulla *Primary Health Care*. Alla conferenza partecipano oltre 3.000 delegati in rappresentanza di 134 governi e 67 tra organismi internazionali e organizzazioni non governative (**Figura**).

La conferenza si conclude con l'approvazione della

FIGURA / La conferenza di Alma Ata e i delegati durante una pausa di lavoro



Dichiarazione di Alma Ata, della quale vale la pena citare alcune frasi⁹:

- > «La salute, come stato di benessere fisico, mentale e sociale e non solo come assenza di malattia o infermità, è un diritto fondamentale dell'uomo e l'accesso a un livello più alto di salute è un obiettivo sociale estremamente importante, d'interesse mondiale, e presuppone la partecipazione di numerosi settori socio-economici oltre che di quelli sanitari».
- > «Le profonde disegualianze nello stato di salute tra i paesi più industrializzati e quelli in via di sviluppo, così come all'interno dei paesi stessi, sono politicamente, socialmente ed economicamente inaccettabili e costituiscono motivo di preoccupazione comune per tutti i paesi».
- > «Un livello accettabile di salute per tutti i popoli del mondo nell'anno 2000 può essere raggiunto mediante un uso pieno e migliore delle risorse globali, una parte considerevole delle quali è attualmente spesa in armi e conflitti militari».

La strategia indicata dalla Dichiarazione di Alma Ata per raggiungere gli obiettivi della "salute per tutti nel 2000" è la *Primary Health Care* (Phc), basata sui principi dell'equità, della volontà politica, della partecipazione della comunità, dell'intersettorialità, della promozione della salute e dell'uso di tecnologie appropriate. La cosiddetta *comprehensive Phc* è definita come «assistenza sanitaria essenziale basata su metodi praticabili, scientificamente validi e socialmente accettabili e su tecnologie rese universalmente accessibili a individui e famiglie nella comunità attraverso la loro piena partecipazione e a costi che la comunità e il paese possano permettersi di affrontare a ogni stadio del loro sviluppo in uno spirito di autonomia e autodeterminazione». Essa comprende:

- > educazione sui problemi di salute più importanti e sui metodi per prevenirli e controllarli;
- > promozione di un'adeguata alimentazione e del rifornimento di cibo;
- > adeguato rifornimento di acqua pulita e adeguata eliminazione degli escreti;
- > assistenza materno-infantile, compresa la pianificazione familiare;
- > immunizzazione contro le più importanti malattie infettive;
- > prevenzione e controllo delle malattie endemiche locali;
- > trattamento appropriato delle malattie e dei traumi più frequenti;
- > rifornimento di farmaci essenziali.

DOPO ALMA ATA

Come si evince da questo breve riassunto, Alma Ata segnava una svolta per le politiche sanitarie globali e nazionali. Era prevedibile che la sua applicazione si scontrasse con resistenze e ostacoli di vario tipo. Non era prevedibile che ciò succedesse così presto. Poco più di un anno dopo, il 1° novembre 1979, la prestigiosa rivista medica *New England Journal of Medicine* pubblica un articolo sulla *selective Phc*¹⁰. Gli autori, associati all'università di Harvard, lavoravano per la *Rockefeller Foundation*. Partendo dalla constatazione che le risorse sono limitate, che il tempo stringe e che non si può far tutto, e dopo aver esposto il risultato di alcuni discutibili calcoli del rapporto costo/efficacia di vari interventi medici, essi giungono alla conclusione che la Phc debba essere selettiva e concentrarsi sulle vaccinazioni contro morbillo, difterite, pertosse e tetano, sul trattamento della malaria e della diarrea, e sulla promozione dell'allattamento al seno. Più o meno allo stesso tempo, il Comitato esecutivo dell'Unicef nomina come suo direttore James P. Grant, un medico statunitense, figlio di missionari protestanti in Cina e con esperienza di lavoro nello stesso paese. Sostituisce Henry Labouisse, che aveva promosso iniziative di comunità per salute, nutrizione, educazione formale e informale, acqua e igiene; che aveva, soprattutto, firmato con Mahler la Dichiarazione di Alma Ata. James Grant è utopista e carismatico, come Mahler, ma anche pragmatico. Nell'assumere il ruolo di direttore esecutivo dell'Unicef il 1° gennaio 1980, sposa immediatamente la causa della *selective Phc*. Con il suo entusiasmo convince rapidamente governi e donatori, ma anche la stessa Oms, a lanciare nuovi programmi verticali. Il primo è ispirato direttamente dall'articolo del *New England Journal of Medicine* e sarà conosciuto in tutto il mondo con l'acronimo Gobi (*Growth monitoring, Oral rehydration, Breastfeeding, Immunization*). Sarà il progenitore di una lunga serie di iniziative simili; il nipote attualmente più famoso del Gobi si chiama Gf-Atm (*Global Fund against Aids, Tuberculosis and Malaria*).

La *selective Phc* è debole dal punto di vista teorico:

- > le analisi costo/efficacia sono difficili, inaccurate sia per il calcolo dei costi sia per la stima dell'efficacia, non universali in quanto costo ed efficacia variano al variare delle situazioni e, soprattutto, tendono a escludere attività costose ma con effetti positivi che vanno ben oltre la salute, come l'approvvigionamento di acqua, la nutrizione, l'educazione.
- > L'approccio di rischio, sia per i gruppi di popolazione sia per i problemi sanitari da affrontare, non

TABELLA / Vantaggi della *selective* e svantaggi della *comprehensive Phc*

| <i>Selective Phc</i> | <i>Comprehensive Phc</i> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cicli di programmazione brevi, spesso coincidenti con i cicli finanziari dei donatori (e con i cicli elettorali, in caso di donatori governativi) | Nessun ciclo di programmazione, o cicli di programmazione lunghi, vaghi e flessibili, in ogni caso non coincidenti con i cicli finanziari dei donatori |
| Raccolta di fondi (pubblici e privati) relativamente facile | Non è facile stimare quanti soldi servono e per quanto tempo, donatori poco interessati |
| Rendicontazione relativamente facile (pur se diversa da donatore a donatore) | Non si sa dove vadano a finire esattamente i soldi, spese distribuite nel "sistema" |
| Controllo affidato ad agenzie e organizzazioni specifiche, o al ministero della Salute | Non esiste un ministero di controllo (intersettoriale per definizione) |
| Possibilità di successi "raccontabili" a breve termine | Nessun risultato a breve termine, necessità di investimenti sul lungo periodo |
| Grande visibilità attraverso rapporti annuali o specifici e uso accorto dei media | Scarsa o nessuna visibilità |

sempre assicura la maggiore efficacia; a volte si ottiene una maggiore riduzione del carico di malattia applicando un intervento efficace a tutta una popolazione piuttosto che a un sottogruppo¹¹.

> L'enfasi sugli interventi medici efficaci fa dimenticare o mettere in secondo piano i determinanti sociali di salute e malattia, la disponibilità e l'accessibilità di risorse, le condizioni di vita e di lavoro, l'educazione, la cultura; eradicare la poliomielite senza cambiare le condizioni di igiene, ignoranza e povertà elimina sì una malattia, ma lascia inalterate le condizioni per tutte le altre.

> È ormai dimostrata la tendenza dell'approccio selettivo a non rafforzare, anzi a indebolire il sistema sanitario e il suo funzionamento, togliendogli risorse¹².

Ma può avere degli indubbi vantaggi, soprattutto se comparati agli speculari svantaggi della *comprehensive Phc* (Tabella).

ALTRI ATTORI

Mentre Oms e Unicef firmano la Dichiarazione di Alma Ata e si dibattono nel dubbio tra *comprehensive* e *selective Phc*, scegliendo però di mettere in pratica quest'ultima, un altro attore decide di inserirsi nel gioco e lo fa a gamba tesa, minando alla radice politiche e sistemi sanitari. Con un documento pubblicato nel 1987, la Banca mondiale afferma, senza presentare prove, che «l'approccio più comune all'assistenza sanitaria nei paesi in via di sviluppo è stato quello di trattarla come un diritto di cittadinanza e di tentare di fornire a tutti servizi gratuiti. Questo approccio di soli-

to non funziona»¹³. Qualche anno dopo, nel 1993, ci va giù ancora più dura: «I paesi a reddito medio/basso non possono offrire a tutta la popolazione tutte le prestazioni sanitarie, ma solo pacchetti di prestazioni di provata efficacia e di costo compatibile col reddito per abitante; gli abitanti con reddito più elevato potranno acquistare i servizi non compresi in questi pacchetti nel libero mercato della merce salute»¹⁴. Sono due operazioni allo stesso tempo: da un lato si avalla l'approccio della *selective Phc*, dall'altro si applicano le politiche neoliberiste che proprio negli anni Ottanta, con Reagan e Thatcher, iniziavano a prevalere su quelle socialdemocratiche e liberali che le avevano precedute. Secondo il credo neoliberista della Banca mondiale il mercato, libero da interferenze governative, è il migliore e più efficiente distributore di risorse, ed è pertanto il meccanismo più efficace per promuovere il bene pubblico, compresa la salute. Si devono perciò concentrare gli sforzi sulla crescita economica, senza badare alle conseguenze a breve termine: il resto, salute compresa, verrà da sé, anche se a costo di qualche dolore iniziale.

Alla Banca mondiale si affianca il Fondo monetario internazionale, alloggiato del resto nelle vicinanze della banca, a Washington. Assieme le due istituzioni nate a Bretton Woods promuovono, meglio sarebbe dire impongono, i cosiddetti Piani di aggiustamento strutturale. Per il settore salute questi comportano la riduzione della spesa pubblica, l'incoraggiamento del settore privato, la separazione delle funzioni di acquisto da quelle di offerta dei servizi sanitari, e l'enfasi

sull'efficienza rispetto all'equità. Uno dei risultati più malefici sulla salute delle politiche congiunte di Banca mondiale e Fondo monetario internazionale è l'introduzione quasi universale delle *user fees*, cioè del pagamento totale o parziale delle prestazioni sanitarie da parte dell'utente. Le *user fees* hanno reso costosi e inaccessibili, per ampi strati di popolazione di tutti i paesi a basso e medio reddito, ma anche per gruppi di popolazione dei paesi ad alto reddito, anche i più semplici interventi medici. Questa politica, che differenzia l'accessibilità ai servizi, è intrinsecamente iniqua, e cioè contraria a uno dei principi fondamentali della Phc. Le *user fees* sono ormai passate di moda, ma ci vorranno ancora molti anni per eliminarne gli effetti.

MACROECONOMIA E SALUTE

L'Unicef, pur restando fedele all'approccio selettivo alla Phc, si rende conto dei danni causati dai Piani di aggiustamento strutturale e tenta di porvi rimedio promuovendo le cosiddette reti di sicurezza: sussidi distribuiti in vario modo, sotto forma di servizi, a protezione delle fasce più deboli della popolazione. Come usare un cerotto per trattare il cancro. L'Oms invece non reagisce, e quando lo fa è già troppo tardi. E il modo in cui lo fa è per lo meno discutibile, se non sbagliato. Mentre continua a rivisitare i suoi programmi verticali (vaccinazioni, malaria, tabacco, Aids, etc.), chiede a un famoso economista dello sviluppo, professore ad Harvard, di redigere un rapporto su macroeconomia e salute¹⁵. Le conclusioni di questo rapporto possono essere così riassunte:

- > i servizi sanitari non sono un diritto, ma un bene di consumo, e sono quindi soggetti alla legge della domanda e dell'offerta, alle leggi del libero mercato, alle regole dell'Organizzazione mondiale per il commercio (come gli accordi Gats e Trips).
- > Maggiore e migliore salute porta a sviluppo e crescita economica. Il rapporto cerca di dimostrare, senza riuscirci, questo rapporto di causa ed effetto, dimenticando che la relazione tra salute e povertà è a doppia via, ma non è simmetrica: la povertà è il più importante singolo determinante di una cattiva salute, ma la cattiva salute è lungi dall'essere il più importante singolo determinante della povertà¹⁶.
- > Investire in salute (34 dollari per persona/anno nel 2015) è quindi essenziale per far aumentare il Pil (94 miliardi di dollari darebbero un ritorno di 186 miliardi di dollari).
- > Questi investimenti dovrebbero essere diretti a pacchetti essenziali di interventi efficaci (ancora

una volta una raccomandazione in linea con la *selective Phc* e dimentica dello sviluppo dei sistemi sanitari).

- > Gli investimenti dovrebbero essere prodotti e controllati da *partnership* pubblico/privato, cioè da Fondi globali con la partecipazione di agenzie dell'Onu, della Banca mondiale, di rappresentanti dei governi dei paesi ricchi, di delegati delle imprese multinazionali.

In conclusione, il rapporto suggerisce una soluzione tecnica per complessi problemi politici, facendo finta di non vedere che manca sia la volontà di risolvere questi ultimi sia quella di mettere in atto con decisione le soluzioni tecniche. Perché l'economista Sachs si inerpica su una rischiosa teoria di "salute come determinante di sviluppo e di crescita economica" e non propone di ridurre la povertà con misure a lui più familiari? Perché non invoca, ad esempio, la cancellazione del debito, o la riduzione del protezionismo, o l'eliminazione dei sussidi alle produzioni agricole e industriali dei paesi ricchi, o l'istituzione della *Tobin tax* o di altre tasse di settore? Perché non invoca un maggior intervento dello stato, non solo nell'erogazione di servizi, ma anche nella redistribuzione del reddito e nella modificazione degli assetti di proprietà (riforma agraria, politica fiscale, etc.)?

IL PRESENTE E IL FUTURO DELLA PHC

La Phc nasce dall'evidente inadeguatezza dell'approccio puramente medico e sanitario ai problemi di salute. Questa inadeguatezza permane ed è tuttora evidente; la Phc si mantiene perciò attuale. Ma metterla in pratica comporta un difficile cambiamento di paradigma, se non di ideologia: si deve mentalmente passare dalla sanità alla salute, dai determinanti biologici a quelli sociali, dalla cura alla promozione e alla prevenzione, dall'ospedale alla comunità e alla salute pubblica, dal centro alla periferia, dall'operatore sanitario al cittadino (*empowerment*). Non è facile: manca la volontà politica e resiste chi detiene il potere, le risorse e le competenze tecniche sono scarse, si tende sempre più, in tutto il mondo, a considerare la salute una merce e non un diritto. Il rischio è che, per non stravolgere i paradigmi a cui siamo abituati, si riduca la Phc al primo contatto tra l'utente e i servizi sanitari, alla fornitura di servizi sanitari alle popolazioni meno privilegiate, ai servizi offerti da operatori di basso livello (non medici), ai servizi offerti nei dispensari e nei posti di salute, ai servizi che costano poco, considerati adatti per i poveri che non possono permettersi la "vera" medicina, a un pacchetto di servizi

essenziali. Inoltre, i ministeri coinvolti nella Phc difficilmente comunicano e si coordinano (con quello della salute che fa spesso da cenerentola), l'integrazione delle attività è spesso vista come una minaccia ai *budget* di settore, non vi sono incentivi economici a un approccio integrato e intersettoriale, le priorità dei governi sono spesso decise dal contingente più che da un'analisi razionale e da una strategia di lungo periodo, ed è difficile raccogliere e fornire prove dell'efficacia sulla salute di interventi non sanitari (abitazione, acqua, trasporti, politiche agricole ed alimentari, istruzione, educazione, etc.). Con queste difficoltà, e con gli attuali rapporti di forza, non c'è da stupirsi se la Phc non è quasi citata nella *Millennium Declaration* e nei *Millennium Development Goals*.

Ma è veramente morta la Phc? Non del tutto. Vi sono segnali di risveglio e di recupero che fanno sperare, con cauto ottimismo, al risorgere e al rinnovarsi dei principi che l'hanno ispirata:

- > l'Oms ha costituito nel marzo 2005 una Commissione sui determinanti sociali della salute. Il rapporto finale della Commissione è atteso tra poco. Nel frattempo sono stati pubblicati i rapporti specifici dei vari gruppi di lavoro: sviluppo del bambino, donne ed equità di genere, condizioni di lavoro, ambienti urbani, esclusione sociale, globalizzazione, sistemi sanitari, priorità per la salute pubblica, sistemi di misura ed evidenze scientifiche^a. Leggendo questi rapporti è evidente che si sta tornando ad Alma Ata.
- > Vi sono iniziative di singoli paesi per l'elaborazione di politiche di rafforzamento dei sistemi sanitari e per affrontare i determinanti sociali di salute. Si tratta in generale di paesi ad alto o medio reddito come il Canada, la Nuova Zelanda, la Svezia, la Gran Bretagna, il Messico, il Brasile, il Venezuela, il Sudafrica. Ma sono iniziative che fanno ben sperare.
- > In Svezia, per esempio, la strategia di salute pubblica approvata nel 2003 punta su partecipazione e influenza nella società, sicurezza economica e sociale, condizioni sicure e favorevoli nell'infanzia e l'adolescenza, vita lavorativa più sana, ambiente e prodotti sicuri e salutari, servizi sanitari che promuovono la salute, protezione efficace contro le malattie infettive, sessualità sicura e buona salute riproduttiva, aumento dell'attività fisica, buona alimentazione e cibi sicuri, ridotto uso di alcool e tabacco, niente droghe e gioco d'azzardo¹⁷. Non siamo lontani da Alma Ata.
- > In Messico fin dal 1997, ma più tardi anche in Brasile, in Nicaragua e in altri paesi sono stati attuati programmi per il trasferimento di denaro alle famiglie povere condizionato a mandare i figli a scuola, migliorare l'alimentazione e usare di più i servizi di salute preventivi^{18,19}. I primi risultati sono incoraggianti e mostrano miglioramenti dello stato di salute, tanto che i primi programmi pilota si stanno rapidamente estendendo. Anche in questo caso siamo dalle parti di Alma Ata.
- > Per il rafforzamento dei sistemi sanitari, compresa la collaborazione intersettoriale, nei paesi a basso reddito si sono recentemente mossi i governi di Norvegia e Gran Bretagna. Il primo ministro norvegese Jens Stoltenberg, che mostra il suo interesse per la salute pubblicando anche degli editoriali sul *Lancet*^{20,21}, ha lanciato nel settembre 2006 un'iniziativa tendente ad accelerare il raggiungimento degli Obiettivi del Millennio relativi a donne e bambini. Contrariamente a precedenti iniziative, quella norvegese non propone un approccio verticale, ma mira a far convergere su attività comuni per rafforzare i sistemi sanitari e i piani nazionali dei paesi beneficiari i fondi provenienti da vari donatori²². Il 5 settembre 2007 il primo ministro britannico Gordon Brown ha lanciato una nuova *partnership* sulla salute internazionale che si propone di «mettere l'accento sul miglioramento dei sistemi sanitari nel loro insieme e non solo su interventi per singole malattie, mediante un migliore coordinamento tra donatori e nel rispetto dei piani di salute dei paesi beneficiari»^b. Questa iniziativa segue la pubblicazione di un documento tecnico che ne spiega la base razionale²³, ed è stata già condivisa dai governi di numerosi paesi, compresa l'Italia.
- > L'Italia che in un documento prodotto nel maggio 2007 per gli Stati generali della Solidarietà e cooperazione sanitaria convocati dall'allora viceministro con delega alla cooperazione Patrizia Sentinelli ribadisce la necessità di attenersi ai principi di Alma Ata^c. Se ciò porterà a modificare le strategie di cooperazione verso interventi e programmi a carattere intersettoriale e con enfasi sul rafforzamento dei sistemi sanitari, resta da vedere.
- > Ma anche associazioni professionali e non governative si muovono nella stessa direzione e hanno recentemente promosso un'iniziativa chiamata *15 by 2015*^d, una campagna che invita tutti i donatori ad assegnare per lo meno il 15% dei fondi per la cooperazione al rafforzamento dei sistemi sanitari e al miglioramento della qualità delle cure primarie entro il 2015.
- > Infine, una rete di associazioni presenti in molti paesi ha creato nel 2000 il *People's Health Movement*^e,

un movimento della società civile che si propone di rivitalizzare la Phc e che ha già organizzato due assemblee mondiali per la salute dei popoli, a Dacca, Bangladesh, nel 2000 e a Cuenca, Ecuador, nel 2005. Il movimento ha prodotto anche una Carta per la salute dei popoli che invita i popoli della terra a chiedere ai loro governi:

- trasformazioni radicali nel funzionamento di Banca mondiale, Fondo monetario internazionale e Organizzazione mondiale per il commercio;
- la cancellazione del debito dei paesi poveri;
- regole efficaci per controllare il potere delle multinazionali;
- pace e protezione per l'ambiente;
- politiche agricole per la gente, non per il mercato;
- il controllo e la tassazione dei capitali speculativi;
- la verifica dell'impatto sulla salute delle politiche economiche;
- priorità per istruzione e salute, con uno *stop* alla privatizzazione e un aumento dell'investimento pubblico ad almeno il 70% del bilancio sanitario e sociale;
- accesso universale a servizi integrati di salute, in base ai bisogni, non alla capacità di pagare;
- enfasi sulla promozione, la prevenzione e la partecipazione;
- rafforzamento, anche dal punto di vista legale, del lavoro intersettoriale e interdisciplinare.

Se son rose, fioriranno.

BIBLIOGRAFIA

1. Waitzkin H., *One and a half centuries of forgetting and re-discovering: Virchow's lasting contributions to Social Medicine*. Social Medicine. 2006.
2. Winslow Cea, *The untilled fields of public health*. Science. 1920.
3. World Health Organization, *Constitution*. Un, New York, 1946.
4. United Nations, *Universal declaration of human rights*. Un, New York, 1948.
5. Bryant J.H., *Health and the developing world*. Cornell University Press, Ithaca, NY, 1969.
6. Cueto M., *The origins of primary health care and selective primary health care*. Am J Public Health 2004; 94:1864-74.
7. Newell K.W., *Health by the people*. WHO, Geneva, 1975.
8. Djukanovic V., Mach E.P., *Alternative approaches to meeting basic health needs of populations in developing countries: a joint UNICEF/WHO study*. WHO, Geneva, 1975.
9. Who/Unicef, *Declaration of Alma Ata*. Who, Geneva, 1978.
10. Walsh J.A., Warren K.S., *Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries*. N Engl J Med 1979; 301:967-74.
11. Rose G., *The strategy of preventive medicine*. Oxford Medical Publications, Oxford, 1992.
12. Italian Global Health Watch, *From Alma Ata to the Global Fund: the history of international health policy*. Social Medicine. 2008.
13. World Bank, *Financing health services in developing countries*. World Bank, Washington DC, 1987.
14. World Bank, *World development report 1993: investing in health*. Oxford University Press, Oxford, 1993.
15. Who Commission on Macroeconomics and Health, *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Who, Geneva, 2001.
16. Katz A., *The Sachs report: investing in health for economic development - or increasing the size of the crumbs from the rich man's table?* Part II. Int J Health Serv 2005; 35:171-88.
17. Hogstedt C., Lundgren B., Moberg H., Pettersson B., Agren G., *The Public Health Objective Bill (Govt. Bill 2002/03:35): extended summary*. Scand J Public Health. 2004.
18. Fernald L.C., Gertler P.J., Neufeld L.M., *Role of cash in conditional cash transfer programmes for child health, growth, and development: an analysis of Mexico's Oportunidades*. Lancet 2008; 371:828-37.
19. Rivera J.A., Sotres-Alvarez D., Habicht J.P., Shamah T., Villalpando S., *Impact of the Mexican program for education, health, and nutrition (Progesa) on rates of growth and anemia in infants and young children: a randomized effectiveness study*. Jama 2004; 291:2563-70.
20. Stoltenberg J., *Delivering for women and children*. Lancet 2008; 371:1230-2.
21. Stoltenberg J., *Our children: the key to our common future*. Lancet 2006; 368:1042-4.
22. *Oslo Ministerial Declaration - global health: a pressing foreign policy issue of our time*. Lancet 2007; 369:1373-8.
23. Department for International Development. *Working together for better health*. Dfid, London, 2007.

SITOGRAFIA

- a. http://www.who.int/social_determinants/knowledge_networks/en/index.html
- b. <http://www.dfid.gov.uk/news/files/pressreleases/ihp.asp>
- c. <http://www.statigenerallisc.it/data/files/Position%20paper%20%20sottogruppo%20Salute.pdf>
- d. <http://www.15by2015.org/>
- e. <http://www.phmovement.org/cms/>





COOPERAZIONE SANITARIA

Il progetto ha permesso, nell'arco di tempo relativamente breve della prima fase, di avviare la ricostituzione del Programma angolano contro la tubercolosi. Sono stati riattivati molti servizi, definite le norme e le procedure di intervento, formato il personale ai vari livelli, introdotta e strutturata la pratica delle supervisioni e della valutazione di performance. Al tempo stesso non devono essere ignorati alcuni aspetti critici che, se non risolti nel corso della seconda fase, rischiano di vanificare o quantomeno ridimensionare sensibilmente i risultati fino a oggi conseguiti.

Tubercolosi, Angola, Fondo globale

L'ESPERIENZA DI UN PROGETTO A SOSTEGNO DEL PROGRAMMA NAZIONALE DI CONTROLLO DELLA TUBERCOLOSI FINANZIATO DAL FONDO GLOBALE IN ANGOLA

di *Stefano Santini**

> I programmi finanziati dal Fondo globale contro Aids, tubercolosi e malaria (Fg-Atm), attualmente la maggiore agenzia di finanziamento per interventi di controllo di queste malattie, costituiscono importanti casi-studio sull'impatto e l'efficacia dei meccanismi "globali" di cooperazione nel sostegno ai sistemi sanitari dei Paesi in via di sviluppo e ai programmi di controllo della tubercolosi in particolare.

Questo articolo presenta una sintesi dell'esperienza del progetto "*Support to the National TB Control Program*" finanziato dal Fg-Atm a sostegno del Programma nazionale di controllo della tubercolosi (Pnct) in Angola.

INTRODUZIONE

Da anni obiettivi e strategie di intervento dei programmi nazionali di controllo della tubercolosi sono stati definiti e standardizzati a livello internazionale sotto l'egida dell'Oms. Per tutti gli aspetti operativi (modalità diagnostiche, schemi terapeutici, procedure per il controllo di qualità, sistemi e flussi informativi, formazione del personale, modalità di coinvolgimento delle comunità) sono disponibili collaudate procedure e linee guida, con particolare *focus* per i contesti e le esigenze dei Paesi in via di sviluppo.

A fronte di tutto questo, tuttavia, i progressi registrati risultano ancora insufficienti e, molto spesso, fragili. La distanza tra la realtà e le mete da raggiungere resta grande e pone interrogativi sulla natura degli interventi in atto, sugli approcci adottati e le modalità di implementazione.

L'ANGOLA E IL PROGRAMMA NAZIONALE DI CONTROLLO DELLA TUBERCOLOSI

L'Angola è un paese grande quattro volte l'Italia, con una popolazione stimata di circa 18 milioni di abitanti. È uscita nel 2002 da un interminabile *tunnel* di guerre

che l'hanno devastata per quasi un quarantennio: prima la guerra liberazione dal giogo coloniale e poi la feroce guerra civile. Il paese è dotato di immense risorse naturali (petrolio in primo luogo) e presenta un Pil *pro capite* tra i più elevati dell'Africa sub-Sahariana (2.235 dollari americani ppp nel 2005). Tuttavia il suo Indice di sviluppo umano si mantiene a livelli estremamente bassi (162° posto su 177 nel 2005). È dunque un paese di gravi, paradossali contrasti, minato da una pervasiva corruzione (il *Transparency International Corruption Perception Index 2006* colloca l'Angola tra i paesi più corrotti del mondo), animato da grandi ambizioni di sviluppo, ma carente di risorse umane qualificate necessarie ad assicurare processi di crescita equilibrati ed efficaci.

In questo contesto di povertà, di arretratezza, di grandissime sperequazioni sociali e di dinamiche economiche proprie dei paesi "poveri" produttori di petrolio, la tubercolosi non è il maggiore problema, ma rappresenta certamente una grave emergenza sanitaria. Sono circa 60.000 i nuovi casi attesi ogni anno.

Il Programma nazionale di controllo della tubercolosi (Pnct) fu istituito in Angola nel 1981 presso il Dipar-

* Medici con l'Africa Cuamm

timento di sanità pubblica del ministero della Sanità. Fu sottoposto a una importante revisione nel 1996, quando fu adottata la strategia del Trattamento direttamente osservato (Dot) e furono definiti nuovi schemi di trattamento in coerenza con le raccomandazioni dall'Oms. Quegli aggiornamenti, tuttavia, furono introdotti in una realtà profondamente arretrata, ancora incentrata in maniera verticale sulla rete dei sanatori provinciali ereditati dall'epoca coloniale, con limitatissima integrazione nei servizi sanitari di base, senza sufficienti finanziamenti e in un contesto ancora gravemente condizionato dalla persistente guerra civile. Di fatto nel 2002, al momento della conseguita pacificazione, la situazione del Pnct si caratterizzava per:

- > vaste porzioni del paese (e della popolazione) escluse da qualsiasi accesso a servizi di diagnosi e trattamento;
- > gravi carenze di equipaggiamento (inclusi mezzi di trasporto);
- > disponibilità di farmaci e altri materiali di consumo irregolare e con prolungati periodi di rottura di *stock*;
- > assenza di efficaci programmi di supervisione e monitoraggio delle attività e di formazione/aggiornamento del personale;
- > scarso rispetto delle norme e gestione anarchica delle attività;
- > grave sottofinanziamento e dipendenza dai donatori internazionali e dai progetti di svariate ong.

È in questo contesto che matura l'opportunità di beneficiare dei finanziamenti del Fg-Atm.

IL PROGETTO DEL FONDO GLOBALE

Il progetto "Support to the National Tuberculosis Control Program" (Progetto Fg) ha iniziato le sue attività nell'agosto del 2005 con l'obiettivo di riorganizzare la rete dei servizi antitubercolari e assicurare l'applicazione della strategia Oms del trattamento direttamente osservato in 11 delle 18 province del paese (circa l'85% della popolazione), con un finanziamento complessivo di 11.163.763 dollari americani per cinque anni.

In conformità con le norme del Fg il gestore responsabile del progetto, *Principal Recipient* (Pr), è scelto in ogni paese dal "Meccanismo di coordinamento nazionale", organo in cui sono rappresentati il governo, le Agenzie della cooperazione internazionale e rappresentanti della società civile. In Angola, per questo progetto la funzione di Pr è stata affidata all'Undp, come pure la gestione degli acquisti di equipaggia-

mento e la realizzazione di un programma di *capacity building* istituzionale a favore del ministero della Sanità.

La realizzazione della maggior parte delle attività previste dal progetto, nonché la fornitura di assistenza tecnica alla Direzione del Pnct presso il ministero della Sanità sono state affidate all'ong Medici con l'Africa Cuamm, con un finanziamento per la prima fase biennale del progetto di 4.662.725 dollari americani.

Il monitoraggio e valutazione delle attività realizzate e la verifica della gestione contabile del finanziamento sono oggetto di regolari controlli affidati rispettivamente a un "Local Fund Agent" e a una agenzia internazionale di *auditing*.

GLI OBIETTIVI SPECIFICI E LE ATTIVITÀ DEL PROGETTO

Il progetto Fg fornisce risorse finanziarie per la realizzazione di un ampio ventaglio di attività e la copertura di gran parte dei costi di gestione corrente del Pnct. In pratica nessun aspetto è escluso, con l'eccezione dell'acquisto dei farmaci antitubercolari, per i quali altre fonti di approvvigionamento sono state garantite (governo angolano e agenzie internazionali). Le principali attività previste per il primo biennio possono essere riassunte nelle seguenti voci:

- > estendere la rete dei centri diagnostici e di trattamento;
- > realizzare interventi di riabilitazione fisica dei centri di diagnosi e trattamento e fornire equipaggiamento e materiali di consumo (reagenti di laboratorio, modulistica, cancelleria);
- > fornire mezzi di trasporto (un'auto per ciascun supervisore provinciale e un motociclo per ciascun supervisore a livello municipale) e assicurare il finanziamento dei costi di gestione;
- > realizzare seminari di formazione del personale (supervisori, infermieri, tecnici di laboratorio);
- > attivare programmi di supervisione, di incontri periodici dei supervisori provinciali e municipali;
- > realizzare sessioni di teatro comunitario di sensibilizzazione sulla tubercolosi.

Al termine della prima fase i *target* specifici definiti dal progetto Fg sono stati sostanzialmente conseguiti e in alcuni casi sono stati ottenuti risultati superiori alle attese (vedi **Tabella 1**). Tuttavia una valutazione basata esclusivamente su questi indicatori offre una lettura molto superficiale e formale dell'intervento e non permette di riconoscere l'impatto effettivo del progetto sul Pnct angolano e sulla sua organizzazione e gestione. A questo fine è opportuno valutare il lavoro svolto sotto altre angolature.

TABELLA 1 / Indicatori del progetto: obiettivi e risultati conseguiti nella prima fase

| Indicatore | Risultato conseguito | Obiettivo | % di successo |
|------------------------------------------------------------|----------------------|-----------|---------------|
| Casi totali diagnosticati (nuovi e ritrattamento) | 61.390 | | |
| Casi nuovi totali diagnosticati (Bk+, Bk-, Ep) | 56.745 | | |
| Casi nuovi Bk+ diagnosticati | 32.130 | 33.000 | 97% |
| Pazienti Bk+ la cui bacilloscopia al 2° mese vira negativa | 18.618 | 19.650 | 95% |
| Pazienti Bk+ che hanno completato il trattamento Dot | 23.234 | 17.400 | 133% |
| Centri Dot creati o rinnovati | 35 | 34 | 103% |
| Staff formati (infermieri, logisti, supervisor) | 482 | 377 | 128% |

LE AREE PRIORITARIE DI INTERVENTO, I RISULTATI E LE LEZIONI APPRESE

Partendo dalla constatazione dell'estrema debolezza di tutte le funzioni di gestione e di coordinamento delle attività del Pnct, la direzione del progetto Fg ha inteso orientare l'intervento della prima fase soprattutto in un'ottica di riattivazione delle procedure fondamentali di gestione del programma, a tutti i livelli del sistema (direzione nazionale, direzioni provinciali, centri diagnostici e di trattamento). A questo fine sono state riconosciute quattro aree prioritarie di intervento, per ciascuna delle quali riportiamo le condizioni incontrate all'inizio del progetto, gli interventi realizzati, i risultati conseguiti e le sfide ancora aperte.

1) Riqualficazione del Sistema informativo

La qualità del sistema informativo del Pnct si è presentata all'inizio dell'intervento particolarmente bassa: le statistiche correnti disponibili a livello centrale offrivano dati spesso incompleti e di dubbia accuratezza. A livello provinciale solo in due province esistevano archivi storici con i dati di attività degli ultimi due anni. L'analisi dei dati disponibili, disaggregati per provincia o per municipio, mostravano livelli di variabilità dei principali parametri di proporzioni non giustificabili con differenze epidemiologiche, ma molto più verosimilmente frutto di procedure di gestione del programma profondamente disomogenee e, non raramente, di artefatti del sistema informativo. In ogni caso l'attendibilità dei dati risultava quantomeno discutibile.

Nel 2004 le forme di tubercolosi extrapolmonare costituivano a livello nazionale circa l'8% di tutti i casi nuovi diagnosticati, ma nelle singole province venivano notificate in percentuali comprese tra lo 0,3% e il 41,7%.

Nel 2005 le forme polmonari Bk+ costituivano a livel-

lo nazionale il 60% di tutti i casi nuovi notificati, ma nelle singole province mostravano valori compresi tra il 28% e il 95%. La *detection rate* dei casi Bk+ presentava, analogamente, un ampio ventaglio di valori, compresi tra il 33 e il 224/100.000 abitanti (contro un atteso stimato tra 150 e 180 casi per 100.000 abitanti). In questo caso, tuttavia, oltre a possibili errori nelle procedure di notifica, esistevano e tuttora esistono problemi di stima della popolazione che rendono di incerta interpretazione qualsiasi elaborazione basata su un denominatore popolazioneale.

Alla base di queste incongruenze e bassa qualità del sistema informativo stavano certamente la limitata formazione degli operatori e prassi inveterate erronee e non controllate. Non si deve tuttavia sottovalutare l'influenza che gli obiettivi di risultato, le mete da raggiungere, esercitano sulla raccolta, compilazione e elaborazione dei dati. In contesti poco sensibili alla veridicità e controllo di qualità dell'informazione non sono infrequenti le distorsioni tese ad assecondare il raggiungimento delle mete.

Per questi motivi la Direzione del progetto Fg ha posto particolare attenzione a non correlare il processo di riqualficazione del sistema informativo agli indicatori e ai *target* di risultato definiti dal progetto stesso (numero delle diagnosi, delle conversioni della bacilloscopia al secondo mese e dei trattamenti completati), al fine di evitare o quantomeno minimizzare il rischio, sempre presente in questi contesti, di veder incrementare gli artefatti e l'inaffidabilità dei flussi informativi a opera di operatori disattenti o interessati a mostrare una buona *performance* fittizia.

L'enfasi è stata posta sulle procedure e le qualità intrinseche del sistema informativo (completezza, accuratezza dei dati, tempestività e regolarità del loro

invio) e sul rispetto delle norme di gestione degli archivi. In effetti al termine dei due anni della prima fase i risultati conseguiti su questo fronte mostrano segnali positivi e sono riassumibili nei seguenti punti:

- > *maggiore completezza dei dati.* Le statistiche inoltrate dalle province raccolgono dati dalla quasi totalità dei centri (raramente ne mancano alcuni all'appello) e i vari debiti informativi sono rispettati in misura superiore al 90%.
- > *Maggiore accuratezza dei dati.* Le incongruenze osservate in passato si stanno progressivamente riducendo e le visite di supervisione permettono di confermare che, nonostante non sia stato ancora raggiunto un livello ottimale, i dati risultano fotografare in maniera più corretta la realtà.
- > *Invio puntuale dei rapporti di attività.* I rapporti trimestrali di attività sono inviati alla Direzione del Pnct entro i primi 60 giorni di ogni nuovo trimestre, permettendo l'aggiornamento delle statistiche nazionali in tempi ragionevolmente rapidi.
- > *Documentazione archiviata e disponibile.* Negli archivi provinciali i rapporti di attività di tutti i centri attivi sono conservati ordinatamente e sono disponibili per le ispezioni di verifica.

Il progetto, oltre a dedicare ampie sessioni formative al sistema informativo nei corsi e negli incontri organizzati a tutti i livelli, ha introdotto un *set* di parametri di valutazione del sistema informativo che con cadenza trimestrale ne ha verificato la qualità. Sono stati così attribuiti punteggi e calcolate le percentuali di rispetto di *standard* minimi di qualità. Il monitoraggio trimestrale dei parametri ha evidenziato un incremento progressivo della qualità del sistema informativo (vedi **Figura 1**).

2) Supervisione

In Angola non è mai esistita una prassi consolidata e strutturata di supervisione delle attività dei centri di diagnosi e trattamento della tubercolosi. In alcune province alcuni progetti di cooperazione promossi da ong internazionali hanno sviluppato programmi di supervisione, ma si è trattato per lo più di esperienze isolate, limitate nel tempo e incapaci di incidere a livello nazionale. Per anni sono state sporadiche le visite effettuate dai membri della Direzione del Pnct alle sedi provinciali e altrettanto episodiche le supervisioni effettuate dai supervisori provinciali ai centri municipali. In realtà, oltre alla carenza di mezzi di trasporto e di finanziamenti dedicati, questa attività è stata negativamente condizionata dall'assenza di linee guida e di precisi orientamenti e modelli metodologici. In queste condizioni le poche supervisioni occasionalmente ef-

fettuate non sono mai riuscite a incidere sulla gestione del programma né ad apportare correzioni ove necessario.

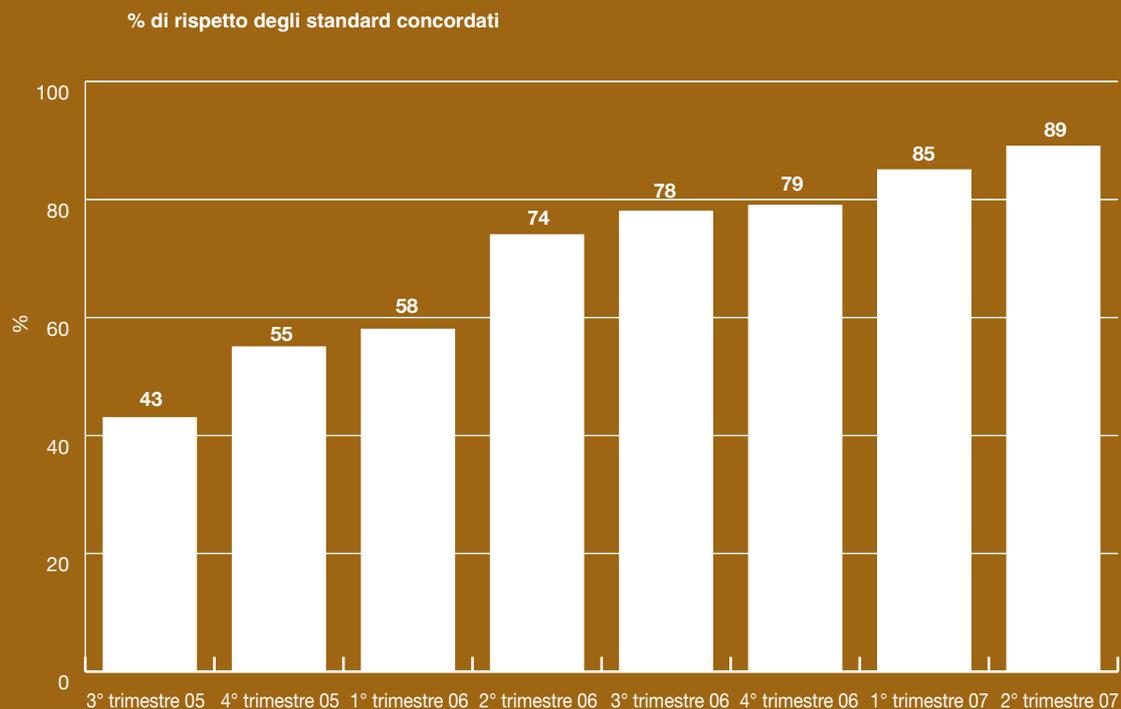
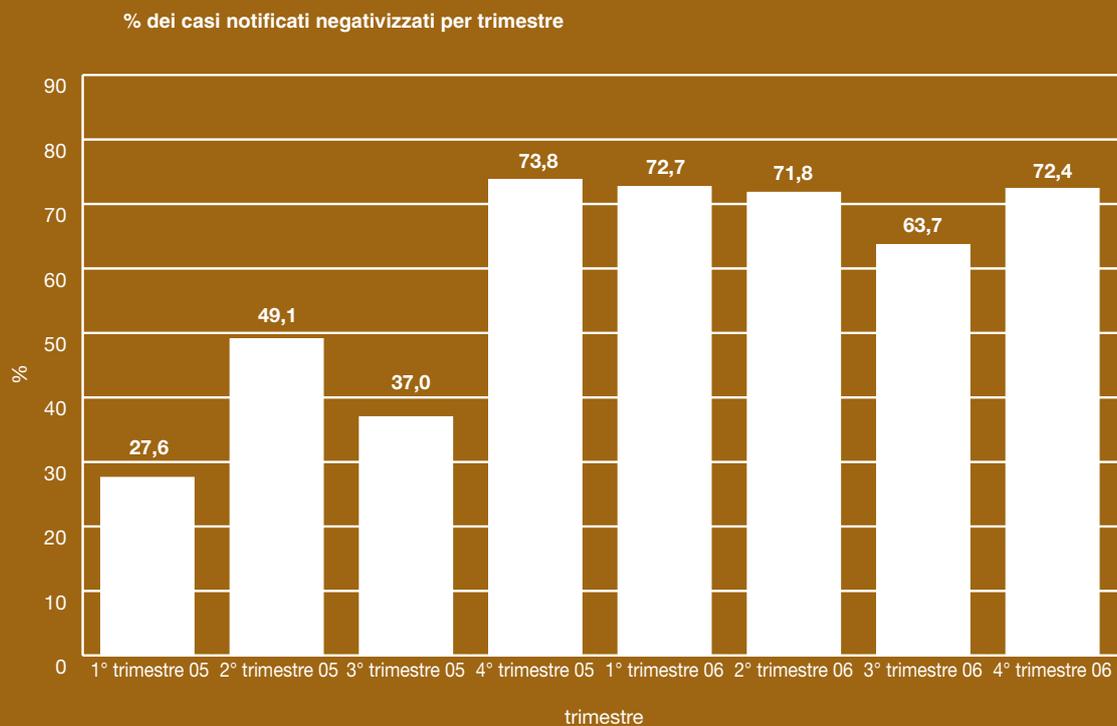
L'obiettivo del Progetto Fg è stato pertanto duplice: da una parte introdurre la prassi di supervisione periodica con calendari trimestrali rigorosamente rispettati e, dall'altro, sviluppare la metodologia e gli strumenti di valutazione della *performance*.

Sono stati definiti due livelli esecutivi: quello della Direzione nazionale a favore del personale e degli uffici provinciali, e quello degli uffici provinciali a favore dei centri municipali di diagnosi e trattamento. Per ciascuno di questi livelli sono state elaborate e utilizzate *check-list* di supervisione e, nell'ottica di una coerenza interna di tutte le azioni e interventi del progetto, l'attenzione è stata focalizzata in questa prima fase sul sistema informativo (raccolta dati, elaborazione dei rapporti trimestrali, gestione archivi) e la gestione dei farmaci (soprattutto la gestione degli *stock* e l'applicazione degli schemi terapeutici). Sono stati sviluppati criteri di valutazione quantitativa della *performance* (utilizzando varie scale di punteggi) per consentire confronti tra le diverse province e monitorare l'andamento nel tempo.

Dal punto di vista metodologico è stato adottato un approccio incrementale e partecipativo nella definizione dei criteri e degli *standard* di qualità. In pratica questi strumenti (incluse le *check-list*) sono stati aggiornati più volte, aggiustando e innalzando gli *standard* richiesti, previa presentazione, discussione e approvazione con il personale coinvolto (soprattutto i supervisori provinciali).

I principali risultati conseguiti, seppur ancora fragili e da consolidare, possono sintetizzarsi nei seguenti punti:

- > *regolare effettuazione delle visite di supervisione alle province.* A partire dal 2° trimestre del progetto l'*équipe* nazionale ha effettuato sistematicamente visite con cadenza trimestrale in tutte le 11 province. Ciò ha permesso di mantenere un dialogo costante con i supervisori provinciali e una verifica delle attività e dei progressi nel processo di riorganizzazione.
- > *Utilizzo sistematico delle check-list di supervisione e di procedure di reporting standardizzate da parte dell'équipe nazionale.* È stato costituito presso la Direzione del Pnct un archivio dove le *check-list* e i rapporti di missione sono conservati e disponibili per ulteriori analisi e valutazioni.
- > *Progressivo incremento delle supervisioni effettuate ai centri periferici.* La copertura di visite di super-

FIGURA 1 / Qualità del sistema informativo TB nelle 11 province del Progetto FG**FIGURA 2 / Conversione della bacilloscopia al 2° mese di trattamento dei casi nuovi polmonari BK+**

visione ai centri Tb municipali è andata progressivamente aumentando dal 19% al 64%. Di pari passo si è affermato l'uso delle *check-list* da parte dei supervisori provinciali e la relativa documentazione, per quanto di qualità ancora modesta, è archiviata e disponibile per qualsiasi revisione negli uffici dei supervisori provinciali.

- > *Introduzione di una prassi di retro-informazione.* La retro-informazione associata a specifiche raccomandazioni si realizza in primo luogo attraverso una discussione immediata al termine della visita. Le stesse osservazioni sono tuttavia elaborate e presentate negli incontri periodici con i supervisori provinciali e nei corsi di formazione e aggiornamento del personale.

Si avverte inoltre che l'adozione di strumenti di valutazione quantitativa, con punteggi di *performance* periodicamente comunicati, ha introdotto un salutare spirito di competizione e ha suscitato in molti operatori un maggior impegno per raggiungere gli standard di qualità richiesti. Questi risultati, ancora da consolidare, rappresentano il presupposto necessario per qualsiasi ulteriore azione tesa a promuovere il miglioramento della qualità dei servizi offerti.

3) Gestione farmaci

Per molti anni in Angola l'approvvigionamento di farmaci antitubercolari è stato irregolare e insufficiente, con ricorrenti e prolungate rotture di *stock*. Solo a partire dalla fine del 2004, anche grazie all'inclusione del paese nel programma di rifornimento farmaci antitubercolari del *Global Drug Facility* (Gdf), è stato garantito un approvvigionamento sufficiente. Ciò nonostante all'inizio del progetto Fg il Pnct non aveva ancora sviluppato strumenti di gestione efficiente e controllata dei farmaci. Le richieste provenienti dalle province erano nella maggior parte dei casi svincolate dalle statistiche trimestrali e troppo spesso ingiustificate per quantità e tipologia. Anche l'invio dei farmaci da parte della Direzione del Pnct veniva effettuato con cadenze molto irregolari (talora semestrali o ancora più dilazionate) e senza un controllo e monitoraggio degli *stock*, sia a livello nazionale sia provinciale. La presenza di un mosaico di organizzazioni umanitarie che con relativa autonomia avevano realizzato progetti di controllo della Tb in selezionate aree del paese, con procedure e schemi terapeutici non perfettamente allineati al programma nazionale e con canali di approvvigionamento indipendenti, non aiutava l'affermarsi di procedure uniformi.

A questo si deve infine aggiungere la scarsa forma-

zione del personale impegnato nel programma Tb e lo scarso rispetto delle norme a tutti i livelli.

L'impegno del progetto Fg si è concentrato nell'introdurre e assicurare il rispetto di procedure corrette di gestione e utilizzo dei farmaci, in linea con le indicazioni dell'Oms. Al tempo stesso, è stata posta particolare attenzione a garantire la regolare disponibilità dei farmaci con l'obiettivo di evitare o ridurre gli episodi di rottura di *stock* e far guadagnare progressivamente autorevolezza e affidabilità al Pnct.

In effetti al termine della prima fase sono stati conseguiti alcuni significativi risultati:

- > *rispetto delle procedure per la richiesta, la distribuzione e lo stoccaggio dei farmaci.* Attualmente la distribuzione dei farmaci viene effettuata sistematicamente su base trimestrale ed è basata sulle richieste trimestrali inviate contestualmente alle statistiche di attività. Gli errori e le incongruenze tra necessità e richieste sono ridotti a livelli pressoché trascurabili e, comunque, il sistema consente un agevole controllo e correzione. I depositi provinciali e municipali sono sottoposti a controlli durante le visite di supervisione e l'esistenza e la corretta utilizzazione dei registri di *stock* sono puntualmente verificate.

- > *Introduzione di schemi di trattamento più semplici e più efficaci.* Sono stati uniformati gli schemi di trattamento per tutti i casi nuovi di tubercolosi (forme polmonari sputo-positive e sputo-negative e forme extra-polmonari). Il provvedimento ha ridotto il numero di formulazioni farmacologiche in uso semplificando la gestione degli *stock* e ha migliorato la qualità del trattamento per le forme di Tb polmonare sputo-negative ed extra-polmonari.

- > *Assenza di rotture di stock.* Nel periodo considerato non si sono registrate rotture di *stock*, se non brevi e sporadici episodi segnalati in alcuni centri di trattamento.

Quest'ultimo risultato, di per sé positivo e senza precedenti nella ventennale esperienza del Pnct, è stato tuttavia conseguito attraverso la distribuzione di quantità apparentemente superiori alle necessità (quali risultavano documentate dalle notificazioni dei casi). Alla base di questa incongruità stanno diversi fattori: le inesattezze del sistema informativo (non tutti i pazienti posti in trattamento risultavano notificati nelle statistiche ufficiali), errori di utilizzo degli schemi terapeutici (con accresciuto consumo di alcuni farmaci senza che ne apparisse una giustificazione nella casistica notificata), ricostituzione degli *stock* di riserva provinciali e municipali realizzata senza un effettivo

FIGURA 3 / Percentuale di copertura di visite di supervisione ai centri TB

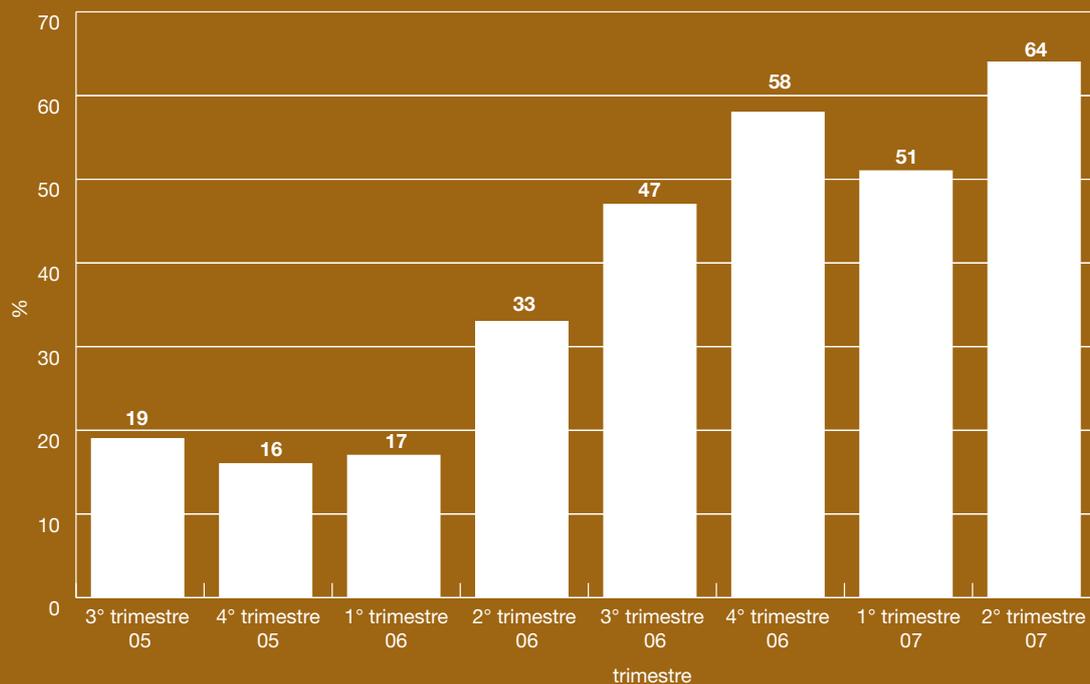
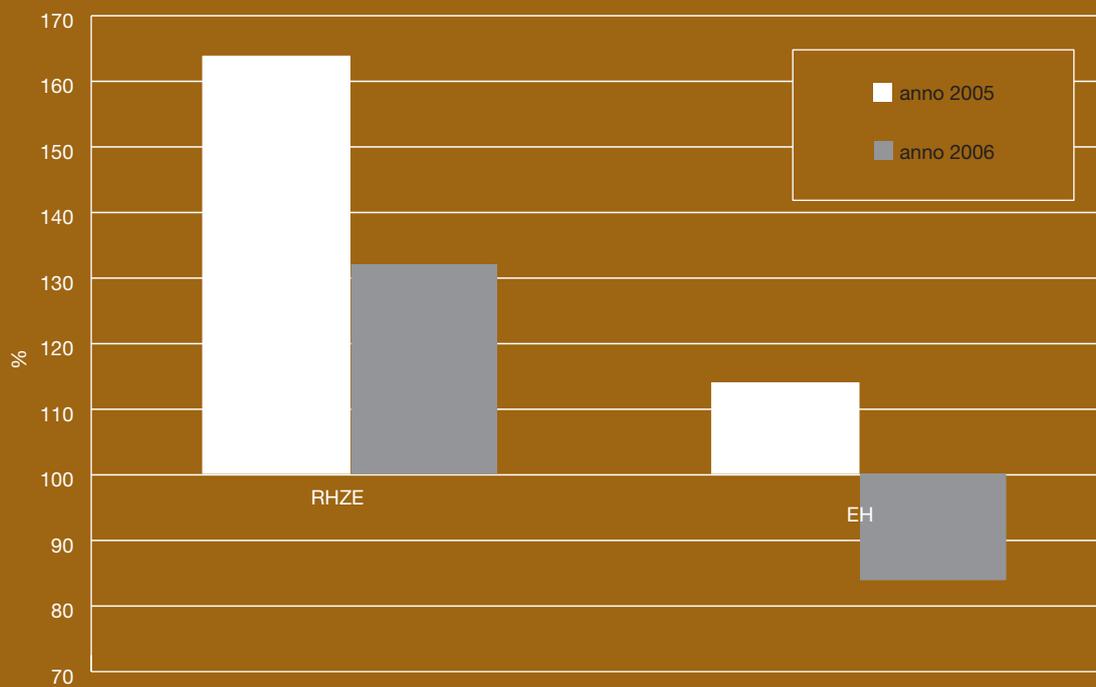


FIGURA 4 / Invio di farmaci alle province: scostamenti percentuali rispetto alle necessità teoriche



monitoraggio (con possibilità che, in assenza di strumenti di verifica, siano stati ricostituiti *stock* superiori alle effettive necessità). La possibilità di sottrazioni e dirottamenti illegali non è esclusa, ma non rappresenta probabilmente il nodo del problema che risiede sostanzialmente nel mancato rispetto delle procedure e nell'assenza di strumenti di controllo.

A conferma di questa lettura sta l'osservazione che nel corso del biennio in esame l'azione correttiva avviata dal progetto Fg sul fronte delle procedure di richiesta e di distribuzione dei farmaci tra il livello nazionale e quello provinciale ha consentito di ridurre in misura ragguardevole le anomalie del sistema. A titolo di esempio si osserva come per il "Rhze" (la combinazione a dosi fisse utilizzata nelle fasi iniziali dei trattamenti), l'eccessivo invio apparentemente ingiustificato sia passato dal 64% nel 2005 al 32% nel 2006, in pratica una riduzione dello "spreco" del 50%. Permangono comunque in questa area alcune difficoltà con problemi legati soprattutto a due aspetti intimamente interconnessi.

1. Nel maggio 2007 è venuto meno il sostegno di Gdf nell'approvvigionamento dei farmaci antitubercolari a livello nazionale. Il disimpegno è scaturito da una valutazione negativa dei meccanismi di controllo e di gestione degli *stock* verificati durante una missione di monitoraggio nel dicembre 2006. Indubbiamente sono stati individuati e sottolineati aspetti critici e di grave inadempienza da parte del Pnct ma, va sottolineato, è mancato da parte dei consulenti che hanno effettuato la missione il riconoscimento del processo in atto di miglioramento e di graduale "moralizzazione" del sistema. Ovvio che il venir meno di una fonte di approvvigionamento importante come quella del Gdf ha creato immediate difficoltà al Pnct e sta imponendo una più rapida e efficiente assunzione di responsabilità da parte del ministero della Sanità.
2. Il ministero della Sanità, a sua volta, presenta una grave inerzia ad affrontare la propria riorganizzazione nei meccanismi di acquisto dei farmaci. La direzione del progetto Fg ha in più occasioni suggerito la costituzione di un gruppo di lavoro o di coordinamento che si facesse carico di definire procedure e responsabilità, ma tutt'oggi non si sono compiuti passi significativi. Si tratta, tuttavia, di un nodo centrale che rimane nell'agenda degli impegni del progetto Fg nella sua seconda fase, anche se le soluzioni dipenderanno soprattutto dalla volontà politica all'interno del ministero.

4) Formazione del personale

Fino a un recente passato le attività formative sono state organizzate quasi esclusivamente attraverso gli interventi delle varie agenzie e ong della cooperazione internazionale. Si è trattato prevalentemente di interventi focali, limitati ad alcune province che solo in rari casi si coordinavano con il ministero della Sanità e con il Pnct. D'altra parte non esistevano strategie, risorse dedicate e competenze professionali a livello della Direzione del Pnct per impostare un programma formativo coerente e sistematico per tutto il paese. In pratica la formazione dei quadri era effettuata al di fuori di un disegno nazionale.

L'intervento del progetto Fg in questo settore si è articolato su tre linee di attività:

1. realizzazione di seminari di formazione e di aggiornamento: per supervisor provinciali, infermieri Dot, tecnici di laboratorio, infermieri generici (impegnati in servizi non direttamente correlati con la Tb).
 2. Realizzazione di incontri periodici di coordinazione e formazione con il personale del Pnct a livello provinciale e a livello nazionale.
 3. Formazione *on the job* realizzata dall'*équipe* di progetto durante le visite di supervisione nelle province.
- Nel realizzare tutte le attività formative è stata posta particolare attenzione a promuovere la percezione che l'efficace gestione del programma di controllo della tubercolosi richiede l'attuazione disciplinata di procedure uniformi e un costante monitoraggio, sottolineando le ragioni logiche che sottendono ogni norma. Può apparire sorprendente ma nel contesto sociale e culturale angolano, formato per decenni a una esecuzione acritica di ordini (ora dei colonizzatori bianchi, ora dei superiori militari), l'idea che una norma debba essere seguita perché logica e funzionale per conseguire un determinato scopo sfugge ancora all'attenzione comune. Una norma si rispetta se e quando imposta con autorità da un livello gerarchico superiore. Altrimenti vi è la più disinvolta anarchia e indifferenza. Rimuovere questa diffusa mentalità deresponsabilizzante è probabilmente una delle sfide più impegnative e importanti che il progetto Fg si è trovato ad affrontare.

Dal punto di vista metodologico è stato evitato per quanto possibile un approccio "accademico-teorico" ma, al contrario, la formazione ha preso le mosse dalla presentazione dei dati di attività: le statistiche fornite dal sistema informativo e i rapporti delle visite di supervisione. Ciò ha permesso di discutere sulla *performance* del programma ai suoi vari livelli, facendone emergere i problemi e le contraddizioni, e ha agevolato la presentazione delle norme e delle pro-

TABELLA 2 / Partecipanti ai seminari di formazione

| | Supervisori provinciali | Supervisori provinciali di laboratorio | Logistici provinciali | Tecnici di laboratorio | Infermieri Dot | Infermieri generici | Totale |
|------------------------|-------------------------|----------------------------------------|-----------------------|------------------------|----------------|---------------------|------------|
| N° partecipanti | 11 | 11 | 11 | 93 | 156 | 200 | 482 |
| Obiettivo del progetto | 11 | 11 | 11 | 90 | 154 | 100 | 377 |
| % di realizzazione | 100 | 100 | 100 | 103 | 101 | 200 | 128 |

cedure da adottare. L'analisi comparata dei dati tra le varie province e tra i vari centri municipali ha permesso di introdurre in qualche misura un salutare spirito di competizione tra i vari operatori finalizzato al miglioramento della *performance*, alla rimozione degli ostacoli e alla soluzione dei problemi.

A parte questi aspetti metodologici sono stati conseguiti i seguenti risultati:

- > *produzione di manuali e dispense per la formazione di infermieri Dot e infermieri generici.* Il progetto Fg ha gradualmente sviluppato materiali formativi che, in prospettiva, costituiranno il materiale formativo di riferimento del Pnct.
- > *Le mete delle attività formative previste dal progetto sono state raggiunte o sorpassate.* Complessivamente sono stati organizzati 26 seminari (con 482 partecipanti, contro una meta di 377) e sono stati organizzati 19 incontri (17 provinciali con un totale di 122 partecipanti e 2 nazionali con 33 partecipanti).

A fronte di questi risultati positivi restano alcune preoccupazioni. La metodologia e gli strumenti formativi introdotti dal progetto Fg sono stati sviluppati con la partecipazione del personale locale (della Direzione nazionale e delle sedi provinciali) attraverso la condivisione dell'esperienza formativa. Ciò tuttavia non ha ancora realizzato una effettiva e robusta capacitazione di questo personale tale da garantirne un'attività autonoma ed efficace. In realtà il trasferimento di competenze trova un sostanziale ostacolo nella carente qualità delle risorse umane disponibili. Si tratta di un aspetto preoccupante che può vanificare il lavoro svolto e non permettere di raggiungere una sostenibilità futura del Pnct.

LIMITI E PUNTI DI FORZA DEL PROGETTO FG

Nel corso della realizzazione della 1^a fase sono emersi alcuni limiti e carenze del progetto e della sua impostazione originaria ma al tempo stesso alcuni significativi punti di forza.

La copertura geografica

La copertura geografica del progetto è stata limitata a 11 province del paese, lasciando escluse dal programma di riorganizzazione ben sette province. Questa scelta, dettata dalla convinzione che in una fase iniziale non sussistessero condizioni per rendere operativamente fattibile un intervento su tutto il paese, si è rivelata, col senno di poi, una scelta miope che ha diviso il paese in due aree distinte e ha innescato due diverse velocità di sviluppo del programma nazionale: da una parte le 13 province sostenute dal progetto Fg e dall'approvvigionamento di farmaci del Gdf e dall'altra le sette province prive di tale supporto e praticamente escluse dai processi di riorganizzazione. Due anni di vita del progetto Gf sono stati sufficienti a creare un divario ingiustificabile tra le due aree del paese. Purtroppo il finanziamento disponibile per la seconda fase del progetto Gf non permetterà l'estensione delle sue attività alle altre sette province e anche nella seconda fase si limiterà a intervenire nelle stesse 11 province iniziali.

L'assistenza tecnica alle attività di laboratorio

La composizione del personale espatriato del progetto Fg non ha incluso nessuna figura con competenze e formazione di laboratorio in quanto è stato ritenuto, in fase di progettazione, che le attività formative e di supervisione dei laboratori avrebbero avuto adeguato sostegno da parte del personale tecnico dell'*Instituto Nacional de Saúde Pública* di Luanda. La realtà ha smentito queste previsioni e, al contrario, ha evidenziato gravi lacune e impreparazione gestionale e organizzativa nel personale di questa istituzione. Di fatto è mancata un'efficace assistenza tecnica sul fronte della gestione dei laboratori. Aspetti quali il controllo di qualità sulle diagnosi di laboratorio non sono stati affrontati se non in maniera marginale. Di qui la decisione concordata con la Direzione del Pnct di aggiungere al personale espatriato una nuova unità esperta in gestione di laboratorio nella seconda fase del progetto.

Qualità del percorso assistenziale

La qualità dell'assistenza dovrebbe costituire il vero cuore di un programma di controllo della tubercolosi. Ma è anche l'area che più difficilmente si presta a una valutazione dopo appena 24 mesi di vita del progetto Fg. Indubbiamente sono state realizzate in larga misura le condizioni operative indispensabili per offrire un livello minimo accettabile di servizio, in termini di infrastrutture, equipaggiamento, disponibilità di farmaci, procedure uniformi di diagnosi e trattamento, formazione e supervisione del personale. Tuttavia non ci possiamo illudere che tutto questo garantisca l'automatico miglioramento della qualità dell'assistenza.

Si osserva, per inciso, che il progetto non ha fornito indicatori e mete qualitative e che, a tutt'oggi, non sono stati introdotti strumenti efficaci di valutazione e di misurazione della qualità dell'assistenza (è stata solo discussa in termini preliminari l'ipotesi di avviare un sistema di accreditamento che includa criteri di qualità). In effetti il progetto Fg ha inteso realizzare nella sua prima fase le condizioni operative per il funzionamento del programma Tb, rinviando alla seconda fase un impegno più specifico sugli aspetti qualitativi dei servizi.

L'approccio verticale del progetto

Il progetto Fg è un tipico esempio di progetto "verticale". Questo approccio offre alcuni evidenti vantaggi: permette di escludere dal proprio campo di osservazione e di interesse tutto quello che non è strettamente collegato al progetto e al suo obiettivo. Inoltre le risorse disponibili sono solitamente cospicue per realizzare interventi ad alta intensità, funzionali a raggiungere obiettivi impegnativi in un breve arco di tempo. La verticalità del progetto Fg ne ha certamente reso più agile l'implementazione, ma ha fatto emergere anche alcuni limiti e una serie di difficoltà che trovano la loro radice proprio nell'approccio verticale. Il progetto è stato visto, soprattutto a livello provinciale, come un intervento autosufficiente che liberava le autorità sanitarie locali dalle responsabilità di gestire il programma Tb e di integrarlo nei servizi sanitari di base. L'impegno con cui sono stati ricercati il dialogo e la partecipazione delle Direzioni sanitarie provinciali si è frequentemente scontrato con questa mentalità dominante. Tuttavia l'integrazione dei servizi di controllo della Tb e il loro armonico sviluppo all'interno dei servizi sanitari di base dovrebbero costituire un obiettivo centrale, non solo in termini di efficienza (l'eccessiva verticalizzazione dei programmi inesora-

bilmente accresce i costi di gestione), ma anche in termini di efficacia. È dubbio che si possano raggiungere obiettivi stabili di qualità dell'assistenza con interventi esclusivamente verticali, non coordinati e integrati nella rete sanitaria di base.

È auspicabile che queste tematiche siano tenute in conto nella implementazione della seconda fase del progetto anche se, purtroppo, la "macchina" del Fondo globale non rappresenta il migliore strumento per una gestione efficacemente integrata e "orizzontale" degli interventi.

Il valore aggiunto del progetto "targato" Fondo globale

Nonostante le osservazioni critiche e i limiti fin qui descritti il progetto Fg ha svolto una funzione insostituibile in questa fase e, oltre alle mete specifiche raggiunte e già descritte, annovera alcuni punti di forza. In particolare ogni intervento è stato realizzato in nome e attraverso la Direzione nazionale del Pnct, evitando una identificazione eccessiva con l'ong implementatrice. Questo ha permesso di promuovere i processi di riorganizzazione con sufficiente credibilità e autorevolezza e, contestualmente, ha rafforzato il ruolo e la visibilità del programma nazionale all'interno del ministero della Sanità, nei confronti delle Direzioni sanitarie provinciali, nonché con le ong e i vari *partners* impegnati nel paese in attività di controllo della Tb. Le direttive e le norme del Pnct, scarsamente seguite o rispettate negli anni passati, cominciano a essere riconosciute da tutti (sia attori locali sia internazionali, pubblici o privati) come il modello a cui conformarsi.

A livello periferico, soprattutto nelle province e nei centri municipali, il personale impegnato nel programma (supervisori, infermieri, laboratoristi) ha avvertito la crescente funzione di guida che il Pnct stava esercitando attraverso il progetto Fg e si è dimostrato progressivamente più ricettivo alle iniziative e ai processi di cambiamento e, nota da non sottovalutare, ha manifestato in più occasioni il desiderio di una *leadership* autorevole, competente e impegnata.

CONCLUSIONI

Il progetto Fg ha permesso, nell'arco di tempo relativamente breve della prima fase, di avviare la ricostituzione del Pnct angolano. Sono stati riattivati molti servizi, definite le norme e le procedure d'intervento, formato il personale ai vari livelli, introdotta e strutturata la pratica delle supervisioni e della valutazione di *performance*. Tutto questo, se pur ancora fragile e imperfetto, rappresenta un importante traguardo, co-

stituisce un punto di forza dell'approccio verticale adottato e ne giustifica la continuazione nella seconda fase triennale.

Al tempo stesso non devono essere ignorati alcuni aspetti critici che, se non risolti nel corso della seconda fase, rischiano di vanificare o quantomeno ridimensionare sensibilmente i risultati fino ad oggi conseguiti.

Un primo aspetto critico, riscontrato a livello centrale (ministero della Sanità e Direzione del Pnct), è la lentezza, quasi refrattarietà, con cui sono state recepite le dinamiche innovative promosse dal progetto Fg (specialmente nel settore controverso dei sistemi di approvvigionamento dei farmaci antitubercolari) e lo scarso impegno dimostrato ad assicurare le risorse umane qualificate necessarie alla gestione efficiente e competente del programma nazionale. In altri termini esiste il pericolo che l'azione di *capacity building* promossa dal progetto non consegua i risultati attesi

per la grave carenza di personale ricettivo a livello della Direzione nazionale del Pnct.

Un secondo aspetto riguarda, come già accennato, l'integrazione delle attività del Pnct nella rete dei servizi sanitari di base. Anche in questo caso si tratta di vincere numerose inerzie e resistenze culturali, radicate soprattutto nella classe medica angolana, ancora portata a perseverare nella gestione verticale della tubercolosi con netta separazione dagli altri servizi di base.

Risolvere queste difficoltà costituisce la vera sfida ancora aperta. In questo senso nella sua seconda fase il progetto Fg può svolgere un ruolo importante di stimolo e di rinnovamento, ma è chiaro che solo una volontà politica e scelte e azioni coerenti della controparte locale potranno garantire risultati stabili e sostenibili. In assenza di questo impegno, il rischio di veder naufragare l'intervento del progetto Fg è tutt'altro che aleatorio.

Se si voleva dimostrare che è possibile fare medicina d'alta specialità anche nelle zone più difficili del mondo, Gino Strada – chapeau – c'è riuscito con l'impegno e la dedizione dei suoi valenti collaboratori. Resta il fatto che i costi capitali e quelli ricorrenti per la gestione dell'ospedale offrivano l'opportunità di attrezzare e gestire numerosi centri e ospedali rurali per contrastare la silenziosa e raccapricciante strage determinata dalle comuni malattie infettive e dalle gravidanze non assistite da personale addestrato. E che Emergency ha finito per imporre la propria agenda al Sudan, e poi farsela finanziare.

Non vi sono dubbi, come sostiene Emergency, che anche le popolazioni povere hanno diritto a servizi sanitari di qualità. Ma chi ne pagherà il prezzo negli anni a venire?

Dell'ospedale cardiocirurgico di Emergency a Khartoum

di Enrico Materia*

- > Nelle vicinanze di Khartoum e delle rive del Nilo Blu, Emergency ha costruito un nuovo ospedale: “The Salam centre for cardiac surgery”, specializzato in cardiocirurgia, attivo dall'aprile 2007, che fornisce assistenza gratuita alla popolazione, secondo principi dichiarati di equità, qualità e responsabilità sociale. L'ospedale è dotato di tre sale operatorie (di cui solo due attualmente utilizzate), un reparto di terapia intensiva e una sala di emodinamica, oltre ai servizi di diagnostica per immagini, ecocardiografia, laboratorio e banca del sangue. Dispone complessivamente di 63 posti letto (di cui 15 nel reparto di terapia intensiva e 16 in sub-intensiva).

KHARTOUM, SUDAN

Se non soffia l'*aboub*, il vento che scatena le tempeste di sabbia nel deserto, Khartoum è una città calda e tranquilla. Il torpore della capitale non risveglia le immagini della guerra civile che ha imperversato negli ultimi decenni tra il nord di cultura nilotica, araba e islamica, e il sud di tradizione africana, animistica e cristiana, ricco di risorse naturali da sempre espoliate. Almeno se non giri negli *slums* dove un milione di rifugiati per i disastri naturali o prodotti dall'uomo vive mescolato alla popolazione stanziale più povera.

La guerra tuttora incombe sul Darfur e strascica la sua coda nelle zone di confine tra nord e sud. L'accordo di pace, siglato nel 2005 e sorvegliato dalle Nazioni Unite, dovrebbe portare alle elezioni nel 2009 e al *referendum* per l'autodeterminazione del Sud Sudan nel 2011.

Il Sudan è un paese della fascia saheliana, il più esteso del continente africano, abitato da circa 35 milioni di persone: un paese fragile, con povertà endemica, a basso indice di sviluppo umano, non ancora entrato nella fase di transizione demografica ed epidemiologica. Il profilo epidemiologico è ancora domi-

nato dalle comuni malattie infettive, che generano, specie durante la stagione delle piogge, epidemie ricorrenti di malaria, colera e malattie diarroiche, meningite, morbillo e febbri emorragiche.

Le malattie infettive, l'incidenza elevata di malnutrizione e la scarsa accessibilità ai servizi sanitari contribuiscono a determinare livelli molto elevati di mortalità evitabile, in particolare per donne e bambini, soprattutto nel Sud Sudan: le principali cause di mortalità e di anni di vita persi sono rappresentate da malaria, diarrea, morbillo, Aids, tubercolosi e dalle condizioni perinatali¹. Gli Obiettivi di sviluppo del Millennio di competenza sanitaria appaiono ben lontani dal poter essere raggiunti. La mortalità 0-5 anni è pari a 117 per 1.000 nell'intero paese e a 134 nel Sud Sudan; la mortalità materna a 1.107 (per 100.000 nati vivi) nel Sudan e a 2.054 nel Sud Sudan: il valore più alto dell'intero pianeta². Con un tale rapporto di mortalità materna (pari al 2%), e un tasso di fertilità superiore al 5%, il rischio che ogni donna ha nel Sud Sudan di morire a seguito delle gravidanze nel corso della vita è maggiore del 10%. Per ogni morte mater-

* Agenzia di Sanità pubblica, Lazio

na si stima inoltre che almeno 30 donne sviluppino gravi complicanze della gravidanza e del parto, soprattutto le invalidanti fistole vescico-vaginali⁹.

Solo il 20-25% della popolazione ha accesso ai servizi sanitari di base^{4,5}; nel Sud Sudan il loro utilizzo è pari a solo 0,2 contatti per persona per anno³.

La situazione fatiscente di molti centri sanitari, la loro difficile accessibilità durante la stagione delle piogge, la carenza di personale addestrato (nel Sud si fa ricorso a personale espatriato dal Kenya e dall'Uganda anche attraverso programmi di cooperazione "sud-sud") contribuiscono a porre il sistema sanitario sudanese su uno stretto crinale tra emergenza continua e ricostruzione/sviluppo.

Nel Sud Sudan, la gestione dei servizi sanitari di base è ancora affidata quasi per intero alle ong nell'ambito di contratti di servizio finanziati dalla comunità internazionale. I programmi verticali si occupano delle loro attività, ignorando per lo più le istanze di rafforzamento del sistema sanitario e la necessaria integrazione delle varie componenti dell'assistenza sanitaria di base (*Primary Health Care, Phc*).

Nel Sudan il sistema sanitario è inoltre giudicato essere complessivamente squilibrato verso gli ospedali e le cure di terzo livello⁶. Nel corso dell'ultimo decennio, il numero degli ospedali è aumentato da 253 a 351 e il tasso di posti letto ha raggiunto lo 0,72 ogni 1.000 abitanti⁴ (contro 0,3 in Etiopia e 0,9 in Uganda). Questa progressione appare associata con l'espansione del settore privato nella sanità, incoraggiato dalle politiche governative e dalle riforme macroeconomiche promosse dalla Banca mondiale nel corso degli anni '90.

L'OSPEDALE CARDIOCHIRURGICO DI EMERGENCY

Proprio nelle vicinanze di Khartoum e delle rive del Nilo Blu, Emergency ha costruito un nuovo ospedale: "*The Salam centre for cardiac surgery*", specializzato in cardiocirurgia, attivo dall'aprile 2007, che fornisce assistenza gratuita alla popolazione, secondo principi dichiarati di equità, qualità e responsabilità sociale⁷.

L'ospedale è dotato di tre sale operatorie (di cui solo due attualmente utilizzate), un reparto di terapia intensiva e una sala di emodinamica, oltre ai servizi di diagnostica per immagini, ecocardiografia, laboratorio e banca del sangue. Dispone complessivamente di 63 posti letto (di cui 15 nel reparto di terapia intensiva e 16 in sub-intensiva).

Se non fosse per i disegni tradizionali sulle lunghe tende di vimini che proteggono dal sole gli esterni della struttura bassa e sobriamente elegante, sem-

brerebbe di stare altrove. Certamente inusuali per un paese povero come il Sudan sono le tecnologie usate per l'impiantistica (pannelli solari per l'accumulazione di energia termica, trattamento dell'aria immessa negli ambienti interni attraverso un sistema di abbattimento delle polveri e della sabbia, pareti perimetrali di circa 60 cm a elevata efficienza termica, atte a ridurre il fenomeno di irraggiamento e mantenere un microclima interno ideale); la massima attenzione alle finiture e ai particolari architettonici; gli *standard* di qualità che caratterizzano le attrezzature e l'organizzazione dei reparti (in particolare quello di terapia intensiva) e delle sale operatorie dove si opera a cuore aperto con l'ausilio delle macchine cuore-polmoni; l'attenzione rigorosa all'igiene per la prevenzione delle infezioni ospedaliere.

L'ospedale è stato concepito nella prospettiva di servire anche le popolazioni dei nove paesi confinanti (Egitto, Libia, Chad, Repubblica Centro-Africana, Repubblica Democratica del Congo, Uganda, Kenya, Etiopia, Eritrea). Con alcuni di questi sono già stati siglati, o stanno per esserlo, accordi tecnici di collaborazione. Emergency provvede al trasporto gratuito dei pazienti stranieri, anche se il progetto di utilizzare un aereo per prelevare *in loco* i pazienti da ricoverare nell'ospedale Salam non è poi entrato a regime. Su 904 pazienti ricoverati nel periodo aprile 2007-giugno 2008, 842 (93%) erano comunque sudanesi⁷.

I pazienti sono reclutati prevalentemente presso il centro pediatrico che Emergency gestisce a Mayo, nei sobborghi di Khartoum. Altri centri pediatrici per lo *screening* delle cardiopatie e il monitoraggio postoperatorio dovrebbero essere realizzati sia in Sudan che nei paesi confinanti⁷.

Priorità viene data a pazienti giovani-adulti affetti da valvulopatie (usualmente di origine reumatica), a cui sono impiantate protesi valvolari meccaniche (che richiedono trattamento anticoagulante permanente), o biologiche (che richiedono di regola sostituzione dopo 8-15 anni). La casistica con cardiopatie congenite viene concentrata nei periodi in cui l'ospedale dispone di un cardiocirurgo pediatrico. Gli interventi di rivascularizzazione coronarica non sono considerati prioritari a causa dell'età usualmente più avanzata dei pazienti. Non vengono ammessi pazienti di età superiore a 65 anni. Non vengono eseguiti trapianti di cuore.

Nei primi 15 mesi di attività, su 633 pazienti sottoposti a intervento chirurgico, il 78% era affetto da valvulopatia, il 14% da cardiopatia congenita e l'8% da cardiopatia ischemica⁷.

Il personale medico specializzato è composto interamente da espatriati. Infermieri e tecnici locali vengono formati in ospedale *on the job*. Il basso tasso di occupazione dei posti letto (approssimativamente inferiore al 50% al momento della visita) viene attribuito alla difficoltà di disporre di personale addestrato in misura adeguata.

I coordinatori di Emergency hanno riferito che i costi annuali di gestione dell'ospedale ammontano a circa 10 milioni di euro e che dal 2008 il governo sudanese finanzierà il 50% di questo importo.

DILEMMI ETICI: SOSTENIBILITÀ, COSTO-OPPORTUNITÀ, EQUITÀ

Nell'autunno del 2006, quando Emergency annunciò l'apertura dell'ospedale di Khartoum, agli interrogativi posti da Angelo Stefanini⁸ sulle implicazioni di politica sanitaria del progetto in termini di coerenza, efficacia ed equità, seguì una replica *tranciante* di Gino Strada⁹ e un vivace dibattito tra *bloggers*.

Di fatto, i dilemmi che l'iniziativa ha sollevato restano ineludibili e meritano di essere approfonditi sulla base delle informazioni oggi disponibili. Più in generale, questi temi possono essere ricondotti al dibattito in corso sull'impatto degli Aiuti allo sviluppo¹⁰, sulle critiche crescenti ai programmi verticali¹¹, e alla necessità di rafforzare i sistemi sanitari dei paesi fragili¹².

Non si vuole qui discutere sull'*efficienza* operativa dell'ospedale. Benché questa non appaia ancora soddisfacente in termini di utilizzo dei posti letto e delle dotazioni esistenti, bisogna considerare che l'ospedale è aperto solo da pochi mesi e che i programmi di formazione del personale potranno dare i loro frutti nel medio periodo.

Né è possibile esprimere valutazioni conclusive sull'*efficacia* dei trattamenti, anche se la mortalità postoperatoria a 30 giorni, riportata pari al 2,2%⁷, appare confortante. A questo proposito, merita però interrogarsi sulle difficoltà che incontreranno i pazienti che dovranno essere sottoposti a terapia anticoagulante con monitoraggio dei parametri coagulativi, e/o a un futuro intervento di sostituzione valvolare in caso di impianto di protesi biologica. Quanto sarà fattibile assicurare la continuità assistenziale ai pazienti operati, soprattutto se provenienti da fuori Khartoum o da altri paesi?

I dilemmi stringenti in termini di sanità pubblica e politica sanitaria riguardano piuttosto la sostenibilità, il costo-opportunità e l'equità di accesso ai servizi di cardiocirurgia.

Emergency sostiene che parlare di *sostenibilità* nel contesto africano non abbia molto senso. Nel pianeta

in crisi della post-globalizzazione, dove le 50 principali istituzioni finanziarie controllano un terzo della ricchezza globale¹³, e dove la concentrazione delle ricchezze e i modelli di sviluppo economico neoliberisti appaiono tanto insostenibili quanto inarrestabili, rinunciare a salvare vite umane in nome della sostenibilità sarebbe come parlare del sesso degli angeli mentre piovono rane. Si è portati a credere che Emergency non abbia tutti i torti: ma solo se si dimentica che sostenibilità significa poter contare su servizi di tecnologia appropriata rispetto al livello di costi e di tecnologie che uno Stato può permettersi senza dipendere dall'aiuto esterno, e senza perdere fiducia nelle proprie capacità di sviluppo e di autodeterminazione.

Sostenibilità, nel caso in esame, vuol dire reperire 10 milioni di euro l'anno necessari per la gestione corrente dell'ospedale. Il fatto che metà dell'importo verrà finanziato dal Governo sudanese implica che i costi della gestione dell'ospedale saranno accollati alla spesa sanitaria pubblica governativa, che in Sudan ammonta solo all'1,5% del prodotto interno lordo, o a 13 dollari americani *pro capite* in termini assoluti (dati 2007)⁴. Ciò comporta che il progetto finirà per sottrarre fondi al rafforzamento del sistema sanitario pubblico e ai programmi di Phc, considerati assi portanti dello sviluppo sanitario del paese^{4,5}.

Si allocheranno dunque risorse (non *aggiuntive*, bensì *sostitutive* – come avviene per molti altri programmi verticali, di cui quello di Emergency rappresenta un'originale declinazione) per interventi che potranno salvare vite a un costo almeno 100 volte superiore dei programmi di riduzione della mortalità materna o infantile. Se si obietta che ragionare in termini di valutazione economica sia riduzionista, come mai Emergency stabilisce le priorità per l'accesso al trattamento in base a criteri di costo-efficacia (preferenza ai pazienti più giovani affetti da valvulopatie, e accesso negato a quelli di età superiore a 65 anni)?

E poi l'*equità*: un principio guida della Phc, promulgato nella storica conferenza di Alma Ata di cui ricorre quest'anno il trentennale – un'occasione per ribadire validità e attualità¹⁴. Va considerato che la maggioranza della popolazione rurale e pastorizia del Sudan utilizza scarsamente i servizi sanitari di base, ed è quindi probabile che l'accesso ai servizi cardiocirurgici dell'ospedale Salam avvenga e avverrà con maggiore facilità per i gruppi più benestanti della popolazione urbana. Vengono in mente i sistemi coloniali, quando gli ospedali erano ubicati solo nelle grandi città e agli abitanti nelle zone rurali prive di servizi sanitari non restava che ricorrere alla medicina tradizionale e magica.

Chi oggi vive in promiscuità col bestiame nei campi transumanti (c.d. *cattle camps*), o nel vasto e remoto *bush* del Sud Sudan, difficilmente riuscirà a raggiungere le eleganti tende che filtrano la luce dell'interno del centro Salam, anche se portatore di una cardiopatia suscettibile di riparazione chirurgica.

Emergency intende aprire in Sudan e nei paesi confinanti dei centri pediatrici per individuare i pazienti cardiocirurgici e ridurre le barriere socioeconomiche all'accesso. Ma una rete di servizi finalizzata allo *screening* delle cardiopatie – che non rappresentano una priorità nella lotta alla riduzione della mortalità evitabile – trascurerà i bisogni di armonizzazione e di allineamento alle strategie governative affermate nella dichiarazione di Parigi¹⁰ e la ricerca di opportune sinergie tra sistemi sanitari e programmi verticali¹⁵.

Vi è viceversa prova che il rafforzamento dei sistemi sanitari con espansione della copertura degli interventi essenziali a favore della salute materno-infantile è in grado di dimezzare la mortalità dei bambini, come avvenuto in Tanzania nell'arco di un lustro¹⁶.

Se si voleva dimostrare che è possibile fare medicina d'alta specialità anche nelle zone più difficili del mondo, Gino Strada – *chapeau* – c'è riuscito con l'impegno e la dedizione dei suoi valenti collaboratori. Resta il fatto che i costi capitali e quelli ricorrenti per la gestione dell'ospedale offrivano l'opportunità di attrezzare e gestire numerosi centri e ospedali rurali per contrastare la silenziosa e raccapricciante strage determinata dalle comuni malattie infettive e dalle gravidanze non assistite da personale addestrato. E che Emergency ha finito per imporre la propria agenda al Sudan, per poi farsela finanziare.

Non vi sono dubbi, come sostiene Emergency, che anche le popolazioni povere hanno diritto a servizi sanitari di qualità. Ma chi ne pagherà il prezzo negli anni a venire?

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organisation, *World Health Statistics*, 2002.
2. Government of National Unit. Government of Southern Sudan, *Sudan Household Health Survey (SHHS)*, 2006.
3. United Nations, Government of National Unit. Government of Southern Sudan, *Sudan, Country Analysis*, 2007.
4. Federal Ministry of Health, *Five-Year Health Sector Strategy: Investing in Health and Achieving the MDGs. 2007-2011*, 2007.
5. Ministry of Health Government of Southern Sudan, *Basic Package of Health and Nutrition Services For Southern Sudan*. Third Draft, February 2008.
6. World Bank, *Sudan: Stabilization and Reconstruction. Country Economic Memorandum*. Report No. 24620-SU, 2003.
7. www.salamcentre.emergency.it
8. Stefanini A., Cosa è meglio per i Sudanesi? *Aprileonline* 2007; 23: 32-4.
9. Strada G., Cosa è meglio per i Sudanesi? Emergency risponde. *Aprileonline* 2007; 23: 34-5.
10. World Health Organization, *Aid effectiveness and health*. Working Paper No. 9. Geneva: WHO, Making health system work, 2007.
11. Italian Global Health Watch (OISG). From Alma Ata to the Global Fund: The history of International health policy. *Social Medicine* 2008; 3: 34-46.
12. *Health in Fragile States: An Overview Note. High-level Forum on the Health MDGs*. Paris, 14-15 November 2005.
13. Rampini F., Capitalismo americano corrotto e fragile. Una cintura sanitaria contro il contagio USA. *La Repubblica*, 21 giugno 2008.
14. Gilliam S., Is the declaration of Alma Ata still relevant to primary health care? *BMJ* 2008; 336: 536-8.
15. World Health Organisation, *Maximizing positive synergies between health systems and Global Health Initiatives*. Geneva, 29-30 May 2008.
16. Horton R., Countdown to 2015: a report card on maternal, newborn, and child survival. *Lancet* 2008; 371: 1217-9.

Ringraziamenti

Quest'articolo trae spunto da una visita informale effettuata all'ospedale Salam di Emergency a Khartoum il giorno 30 marzo 2008, anniversario del compleanno di Maometto. Sono grato al personale di Emergency per il tempo dedicato e la cortese ospitalità riservata.

AFRINEWS

di Maurizio Murru

Fonti utilizzate per questo numero (oltre a quelle citate nel testo):
all-Africa.com.; British Broadcasting Corporation; The Economist;
Integrated Regional Information Network (Irin); International Herald
Tribune; New African; Reuters AlertNet.
Chiuso il 20 giugno 2008.

AGENDA

Burundi

Un ennesimo, “decisivo” accordo di pace con gli irriducibili dell’Fln



La storia del Burundi ruota attorno a colpi di Stato, delitti politici, massacri interetnici. Dal 1993, dopo l’uccisione di Melchior Ndadaye, primo presidente eletto e primo di etnia Hutu, il paese è precipitato in un baratro di violenza che non sembra voler finire. Quando un conflitto si prolunga, inevitabilmente, si complica.

I movimenti ribelli, prevalentemente composti da Hutu, che combattevano l’esercito regolare, prevalentemente composto da Tutsi, si sono frammentati e hanno iniziato a combattersi fra di loro, oltre che contro l’esercito regolare.

A uno a uno, faticosamente, questi gruppi sono stati attratti in un lungo e laborioso processo di pace. Molti dei loro combattenti sono stati integrati nell’esercito e molti dei loro dirigenti sono stati associati al governo.

Nel 2005 si sono tenute elezioni presidenziali e parlamentari. Un altro presidente Hutu, Pierre Nkurunziza, è stato eletto con un’ampia maggioranza parlamentare per il suo partito, il Cnodd-Fdd (*Comité National pour la*

Défense de la Démocratie - Forces pour la Défense de la Démocratie). L’ultimo gruppo di ribelli ancora attivo, quello degli irriducibili, l’Fln (*Front de Libération Nationale*) fa capo al primo movimento Hutu politicamente organizzato, il Palipehutu (*Parti pour la Libération du Peuple Hutu*).

L’Fln ha firmato un accordo di pace con il governo il 7 settembre del 2006. Poi, ha ripreso le ostilità.

Nei primi mesi di quest’anno ha lanciato numerosi attacchi alla capitale. Più di 100 persone hanno perso la vita fra marzo e aprile.

Almeno 20.000 persone hanno ingrossato le già nutrite file dei rifugiati e degli sfollati. Si contano, ancora, circa 350.000 dei primi, specialmente in Tanzania e Rwanda e circa 110.000 dei secondi.

Assieme agli scontri armati, si sono intensificate anche le attività diplomatiche. Queste hanno portato a una nuova tregua con l’Fln firmata il 25 maggio. Secondo *Human Rights Watch*, fra marzo e maggio, 300 persone sono state arbitrariamente arrestate perché sospettate di “simpatizzare” per l’Fln. Tre giorni dopo l’accordo del 25 maggio, 102 di questi prigionieri sono stati rilasciati in quello che il governo ha definito un “gesto di buona volontà”.

Anche se la diffidenza è d’obbligo, qualche cosa sembra muoversi nella direzione giusta.

Il *leader* del Palipehutu, Agathon Rwasa, dopo anni di esilio in Tanzania, è rientrato in Burundi il 15 maggio scorso. Chiede, per sé e per i suoi, la totale impunità e un ruolo nel governo. E chiede l’integrazione, nell’esercito regolare, dei suoi combattenti. L’Fln dichiara di avere 15.000 uomini. Il governo afferma

che le truppe dell’Fln non superano i 3.000 uomini, molti dei quali sarebbero bambini. Il 19 giugno il governo ha reso noto di avere arrestato un centinaio di persone, per lo più bambini, che stavano per essere reclutati dall’Fln. Pare che il reclutamento non avesse lo scopo di iniziare nuovi combattimenti ma quello di ingrossare le file e avere un peso maggiore nei negoziati e nell’esercito. Il cantonamento degli ex-ribelli è iniziato il 17 giugno e, alla cerimonia inaugurale, Rwasa ha enfaticamente affermato che «...la guerra è finita».

L’ultima richiesta avanzata dall’Fln è che il Palipehutu venga riconosciuto come partito politico. Secondo la Costituzione vigente, questo non può accadere: nessun partito può apertamente rifarsi all’appartenenza etnica. Secondo Rwasa, la Costituzione dovrà essere cambiata.

A parte la discutibilità della proposta, modificare la Costituzione richiede una maggioranza di due terzi del Parlamento.

Ma il Parlamento attuale è profondamente diviso dopo la caduta in disgrazia dell’ex potentissimo capo del Cnodd-Fdd, Hussein Radjabu. Questi è stato arrestato nell’aprile del 2006 e, nell’aprile scorso, è stato condannato a 13 anni di carcere. Le accuse sono di avere complottato contro il governo e di avere insultato il presidente. Molti parlamentari sono, tuttora, sostenitori di Radjabu che, fra l’altro, è un esponente di spicco della comunità islamica burundese, che costituisce circa il 10% della popolazione totale (i cristiani sono il 67% mentre il 23% segue religioni tradizionali). Anche il cammino di questo ultimo accordo di pace si annuncia travagliato. L’ex ministro degli Esteri,

Jean Marie Ngendahayo, di etnia Tutsi ma esponente del Cndd-Fdd, ha affermato che, volenti o nolenti, governo e ribelli sono costretti alla pace perché non hanno più né i mezzi né la forza per combattere. Una pace raggiunta per sfinito. Non sarebbe il primo caso.

Eritrea

**Un'altra contesa di confine.
Questa volta con Gibuti**



Il 6 maggio scorso il governo di Gibuti ha accusato quello eritreo di avere militarmente invaso il suo territorio.

Il presidente Ismail Omar Guelleh ha dichiarato che «i due eserciti sono schierati l'uno di fronte all'altro e la situazione è esplosiva».

Fra i due paesi esiste una vecchia disputa di confine che ha già portato a scontri armati nel corso degli anni '90. Nelle ultime settimane si è aggiunto un nuovo motivo di discordia. Riguarda un gruppo di disertori eritrei che si sarebbero rifugiati a Gibuti. Il governo dell'Asmara ne pretende l'estradizione. Quello di Gibuti ne nega la stessa esistenza e parla di motivazioni pretestuose. L'Eritrea, dopo più di trent'anni di guerra contro diversi governi etiopi, ha conquistato l'indipendenza nel 1993. Da allora ha combattuto guerre territoriali sia contro lo Yemen sia contro l'Etiopia. La guerra contro lo Yemen riguardava il possesso delle isole Hanish, strategicamente situate all'imboccatura del Mar Rosso. Nel 1998 un arbitrato internazionale ha assegnato la maggiore delle isole

Hanish allo Yemen e ha spartito le isole minori fra i due paesi.

Questa contesa non era ancora chiusa che l'Eritrea entrò in guerra con l'Etiopia per il possesso della città di Badme e altre zone limitrofe di confine, tutte aride e improduttive. All'epoca, l'*Economist* descrisse questa guerra come quella di «due calvi che combattono per un pettine». La guerra si concluse due anni e circa 100.000 morti più tardi. Ma la contesa non è ancora chiusa, nonostante una apposita Commissione internazionale, la Eebc (*Ethiopia - Eritrea Boundary Commission*) abbia assegnato Badme all'Eritrea.

L'Unmee (*United Nations Mission in Ethiopia and Eritrea*), una forza di pace delle Nazioni Unite, è stanziata al confine dal 2001. Inizialmente, aveva 4.200 uomini. Questi sono stati ridotti a 1.700.

Mentre l'Etiopia ha respinto il verdetto della Eebc, il governo di Asmara lo ha applicato unilateralmente. In vari modi, ha costretto l'Unmee a lasciare il campo. Nel dicembre del 2007 ha tagliato i rifornimenti di carburante ai caschi blu. Attualmente ne sono rimasti circa 470 nella zona di confine. Il mandato dell'Unmee, scaduto nel gennaio di quest'anno, è stato prolungato di sei mesi. Il segretario generale delle Nazioni Unite, riprendendo una preoccupazione molto diffusa, ha affermato che un ritiro dei caschi blu potrebbe essere seguito, a tempi brevi, da una nuova guerra fra i due paesi. L'Eritrea continua a esigere l'incondizionato ritiro dell'Unmee.

Da quando l'Etiopia ha inviato truppe in Somalia, l'Eritrea offre sostegno finanziario e militare alle milizie islamiche somale. Tanto che gli Stati Uniti hanno considerato l'eventualità di inserirla nella lista dei paesi che sostengono il terrorismo.

Il "fattore Somalia", probabilmente, è una delle ragioni per le quali la comunità internazionale non ha fatto pressioni particolari sul governo etiopico affinché accettasse il verdetto della Eebc.

La lotta dell'Etiopia contro le milizie islamiche in Somalia, infatti, viene considerata importante nell'ambito

della cosiddetta "guerra al terrorismo". La tensione fra Etiopia ed Eritrea si aggrava col passare del tempo. Per ragioni interne, fa comodo a entrambi i regimi: la "minaccia" esterna fornisce una buona scusa per usare il pugno di ferro contro ogni tipo di opposizione.

Probabilmente, nessuno dei due paesi vuole la guerra. Non adesso, almeno. Ma un incidente al confine, o un "errore di calcolo", potrebbe portare a conseguenze gravi e imprevedute.

Il sostegno alle milizie islamiche somale, in chiave anti-etiope, ha portato a un certo riavvicinamento fra Eritrea e Sudan che, per anni, si sono combattuti per interposti gruppi ribelli. Ma, anche con questo potente vicino, i rapporti non sono idilliaci.

L'ultimo anello di questa catena di discordie è quello riaperto con Gibuti. Il 12 giugno un portavoce del governo degli Stati Uniti ha condannato "l'aggressione militare eritrea". Nei giorni seguenti, il governo francese ha espresso "grande preoccupazione" per la situazione.

Sia gli Stati Uniti sia la Francia hanno una importante base militare a Gibuti.

Questo piccolo paese, con una superficie di poco più di 23.000 chilometri quadrati e poco più di 800.000 abitanti, è privo di risorse naturali, ha un territorio per lo più arido e poco fertile. La fonte principale dei suoi proventi è costituita dal suo porto e dalle basi militari americana e francese. Il porto è divenuto ancor più importante dopo che l'Etiopia ha perso ogni sbocco al mare con l'indipendenza dell'Eritrea.

Dopo la guerra del 1998-2000, tutte le importazioni etiopi passano per Gibuti. L'importanza strategica di questo paese rende difficile da capire l'atteggiamento aggressivo dell'Eritrea. Un giornalista della Bbc, nel corso di un'intervista al ministro degli Esteri di Gibuti, gli ha chiesto che speranze avesse il suo governo di ricevere protezione militare da francesi e statunitensi. Il ministro ha risposto laconicamente «... ci stanno già proteggendo». L'Eritrea dovrebbe prenderne nota.

Kenya

**Massacri e abusi
alle pendici del Monte Elgon.
Interessa a qualcuno?**



Nell'ultimo resoconto sul Kenya apparso nell'ambito di questa rubrica, abbiamo parlato della vera e propria guerra in corso, alle pendici del Monte Elgon, fra l'esercito regolare e la "Sabaot Land Defence Force" (Sldf). I Sabaot sono uno dei numerosi sottogruppi dei Kalenjin e si dividono, a loro volta, nei sottogruppi dei Soy e degli Ndorobo. L'Sldf è attiva dall'agosto del 2006, ma ha aumentato la frequenza e la ferocia dei suoi attacchi favorita, forse "ispirata", dal clima di violenza e impunità che ha fatto seguito alle elezioni del dicembre scorso. Come il nome del gruppo suggerisce, anche qui, come altrove, è il possesso delle terre l'annoso nocciolo della questione. L'Sldf ha preso le armi dopo che il governo ha varato uno schema per la distribuzione della terra nel distretto occidentale del Monte Elgon, schema che i Kalenjin giudicano ingiusto e discriminatorio. La situazione è divenuta talmente grave che, agli inizi di marzo, dopo ulteriori uccisioni di civili inermi, stupri e mutilazioni, il governo ha inviato l'esercito a combattere contro l'Sldf. L'esercito è arrivato nella zona con camion, elicotteri e artiglieria pesante. L'Sldf agisce con brutale efferatezza contro la popolazione locale appartenente ai gruppi etnici "sbagliati". L'esercito risponde con il pugno di ferro, con arresti indiscriminati e numerosi atti di tortura. Il 17 giugno scorso *Médécins Sans Frontières* ha pubblicato un rapporto

intitolato "Mount Elgon, Kenya: a terrorised population in desperate need of assistance". In esso, si denuncia non solo gli abusi compiuti da entrambe le parti ma, anche, la totale indifferenza dei mezzi di comunicazione di massa, sia di quelli locali sia di quelli internazionali. Nemmeno il pur lodevole rapporto di Msf ha fatto notizia.

Sudafrica

**Un'ondata di violenza xenofoba
nel paese arcobaleno**



L'economia sudafricana è la più forte del continente. Il Sudafrica è il paese africano con il più alto Prodotto interno lordo (Pil) *pro capite* (4.960 dollari per persona all'anno) e quello più industrializzato del continente. Il suo Pil è un terzo di quello dell'intera Africa sub-Sahariana (48 paesi). Negli ultimi tre anni, l'economia è cresciuta, in media, del 5% all'anno; il debito pubblico è stato dimezzato fra il 1999 e il 2007; il governo ha stanziato 285 miliardi di dollari da spendere in tre anni per espandere e migliorare i servizi sociali.

Nonostante tutto ciò, enormi problemi restano da risolvere. E non possono essere risolti in tempi brevi. Il tasso di disoccupazione è stimato attorno al 30% della forza lavoro (attorno al 40% secondo altre stime). Secondo uno studio del *South Africa's Institute for Race Relations*, il numero di sudafricani che vive con meno di un dollaro al giorno è più che raddoppiato negli ultimi dieci anni, da 1,9 milioni nel 1996 a 4,2 milioni nel 2005: circa l'8,6% della po-

polazione totale (circa 49 milioni). Nonostante questi problemi, agli occhi di milioni di africani diseredati, il Sudafrica appare come una terra di opportunità. Immigrati provenienti da Mozambico, Malawi, Lesotho, hanno lavorato nelle miniere sudafricane per decenni. Il baratro in cui lo Zimbabwe è precipitato ha spinto centinaia di migliaia (c'è chi parla di tre milioni) di zimbabwesi a riversarsi in Sudafrica. Anche se non esistono statistiche ufficiali, dal momento che molti sono illegali, il *South Africa's Institute for Race Relations* parla di un numero di immigrati africani, specialmente dai paesi vicini, che oscilla fra i tre e i cinque milioni.

Nel corso del mese di maggio, è esplosa un'ondata di violenza xenofoba che ha preso di sorpresa le autorità. Anche se imputare alla presenza degli immigrati la disoccupazione, la mancanza di case e l'elevato tasso di criminalità non è cosa nuova. Episodi di violenza si sono verificati in sette delle nove province del paese, ma sono stati particolarmente gravi a Johannesburg e a Città del Capo. Il 21 maggio il presidente, Thabo Mbeki, ha ordinato all'esercito di pattugliare le strade. È la prima volta che succede dalla fine dell'*apartheid*, 14 anni fa. Mbeki ha duramente condannato la violenza xenofoba. Altrettanto hanno fatto i più rispettati e amati *leader* sudafricani, da Desmond Tutu allo stesso Nelson Mandela. Non pare sia servito. Almeno 60 persone sono state uccise, più di 600 ferite gravemente, alcune decine di migliaia derubate, percosse e costrette a fuggire dalle loro case. Attualmente, vivono in campi per sfollati. Più di 1.300 sudafricani sono stati arrestati. Circa 40.000 mozambicani sono tornati nel loro paese, dove il governo è stato costretto a dichiarare lo stato di emergenza per far fronte a questo improvviso flusso di persone. Numerosi zimbabwesi, riluttanti a tornare nel loro paese in un momento di elevata tensione come quello attuale, sono andati in Botswana o nello Zambia. Anche in questo paese, nelle ultime settimane, si sono verificati atti di violenza contro immigrati dallo

Zimbabwe. Il governo sudafricano, dopo avere dichiarato di non volerlo fare, ha allestito una dozzina di campi per sfollati dove sono state raccolte circa 80.000 persone. Questa è un'esperienza nuova per le autorità sudafricane e i campi non funzionano sempre al meglio. L'attuale posizione ufficiale è che gli sfollati resteranno nei campi non più di due mesi. Entro questo periodo, o avranno ripreso la loro vita normale in Sudafrica (anche con l'aiuto del governo) o dovranno tornare nel loro paese. Una posizione molto netta. E ben poco realistica. Circa un anno fa, ben prima, quindi, dell'esplosione xenofobica del maggio scorso, Thabo Mbeki, in un discorso alla nazione, lamentava la mancanza di una visione condivisa per il futuro del paese. L'ex arcivescovo di Città del Capo e premio Nobel per la pace, Desmond Tutu, due anni fa, lamentava la perdita, da parte del popolo sudafricano, di quella tensione morale che aveva caratterizzato gli anni della lotta contro l'*apartheid*. Quella sudafricana è una società frammentata da profonde divisioni razziali, economiche, culturali. L'anno prossimo scadrà il secondo mandato presidenziale di Thabo Mbeki che, secondo la Costituzione, non potrà ricandidarsi. Chiunque gli succeda, avrà un compito difficile.

Uganda

Quella militare resterà l'unica soluzione?



Il 6 giugno scorso, in una località rurale del Sud Sudan, uomini armati,

appartenenti all'Lra (*Lord's Resistance Army*) hanno attaccato un drappello dell'esercito locale (Spla: *Sudan People's Liberation Army*) uccidendo sette civili e 13 militari. Dal 1986, l'Lra ha condotto una guerriglia sanguinosa e devastante in un'ampia area del nord dell'Uganda, prevalentemente abitata dall'etnia degli Acholi. Numerosi tentativi di riportare la pace nella regione sono falliti, uno dopo l'altro. L'ultima tornata di colloqui fra governo ugandese e Lra è iniziata nel giugno del 2006 e si è svolta a Juba, capitale del Sud Sudan, esso stesso uscito (per ora) da più di 20 anni di guerra. I colloqui hanno vent'anni. Non sono mancati i problemi. Governo e ribelli hanno più volte minacciato di riprendere le ostilità. I vecchi rancori sono riaffiorati più di una volta. L'Lra è parso, spesso, diviso al suo interno. Fino al punto che una delle sue personalità più importanti, Vincent Otti, è stato dapprima imprigionato poi fatto uccidere da Joseph Kony, capo indiscusso dell'Lra. Nel 2005 la Corte criminale internazionale (Cci) ha emesso mandati di cattura per Kony e per quattro dei suoi luogotenenti (due sarebbero morti: Lukwiya e, come detto, Otti). Questo ha rappresentato, e rappresenta, un ostacolo al conseguimento della pace. Il governo ugandese, dopo avere chiesto alla Cci di pronunciarsi sull'Lra, ha fatto retromarcia dichiarando di essere in grado di risolvere la questione creando una Sezione speciale nell'ambito della propria Corte suprema, per i capi della guerriglia, e utilizzando le modalità della "giustizia tradizionale" degli Acholi per gli altri componenti dell'Lra. Questo era, anche, il succo di un accordo firmato il 18 febbraio scorso, a Kampala, da esponenti del governo ugandese e dell'Lra. Il punto è che il governo ugandese non ha il potere di "annullare" i mandati emessi dalla Cci. Lo potrebbe fare, in circostanze considerate "eccezionali", il Procuratore capo della Cci. Il quale, finora, non sembra averne l'intenzione. A rendere più confusa e complessa la situazione, contribuisce il fatto che il governo ugandese, da parte sua, non ha chiesto alla Cci

di ritirare i mandati emessi contro i vertici dell'Lra.

Quella degli Acholi è la comunità più colpita dalla pluriventennale guerriglia. Kony appartiene a questa comunità e lo stesso vale per la quasi totalità dei membri dell'Lra.

La questione è complessa. Chi scrive ha più volte constatato come molti Acholi desiderino che l'Lra venga sconfitto ma, allo stesso tempo, che il governo non abbia la meglio. Difficile. Potrebbe la giustizia tradizionale essere una risposta? La cosiddetta cerimonia del *Mato Oput* consiste nella confessione dei propri crimini da parte dei colpevoli, di fronte ai parenti delle vittime, poi nella libagione di una tisana piuttosto amara e nel consumare un pasto assieme. Agli antropologi queste cose piacciono. Pare che piacciono meno a molti Acholi che hanno avuto le famiglie massacrate dalla guerriglia. Norbert Mao, prominente uomo politico Acholi e acceso oppositore del governo, sostiene che il *Mato Oput* non può risolvere gli orrendi crimini di massa che sono stati perpetrati per un ventennio dall'Lra. Più di 20.000 bambini sono stati rapiti, violentati, reclutati come combattenti, costretti a commettere atrocità indicibili. Migliaia di persone sono state uccise. Altre migliaia sono morte per gli effetti indiretti della guerra. Il 95% della popolazione dei distretti di Gulu, Kitgum e Pader (circa due milioni di persone) è stato costretto per anni a vivere in campi per sfollati, dipendendo in tutto e per tutto dagli aiuti esterni. Il tessuto sociale di una comunità intera è stato distrutto. Il futuro di almeno due generazioni è stato ipotecato se non definitivamente compromesso. Difficile che tutto questo possa essere risolto bevendo una tisana un po' amara. Difficile anche che possa essere risolto da un tribunale. O, anche, da un accordo di pace. Occorreranno generazioni di lavoro e di lungimiranza politica. Impossibile, comunque, fino a quando la pace non sarà raggiunta in modo duraturo, cosa che gli eventi di queste ultime settimane sembrano allontanare. Un accordo di pace definitivo era pronto per la firma il 10

aprile scorso. Sembrava che dovesse succedere: Kony avrebbe firmato nel campo di Ri-kwanga, in Sud Sudan, e il presidente ugandese Museveni avrebbe firmato, il giorno dopo, a Juba. Il ministro degli Interni ugandese, Ruhakana Rukunda, si è recato nella foresta per incontrare Kony. Quest'ultimo non si è fatto vivo. E tutto è saltato. Di nuovo. Prevedibilmente. Kony teme di essere consegnato alla Cci qualora esca dai suoi nascondigli. Attualmente, pare che si nasconda in una foresta nella Repubblica Democratica del Congo (Rdc) al confine con il Sud Sudan.

Il presidente Museveni, il 7 giugno scorso, ha lanciato uno dei suoi frequenti attacchi al vetriolo contro Kony, promettendo di "distruggerlo". Una promessa che ha fatto molte altre volte, senza mai riuscire a mantenerla. Questa volta, però, le maglie della rete potrebbero stringersi attorno a Kony e ai suoi.

Non solo il governo ugandese, ma anche quelli del Sud Sudan e della Rdc sembrano stanchi della continua minaccia dell'Lra, dei suoi attacchi a civili e militari, della sua imprevedibilità e della sua inaffidabilità. Un accordo militare vero, fra i tre paesi, potrebbe, effettivamente, portare alla fine dell'Lra.

Questo pare uno di quei casi in cui le ostilità potranno aver termine solamente con la sconfitta (o la morte) di uno dei contendenti.

La morte, o la cattura, di Kony, sembra essere l'unico elemento che possa portare la pace nel Nord Uganda. Da 22 anni questo ex chierichetto comanda un esercito sui cui componenti ha diritto di vita e di morte; ha una schiera di almeno 50 concubine e non si sa quanti figli. Non è difficile comprendere la sua riluttanza a firmare un accordo di pace che, in cambio di quello che ha, gli prometta una cella all'Aia o, peggio ancora, una a Kampala.

La sua cattura, o la sua morte, sono, forse, l'unico evento che possa portare all'inizio di una sia pur difficile ricostruzione morale, civile e strutturale del Nord dell'Uganda.

Forse succederà. Forse succederà presto.

Zimbabwe

Una vergognosa tragedia che si fa, di giorno in giorno, più grave e pericolosa



Il 29 marzo scorso, circa 5.900.000 elettori zimbabweani sono stati chiamati alle urne per scegliere il presidente, i membri del Parlamento e quelli dei Consigli locali.

Il clima era (ed è tuttora) rovente. L'attuale presidente, Robert Mugabe (84 anni compiuti il 23 febbraio scorso), e il suo partito, lo Zanu-Pf (*Zimbabwe African National Union-Patriotic Front*) detengono il potere dall'indipendenza, ottenuta 28 anni fa. Un tempo fra i paesi più ricchi del continente, lo Zimbabwe è, oggi, alla bancarotta. Il denaro non ha più valore. L'inflazione ha toccato e superato il 100.000% all'anno (ammesso che questo significhi qualche cosa). La Banca centrale ha emesso una banconota da dieci milioni di dollari dello Zimbabwe che valeva due dollari statunitensi quando è stata emessa, in gennaio, e ne vale circa mezzo mentre scriviamo (varrà molto di meno quando queste righe verranno pubblicate). La produzione agricola è ai minimi storici e circa quattro milioni di zimbabweani hanno bisogno di aiuti alimentari. Il tasso di disoccupazione viene stimato attorno all'80%. Circa tre milioni sono coloro che hanno lasciato il paese per il Sudafrica, lo Zambia e altri paesi della sub-regione.

L'opposizione si è presentata alle elezioni divisa. L'Mdc (*Movement for Democratic Change*) si è spezzato in due tronconi nel 2005, ognuno dei quali ha presentato un proprio candi-

dato presidenziale e propri candidati parlamentari. Il candidato presidenziale dell'Mdc era il suo capo storico, l'ex sindacalista Morgan Tsvangirai. Il candidato dell'ala dissidente dell'Mdc era Arthur Mutambara. Era in lizza anche un rispettato ex ministro delle Finanze, Simba Makoni, che ha abbandonato lo Zanu-Pf in febbraio e si è presentato come indipendente. Le operazioni di voto si sono svolte in modo relativamente pacifico, anche se non sono mancate irregolarità. Soprattutto, la frequente assenza dalle liste elettorali dei nomi di elettori giovani, presumibilmente ostili al regime. I risultati delle elezioni parlamentari sono stati resi noti il 2 aprile e hanno suscitato un certo clamore: lo Zanu-Pf, per la prima volta in 28 anni, ha perso la sua maggioranza parlamentare: ottenendo 97 seggi contro i 99 dell'Mdc di Tsvangirai. La fazione dell'Mdc di Mutambara ha ottenuto 10 seggi. La sorpresa non è costituita dalla sconfitta, sia pure di misura, dello Zanu-Pf: è costituita dal fatto che questa non sia stata mascherata dai brogli che, presumibilmente, l'hanno mascherata in precedenti elezioni.

I risultati delle presidenziali sono stati resi noti dopo più di un mese. Questo lungo ritardo ha provocato grande tensione e dato adito a numerose e giustificate speculazioni. Tsvangirai ha più volte dichiarato di aver ottenuto più del 50% dei voti e che questa era l'unica ragione della ritardata pubblicazione dei risultati. Quando questi sono arrivati, Tsvangirai si è visto attribuire il 47,9% dei voti espressi contro il 43,2% attribuiti a Mugabe. Ha gridato allo scandalo, ha dichiarato di essere stato palesemente truffato, si è detto contrario a un secondo turno (necessario perché nessun candidato ha, ufficialmente, superato la soglia del 50%). Nonostante questo, la Commissione elettorale ha fissato il secondo turno delle elezioni presidenziali al 27 giugno. E, alla fine, almeno in un primo tempo, Tsvangirai ha accettato. Intanto, la situazione nel paese si è fatta incandescente. E si aggrava con il passare del tempo. Numerosi atti di violenza vengono perpetrati

contro simpatizzanti dell'opposizione o presunti tali. Almeno 70 seguaci dell'Mdc sono stati uccisi fra aprile e giugno. Intere aree sono state sottoposte a quella che è stata definita "pulizia elettorale", analoga, in tutto e per tutto, alla "pulizia etnica". Si stima che siano almeno 25.000 le persone costrette a fuggire dalle loro case e a vivere da sfollati. Per votare nel secondo turno delle presidenziali, dovrebbero tornare nelle loro aree di residenza. Per farlo, avrebbero bisogno della protezione della polizia. Ma la polizia è dalla parte di chi li ha fatti fuggire. Nel suo delirio paranoico, il regime ha accusato le Organizzazioni non governative straniere di sostenere l'opposizione e ha vietato tutte le loro attività. Violenza e intimidazioni fanno parte di un piano preciso per mantenere al potere non tanto e non solo Mugabe ma, anche, forse soprattutto, il nutrito gruppo di corrotti figuri che lo circonda e che dal suo potere dipende. L'organo principale dietro questo piano è il *Joc (Joint Operations Command)*, responsabile della sicurezza e guidato da un duro del regime, Emerson Mnangagwa, da alcuni indicato anche come possibile successore di Mugabe designato dai vertici dello Zanu-Pf. Il suo nome fa parte di una lista, stilata da varie Organizzazioni della società civile, che conta almeno 200 persone che, se e quando il regime cambierà, saranno accusate di crimini contro l'umanità. Lo stesso Mugabe fa parte di questa lista, so-

prattutto per la feroce repressione che ordinò nel Matabeleland agli inizi degli anni '80. A quell'epoca, la famigerata "Quinta Brigata", addestrata nella Corea del Nord, fu inviata a reprimere il dissenso degli Ndebele che, dopo la lotta per l'indipendenza, si vedevano emarginati a favore dei maggioritari Shona (il gruppo etnico di Mugabe). Fu una vera e propria guerra che fece circa 20.000 morti.

Comprensibile, quindi, che un cambio di regime sia "vigorosamente" osteggiato da chi, se tale cambio avvenisse, baratterebbe potere e ricchezza con pubblico ludibrio e la galera. In questo senso vanno interpretate le dichiarazioni rese alla vigilia delle elezioni dal capo di stato maggiore dell'esercito, dal capo della polizia e dal capo dei servizi carcerari: i tre hanno apertamente dichiarato di essere pronti a servire Mugabe, ma non una "marionetta".

Tutti gli oppositori del regime sono definiti "marionette" dell'ex potenza coloniale e dei paesi "occidentali" in generale. La più importante e fastidiosa di queste "marionette", Morgan Tsvangirai, a metà giugno ha dichiarato che lo Zimbabwe «...è governato da una giunta militare». Una affermazione grave che pare confermata dall'ondata di violenza organizzata, dagli arresti di numerosi oppositori, incluso lo stesso Tsvangirai, arrestato e rilasciato una mezza dozzina di volte nelle ultime settimane. Anche Tendai Biti, segretario generale dell'Mdc, è stato arrestato con l'accusa di tradi-

mento. Se giudicato colpevole, rischia l'ergastolo o la pena di morte.

La vergognosa e violenta farsa che avrebbe dovuto portare al secondo turno delle presidenziali ha preso una direzione clamorosa, anche se non inaspettata, domenica 22 giugno.

Per questa data era previsto un comizio di Morgan Tsvangirai nello stadio principale della capitale, Harare. Alcune ore prima del comizio, numerosi sostenitori di Mugabe hanno occupato lo stadio e, per le strade della capitale, hanno aggredito e percosso chiunque potesse essere sospettato di sostenere l'Mdc. A questo punto, Tsvangirai ha dichiarato di ritirarsi dalla competizione: «Non possiamo chiedere ai nostri sostenitori di andare a votare se questo può costare loro la vita». Una frase sensata. Ed eloquente. A questo punto, Mugabe è vincitore d'ufficio. Resta da vedere come la cosiddetta "comunità internazionale" reagirà. Ancor più importante, sarà vedere come i politici africani reagiranno. Nelle ultime settimane si sono levate voci insolitamente critiche nei confronti di Mugabe dal Botswana, dalla Tanzania, dallo Zambia. La farsa elettorale sembra conclusa, ma la partita non lo è. Tsvangirai ha fatto appello alla "comunità internazionale" perché intervenga per «...evitare un genocidio in Zimbabwe». Sorvolando sul suo disinvolto uso dei termini, Tsvangirai esprime l'angoscia di un paese allo sfascio nelle mani di un presidente paranoico e dei suoi sicofanti.

FOCUS

Sudan

Una bolgia di petrolio, armi, ribelli, rinnegati, crimini di guerra, rifugiati, sfollati



I POZZI DI PETROLIO DI ABYHEY RISCHIANO DI FAR SCOPPIARE UNA NUOVA GUERRA FRA NORD E SUD

L'8 giugno scorso è stato annunciato che il governo di Khartoum e quello del Sud Sudan avevano concordato una tregua per porre fine ai combattimenti scoppiati un paio di settimane prima ad Abyey. Un accordo di pace firmato nel 2005, il *"Comprehensive Peace Agreement"* (Cpa) ha messo fine (teoricamente) a più di vent'anni di guerra fra il governo di Khartoum e i ribelli del Sud. Questo accordo prevede, nei suoi punti salienti, un alto grado di autonomia per il Sud Sudan, dotato di un suo parlamento e un suo governo; una divisione al 50% dei proventi petroliferi (anche se circa l'80% dei pozzi si trova nel Sud); il ritiro di tutte le truppe del governo di Khartoum dai territori del Sud; la formazione di forze militari congiunte che sorvegliano i confini fra Nord e Sud; l'organizzazione, nel 2011, di un *referendum* nel quale la popolazione del Sud potrà scegliere fra l'indipendenza o la permanenza all'interno di uno stato sudanese federale. Molti dei punti più importanti del Cpa non sono stati attuati dal governo di Khartoum. Molte delle sue

truppe si trovano ancora nei territori del Sud; la spartizione dei proventi del petrolio non è trasparente; i trasferimenti di fondi da Khartoum a Juba (la capitale del Sud) sono in costante e grave ritardo; i confini delle aree contese non sono ancora stati definiti. La città di Abyey, e l'area circostante, ricche di petrolio, si trovano al confine fra Nord e Sud e fanno parte delle aree la cui attribuzione (al Nord o al Sud) non è ancora stata determinata. Alla fine di maggio vi sono scoppiati violenti scontri fra l'esercito di Khartoum e quello del Sud Sudan. Non è la prima volta che succede. Decine di persone sono state uccise. La città è stata quasi completamente distrutta. Più di 90.000 persone sono state costrette a fuggire e vivono in campi per sfollati. Circa 400 caschi blu dell'Unmis (*United Nations Mission in Sudan*) sono stanziati nella zona di Abyey. Non hanno potuto evitare o mitigare i combattimenti. Ora stanno soccorrendo gli sfollati. Ricordiamo che l'Unmis conta 10.000 uomini, è schierata nel Sud Sudan dal 2005 e non ha niente a che fare con l'Unamid, schierata in Darfur, cui accenniamo oltre.

Sono stati in molti a temere che questa nuova esplosione di violenza, ad Abyey, potesse compromettere la pace così faticosamente raggiunta tre anni fa e tuttora molto fragile. Pare che il buon senso abbia prevalso e che lo spettro di una nuova guerra, agitato da entrambe le parti, sia stato allontanato. Ma i problemi di fondo sono rimasti. Il 2 giugno è stato annunciato che Nord e Sud si sono accordati per chiedere un arbitrato alla Corte Internazionale dell'Aia. Sembra un passo positivo.

Resta da vedere quanto tempo sarà necessario alla Corte per pronunciarsi. Soprattutto, resta da vedere se il suo verdetto verrà accettato da entrambe le parti.

NESSUN MIGLIORAMENTO NEL DARFUR

Mentre la crisi fra Nord e Sud sembra, almeno per il momento, rientrata, quella del Darfur sembra aggravarsi. Nel 2006, uno studio, coordinato dall'Organizzazione mondiale della sanità, ha stimato che il conflitto nel Darfur avesse causato la morte di circa 200.000 persone. Dopo di allora, nei discorsi ufficiali e nei media, si è parlato di «... più di 200.000 morti». Il 23 aprile scorso, il direttore delle attività di Assistenza umanitaria delle Nazioni Unite, John Holmes, ha alzato il tiro parlando di un numero di vittime oscillante fra le 300.000 e le 500.000. Non è chiaro su che cosa queste stime si basino. È chiaro che hanno irritato il governo sudanese che, con un certo grado di spudoratezza, parla di "appena" 10.000 vittime. Le stime indicano, inoltre, che circa 2.700.000 persone sono state costrette a fuggire dalle loro case. Di queste, circa 250.000 hanno superato il confine e vivono in 12 campi per rifugiati nel Ciad.

La situazione dei tre Stati del Nord, Sud e West Darfur, è tesa da decenni. È peggiorata a cominciare dal febbraio 2003, quando due movimenti ribelli, l'Sla (*Sudan Liberation Army*) e il Jem (*Justice and Equality Movement*) hanno ripreso le armi contro l'esercito di Khartoum. Questo, oltre a combattere direttamente i ribelli, è ricorso a una vecchia strategia la cui efficacia è stata ampiamente sperimentata nella lunga guerra con il

Sud. Si tratta di armare, organizzare e scatenare milizie armate contro i ribelli e contro la popolazione civile. Le milizie in questione, i cosiddetti Janjaweed, hanno interpretato il loro ruolo con meticoloso impegno, costringendo alla fuga centinaia di migliaia di civili e continuando ad attaccarli e terrorizzarli anche nei campi per rifugiati e sfollati. Intanto, il fallimento dei numerosi tentativi di riportare la pace, la firma di accordi limitati e parziali, hanno portato alla frammentazione dei gruppi ribelli. Attualmente se ne contano almeno una quindicina. Inoltre, il conflitto si è allargato oltre le frontiere, coinvolgendo la Repubblica Centrafricana e, soprattutto, il Ciad. I gruppi etnici maggiormente colpiti dalla guerra sono Fur, Zaghawa e Massalit. Questi costituiscono anche la disomogenea ossatura dei gruppi ribelli. Il territorio che occupano travalica i confini nazionali. Il presidente ciadiano, Idriss Déby, appartiene all'etnia degli Zaghawa, così come il capo del Jem, Khalil Ibrahim. Anche Minni Minawi appartiene all'etnia Zaghawa. Minawi, capo dell'Sla, ha firmato un accordo di pace con il governo di Khartoum nel maggio 2006. Un'ala dell'Sla, contraria all'accordo, si è staccata dal movimento originale e, in seguito, si è ulteriormente frammentata. Le truppe fedeli a Minawi, da allora, si sono distinte per la diligenza con cui hanno compiuto atrocità di ogni genere in diverse aree del Darfur. Minawi, dal canto suo, è divenuto consigliere del presidente, capo della *"Transitional Darfur Regional Authority"*, ed è stato ricevuto da George Bush alla Casa Bianca nel luglio 2006. Per lui, l'accordo di pace è stato un affare.

CIAD E SUDAN: DA UNA GUERRA PER INTERPOSTI GRUPPI RIBELLI AD UNA GUERRA APERTA

Da anni, i governi di Ciad e Sudan si accusano, vicendevolmente, di sostenere l'uno i gruppi ribelli che combattono l'altro. Ed entrambi dicono il vero. Il 10 maggio i ribelli del Jem hanno sferrato un clamoroso attacco alla periferia di Khartoum. Hanno attaccato Omdurman, amministrativa-

mente parte della capitale. Il governo, preso di sorpresa, ha impiegato un paio di giorni a respingere l'attacco. Ha fatto numerosi prigionieri e ha accusato il Ciad di avere aiutato i ribelli. Secondo Khartoum, molti dei prigionieri sarebbero, in realtà, militari ciadiani e molte delle armi sottratte ai ribelli apparterrebbero all'esercito ciadiano.

Le motivazioni di questo attacco del Jem non sono chiare. L'impresa ha ottenuto un enorme effetto propagandistico. Niente di più. E, sotto il profilo militare, si è trattato di una sconfitta. Una sconfitta che, peraltro, era facilmente prevedibile.

Un risultato sicuro è quello di avere vanificato ogni speranza residua (sia pure tenue) di negoziare un accordo di pace nel futuro prevedibile. Il governo di Khartoum ha dichiarato di non voler più intavolare alcun negoziato con il Jem. All'attacco ha fatto seguito un'ondata di arresti di sospetti sostenitori del Jem, soprattutto di etnia Zaghawa.

Mentre scriviamo (22 giugno), una colonna di ribelli ciadiani è diretta verso la capitale N'Djamena. Era già successo alcuni anni fa ed è successo nel febbraio scorso. In entrambe le occasioni il presidente ciadiano Déby si è salvato grazie all'intervento dei militari francesi che hanno una base permanente in Ciad. Il 16 maggio scorso, di fronte all'avanzata apparentemente incontrastata dei ribelli verso la capitale, Déby ha accusato di inefficacia l'Eufor, la forza di pace inviata dell'Unione Europea. L'Eufor è costituita da 3.700 uomini schierati in parte nel Ciad e in parte nella Repubblica Centrafricana. Ha il difficile compito di mantenere una pace che non c'è. Ed è costretta a fare da testimone impotente alla guerra fra Ciad e Sudan.

Pare, in effetti, che ci si stia avviando da una guerra combattuta tramite gruppi ribelli a una guerra aperta fra i due paesi. Il 17 giugno il governo ciadiano ha dichiarato che la città di Ade, a pochi chilometri dal confine col Sudan, è stata attaccata non da «ribelli sostenuti da forze sudanesi» ma da «truppe sudanesi sostenute da elicotteri militari sudanesi». Il mi-

nistro delle Comunicazioni ciadiano, Mahamat Hissène, ha minacciato una «reazione proporzionata all'impudenza sudanese».

L'UNAMID: UN'ALTRA DEBOLE FORZA DI PACE

L'Unamid, l'operazione "ibrida" messa in piedi dalle Nazioni Unite e dall'Unione Africana in Darfur, è stata approvata dal Consiglio di sicurezza il 31 luglio del 2007. A tutt'oggi, poco più di 9.200, dei previsti 26.000 uomini, sono schierati su di un territorio di circa 540.000 chilometri quadrati. A detta del suo comandante, il generale Martin Luther Agway, completarne lo schieramento potrebbe richiedere più di un anno. E, visto il complicarsi della situazione, sia all'interno sia all'esterno del Sudan, la sua presenza potrebbe essere necessaria per più di dieci anni.

Sull'efficacia che questa presenza potrà avere, il generale non si è pronunciato. Sembra lecito nutrire qualche dubbio. Il governo di Khartoum ne ostacola l'operato in ogni modo: vietandone voli notturni, assegnandole terreno insufficiente per la logistica e per lo stanziamento delle truppe, prolungando all'inverosimile le operazioni per sdoganarne l'equipaggiamento. Il territorio è vastissimo, il mandato è debole e il numero degli uomini è insufficiente, nonostante si tratti della più ingente forza per il mantenimento della pace messa in campo dalle Nazioni Unite. Questo, ovviamente, quando tutti i suoi effettivi saranno sul campo. Se mai accadrà.

I MANDATI DI CATTURA DELLA CORTE CRIMINALE INTERNAZIONALE

L'impotenza della "comunità internazionale" di fronte a quanto sta accadendo è evidente.

Forse, il segno più eloquente è impersonato da Ahmad Harun. In qualità di ministro degli Interni, ha organizzato le milizie Janjaweed. In seguito, probabilmente per i meriti acquisiti, ha ricevuto un incarico diverso: è stato nominato ministro per gli Affari umanitari. Nel febbraio del 2007, la Corte criminale internazionale (Cci) ha emesso un mandato di cattura nei suoi confronti per crimini

di guerra. Il governo di Khartoum ha definito le accuse "infondate". Per sovrappiù, ha incluso Harun in un comitato incaricato di supervisionare il dispiego dell'Unamid. Ma l'arroganza tragicamente ironica del governo sudanese ha raggiunto l'apice quando ha incluso Harun in un altro comitato, incaricato di indagare su "possibili"

violazioni dei diritti umani "eventualmente" verificatesi in Darfur. Nel dicembre 2007 Luis Moreno Ocampo, procuratore generale della Cci, parlando di fronte al Consiglio di sicurezza delle Nazioni Unite, ha affermato, fra l'altro, che «...fino a quando Harun rimarrà libero in Khartoum, non potrà esserci una soluzione

per il Darfur». Assieme a quello riguardante Harun, la Cci ha emesso un mandato di cattura, con accuse sovrapponibili, anche per Ali Kushayb, uno di capi dei Janjaweed, conosciuto come "il colonnello dei colonnelli". Secondo Khartoum, Kushayb sarebbe già in carcere, ma non sarà consegnato alla Cci. Niente di nuovo.

OSSERVATORIO

Dinamiche demografiche nelle regioni italiane

PROIEZIONI 2003/2023 IN RELAZIONE AI FLUSSI MIGRATORI

di *Marisa Pacchin** e *Salvatore Geraci***

La società italiana è caratterizzata da debole demografia: la bassa natalità, l'alto indice di vecchiaia, la diminuzione della popolazione adulta più giovane sono indicatori di potenziale destabilizzazione dell'economia e di diminuzione della produttività. I dati riportati evidenziano come l'immigrazione possa contribuire ad attenuare gli effetti negativi indotti dalle tendenze demografiche attuali, ma non sarà in grado di incidere significativamente sul processo di invecchiamento e sulla bassa natalità.

INTRODUZIONE

Una rapida disamina dei dati generali della popolazione mondiale consente di individuare le cause strutturali dei fenomeni migratori e di delinearne le dinamiche: sono infatti i crescenti squilibri demografici, l'aumento delle disegualianze nello sviluppo economico, tecnologico e nel livello di vita tra paesi e aree del mondo i fattori primari della elevata pressione migratoria prevista nei decenni prossimi.

Nel 2020 la popolazione mondiale sarà circa 7 miliardi, concentrata per l'85% nei Paesi in via di sviluppo. Nei paesi ad alto sviluppo umano la crescita sarà del 6% e in quelli a basso sviluppo del 31%.

Sulla base di tali dati appare fondato prevedere che i flussi migratori dai paesi poveri verso le aree sviluppate del mondo saranno sempre più intensi.

Si stima attualmente in 190 milioni la popolazione migrante, il 3% di quella mondiale e, per il 2050, la previsione è di almeno 230 milioni di individui. Questi dati vanno integrati con quelli

dei migranti *irregolari* (stimati il 15-20% dei regolari), anch'essi in aumento secondo gli ultimi rilevamenti di cui si dispone¹.

In questo processo di dimensioni globali, la migrazione da paesi non appartenenti all'Unione europea è un fenomeno che condiziona in misura sempre più marcata gli equilibri e gli assetti socio-economici dell'Europa.

Per quanto riguarda l'Italia, in poco più di 20 anni essa è diventata meta definitiva di cittadini stranieri il cui numero è in costante aumento. È da dire che l'Italia è al tempo stesso paese di emigrazione (sono quasi 4 milioni gli emigrati italiani nel mondo: oltre 60 milioni i cittadini di origine italiana), e di immigrazione (sono oltre 3,5 milioni gli immigrati regolari e irregolari).

La popolazione italiana assume così una caratterizzazione assai composta per l'apporto di gruppi etnici censiti in numero maggiore anche rispetto a paesi come la Germania che accoglie più di sette milioni di stranieri. Altra caratteristica che riguarda l'im-

migrazione in Italia, come in Spagna (3,3 milioni di stranieri), è l'accentuata progressione di crescita, dovuta all'intreccio tra declino demografico e carenza di forze lavoro soprattutto in determinati settori. Se gli immigrati nel mondo raddoppiano ogni 35 anni, una crescita di analoga valenza percentuale in Italia avviene ogni dieci anni e secondo un *trend* anch'esso crescente.

Se nel 1992 il numero di immigrati regolari stimato in Italia era di 925.000, nel 2004 gli immigrati erano 2.400.000, con una crescita media annua più evidente nell'ultimo periodo (da 4,9% tra il 1992 e il 2001 a 32% tra il 2001 e il 2004).

Secondo gli ultimi rilevamenti³ il 70% degli immigrati regolari ha età compresa tra 19 e 40 anni e il 49% sono donne. Oltre il 96% dei permessi di soggiorno è di carattere stabile (per motivi di lavoro il 62%, il 30% per ricongiungimento familiare e il 4% per altri motivi: religiosi, residenza elettiva, adozioni), dato che definisce il fenomeno migratorio non come prov-

* Ufficio di Valutazione Epidemiologica. Azienda Ulss 6 Vicenza

** Presidente della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

visorio ed estemporaneo, ma come componente strutturale del tessuto socio-economico e culturale del nostro paese. La presenza di famiglie ricongiunte favorisce l'evoluzione da una condizione di tendenziale invisibilità sociale a una relazione più stretta e diffusa con il paese di accoglienza, dando vita a un dialogo più ravvicinato tra le culture.

Alto è il numero di nazionalità ed etnie con grande diversificazione di lingue, culture, tradizioni, religioni. Il 40% proviene dai paesi europei extra Ue, il 23% dall'Africa (oltre il 16% dall'Africa settentrionale), il 17% dall'Asia, il 10% dall'America (il 9% dall'America Latina). Le comunità più rappresentate sono la rumena (271.000), l'albanese (257.000) e la marocchina (240.000); seguono gli ucraini (115.000 con una presenza femminile di oltre l'83%) e i cinesi (114.000). Complessivamente sono 190 le nazionalità censite; la religione cristiana è la più rappresentata (49%) seguita dalla musulmana (33%)².

Aumentano le persone coniugate, il 52% nel 2006, e aumentano i minori. Erano 284.000 nel 2001, 353.000 nel 2003, 503.000 nel 2004 e oltre 600.000 nel 2006; il dato è sottostimato dal momento che i minori sono registrati dal ministero solo in caso di ricongiungimento familiare o dopo il compimento del 14° anno di età.

Il 54% degli stranieri è in Italia da cinque anni, il 26% da dieci anni e il 10% da più di 15 anni; si riscontra inoltre una progressiva stabilizzazione della loro presenza sul mercato del lavoro: il 15% delle assunzioni nel 2005 riguarda gli immigrati³.

Se l'immigrazione va vista soprattutto come una necessità economica e produttiva, sociale e demografica, è utile valutare con la necessaria apertura culturale un'altra opportunità che induce a considerare positivamente l'arrivo e la stabilizzazione di cittadini di altri paesi: l'opportunità di immettere nella nostra cultura stimoli, concezioni e progetti di vita, tradizioni, valori e aspettative provenienti da altri contesti storico-sociali.

L'immigrazione in Italia non è fenomeno definibile solo in numeri, dati e statistiche: è soprattutto l'incontro di cul-

ture che si fecondano in un rapporto dialettico complesso, dando vita a un meticciato culturale che le successive generazioni sapranno vivere in modi meno traumatici e più proficui, favorendo il progresso umano non solo in termini quantitativi ed economici.

Sottolineare l'aspetto culturale è premessa necessaria alla previsione su come evolverà, nei prossimi 20 anni, la situazione demografica nelle regioni italiane in relazione ai flussi migratori. Gli immigrati non sono la soluzione dei problemi demografici attuali e futuri, ma certamente ci sarà bisogno di loro, ci sarà bisogno che i loro figli siano i "nuovi italiani"; ci sarà bisogno della loro presenza per motivi economici e sociali, ma soprattutto per gli apporti umani e culturali alla soluzione di problemi che una realtà sempre più complessa ci pone.

METODOLOGIA DI LAVORO

È stata calcolata una stima della popolazione residente nel 2023, suddivisa per regione, età e cittadinanza.

Per la popolazione residente nel 2003 si è fatto riferimento all'Istat⁴.

Si sono valutati i soggetti ancora in vita alla fine dell'arco temporale considerato, i nuovi nati e i flussi migratori. La stima della mortalità nel 2023 è stata calcolata con le tavole di mortalità regionali⁵, che riportano le probabilità di sopravvivenza, per sesso e per età; per gli stranieri si sono utilizzate le stesse tavole, assumendo che, per un soggetto residente in Italia, la probabilità di sopravvivenza sia la stessa della popolazione italiana. Per calcolare il numero dei nati, si è tenuto conto del numero di donne in età feconda (15-49 anni) e della propensione ad avere figli.

Il tasso di fecondità totale (Tft) delle donne italiane è quello previsto dall'Istat per il 2030, per regione⁶: Valle d'Aosta 1,27; Trentino Alto Adige 1,47; Piemonte 1,27; Lombardia 1,28; Veneto 1,28; Friuli Venezia Giulia 1,2; Liguria 1,12; Emilia Romagna 1,16; Toscana 1,17; Marche 1,32; Umbria 1,3; Lazio 1,38; Campania 1,76; Abruzzo 1,51; Molise 1,49; Puglia 1,62; Basilicata 1,65; Sicilia 1,74; Sardegna 1,23; Italia 1,41; per le straniere, è stato considerato un

tasso di fecondità pari a 2,5, censendo le prime 20 cittadinanze.

Per la previsione dei movimenti migratori si è stimato un numero di ingressi, regolari e irregolari, sulla base dei flussi nel periodo 1999-2003 (7, 8, 9, 10, 11, 12). L'ipotesi formulata è di considerare, per il prossimo ventennio, un flusso migratorio annuale costante.

Ogni anno è previsto l'arrivo in Italia di 343.400 nuovi stranieri, di cui il 58% (200.900) al Nord: 82.000 in Lombardia, 38.000 in Veneto, 33.000 in Emilia Romagna, 9.000 in Liguria, 6.000 in Friuli Venezia Giulia, 4.500 in Trentino e 400 in Valle d'Aosta; il 27% (95.500) al Centro: 50.000 nel Lazio, 28.000 in Toscana, 10.000 nelle Marche, e 7.500 in Umbria; il 12% (37.000) al Sud: 23.000 in Campania, 7.500 in Puglia, 6.000 in Calabria 5.000 in Abruzzo, 1.000 in Basilicata e 500 in Molise; il 3% (10.000) nelle *Isole*: 9.000 in Sicilia e 1.000 in Sardegna.

La proiezione 2003-2023, intesa come estensione al futuro della dinamica attuale, ha riguardato la popolazione italiana, straniera e complessiva per regione, area geografica e fasce d'età (0-14, 15-64 e ≥ 65 anni). Sono state calcolate le variazioni percentuali e assolute della popolazione per età, cittadinanza e regione e le variazioni di incidenza degli stranieri. Un'analisi specifica ha riguardato le donne in età fertile.

RISULTATI

Nella **Tabella 1** sono descritte le variazioni della popolazione italiana, straniera e complessiva per regione e area geografica nel periodo 2003-2023; nelle **Tabelle 2, 3, 4, 5** sono indicate le variazioni per fasce di età e nella **Tabella 6** le variazioni delle donne in età fertile italiane e straniere.

Considerando un numero di ingressi per anno pari a 343.400, si prevede nel 2023 un aumento della popolazione complessiva del 6% (+3.536.028); gli italiani presentano un *trend* negativo dell'8,3% (-4.561.728), gli stranieri positivo (+8.097.756; da 2.514.940 a 10.612.696) e l'incidenza sulla popolazione aumenterà da 4,4% a 17%: al Nord da 5% a 22%; al Sud da 2% a 8%. Si prevede tra il 2003 e il 2023

TABELLA 1 / Popolazione italiana, straniera e complessiva per regione e area geografica. Anni 2003/2023.
Variazioni % e in valore assoluto

| Regione | 2003 | | | | 2023 | | | | Variazioni 2003-2023 | | | |
|----------------|-------------------|------------------|-------------------|------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------|----------------------|------------------|-------------|--------------------------|
| | Italiani | Stranieri | Totale | (a) | Italiani | Stranieri | Totale | (a) | Var. % Italiani | Var. % Stranieri | Var. % Tot. | Var. pop. tot. val. ass. |
| Valle d'Aosta | 116.679 | 3.517 | 120.196 | 2,9 | 102.356 | 13.210 | 115.566 | 11,4 | -12,3 | 275,6 | -3,9 | -4.630 |
| Trentino A.A. | 906.454 | 40.109 | 946.563 | 4,2 | 861.693 | 139.468 | 1.001.161 | 13,9 | -4,9 | 247,7 | 5,8 | 54.598 |
| Piemonte | 4.063.055 | 192.214 | 4.255.269 | 4,5 | 3.450.608 | 864.428 | 4.315.036 | 20 | -15,1 | 349,7 | 1,4 | 59.767 |
| Lombardia | 8.518.521 | 584.149 | 9.102.670 | 6,4 | 7.534.918 | 2.503.348 | 10.038.266 | 24,9 | -11,5 | 328,5 | 10,3 | 935.596 |
| Veneto | 4.288.024 | 246.520 | 4.534.544 | 5,4 | 3.836.117 | 1.158.693 | 4.994.810 | 23,2 | -10,5 | 370 | 10,2 | 460.266 |
| Friuli V.G. | 1.129.350 | 49.001 | 1.178.351 | 4,2 | 940.434 | 181.430 | 1.121.864 | 16,2 | -16,7 | 270,3 | -4,8 | -56.487 |
| Liguria | 1.530.956 | 65.648 | 1.596.604 | 4,1 | 1.211.490 | 252.178 | 1.463.668 | 17,2 | -20,9 | 284,1 | -8,3 | -132.936 |
| Emilia Romagna | 3.753.650 | 224.112 | 3.977.762 | 5,6 | 3.125.101 | 1.029.839 | 4.154.940 | 24,8 | -16,7 | 359,5 | 4,5 | 177.178 |
| Nord | 24.306.689 | 1.405.270 | 25.711.959 | 5,5 | 21.062.717 | 6.142.594 | 27.205.311 | 22,6 | -13,3 | 337,1 | 5,8 | 1.493.352 |
| Toscana | 3.321.123 | 194.585 | 3.515.708 | 5,5 | 2.767.750 | 868.406 | 3.636.156 | 23,9 | -16,7 | 346,3 | 3,4 | 120.448 |
| Marche | 1.392.419 | 68.659 | 1.461.078 | 4,7 | 1.217.468 | 321.692 | 1.539.160 | 20,9 | -12,6 | 368,5 | 5,3 | 78.082 |
| Umbria | 782.702 | 51.241 | 833.943 | 6,1 | 664.973 | 237.948 | 902.921 | 26,4 | -15 | 364,4 | 8,3 | 68.978 |
| Lazio | 4.895.850 | 396.236 | 5.292.086 | 7,5 | 4.458.886 | 1.432.766 | 5.891.652 | 24,3 | -8,9 | 261,6 | 11,3 | 599.566 |
| Centro | 10.392.094 | 710.721 | 11.102.815 | 6,4 | 9.109.077 | 2.860.812 | 11.969.889 | 23,9 | -12,3 | 302,5 | 7,8 | 867.074 |
| Campania | 5.680.312 | 136.381 | 5.816.693 | 2,3 | 5.866.334 | 630.277 | 6.496.611 | 9,7 | 3,3 | 362,1 | 11,7 | 679.918 |
| Abruzzo | 1.235.856 | 39.199 | 1.275.055 | 3,1 | 1.138.320 | 166.200 | 1.304.520 | 12,7 | -7,9 | 324 | 2,3 | 29.465 |
| Molise | 321.114 | 3.849 | 324.963 | 1,2 | 295.774 | 16.518 | 312.292 | 5,3 | -7,9 | 329,2 | -3,9 | -12.671 |
| Puglia | 4.042.309 | 59.515 | 4.101.824 | 1,5 | 4.056.013 | 232.987 | 4.289.000 | 5,4 | 0,3 | 291,5 | 4,6 | 187.176 |
| Basilicata | 597.618 | 6.806 | 604.424 | 1,1 | 584.441 | 29.859 | 614.300 | 4,9 | -2,2 | 338,7 | 1,6 | 9.876 |
| Calabria | 2.005.324 | 39.414 | 2.044.738 | 1,9 | 2.013.710 | 175.741 | 2.189.451 | 8 | 0,4 | 345,9 | 7,1 | 144.713 |
| Sud | 13.882.533 | 285.164 | 14.167.697 | 2 | 13.954.592 | 1.251.582 | 15.206.174 | 8,2 | 0,5 | 338,9 | 7,3 | 1.038.477 |
| Sicilia | 4.984.710 | 97.190 | 5.081.900 | 1,9 | 4.983.200 | 315.891 | 5.299.091 | 6 | -0,03 | 225 | 4,3 | 217.191 |
| Sardegna | 1.629.041 | 16.595 | 1.645.636 | 1 | 1.523.753 | 41.817 | 1.565.570 | 2,7 | -6,5 | 152 | -4,9 | -80.066 |
| Isole | 6.613.751 | 113.785 | 6.727.536 | 1,7 | 6.506.953 | 357.708 | 6.864.661 | 5,2 | -1,6 | 214,4 | 2 | 137.125 |
| ITALIA | 55.195.067 | 2.514.940 | 57.710.007 | 4,4 | 50.633.339 | 10.612.696 | 61.246.035 | 17,3 | -8,3 | 322 | 6,1 | 3.536.028 |

(a) percentuale di stranieri sul totale della popolazione

TABELLA 2 / Popolazione italiana, straniera e complessiva per fascia di età e area geografica. Anni 2003/2023.
Variazioni % e in valore assoluto

| Fasce d'età | Area | 2003 | | | | 2023 | | | | Variazioni 2003-2023 | | | |
|--------------------|---------------|-------------------|------------------|-------------------|------------|-------------------|------------------|-------------------|-------------|----------------------|------------------|-------------|--------------------------|
| | | Italiani | Stranieri | Totale | (a) | Italiani | Stranieri | Totale | (a) | Var. % Italiani | Var. % Stranieri | Var. % Tot. | Var. pop. tot. val. ass. |
| 0-14 anni | Nord | 3.019.990 | 263.513 | 3.283.503 | 8 | 2.354.707 | 1.227.199 | 3.581.906 | 34,3 | -22 | 365,7 | 9,1 | 298.403 |
| | Centro | 1.340.107 | 107.413 | 1.447.520 | 7,4 | 1.061.875 | 604.565 | 1.666.440 | 36,3 | -20,8 | 462,8 | 15,1 | 218.920 |
| | Sud | 2.369.676 | 40.469 | 2.410.145 | 1,7 | 2.276.746 | 241.301 | 2.518.047 | 9,6 | -3,9 | 496,3 | 4,5 | 107.902 |
| | Isole | 1.081.885 | 19.002 | 1.100.887 | 1,7 | 1.016.843 | 69.552 | 1.086.395 | 6,4 | -6 | 266 | -1,3 | -14.492 |
| | ITALIA | 7.811.658 | 430.397 | 8.242.055 | 5,2 | 6.710.171 | 2.142.617 | 8.852.788 | 24,2 | -14,1 | 397,8 | 7,4 | 610.733 |
| 15-64 anni | Nord | 16.158.272 | 1.088.389 | 17.246.661 | 6,3 | 12.979.163 | 4.769.353 | 17.748.516 | 26,9 | -19,7 | 338,2 | 2,9 | 501.855 |
| | Centro | 6.833.632 | 560.455 | 7.394.087 | 7,6 | 5.606.826 | 2.174.851 | 7.781.677 | 27,9 | -18 | 288,1 | 5,2 | 387.590 |
| | Sud | 9.248.145 | 235.574 | 9.483.719 | 2,5 | 8.973.029 | 970.306 | 9.943.335 | 9,8 | -3 | 311,9 | 4,8 | 459.616 |
| | Isole | 4.421.205 | 92.523 | 4.513.728 | 2 | 4.171.304 | 278.240 | 4.449.544 | 6,3 | -5,7 | 200,7 | -1,4 | -64.184 |
| | ITALIA | 36.661.254 | 1.976.941 | 38.638.195 | 5,1 | 31.730.322 | 8.192.750 | 39.923.072 | 20,5 | -13,4 | 314,4 | 3,3 | 1.284.877 |
| >65 anni | Nord | 5.128.427 | 53.368 | 5.181.795 | 1 | 5.728.847 | 146.042 | 5.874.889 | 2,5 | 11,7 | 173,7 | 13,4 | 693.094 |
| | Centro | 2.218.355 | 42.853 | 2.261.208 | 1,9 | 2.440.376 | 81.396 | 2.521.772 | 3,2 | 10 | 89,9 | 11,5 | 260.564 |
| | Sud | 2.264.712 | 9.121 | 2.273.833 | 0,4 | 2.704.817 | 39.975 | 2.744.792 | 1,5 | 19,4 | 338,3 | 20,7 | 470.959 |
| | Isole | 1.110.661 | 2.260 | 1.112.921 | 0,2 | 1.318.806 | 9.916 | 1.328.722 | 0,7 | 18,7 | 338,8 | 19,4 | 215.801 |
| | ITALIA | 10.722.155 | 107.602 | 10.829.757 | 1 | 12.192.846 | 277.329 | 12.470.175 | 2,2 | 13,7 | 157,7 | 15,1 | 1.640.418 |

(a) percentuale di stranieri sul totale della popolazione

**TABELLA 3 / Et  0-14 anni. Popolazione italiana, straniera e complessiva per regione e area geografica.
Anni 2003/2023. Variazioni % e in valore assoluto**

| Regione | 2003 | | | | 2023 | | | | Variazioni 2003-2023 | | | |
|----------------|------------------|----------------|------------------|------------|------------------|------------------|------------------|-------------|----------------------|------------------|-------------|--------------------------|
| | Italiani | Stranieri | Totale | (a) | Italiani | Stranieri | Totale | (a) | Var. % Italiani | Var. % Stranieri | Var. % Tot. | Var. pop. tot. val. ass. |
| Valle d'Aosta | 15.123 | 646 | 15.769 | 4,1 | 11.614 | 2.764 | 14.378 | 19,2 | -23,2 | 327,9 | -8,8 | -1.391 |
| Trentino A.A. | 145.359 | 7.336 | 152.695 | 4,8 | 117.148 | 27.308 | 144.456 | 18,9 | -19,4 | 272,2 | -5,4 | -8.239 |
| Piemonte | 481.956 | 35.778 | 517.734 | 6,9 | 384.636 | 175.767 | 560.403 | 31,4 | -20,2 | 391,3 | 8,2 | 42.669 |
| Lombardia | 1.099.862 | 109.021 | 1.208.883 | 9 | 865.852 | 498.423 | 1.364.275 | 36,5 | -21,3 | 357,2 | 12,9 | 155.392 |
| Veneto | 564.791 | 50.436 | 615.227 | 8,2 | 446.080 | 226.196 | 672.276 | 33,6 | -21 | 348,5 | 9,3 | 57.049 |
| Friuli V.G. | 128.293 | 7.504 | 135.797 | 5,5 | 98.920 | 39.515 | 138.435 | 28,5 | -22,9 | 426,6 | 1,9 | 2.638 |
| Liguria | 160.011 | 9.592 | 169.603 | 5,7 | 115.836 | 52.248 | 168.084 | 31,1 | -27,6 | 444,7 | -0,9 | -1.519 |
| Emilia Romagna | 424.595 | 43.200 | 467.795 | 9,2 | 314.621 | 204.978 | 519.599 | 39,4 | -25,9 | 374,5 | 11,1 | 51.804 |
| Nord | 3.019.990 | 263.513 | 3.283.503 | 8 | 2.354.707 | 1.227.199 | 3.581.906 | 34,3 | -22 | 365,7 | 9,1 | 298.403 |
| Toscana | 379.279 | 34.014 | 413.293 | 8,2 | 282.502 | 185.059 | 467.561 | 39,6 | -25,5 | 444,1 | 13,1 | 54.268 |
| Marche | 174.485 | 13.758 | 188.243 | 7,3 | 142.079 | 67.828 | 209.907 | 32,3 | -18,6 | 393 | 11,5 | 21.664 |
| Umbria | 92.816 | 9.086 | 101.902 | 8,9 | 75.014 | 52.076 | 127.090 | 41 | -19,2 | 473,1 | 24,7 | 25.188 |
| Lazio | 693.527 | 50.555 | 744.082 | 6,8 | 562.280 | 299.602 | 861.882 | 34,8 | -18,9 | 492,6 | 15,8 | 117.800 |
| Centro | 1.340.107 | 107.413 | 1.447.520 | 7,4 | 1.061.875 | 604.565 | 1.666.440 | 36,3 | -20,8 | 462,8 | 15,1 | 218.920 |
| Campania | 1.063.697 | 16.666 | 1.080.363 | 1,5 | 1.021.368 | 120.593 | 1.141.961 | 10,6 | -4 | 623,6 | 5,7 | 61.598 |
| Abruzzo | 169.750 | 6.614 | 176.364 | 3,8 | 157.337 | 35.858 | 193.195 | 18,6 | -7,3 | 442,2 | 9,5 | 16.831 |
| Molise | 44.803 | 580 | 45.383 | 1,3 | 41.109 | 3.738 | 44.847 | 8,3 | -8,2 | 544,5 | -1,2 | -536 |
| Puglia | 670.199 | 9.726 | 679.925 | 1,4 | 635.961 | 44.284 | 680.245 | 6,5 | -5,1 | 355,3 | 0,05 | 320 |
| Basilicata | 92.158 | 1.046 | 93.204 | 1,1 | 91.084 | 5.321 | 96.405 | 5,5 | -1,2 | 408,7 | 3,4 | 3.201 |
| Calabria | 329.069 | 5.837 | 334.906 | 1,7 | 329.887 | 31.507 | 361.394 | 8,7 | 0,2 | 439,8 | 7,9 | 26.488 |
| Sud | 2.369.676 | 40.469 | 2.410.145 | 1,7 | 2.276.746 | 241.301 | 2.518.047 | 9,6 | -3,9 | 496,3 | 4,5 | 107.902 |
| Sicilia | 858.552 | 16.855 | 875.407 | 1,9 | 834.237 | 60.560 | 894.797 | 6,8 | -2,8 | 259,3 | 2,2 | 19.390 |
| Sardegna | 223.333 | 2.147 | 225.480 | 1 | 182.606 | 8.992 | 191.598 | 4,7 | -18,2 | 318,8 | -15 | -33.882 |
| Isole | 1.081.885 | 19.002 | 1.100.887 | 1,7 | 1.016.843 | 69.552 | 1.086.395 | 6,4 | -6 | 266 | -1,3 | -14.492 |
| Italia | 7.811.658 | 430.397 | 8.242.055 | 5,2 | 6.710.171 | 2.142.617 | 8.852.788 | 24,2 | -14,1 | 397,8 | 7,4 | 610.733 |

(a) percentuale di stranieri sul totale della popolazione

Il fenomeno immigrazione assume funzione decisiva nella ridefinizione delle dinamiche demografiche.   il principale fattore di crescita e di stabilizzazione della popolazione, con effetti economici e sociali significativi nel lungo periodo.

TABELLA 4 / Età 15-64 anni. Popolazione italiana, straniera e complessiva per regione e area geografica. Anni 2003/2023. Variazioni % e in valore assoluto

| Regione | 2003 | | | | 2023 | | | | Variazioni 2003-2023 | | | |
|----------------|-------------------|------------------|-------------------|------------|-------------------|------------------|-------------------|-------------|----------------------|------------------|-------------|--------------------------|
| | Italiani | Stranieri | Totale | (a) | Italiani | Stranieri | Totale | (a) | Var. % Italiani | Var. % Stranieri | Var. % Tot. | Var. pop. tot. val. ass. |
| Valle d'Aosta | 78.396 | 2.710 | 81.106 | 3,3 | 64.214 | 10.208 | 74.422 | 13,7 | -18,1 | 276,7 | -8,2 | -6.684 |
| Trentino A.A. | 601.886 | 29.907 | 631.793 | 4,7 | 547.542 | 108.725 | 656.267 | 16,6 | -9 | 263,5 | 3,9 | 24.474 |
| Piemonte | 2.678.262 | 150.115 | 2.828.377 | 5,3 | 2.101.170 | 669.876 | 2.771.046 | 24,2 | -21,5 | 346,2 | -2 | -57.331 |
| Lombardia | 5.763.410 | 450.387 | 6.213.797 | 7,2 | 4.679.589 | 1.945.295 | 6.624.884 | 29,4 | -18,8 | 331,9 | 6,6 | 411.087 |
| Veneto | 2.889.095 | 190.644 | 3.079.739 | 6,2 | 2.399.560 | 906.858 | 3.306.418 | 27,4 | -16,9 | 375,7 | 7,4 | 226.679 |
| Friuli V.G. | 746.430 | 39.006 | 785.436 | 5 | 575.243 | 134.938 | 710.181 | 19 | -22,9 | 245,9 | -9,6 | -75.255 |
| Liguria | 968.074 | 50.035 | 1.018.109 | 4,9 | 722.809 | 191.158 | 913.967 | 20,9 | -25,3 | 282 | -10,2 | -104.142 |
| Emilia Romagna | 2.432.719 | 175.585 | 2.608.304 | 6,7 | 1.889.036 | 802.295 | 2.691.331 | 29,8 | -22,3 | 356,9 | 3,2 | 83.027 |
| Nord | 16.158.272 | 1.088.389 | 17.246.661 | 6,3 | 12.979.163 | 4.769.353 | 17.748.516 | 26,9 | -19,7 | 338,2 | 2,9 | 501.855 |
| Toscana | 2.154.240 | 153.828 | 2.308.068 | 6,7 | 1.677.471 | 661.036 | 2.338.507 | 28,3 | -22,1 | 329,7 | 1,3 | 30.439 |
| Marche | 896.316 | 53.377 | 949.693 | 5,6 | 741.000 | 247.499 | 988.499 | 25 | -17,3 | 363,7 | 4,1 | 38.806 |
| Umbria | 500.624 | 40.615 | 541.239 | 7,5 | 400.587 | 180.270 | 580.857 | 31 | -20 | 343,9 | 7,3 | 39.618 |
| Lazio | 3.282.452 | 312.635 | 3.595.087 | 8,7 | 2.787.768 | 1.086.046 | 3.873.814 | 28 | -15,1 | 247,4 | 7,8 | 278.727 |
| Centro | 6.833.632 | 560.455 | 7.394.087 | 7,6 | 5.606.826 | 2.174.851 | 7.781.677 | 27,9 | -18 | 288,1 | 5,2 | 387.590 |
| Campania | 3.795.801 | 114.032 | 3.909.833 | 2,9 | 3.826.211 | 487.396 | 4.313.607 | 11,3 | 0,8 | 327,4 | 10,3 | 403.774 |
| Abruzzo | 805.177 | 31.654 | 836.831 | 3,8 | 707.713 | 126.958 | 834.671 | 15,2 | -12,1 | 301,1 | -0,3 | -2.160 |
| Molise | 207.213 | 3.190 | 210.403 | 1,5 | 185.998 | 12.357 | 198.355 | 6,2 | -10,2 | 287,4 | -5,7 | -12.048 |
| Puglia | 2.720.790 | 48.228 | 2.769.018 | 1,7 | 2.599.383 | 182.047 | 2.781.430 | 6,5 | -4,5 | 277,5 | 0,4 | 12.412 |
| Basilicata | 392.294 | 5.638 | 397.932 | 1,4 | 371.290 | 23.554 | 394.844 | 6 | -5,4 | 317,8 | -0,8 | -3.088 |
| Calabria | 1.326.870 | 32.832 | 1.359.702 | 2,4 | 1.282.434 | 137.994 | 1.420.428 | 9,7 | -3,3 | 320,3 | 4,5 | 60.726 |
| Sud | 9.248.145 | 235.574 | 9.483.719 | 2,5 | 8.973.029 | 970.306 | 9.943.335 | 9,8 | -3 | 311,9 | 4,8 | 459.616 |
| Sicilia | 3.280.046 | 78.533 | 3.358.579 | 2,3 | 3.185.643 | 246.681 | 3.432.324 | 7,2 | -2,9 | 214,1 | 2,2 | 73.745 |
| Sardegna | 1.141.159 | 13.990 | 1.155.149 | 1,2 | 985.661 | 31.559 | 1.017.220 | 3,1 | -13,6 | 125,6 | -11,9 | -137.929 |
| Isole | 4.421.205 | 92.523 | 4.513.728 | 2 | 4.171.304 | 278.240 | 4.449.544 | 6,3 | -5,7 | 200,7 | -1,4 | -64.184 |
| Italia | 36.661.254 | 1.976.941 | 38.638.195 | 5,1 | 31.730.322 | 8.192.750 | 39.923.072 | 20,5 | -13,4 | 314,4 | 3,3 | 1.284.877 |

(a) percentuale di stranieri sul totale della popolazione

**TABELLA 5 / Et  ≥ 65 anni. Popolazione italiana, straniera e complessiva per regione e area geografica.
Anni 2003/2023. Variazioni % e in valore assoluto**

| Regione | 2003 | | | | 2023 | | | | Variazioni 2003-2023 | | | |
|----------------|-------------------|----------------|-------------------|------------|-------------------|----------------|-------------------|------------|----------------------|---------------------|----------------|--------------------------------|
| | Italiani | Stranieri | Totale | (a) | Italiani | Stranieri | Totale | (a) | Var. % Italiani | Var. % Stranieri | Var. % Tot. | Var. pop. tot. val. ass. |
| Valle d'Aosta | 23.160 | 161 | 23.321 | 0,7 | 26.528 | 238 | 26.766 | 0,9 | 14,5 | 47,8 | 14,8 | 3.445 |
| Trentino A.A. | 159.209 | 2.866 | 162.075 | 1,8 | 197.003 | 3.435 | 200.438 | 1,7 | 23,7 | 19,9 | 23,7 | 38.363 |
| Piemonte | 902.837 | 6.321 | 909.158 | 0,7 | 964.802 | 18.785 | 983.587 | 1,9 | 6,9 | 197,2 | 8,2 | 74.429 |
| Lombardia | 1.655.249 | 24.741 | 1.679.990 | 1,5 | 1.989.477 | 59.630 | 2.049.107 | 2,9 | 20,2 | 141 | 22 | 369.117 |
| Veneto | 834.138 | 5.440 | 839.578 | 0,6 | 990.477 | 25.639 | 1.016.116 | 2,5 | 18,7 | 371,3 | 21 | 176.538 |
| Friuli V.G. | 254.627 | 2.491 | 257.118 | 1 | 266.271 | 6.977 | 273.248 | 2,6 | 4,6 | 180,1 | 6,3 | 16.130 |
| Liguria | 402.871 | 6.021 | 408.892 | 1,5 | 372.845 | 8.772 | 381.617 | 2,3 | -7,5 | 45,7 | -6,7 | -27.275 |
| Emilia Romagna | 896.336 | 5.327 | 901.663 | 0,6 | 921.444 | 22.566 | 944.010 | 2,4 | 2,8 | 323,6 | 4,7 | 42.347 |
| Nord | 5.128.427 | 53.368 | 5.181.795 | 1 | 5.728.847 | 146.042 | 5.874.889 | 2,5 | 11,7 | 173,7 | 13,4 | 693.094 |
| Toscana | 787.604 | 6.743 | 794.347 | 0,8 | 807.777 | 22.311 | 830.088 | 2,7 | 2,6 | 230,9 | 4,5 | 35.741 |
| Marche | 321.618 | 1.524 | 323.142 | 0,5 | 334.389 | 6.365 | 340.754 | 1,9 | 4 | 317,7 | 5,5 | 17.612 |
| Umbria | 189.262 | 1.540 | 190.802 | 0,8 | 189.372 | 5.602 | 194.974 | 2,9 | 0,1 | 263,8 | 2,2 | 4.172 |
| Lazio | 919.871 | 33.046 | 952.917 | 3,5 | 1.108.838 | 47.118 | 1.155.956 | 4,1 | 20,5 | 42,6 | 21,3 | 203.039 |
| Centro | 2.218.355 | 42.853 | 2.261.208 | 1,9 | 2.440.376 | 81.396 | 2.521.772 | 3,2 | 10 | 89,9 | 11,5 | 260.564 |
| Campania | 820.814 | 5.683 | 826.497 | 0,7 | 1.018.755 | 22.288 | 1.041.043 | 2,1 | 24,1 | 292,2 | 26 | 214.546 |
| Abruzzo | 260.929 | 931 | 261.860 | 0,4 | 273.270 | 3.384 | 276.654 | 1,2 | 4,7 | 263,5 | 5,6 | 14.794 |
| Molise | 69.098 | 79 | 69.177 | 0,1 | 68.667 | 423 | 69.090 | 0,6 | -0,6 | 435,4 | -0,1 | -87 |
| Puglia | 651.320 | 1.561 | 652.881 | 0,2 | 820.669 | 6.656 | 827.325 | 0,8 | 26 | 326,4 | 26,7 | 174.444 |
| Basilicata | 113.166 | 122 | 113.288 | 0,1 | 122.067 | 984 | 123.051 | 0,8 | 7,9 | 706,6 | 8,6 | 9.763 |
| Calabria | 349.385 | 745 | 350.130 | 0,2 | 401.389 | 6.240 | 407.629 | 1,5 | 14,9 | 737,6 | 16,4 | 57.499 |
| Sud | 2.264.712 | 9.121 | 2.273.833 | 0,4 | 2.704.817 | 39.975 | 2.744.792 | 1,5 | 19,4 | 338,3 | 20,7 | 470.959 |
| Sicilia | 846.112 | 1.802 | 847.914 | 0,2 | 963.320 | 8.650 | 971.970 | 0,9 | 13,9 | 380 | 14,6 | 124.056 |
| Sardegna | 264.549 | 458 | 265.007 | 0,2 | 355.486 | 1.266 | 356.752 | 0,4 | 34,4 | 176,4 | 34,6 | 91.745 |
| Isole | 1.110.661 | 2.260 | 1.112.921 | 0,2 | 1.318.806 | 9.916 | 1.328.722 | 0,7 | 18,7 | 338,8 | 19,4 | 215.801 |
| Italia | 10.722.155 | 107.602 | 10.829.757 | 1 | 12.192.846 | 277.329 | 12.470.175 | 2,2 | 13,7 | 157,7 | 15,1 | 1.640.418 |

(a) percentuale di stranieri sul totale della popolazione

TABELLA 6 / Donne italiane e straniere in età feconda (15-49 anni), per regione e area geografica. Anni 2003/2023. Variazioni % e in valore assoluto

| Regione | 2003 | | | | 2023 | | | | Variazioni 2003-2023 | | | |
|----------------|-------------------|----------------|-------------------|------------|------------------|------------------|-------------------|-------------|----------------------|------------------|--------------|--------------------------|
| | Italiani | Stranieri | Totale | (a) | Italiani | Stranieri | Totale | (a) | Var. % Italiani | Var. % Stranieri | Var. % Tot. | Var. pop. tot. val. ass. |
| Valle d'Aosta | 26.636 | 1.141 | 27.777 | 4,1 | 18.022 | 2.910 | 20.932 | 13,9 | -32,3 | 155,0 | -24,6 | -6.845 |
| Trentino A.A. | 214.388 | 10.564 | 224.952 | 4,7 | 166.592 | 29.473 | 196.065 | 15,0 | -22,3 | 179,0 | -12,8 | -28.887 |
| Piemonte | 896.259 | 61.848 | 958.107 | 6,5 | 600.246 | 188.041 | 788.287 | 23,9 | -33,0 | 204,0 | -17,7 | -169.820 |
| Lombardia | 1.965.017 | 181.034 | 2.146.051 | 8,4 | 1.346.533 | 528.326 | 1.874.859 | 28,2 | -31,5 | 191,8 | -12,6 | -271.192 |
| Veneto | 1.005.226 | 70.636 | 1.075.862 | 6,6 | 693.541 | 251.821 | 945.362 | 26,6 | -31,0 | 256,5 | -12,1 | -130.500 |
| Friuli V.G. | 243.872 | 17.186 | 261.058 | 6,6 | 159.323 | 40.862 | 200.185 | 20,4 | -34,7 | 137,8 | -23,3 | -60.873 |
| Liguria | 315.858 | 21.444 | 337.302 | 6,4 | 197.248 | 53.042 | 250.290 | 21,2 | -37,6 | 147,4 | -25,8 | -87.012 |
| Emilia Romagna | 822.304 | 67.731 | 890.035 | 7,6 | 521.272 | 228.872 | 750.144 | 30,5 | -36,6 | 237,9 | -15,7 | -139.891 |
| Nord | 5.489.560 | 431.584 | 5.921.144 | 7,3 | 3.702.777 | 1.323.347 | 5.026.124 | 26,3 | -32,5 | 206,6 | -15,1 | -895.020 |
| Toscana | 718.214 | 69.026 | 787.240 | 8,8 | 471.573 | 199.262 | 670.835 | 29,7 | -34,3 | 188,7 | -14,8 | -116.405 |
| Marche | 308.938 | 22.974 | 331.912 | 6,9 | 218.519 | 76.300 | 294.819 | 25,9 | -29,3 | 232,1 | -11,2 | -37.093 |
| Umbria | 168.330 | 18.667 | 186.997 | 10,0 | 116.101 | 56.815 | 172.916 | 32,9 | -31,0 | 204,4 | -7,5 | -14.081 |
| Lazio | 1.152.803 | 138.882 | 1.291.685 | 10,8 | 835.275 | 293.515 | 1.128.790 | 26,0 | -27,5 | 111,3 | -12,6 | -162.895 |
| Centro | 2.348.285 | 249.549 | 2.597.834 | 9,6 | 1.641.468 | 625.892 | 2.267.360 | 27,6 | -30,1 | 150,8 | -12,7 | -330.474 |
| Campania | 1.439.716 | 48.794 | 1.488.510 | 3,3 | 1.291.752 | 120.910 | 1.412.662 | 8,6 | -10,3 | 147,8 | -5,1 | -75.848 |
| Abruzzo | 288.046 | 14.001 | 302.047 | 4,6 | 217.624 | 37.995 | 255.619 | 14,9 | -24,4 | 171,4 | -15,4 | -46.428 |
| Molise | 74.880 | 1.555 | 76.435 | 2,0 | 58.116 | 3.855 | 61.971 | 6,2 | -22,4 | 147,9 | -18,9 | -14.464 |
| Puglia | 1.016.450 | 18.684 | 1.035.134 | 1,8 | 854.636 | 46.407 | 901.043 | 5,2 | -15,9 | 148,4 | -13,0 | -134.091 |
| Basilicata | 146.208 | 1.964 | 148.172 | 1,3 | 119.075 | 5.794 | 124.869 | 4,6 | -18,6 | 195,0 | -15,7 | -23.303 |
| Calabria | 499.438 | 11.812 | 511.250 | 2,3 | 425.380 | 32.902 | 458.282 | 7,2 | -14,8 | 178,5 | -10,4 | -52.968 |
| Sud | 3.464.738 | 96.810 | 3.561.548 | 2,7 | 2.966.583 | 247.863 | 3.214.446 | 7,7 | -14,4 | 156,0 | -9,7 | -347.102 |
| Sicilia | 1.225.296 | 30.889 | 1.256.185 | 2,5 | 1.060.434 | 60.880 | 1.121.314 | 5,4 | -13,5 | 97,1 | -10,7 | -134.871 |
| Sardegna | 415.258 | 5.748 | 421.006 | 1,4 | 302.022 | 8.361 | 310.383 | 2,7 | -27,3 | 45,5 | -26,3 | -110.623 |
| Isole | 1.640.554 | 36.637 | 1.677.191 | 2,2 | 1.362.456 | 69.241 | 1.431.697 | 4,8 | -17,0 | 89,0 | -14,6 | -245.494 |
| Italia | 12.943.137 | 814.580 | 13.757.717 | 5,9 | 9.673.284 | 2.266.343 | 11.939.627 | 19,0 | -25,3 | 178,2 | -13,2 | -1.818.090 |

(a) percentuale di straniere sul totale della popolazione

una crescita media annua complessiva dello 0,3% (+176.801): -0,4% (-228.080) per gli italiani e +16% (+ 404.888) per gli stranieri.

Il rapporto stranieri : italiani che nel 2003 è di 1 : 22, sarà nel 2023 di 1 : 5.

Proiezioni demografiche per classi di età

> 0-14 anni

Si evidenzia un aumento del 7,4% (+ 610.733) per il complesso dei mino-

Il rapporto stranieri : italiani che nel 2003 è 1 : 100, nel 2023 sarà 1 : 44.

> *Indice di vecchiaia*

L'indice di vecchiaia (IV = $\text{pop65-oltre}/\text{pop0-14} \times 100$) da 131 passerà a 141; senza flussi migratori l'indice nel 2023 sarebbe più elevato: 182.

> *Proiezioni demografiche delle donne in età fertile*

Le donne in età fertile subiranno un calo del 13% (-1.808.090). La diminuzione si rileva in tutte le regioni

invecchiamento e sulla bassa natalità.

L'aumento degli anziani e la bassa natalità saranno perciò sempre più emergenze a cui il sistema socio-economico dovrà rispondere con programmi adeguati e con politiche attive nel sostegno alla famiglia (flessibilità nei tempi di lavoro, servizi per la prima infanzia, misure di conciliazione tra lavoro e famiglia) e con interventi mirati e più attenti al fenomeno immigrazione

Con i flussi migratori la popolazione aumenterà nelle fasce di età più giovani e in età lavorativa, mentre la crescita degli anziani sarà più contenuta.

ri; i bambini italiani subiranno un calo del 14% (-1.100.941), mentre gli stranieri aumenteranno di 1.712.220 (da 430.397 a 2.142.617) e l'incidenza sulla popolazione passerà da 5% a 24%: al Nord da 8% a 34%; al Sud da 1,7% a 9,6%.

Si prevede una crescita media annua dello 0,4% (+30.537): -0,7% (-55.074) per gli italiani e +20% (+85.611) per gli stranieri.

Il rapporto stranieri : italiani che nel 2003 è 1:18, sarà nel 2023 1: 3.

> 15-64 anni

I soggetti in età lavorativa aumenteranno del 3% (+1.284.877); la popolazione italiana diminuirà del 13% (-4.930.932), mentre quella straniera aumenterà di 6.215.809 (da 1.976.941 a 8.192.750) e l'incidenza passerà da 5% a 20%: al Nord da 6,3% a 27%; al Sud da 2,5% a 9,8%.

Si prevede una crescita media annua dello 0,2% (+64.244): -0,7% (-246.547) per gli italiani e +15,7% (+310.790) per gli stranieri.

Il rapporto stranieri : italiani che nel 2003 è 1:19, sarà nel 2023 1: 4.

> ≥ 65 anni

Gli anziani aumenteranno del 15% (+1.640.418): per gli italiani si prevede una crescita del 14% (+1.470.691); da 10.772.155 a 12.192.846), per gli stranieri si passerà da 107.602 a 277.329 (+169.727). L'incidenza degli stranieri sarà del 2,2%.

Si prevede una crescita media per anno dello 0,8% (82.021): +0,7% (73.535) per gli italiani e +7,9% (8.486) per gli stranieri.

(range -26% in Sardegna, -7% in Umbria). Il calo delle italiane sarà del 25% (-3.269.853) mentre le straniere aumenteranno di 1.451.763 (da 814.580 a 2.226.343) e l'incidenza sulla popolazione passerà dal 6% al 19%: al Nord da 7,3% a 26%; al Sud da 2,7% a 7,7%.

Si prevede una diminuzione media per anno dell'1,2% (-90.904): -0,7% (163.493) per le italiane e +9% (+72.588) per le straniere.

Il rapporto straniere : italiane che nel 2003 è 1:16, nel 2023 sarà 1: 4.

CONCLUSIONI

Il fenomeno immigrazione assume funzione decisiva nella ridefinizione delle dinamiche demografiche. È il principale fattore di crescita e di stabilizzazione della popolazione, con effetti economici e sociali significativi nel lungo periodo.

Con i flussi migratori la popolazione aumenterà nelle fasce di età più giovani e in età lavorativa, mentre la crescita degli anziani sarà più contenuta. La società italiana è caratterizzata da debole demografia: la bassa natalità, l'alto indice di vecchiaia, la diminuzione della popolazione adulta più giovane sono indicatori di potenziale destabilizzazione dell'economia e di diminuzione della produttività. I dati riportati evidenziano come l'immigrazione possa contribuire ad attenuare gli effetti negativi indotti dalle tendenze demografiche attuali, ma non sarà in grado di incidere significativamente sul processo di

che dovrà essere considerata una risorsa.

BIBLIOGRAFIA

1. Marceca M., Geraci S., Martino A.: *Esperienza migratoria, salute e disuguaglianze*. In Atti del Convegno "Fragilità sociale e tutela della salute: dalle disuguaglianze alla corresponsabilità". Edito dall'Istituto superiore di sanità - Rapporti IstiSan, 07/14, Roma, 2007; 19:24.
2. Caritas, *Immigrazione. Dossier statistico 2006*. Edizione Nuova Anterem, Roma.
3. Istat, *La popolazione straniera in Italia al 1° gennaio 2006*.
4. Istat, *La popolazione residente in Italia per età, sesso al 1° gennaio 2003*, <http://www.demo.istat.it>
5. Istat, *Tavole di mortalità delle regioni italiane, 1999*, <http://www.demo.istat.it>
6. Istat, *Previsioni della popolazione residente per sesso, età e regione, base 1.1.2001*, <http://www.istat.it>
7. Istat, *Permessi di soggiorno per classe d'età, regione e sesso, 1999*, <http://www.istat.it>.
8. Istat, *La presenza straniera legale, 1999*, <http://www.demo.istat.it>
9. Istat, *La popolazione straniera in Italia al 1° gennaio 2000*.
10. Istat, *La popolazione straniera in Italia al 1° gennaio 2001*.
11. Ministero dell'Interno, *Domande di regolarizzazione al 18 dicembre 2002*, <http://www.interno.it>
12. M. Livi Bacci, *Introduzione alla demografia*, Ed. Loescher, 1999; 308-333.

RASSEGNA

di Valeria Marin*

Il rapporto tra il medico di base e il paziente immigrato

Difficoltà di relazione e comunicazione

L'Italia è stata, per circa un secolo, uno dei maggiori paesi d'emigrazione nel mondo. È solo dalla seconda metà degli anni '70 che il suo ruolo nel sistema delle migrazioni internazionali muta radicalmente diventando, più che di partenza, meta di passaggio o di arrivo. Oggi, a quasi trent'anni dal primo saldo migratorio positivo, l'Italia conta sul suo territorio circa 2,5 milioni di persone provenienti da altri Stati. Queste stime (il numero dei migranti regolarmente registrati è meno della metà) fanno dell'Italia il terzo paese europeo come consistenza del fenomeno migratorio alla pari della Gran Bretagna e alle spalle di Germania e Francia (Dati Istat, *Rapporto annuale. La situazione del paese nel 2004*, Roma, 2005; Caritas di Roma, *Migrantes: immigrazione - Dossier Statistico*, Roma, 2004).

Il Veneto è la terza regione italiana per consistenza del fenomeno migratorio. Gli immigrati presenti sul territorio regionale sono, secondo le stime, circa 275/280.000, il 10% del totale nazionale. La popolazione straniera è in continuo aumento e in particolare, dagli inizi degli anni '90, si registra un incremento della percentuale di donne e minori (rispettivamente il 46% e il 23% del totale degli stranieri). Il fenomeno dell'immigrazione interessa tutte le province venete anche se in maniera non uniforme. Il 70% degli immigrati presenti in Veneto si concentra nelle province di Vicenza, Verona e Treviso. La provincia di Padova accoglie il 15% degli stranieri: di questi un terzo risiede regolarmente nel comune di Padova (Dati Istat, *Rapporto annuale. La situazione del paese nel 2004*, Roma, 2005; Regione del Ve-

neto, *Il Veneto si racconta: dossier statistico 2005*, Venezia, 2005).

In questo scenario demografico è ormai comune per la maggioranza dei medici di medicina generale (Mmg) e per i pediatri di libera scelta (Pls) annoverare fra i propri assistiti numeri sempre più consistenti di stranieri.

L'indagine, svolta nel territorio dell'Ulss 16 di Padova, è volta ad analizzare la percezione e le eventuali difficoltà che il Mmg e il Pls hanno della relazione con il proprio paziente immigrato.

Non si è cercato pertanto di dimostrare se il paziente immigrato sia realmente portatore di malattie "esotiche" o di indagare quali siano gli aspetti socio-sanitari che l'immigrato ritiene problematici bensì valutare:

- > con quali e quanti pazienti immigrati si relaziona oggi un medico a Padova;
- > quali le difficoltà che si incontrano nella pratica medica quotidiana;
- > quali i suggerimenti e le idee per affrontare questi problemi.

MATERIALI E METODI

L'indagine è stata effettuata tra la fine del 2005 e inizio 2006 nell'Ulss 16 di Padova, tramite somministrazione di un questionario. La distribuzione è avvenuta grazie alla mediazione dei direttori di distretto e di un responsabile dell'unità operativa Cure primarie che hanno diffuso i questionari fra i medici di medicina generale (Mmg) e i pediatri di libera scelta (Pls).

La scelta delle domande da porre è stata fatta a partire da studi precedenti effettuati in altre province italiane inerenti agli aspetti sanitari dell'immigrazione con particolare attenzione alle ricerche che hanno indagato le difficoltà percepite dagli stranieri nel

rapportarsi al proprio medico di base e nell'accedere ai servizi (AA.VV., *Il paziente immigrato*, Cuamm Padova Editeam, 1994; T. Esposito, *Relazione medico - paziente e ruolo del medico di famiglia* in W. Pasini (a cura di), *Il medico e il paziente immigrato*, Regione del Veneto, *Relazione Socio-Sanitaria della Regione Veneto*, Venezia, 2005).

Il questionario utilizzato, validato, è costituito da 16 domande, a scelta singola, a scelta multipla ed aperte, suddivise in tre sezioni:

1. dati anagrafici dei medici;
2. dati riguardanti la gestione del lavoro (numero di assistiti, conoscenza di lingue straniere, uso del computer, presenza di un/a segretario/a, etc.);
3. percezione del rapporto medico-paziente immigrato (eventuali disagi o difficoltà, suggerimenti pratici per migliorare la situazione, etc.).

RISULTATI

Dai dati ottenuti emerge che il campione dei 103 medici (65 uomini e 38 donne) è risultato essere composto da medici di 53,4 anni in media (con un netto picco se considerati i medici nati tra il '51 e il '60), che svolgono per più dell'83% la loro attività da più di dieci anni.

Analizzando i dati prettamente lavorativi l'85% ha più di 750 assistiti, l'89% dichiara di usare il computer nel lavoro, il 35% ha una segretaria (per sé o in comune con altri colleghi). Il contatto medico-paziente avviene direttamente nel 67% dei casi e previa accettazione dal segretario/a o prenotazione telefonica nel restante 33%. Il 92% degli intervistati dichiara di conoscere almeno una lingua straniera (soprattutto inglese

* Medico chirurgo, direttore della Scuola di specializzazione in igiene e medicina preventiva, dipartimento di Medicina ambientale e Sanità pubblica, Università di Padova

e francese) mentre riferiscono che a conoscere altre lingue oltre l'italiano sia il 50% dei segretari/e.

Per quanto concerne il numero di assistiti stranieri, il 23% dichiara un numero che va da 0 a 20, 30% circa un numero tra 21 e 50, il 30% tra 51 e 100. Quelli che dichiarano più di cento stranieri tra gli assistiti sono il 17%. Per quanto riguarda i paesi d'origine le comunità più presenti negli ambulatori dei Mmg e Pls sono quelle dell'Est Europa (37%), dell'Africa settentrionale (30%) e dell'Asia (15%). I dati riferiti dai medici sono in linea con i dati Istat relativi alle presenze straniere nel 2004, questo suggerisce come vi sia una idea molto precisa dei Mmg e Pls su quelle che sono le zone di provenienza dei loro assistiti (Dati Istat, *Rapporto annuale. La situazione del paese nel 2004*, Roma, 2005; Regione del Veneto, *Il Veneto si racconta: dossier statistico 2005*, Venezia, 2005).

In merito alla relazione con l'assistito immigrato è stato chiesto al medico di indicare, in una scala di valori da 1 (per niente/pochissimo) a 5 (moltissimo), il grado di disagio provocato da alcune situazioni che studi precedenti (T. Esposito, *Relazione medico - paziente e ruolo del medico di famiglia* in W. Pasini (a cura di): *Il medico e il paziente immigrato*, R. Malatesta, *Aspetti sanitari dell'immigrazione extracomunitaria. Il convegno*, Treviso - 21 maggio 1992) hanno indicato come ostacoli all'instaurarsi di una buona relazione tra il medico e l'assistito immigrato. In **Figura 1** vengono riportate le medie dei valori attribuiti dai medici ai motivi di disagio considerati: disagio generato da difficoltà di comprensione linguistica, da difficoltà di espressione linguistica, da differenze culturali, da differenze nelle tradizioni mediche oppure disagio generico. I risultati raccolti evidenziano come le difficoltà maggiormente sentite dai medici siano quelle linguistiche mentre i problemi culturali e sociali, molto sentiti dai pazienti immigrati, abbiano poca rilevanza. Ai medici è stato quindi chiesto di esprimere un giudizio, in una scala di valori, in merito all'atteggiamento e al vissuto del paziente straniero. I

FIGURA 1 / Valutazioni possibili cause di disagio nel rapporto medico-paziente immigrato

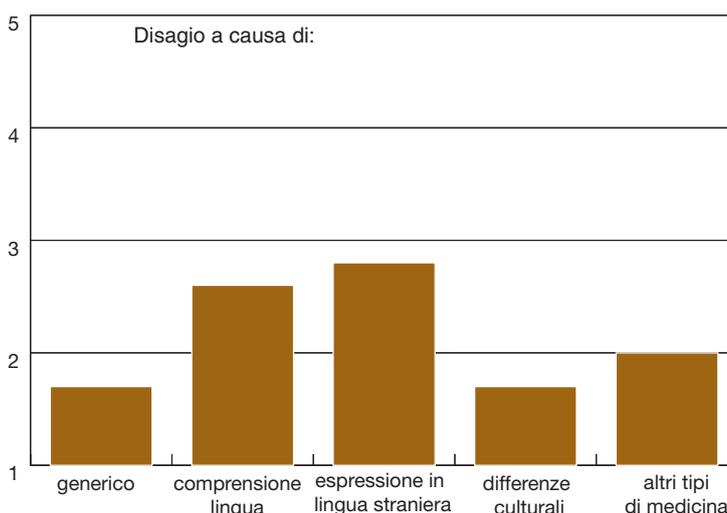
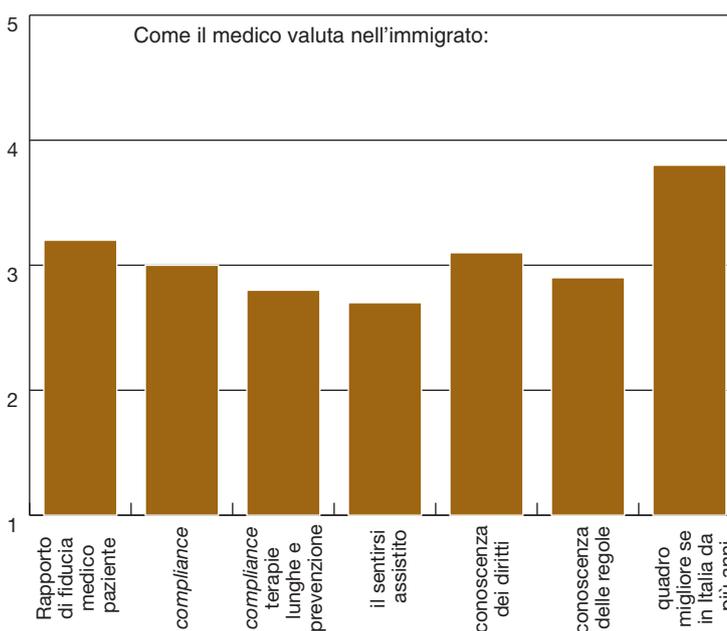


FIGURA 2 / Valutazione rapporto medico-paziente immigrato



risultati ottenuti sono riportati nella **Figura 2**.

Il rapporto di fiducia tra il medico e il paziente è ritenuto per lo più valido e presente (media 3,24). La *compliance* del paziente viene giudicata nel complesso adeguata dalla maggior parte dei medici (media 3,04); non completamente valida è tuttavia la

compliance nei confronti di trattamenti a lungo termine e delle misure di prevenzione (media 2,6), dato che conferma quanto riportato in letteratura (L. Frighi, *Approccio medico ai problemi di salute mentale degli immigrati* in W. Pasini (a cura di): *Il medico e il paziente immigrato*, R. Colasanti, S. Geraci, *Argomenti di*

FIGURA 3 / Valutazioni sull'utilità di possibili interventi (evidenziati i risultati con più del 20% delle preferenze)

| | Vuote | Nessuna utilità | Poco utili | Abbastanza utili | Molto utili | Utilissimi |
|---------------------|-------|-----------------|------------|------------------|-------------|------------|
| Corsi di lingue | 1,3% | 20% | 16% | 20% | 16% | 26,6% |
| Corsi antropologici | 2,6% | 24% | 22,6% | 29,3% | 12% | 9,3% |
| Mediatori culturali | 2,6% | 25,3% | 10,6% | 29,3% | 13,3% | 18,6% |
| Interpreti | 2,6% | 28% | 10,6% | 28% | 12% | 18,6% |
| Ambulatori dedicati | 1,3% | 32% | 13,3% | 18,6% | 12% | 22,6% |

Medicina delle Migrazioni, Ed. Peri Tecnes - Busseto (Pr), 1995).

Analizzando la media dei valori delle risposte (ponendo "per niente/pochissimo" = 1 e "moltissimo" = 5) si nota come la maggior parte del campione (media 3,3) ritenga che il sentirsi poco assistito non rappresenti un vissuto comune tra gli assistiti stranieri. La conoscenza dei diritti sanitari da parte degli stranieri, con una media di 3,08, risulta sufficiente. I medici del campione ritengono che il paziente immigrato per lo più (media 2,9) non conosca perfettamente le corrette procedure per fruire dei servizi sanitari. Condivisa è l'idea che il paziente in Italia da più tempo conosca e si relazioni meglio con il sistema sanitario (media 3,8). Nel complesso si può affermare che il medico rilevi la presenza di tutte le componenti di un buon rapporto con il paziente. Da sottolineare come i giudizi espressi dai medici siano risultati molto discordanti con tante risposte sui valori 1 o 5 piuttosto che distribuiti in maniera gaussiana intorno al valore 3.

Il 41% dei medici intervistati non ritiene che il paziente straniero sia fonte di particolari disagi o fastidi. Del restante 59% il problema che si verifica più di frequente (indicato da più di un quarto degli intervistati) è la formulazione di richieste improprie, seguito dall'atteggiamento di pretesa, segnalato dal 16% dei medici. Molti medici tuttavia specificano che que-

ste tipologie di problemi si rilevano tra gli italiani così come tra gli immigrati. Grande varietà di risposte è stata data per quanto riguarda possibili interventi in grado di migliorare la comunicazione e la relazione tra Mmg e Pls e immigrati. Grazie alle indicazioni derivanti dal confronto con i medici nella fase di validazione del questionario, sono stati individuati cinque possibili interventi ed è stato chiesto di esprimere un giudizio in merito alla loro utilità in una scala da 1 (non utile) a 5 (utilissimo).

Valutando sia la percentuale di medici che ha risposto in maniera favorevole alle varie proposte (risposte "abbastanza utile", "molto utile" e "utilissimo") sia la media ottenuta utilizzando la scala di valori, è stato possibile evidenziare quali le proposte ritenute quantitativamente e quali qualitativamente più interessanti.

I corsi di lingue per medici sono per lo più ritenuti una possibilità utile dal 63% dei medici con una media del punteggio dato pari a 3,1. L'organizzazione di corsi antropologici viene giudicata il meno utile, solo il 50% lo giudica di un qualche interesse (media di 2,5). La possibilità di avere mediatori culturali o interpreti facilmente contattabili all'occorrenza sono eventualità ritenute più o meno utili dal 61% e 59% degli intervistati (entrambe con media 2,8). Solo il 53% ritiene utile l'istituzione di ambulatori dedicati agli stranieri (media

2,8). Come evidenziato dalla **Figura 3** le opinioni espresse dai medici sono molto eterogenee e nessuna delle soluzioni proposte vede favorevoli una larga maggioranza degli interpellati (in grigio sono evidenziate le risposte che ottengono più del 20% delle preferenze).

CONCLUSIONI

In conclusione, dall'indagine effettuata, emerge come il principale problema che i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta devono affrontare nel rapportarsi alle persone straniere riguarda la difficoltà di comprensione linguistica, nonostante i medici intervistati siano risultati per più del 92% in grado di parlare e capire almeno una lingua straniera, prevalentemente inglese e francese. Ciò è probabilmente dettato dal fatto che l'immigrazione oggi riguarda popolazioni provenienti da aree geografiche in cui la conoscenza di queste lingue è scarsa. Fra le soluzioni proposte l'istituzione di corsi di lingue per i medici risulta quella giudicata più utile, seguita dalla possibilità per i medici di avvalersi del supporto di mediatori culturali o interpreti. Va sottolineato come molti medici sottolineino l'utilità ancora maggiore di incrementare il numero e l'accessibilità di corsi di italiano per stranieri.

A differenza di quanto risulti da studi simili fatti ponendo il paziente immigrato e non il medico al centro dell'analisi, il rapporto medico-paziente è giudicato nel complesso buono; le principali difficoltà riguardano la *compliance* nelle terapie a lungo termine e nelle azioni di prevenzione. Atteggiamenti negativi quali formulare richieste improprie o assumere atteggiamenti di pretesa sono presenti in una minoranza dei casi, senza differenze rispetto al gruppo di assistiti italiani.

Evidente è infine come vi sia grande differenza individuale nel giudizio sul rapporto col paziente immigrato e su eventuali soluzioni volte a renderlo più semplice.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. AA.VV., *Il paziente immigrato*, Cuamm Padova Editteam - 1994.

2. R. Beneduce, G. Costa, A.R. Favaretto, D. Frigessi, F. Gogliani, P. Lemma, M. Pastore, F. Rossignoli, *La salute straniera, epidemiologia, culture, diritti*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli 1994.
3. C. Bonifazi, *L'immigrazione straniera in Italia*, Ed. Il Mulino 1998.
4. Caritas di Roma, *Migrantes: immigrazione - Dossier Statistico*, Ed. Anterem, Roma 2004.
5. Censis, "38° Rapporto sulla situazione sociale del paese 2004", Roma 2004.
6. R. Colasanti, S. Geraci, *Argomenti di Medicina delle Migrazioni*, Ed. Peri Tecnes, Busseto (PR) 1995.
7. T. Esposito, *Relazione medico - paziente e ruolo del medico di famiglia* in W. Pasini (a cura di): *Il medico e il paziente immigrato*.
8. T. Esposito, *Aspetti legislativi dell'immigrazione*, Ed. Peri Tecnes, Busseto (PR) 1995.
9. L. Frighi: "Approccio medico ai problemi di salute mentale degli immigrati" in W. Pasini (a cura di): *Il medico e il paziente immigrato*.
10. Istat, *Rapporto annuale. La situazione del paese nel 2002*, Roma 2003.
11. Istat, *Rapporto annuale. La situazione del paese nel 2003*, Roma 2004.
12. Istat, *Rapporto annuale. La situazione del paese nel 2004*, Roma 2005.
13. R. Malatesta, *Aspetti sanitari dell'immigrazione extracomunitaria, II° convegno*, Treviso 21 maggio 1992.
14. Regione del Veneto, *Immigrazione in Veneto. Rapporto Annuale. Febbraio 2005*, Venezia 2005.
15. Regione del Veneto, *Il Veneto si racconta: dossier statistico 2005*, Venezia 2005.
16. Regione del Veneto *Relazione Socio-Sanitaria della Regione Veneto. Anno 2003*, Venezia 2005.
17. Comunicazione interpersonale, <http://www.urp.it>
18. Iureconsult - immigrazione, <http://www.iureconsult.com/index.htm>
19. Progetto *Melting Pot* per la promozione dei diritti di cittadinanza, <http://www.meltingpot.org/>
20. Nuove povertà, vecchie malattie, un convegno sugli aspetti sanitari dell'immigrazione: <http://www.tempomedico.it>
21. Zadig, agenzia di giornalismo scientifico, <http://www.zadig.it>
22. Legge Bossi - Fini, <http://www.cestim.it/>; <http://www.cronologia.it/>; <http://www.stranieri.it>
23. Ulss 16, <http://www.ulss16.padova.it/>

Farmaci antiretrovirali (Arvs) in Brasile: una revisione sulla politica, tipi di Arvs e ripercussioni sull'epidemia

di **Luciana Figueiredo**,
Raul Andrés Mendoza-Sassi,
Jussara Silveira, **Giovanni Baruffa***

RIASSUNTO

La Sindrome della immunodeficienza acquisita (Aids) è una malattia che si manifesta in seguito all'infezione dell'organismo umano da parte del virus della Immunodeficienza umana (Hiv). In Brasile sono già stati registrati circa 371.000 casi di Aids (notificazioni fatte a partire dall'identificazione del primo caso del 1980 fino al giugno del 2005). Nel novembre del 1996 è stata promulgata, da parte del "Sistema unico di salute" (Sus), la Legge 9313 che dispone l'obbligo della somministrazione gratuita di farmaci antiretrovirali (Arvs) a coloro che ne hanno necessità. Circa 165.000 pazienti sono in terapia con i 17 Arvs distribuiti dal Sus. Il presente lavoro, di tipo descrittivo, è stato sviluppato a partire da una revisione bibliografica sistematica sulla politica dei farmaci Arvs in Brasile. Le ricerche bibliografiche sono

state eseguite per mezzo della ricerca di articoli presso la Biblioteca virtuale di sanità (Bireme), la letteratura latino-americana e dei Caraibi in Scienze della salute (Lilacs), la *National Library of Medicine* (Pubmed), il ministero della Sanità del Brasile-Programma nazionale di Dst e Aids, l'Organizzazione Pan-Americana di sanità (Opas), l'Organizzazione mondiale di sanità (Oms), e i *Centers for Disease Control and Prevention* (Cdc). Partendo da questa revisione e dalla lettura degli articoli selezionati, si è descritto la storia dell'Aids e l'evoluzione della malattia, e la politica dei farmaci Arvs istituita dal ministero della Sanità. A questo fine è stata realizzata un'analisi critica degli Arvs impiegati, la loro descrizione, l'anno di introduzione e le spese sostenute. Incrociando i dati sui diversi tipi di agenti Arvs introdotti negli anni, in particolare

con l'introduzione della Terapia antiretrovirale altamente attiva (Haart) e i dati circa la mortalità si è valutato l'impatto che questo tipo di trattamento ha avuto sull'epidemia. È stato così possibile apprezzare meglio la tendenza di questi indicatori d'accordo con l'espansione e modificazione della politica terapeutica attraverso l'introduzione di farmaci nuovi e più efficaci.

Parole-chiave: politica sanitaria, politiche pubbliche, epidemiologia, antiretrovirali, Aids.

INTRODUZIONE

Dati mondiali della *United Nations Programme on Hiv/Aids* (UnAids) del giugno 2006, mostrano che il numero di persone con Hiv nel 2005 era circa 38,6 milioni; 4,1 milioni erano i nuovi infettati con Hiv nello stesso anno; i decessi per Aids nel 2005 arrivarono a 2,8 milioni.

* Fundação Universidade Federal do Rio Grande (Furg) - RS-Brasile

Si calcola che circa 1,6 milioni di persone viva con Hiv/Aids in America Latina, incluse 610.000 donne (36% del totale). In America Latina nel 2004 sono morte per cause correlate all'infezione da Hiv 95.000 persone e ci sono state 240.000 nuove infezioni. Tra i giovani da 15 a 24 anni, si calcola che lo 0,5% delle donne e lo 0,8% degli uomini vivano con Hiv/Aids. In due paesi dell'America Latina – Guatemala e Honduras – la prevalenza nazionale dell'infezione da Hiv supera l'1%. Tuttavia la ridotta prevalenza in altre aree maschera il fatto che si stanno verificando gravi epidemie localizzate in altri paesi, ivi incluso il Brasile, dove risiede oltre un terzo delle persone con Hiv/Aids (3rd Ias, 2004).

Si calcola che circa 593.000 persone vivano con Hiv o Aids in Brasile. Dall'identificazione del primo caso di Aids, nel 1980, fino al giugno del 2006, sono stati diagnosticati 433.000 casi della malattia (ministero della Sanità, 2006).

Nel 2004 una ricerca in ambito nazionale ha stimato che in Brasile circa 593.000 persone tra i 15 e i 49 anni vivevano con Hiv o Aids (0,61%). Di queste, 208.000 donne (0,42%) e 385.000 uomini (0,80%).

Fino a dicembre 2005 vi sono stati circa 183.000 decessi per Aids. Fino al 1995 la curva di mortalità accompagnava quella di incidenza di Aids, quando ha raggiunto il tasso di 9,7 decessi per 100.000 abitanti.

Il governo brasiliano ha cominciato a offrire accesso gratuito e universale alla terapia antiretrovirale nel 1996. Attualmente, circa 160 mila persone ricevono questa terapia attraverso il sistema pubblico di sanità. Il Brasile distribuisce gratuitamente 17 farmaci per l'Aids. Nel 2004 il governo brasiliano, in associazione con organizzazioni non governative (ong) di tutto il paese, ha promosso la distribuzione di oltre 150 milioni di preservativi. Il paese è alla ricerca di nuovi vaccini e, a questo proposito, ha sviluppato il Piano nazionale di vaccini per l'Aids. Si è provveduto a creare un Comitato nazionale di vaccini per l'Aids, composto da scienziati, rappresentanti della società civile e del governo, per accompagnare questo

importante progetto (ministero della Sanità, 2002).

Nel Rio Grande do Sul, fino a giugno 2004, si sono registrati 29.970 casi di Aids (Bollettino Epidemiologico, 2004). Dati del Sistema nazionale di vigilanza sanitaria (Sinan) del 2005 mostrano che i municipi che presentavano il maggior numero di casi di Aids nel 2003, erano: Porto Alegre (1164), Rio Grande (172) e Santa Maria (160). Il tasso di mortalità per Aids nello Stato era di 10,6 per 1.000 abitanti e 12 per 1.000 abitanti rispettivamente negli anni 1996 e 2002. Si sono registrati circa 1.101 casi di trasmissione verticale dell'Hiv nello Stato fino al 2003 (ministero della Sanità, 2005a).

La città di Rio Grande si colloca al 61° posto nella classifica dei municipi brasiliani con il maggior numero di casi di Aids notificati, d'accordo con l'anno della diagnosi. Con riferimento all'incidenza di Aids nei municipi brasiliani, d'accordo con l'anno di diagnosi tra 1980 e 2003, Rio Grande si situa alla 37° posto (ministero della Sanità, 2003b).

Si è realizzato uno studio sulla disseminazione del sub-tipo C nel sud del Brasile da parte di Martinez e collaboratori nel 2002 per descrivere il profilo molecolare ed epidemiologico di Hiv-1 nei pazienti dell'ospedale universitario della città di Rio Grande (Soares, 2005).

Con riferimento al sub-tipo B si sono riscontrati i seguenti dati: sul totale di 85 pazienti con Aids studiati, 36 presentavano il sub-tipo B essendo il 67% uomini e il 33% donne; gli eterosessuali erano il 52% e il 14% quelli che usavano droghe iniettabili (Udi) (Soares, 2005).

Con riferimento al sub-tipo C si sono registrati i seguenti dati: sul totale di 85 pazienti, 38 presentavano il sub-tipo C essendo il 42% uomini e il 58% donne; gli eterosessuali sono una maggioranza, con il 71% e il 16% pazienti Udi (Soares, 2005).

Rio Grande è un posto appropriato per questo tipo di studio per le sue caratteristiche: ha un porto, il che suggerisce una grande diversità dei sub-tipi di Hiv-1 in forza della aumentata probabilità di differenti introduzioni virali indipendenti nella regio-

ne; è vicina a tre paesi diversi, suggerendo di nuovo un'opportunità di aumento della diversità virale; confrontato coi dati brasiliani, Rio Grande è la città con la più elevata prevalenza del sub-tipo C; l'ospedale universitario della Fondazione università federale di Rio Grande (Furg) è referenza nella regione sud dello Stato per la terapia dei pazienti Hiv positivi e con Aids (Soares, 2005).

Lo studio conclude che, nonostante il sub-tipo C sia apparso più di recente nel sud del Brasile, predomina a Rio Grande sul sub-tipo B. Questo fatto potrebbe accadere in altre regioni del Brasile o anche del Sud America, dove il sub-tipo C domina.

L'universalizzazione dell'accesso ai servizi di sanità pubblica è cominciato con la Costituzione del 1988. La Legge organica di Sanità (19/09/1990), includendo il Sistema unico di salute, ha avuto di mira la decentralizzazione e democratizzazione della gestione, provocando profondi cambiamenti nella Sanità pubblica brasiliana che ha richiesto, per essere impiantata e funzionare, un miglioramento del sistema di informazione in sanità (Ferreira, 2002).

Il Sus si situa tra i maggiori sistemi pubblici di sanità del mondo, essendo l'unico che garantisce assistenza integrale e totalmente gratuita per tutta la popolazione, inclusi i pazienti portatori dell'Hiv, sintomatici o no (Ferreira, 2002).

La risposta brasiliana all'epidemia di Aids è iniziata a partire dalla fine degli anni '80, con la costruzione di una politica nazionale per affrontare le malattie trasmissibili sessualmente (Dst) e l'Aids, avendo come principali attori la società civile e l'organizzazione delle persone che vivevano con Hiv/Aids, ottenendo un progresso significativo nella seconda metà della decade '90. La politica attuale, basata sulla premessa che la prevenzione dell'Aids e l'assistenza alle persone che vivono con Hiv/Aids non possono andare dissociate, è il risultato di questo progetto collettivo, le cui basi sociali e politiche hanno dato forma alla struttura e alla organizzazione del Programma brasiliano di Aids.

Nel novembre del 1996 è stata pro-

FIGURA 1 / Tasso di letalità per Aids in Brasile tra il 1983 e il 2002

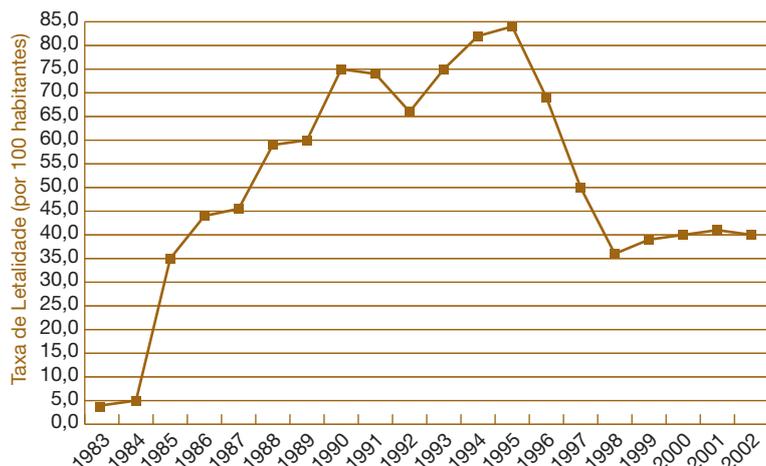
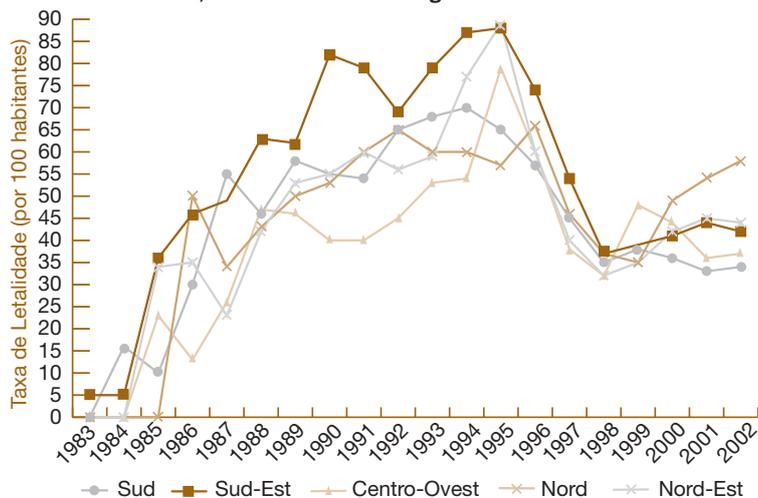


FIGURA 2 / Tasso di letalità per Aids nelle regioni Sud, Sud Est, Centro-Ovest, Nord, Nord Est del Brasile negli anni dal 1983 al 2002



mulgata dal Sus del Brasile la Legge 9.313 che dispone circa l'obbligo dell'accesso gratuito a tutti quelli che hanno bisogno di farmaci antiretrovirali. Circa 165.000 pazienti erano in terapia con i 17 Arvs distribuiti dal Sus nel 2004. Il governo brasiliano spese 260 milioni di dollari in farmaci Arvs. Del totale, l'80% fu speso per acquistare 8 farmaci importati. Alla fine del 2005, il numero dei pazienti in terapia arrivò a 170.000, con una spesa di 500 milioni di dollari. Nel 2008 questo numero arriverà a 215.000 persone, che equivarrà a 525 milioni di dollari spesi con farmaci importati (ministero della Sanità, 2006).

La rottura del brevetto sui farmaci permetterà che i laboratori brasiliani possano produrre i medicinali a prezzi minori, con diminuzione dei costi. Il governo federale sta sviluppando una serie di azioni, come campagne educative, servizi di assistenza alternativi, promozione di politiche sicure, acquisti e distribuzione di preservativi ed esami di laboratorio, sviluppo di studi e formazione di professionisti specializzati. Il risultato di queste azioni è il riconoscimento internazionale del successo del Brasile nella lotta all'Aids (Ferreira, 2002). Il ministero della Sanità è riuscito a ottenere prezzi più bassi per i farmaci

antiretrovirali rispetto a quelli praticati dalla industria farmaceutica in altri paesi. I prezzi più bassi sono una conseguenza degli acquisti in larga scala e dell'entrata dei laboratori statali Farmanguinhos – Istituto di tecnologia in farmaci (laboratorio produttore di medicinali legato direttamente al ministero della Sanità che ha una posizione di primo piano nella ricerca, sviluppo e produzione di medicinali per il Sus), Lafepe (Laboratorio farmaceutico dello Stato di Pernambuco), Iquego (Industria chimica dello Stato di Goiás) e Furp (Fondazione per il farmaco popolare, istituita dal governo dello Stato di S. Paulo) – nel mercato dei farmaci antiretrovirali, fornendoli ad un prezzo più basso. Inoltre l'esistenza di un "Consenso brasiliano per la terapia antiretrovirale" ha permesso una pianificazione migliore per l'acquisto di medicinali e l'uso razionale degli stessi da parte dei medici della rete pubblica. La terapia antiretrovirale combinata garantisce all'individuo con infezione da Hiv una sopravvivenza maggiore e un miglioramento della qualità di vita e della condizione fisica ed emotiva. Così questi individui che in maggioranza si trovano in età economicamente attiva, possono continuare produttivi senza consumare risorse della Sicurezza sociale per il pagamento di benefici quali l'aiuto malattia e la pensione per invalidità (Chequer, 2006).

MATERIALI E METODI

Il lavoro di tipo descrittivo è stato sviluppato partendo da una revisione bibliografica riguardante la politica dei farmaci Arvs in Brasile. Partendo da questa revisione e dalla lettura di articoli selezionati, è stata realizzata un'analisi critica degli Arvs impiegati, descrizioni degli stessi, anno di introduzione e spese sostenute. Si sono costruite tabelle di consolidazione dei dati per la sistematizzazione delle informazioni ottenute. Attraverso la consultazione del Sistema di informazioni sulla mortalità (Sim-DataSus) e del Bollettino epidemiologico Aids (anno XVII, 2003), si sono ottenute informazioni sulla mortalità per Aids. Nei grafici di Rio Grande do Sul e Rio Grande, sono stati utilizzati dati di mortalità del

DataSus; dal 1984 al 1995 è stato utilizzato il Cid-9 (Codice internazionale delle malattie) per la ricerca dei dati e dal 1996 al 2004 è stato usato il Cid-10. I numeri dei casi di Aids, per tutti i grafici, è stato ottenuto nel sistema di informazioni DataSus.

Incrociando i dati relativi ai diversi tipi di antiretrovirali introdotti lungo gli anni, soprattutto dopo l'introduzione della Haart, e i dati relativi alla mortalità è stato possibile valutare l'impatto che questo tipo di trattamento ha avuto nella riduzione dell'epidemia.

RISULTATI E DISCUSSIONE

Analizzando il grafico della **Figura 1**, possiamo notare il crescente aumento del tasso di mortalità correlato ad Aids dall'inizio della epidemia, nel 1983, alla metà del 1995.

Nel 1995, il tasso di letalità (numero di decessi diviso per il numero di casi) è arrivato al massimo, arrivando a quasi all'85%. A partire dal 1996, si è verificata una brusca caduta in coincidenza dell'inizio della Haart e l'introduzione di un nuovo gruppo di farmaci, fino all'anno 1998, riducendo in più della metà la letalità. Dal 1999 si ha una piccola elevazione seguita dalla stabilizzazione del tasso.

La spiegazione di questo comportamento dell'epidemia può essere trovata nell'accesso sempre più intenso della popolazione ai farmaci Arvs forniti dal Sus, con conseguente aumento dell'aspettativa di vita del paziente e relativa qualità della stessa, evitando così molti ricoveri in ospedale correlati alla malattia, le cosiddette infezioni opportunistiche, che potrebbero risultare nella morte del paziente.

Nella **Figura 2** abbiamo i dati di letalità per Aids di tutte le regioni del Brasile tra gli anni 1983 e 2002. Come si vede nel grafico, tutte le regioni presentano praticamente un'evoluzione simile in relazione al tasso di letalità. La regione Sud-Est è quella che presenta un tasso di letalità un poco superiore alle altre arrivando al massimo nel 1995, con il 90%, con conseguente caduta e stabilizzandosi negli anni seguenti. Del totale dei casi di Aids, circa l'80% si concentra nella regione Sud-Est e Sud. Il Sud-Est è la regione più colpita fin dall'inizio dell'e-

FIGURA 3 / Tasso di letalità per Aids nel Rio Grande do Sul tra il 1984 e il 2004

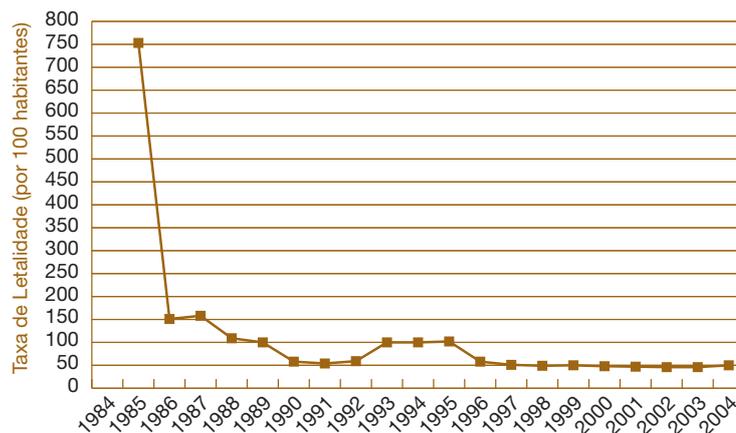
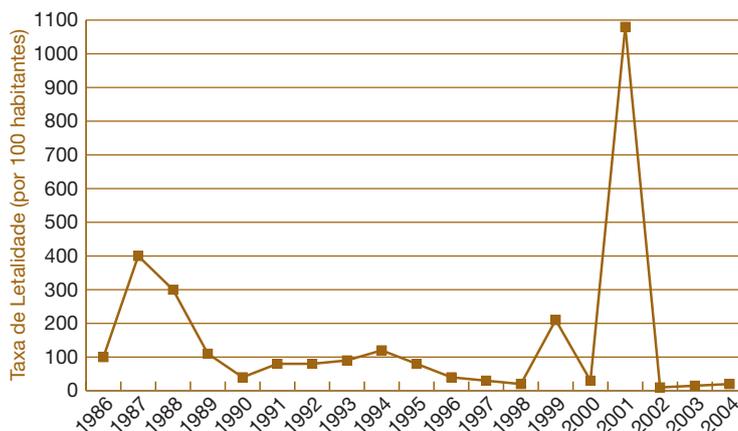


FIGURA 4 / Tasso di letalità per Aids nella città di Rio Grande dal 1986 al 2004



pidemia e, nonostante l'elevato tasso di incidenza, si mantiene in un processo di stabilizzazione.

Dal punto di vista epidemiologico, l'Aids è una malattia che al suo inizio non ha obbedito ai modelli normali delle epidemie. Comparve inizialmente negli strati con migliori condizioni socio-economiche. Queste persone viaggiando all'estero contraevano la malattia. Ritornando in Brasile, la trasmettevano all'interno della propria cerchia sociale. Solo in seguito l'Aids si è disseminata tra la popolazione, non essendo più riconosciuta come malattia limitata ad alcuni ceti sociali. Sarebbe questa una spiegazione possibile per capire perché i tassi di letalità nel Sud-Est sono stati un po' maggiori di quelli delle altre regioni, in

quanto il Sud-Est concentrava, all'inizio dell'epidemia, un numero maggiore di persone in buone condizioni economiche che si collocavano nel profilo del malato, particolarmente a San Paolo. La regione Nord ha presentato negli ultimi anni un aumento del tasso di letalità abbastanza significativo, il che probabilmente può essere dovuto alla mancanza di un programma locale di assistenza ai portatori della malattia al contrario della regione Sud.

Nella **Figura 3** abbiamo un grafico coi valori dello Stato del Rio Grande do Sul. Tra il 1984 e 1995 si raccolsero dati del DataSus, impiegando come riferimento il Cid-9. Tra il 1996 e il 2004 si impiegò come riferimento il Cid-10. Dopo l'introduzione della politica di accesso universale alla terapia antiretro-

virale si è constatata una caduta della mortalità. A partire dal 2000 è evidente la stabilizzazione con tasso intorno al 50%. Inoltre tra il 1993 e il 2003, si è osservato un aumento di circa cinque anni nell'età mediana dei decessi per Aids in entrambi i sessi, riflettendo un aumento nella sopravvivenza dei pazienti (ministero della Sanità, 2006a).

Nella **Figura 4** vi sono i dati della città di Rio Grande-RS. Tra il 1986 e 1995 si sono avuti decessi al di sopra del numero di casi di Aids. Ciò è dovuto alla notificazione basata sul Cd-9 che non è esclusivo dei decessi per Aids. A partire dal 1996 nota una stabilizzazione intorno al 50%. Il periodo dal 1999 al 2001 è abbastanza confuso, in quanto ci sono due aumenti nel tasso di letalità, alla metà del 1999 e alla metà del 2001, non essendoci nessun motivo apparente che giustifichi questo tipo di variazione. Dal 2002 il tasso si stabilizza nuovamente intorno al 30%. Una spiegazione per l'aumento del 1999 e il 2001 potrebbe essere che il campione, piuttosto ridotto se paragonato alla popolazione del Rio Grande do Sul o del Brasile, riflette maggiori variazioni nei tassi. In altre parole, una piccola variazione nel numero dei decessi, si traduce in grandi variazioni dei tassi. Altra ipotesi da prendere in considerazione per spiegare l'aumento dei tassi va ricercata nel fatto che il servizio di Aids della città di Rio Grande ha acquistato una notorietà come uno dei migliori centri di trattamento della malattia nella regione Sud. Stando così le cose, molti pazienti con Aids possono trovare più vantaggioso stabilirsi nella città per usufruire della terapia Arv, in quanto le notificazioni della malattia sono fatte d'accordo con la residenza.

Infine queste variazioni nei tassi possono spiegarsi col fatto che col passare del tempo si è verificato un miglioramento nella qualità delle notifiche di decesso. L'Aids fu codificata più adeguatamente come Cd-10.

Non si può negare il successo del Programma brasiliano sull'Aids. Il fatto appare chiaro nei grafici, visto che è stato possibile contenere i livelli dei tassi di mortalità. L'accesso gratuito alla terapia Arv non solo aumenta la sopravvivenza del pazien-

te, ma anche migliora la sua qualità di vita, in quanto diminuisce l'occorrenza di infezioni opportunistiche.

Il Programma Hiv/Aids è un esempio per tutto il mondo in quanto aiuta la prevenzione della malattia, per mezzo di campagne educative e distribuzione di preservativi, e promuove l'assistenza al paziente con Aids attraverso la distribuzione di medicinali e appoggio alla diagnosi di laboratorio. Però, se da un lato la terapia Arv diminuisce il numero di ricoveri ospedalieri, comportando una riduzione delle spese per i pazienti con Aids, tuttavia il costo sanitario può aumentare. Infatti, se si registra una maggior sopravvivenza di questi pazienti, si avranno anche persone più anziane con Aids, e questo comporta un maggior numero di casi di ipertensione, diabete, in altre parole, problemi che si presentano in genere nell'età più avanzata.

Si è visto che un pilastro importante della politica è l'accesso gratuito agli Arvs. Si è dimostrato pure che i costi dei farmaci tendono ad aumentare nei prossimi anni, potendo pregiudicare l'efficacia della politica. È quindi importante che si prendano alcune misure. Tra queste possiamo citare la concorrenza per ridurre i prezzi praticati dall'industria farmaceutica. Si dovrà incentivare la produzione nazionale e l'eliminazione dell'esclusività sui farmaci per ridurre i costi elevati dei medicinali, considerato che si tratta di un problema di sanità pubblica. Si potrebbe porre in atto un sistema di acquisto *online*, diminuendo così il rischio di concorrenze fraudolente. Con la nazionalizzazione della produzione dei farmaci Arvs, parte delle somme destinate al programma Dst/Aids potrebbero essere destinate ad altri settori della sanità ancora abbastanza precari. Potrebbe essere istituito inoltre un consorzio tra i paesi poveri del Mercosul, per rendere più facile l'accesso alla terapia, potendo così usufruire, in forza di un volume maggiore di acquisti, di un prezzo finale più accessibile.

Nonostante le difficoltà nella negoziazione dei prezzi e pur trattandosi di un Paese in via di sviluppo, il programma è efficace e i suoi risultati

sono visibili, diventando così, come è stato detto precedentemente, un esempio per altri paesi.

Si è evidenziata pertanto la necessità di un periodico monitoraggio sugli effetti della politica sull'epidemia.

BIBLIOGRAFIA

- Centers for Disease Control and Prevention, Cdc. Department of health & human services, Usa. Disponível em: <http://www.cdc.gov>. acessado em: maio, 2006.
- Chequer P.; Sudo E.; Vitória M. et al. Ministério da Saúde. Coordenação nacional de dst e Aids. *Impacto da terapia anti-retroviral*. DataSus, Ministério da Saúde. Brasília. Disponível em: <http://datasus.gov.br>. aces em: maio, 2006.
- Ferreira M. 2002. *Políticas de saúde no Brasil*. Centro de estudos avançados multidisciplinares - análise de valores investidos de 1994 a 2002. Universidade de Brasília, Brasília.
- Martínez A. 1999. *Perfil epidemiológico dos pacientes com Aids atendidos no hospital universitário da fundação universidade federal do rio grande e caracterização dos subtipos de Hiv-1 prevalentes*. Belo horizonte, mg.
- Ministério da Saúde, 2002. *Política brasileira de Aids: principais resultados e avanços - 1994 a 2002*.
- Ministério da Saúde, 2003a. Secretaria de vigilância em saúde. *Programa nacional de dst e Aids. Critérios de definição de casos de aids em adultos e crianças*, Brasília, 2003.
- Ministério da Saúde, 2003b. *Boletim epidemiológico Aids* ano XVII nº 1, 2003.
- Ministério da Saúde, 2005. *Sistema nacional de vigilância em saúde - relatório de situação*, Rio Grande do Sul, 2005.
- Ministério da Saúde, 2006. *Programa nacional de dst e Aids*. Disponível em: www.aids.gov.br. Acessado em: janeiro, 2007.
- Soraes E.; Martínez A.; Souza T.; Santos A.; et al. *Hiv-1 subtype c dissemination in southern Brazil*. *Aids* 2005.
- United Nations, *Programme on Hiv/Aids*, Unaid. Disponível em: www.unaids.org/. Acessado em: junho, 2006.
- 3rd las conference on Hiv phathogenesis and treatment - Hiv/Aids no Brasil e América Latina*, 2004.

MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

Prima ong in campo sanitario riconosciuta in Italia, è la più grande organizzazione sanitaria italiana per la promozione e la tutela della salute delle popolazioni africane. Realizza progetti a lungo termine in un'ottica di sviluppo, intervenendo con questo approccio anche in situazioni di emergenza, per garantire servizi di qualità accessibili a tutti. A tale scopo si impegna nella formazione in Italia e in Africa delle risorse umane dedicate, nella ricerca e divulgazione scientifica in ambito tecnico di cooperazione sanitaria, nell'affermazione del diritto umano fondamentale alla salute per tutti, anche dei gruppi più marginali, diffondendo nelle istituzioni e nell'opinione pubblica i valori della solidarietà e della cooperazione tra i popoli, della giustizia e della pace. Fa parte di *Volontari nel mondo - Focsiv*, la federazione degli organismi cristiani di servizio internazionale volontario. È membro del *Comité de Liaison* delle organizzazioni non governative dell'Unione Europea e di *Medicus Mundi International*, la federazione internazionale di organismi di cooperazione in campo sanitario. È corrispondente dell'Organizzazione mondiale della sanità e dell'Unicef.

In oltre cinquant'anni, la sua azione si è concentrata su:

- > la preparazione e la realizzazione di programmi di cooperazione sanitaria
- > l'invio di medici esperti di cooperazione sanitaria in Africa e in altri paesi del Sud del mondo
- > lo studio e la ricerca sui problemi della salute e dello sviluppo
- > le attività di sensibilizzazione dell'opinione pubblica.

COORDINAMENTI NAZIONALI

Italy via S. Francesco 126
35121 Padova
tel. 049.8751649
049.8751279
fax 049.8754738
e-mail: cuamm@cuamm.org

Addis Abeba - Etiopia
P.O. Box 12777
Main Post Office
tel. 00251.11.6612712
fax 00251.11.662036
e-mail: ethiopia@cuamm.org

Kampala - Uganda
P.O. Box 7214
tel. 00256.414.267508
fax 00256.414.267543
e-mail: uganda@cuamm.org

Maputo - Mozambico
P.O. Box 686
tel. 00258.21.493067
fax 00258.21.486899
e-mail: mozambico@cuamm.org

Dar Es Salaam - Tanzania
P.O. Box 23447
tel. 00255.22.2775227
fax 00255.22.2775928
e-mail: tanzania@cuamm.org

Luanda - Angola
C.P. 16624
tel. 00244.22.338509
fax 00244.222.309086
e-mail: angola@cuamm.org

SALUTE E SVILUPPO

offre studi, ricerche e documentazione unici nel panorama editoriale italiano.

La nostra pubblicazione ha bisogno dell'appoggio di tutti i lettori e amici di Medici con l'Africa Cuamm.

Come sostenerla?

Proponiamo:

- > una **quota-contributo annuale** di partecipazione di Euro 26
- > oppure una **quota-contributo sostenitrice** di Euro 50.

Sarà un aiuto necessario per i costi di stampa e spedizione del periodico.

Per l'adesione, utilizzare il bollettino di conto corrente n. 17101353 intestato a Medici con l'Africa Cuamm.

GARANZIA DI RISERVATEZZA (legge 675/96)

I dati relativi ai destinatari della rivista sono riservati e potranno essere utilizzati solo allo scopo di inviare informazioni associative da parte di Medici con l'Africa Cuamm a meno che Lei non ci comunichi la sua opposizione.

I destinatari della rivista possono in qualsiasi momento e gratuitamente richiedere la rettifica o la cancellazione dei dati relativi alla loro persona scrivendo al Responsabile dati: Medici con l'Africa Cuamm, Via S. Francesco, 126 - 35121 Padova.

DIRETTORE

Gavino Maciocco

COMITATO DI REDAZIONE

Dante Carraro, Adriano Cattaneo,
Anacleto Dal Lago, Silvio Donà, Maria Mabilia,
Giovanni Putoto, Luca Scali, Angelo Stefanini

COLLABORATORI

Giovanni Baruffa (Brasile), Luigi Ciccio (Uganda),
Filiberto Donzelli, Guido Falsirollo, Carlo Frizzi,
Guido Giarelli, Daniele Giusti (Uganda),
Vinicio Manfrin, Eduardo Missoni, Maurizio Murru,
Giorgio Pellis, Enzo Pisani (Angola),
Carlo Resti (Etiopia), Rino Scuccato (Mozambico)

DIRETTORE RESPONSABILE

Anna Talami

PROPRIETÀ

Luigi Mazzucato

AMMINISTRAZIONE

Via S. Francesco, 126 - 35121 Padova
tel. 049 8751279-8751649
fax 049 8754738
e-mail: cuamm@cuamm.org

SEGRETARIA DI REDAZIONE

Elisa Bissacco

PROGETTO GRAFICO

cdm associati

STAMPA

Publistampa - Via Dolomiti, 12
38057 Pergine Val Sugana (Trento)

Carta ecologica Fsc Misto con cellulosa
da foreste certificate in conformità alle
norme Fsc (Forest Stewardship Council).
Publistampa Arti grafiche è certificata
FSC Chain of Custody CQ-COC-000016

COPYRIGHT

Medici con l'Africa Cuamm
Via S. Francesco, 126 - 35121 Padova
È consentita la riproduzione totale o parziale
degli articoli e del materiale contenuto nella rivista
purché venga citata la fonte.

REGISTRAZIONE E AUTORIZZAZIONE

presso il tribunale di Padova n. 1129 del 6.5.1989
e successiva modifica del 9.1.1999.

SPEDIZIONE

in abb. post. D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004
n° 46) art. 1 comma 2 - DCB Padova



**MEDICI
CON L'AFRICA**
CUAMM

SALUTE E SVILUPPO / N. 3 2007
RIVISTA QUADRIMESTRALE DI COOPERAZIONE
E POLITICA SANITARIA INTERNAZIONALE