



MEDICI  
CON L'AFRICA  
CUAMM



## SALUTE E SVILUPPO

rivista quadrimestrale  
di cooperazione e politica  
sanitaria internazionale  
febbraio 2014 — n° 69

A DECENT  
LIFE  
FOR ALL



febbraio 2014/ n° 69



## LA NOTIZIA

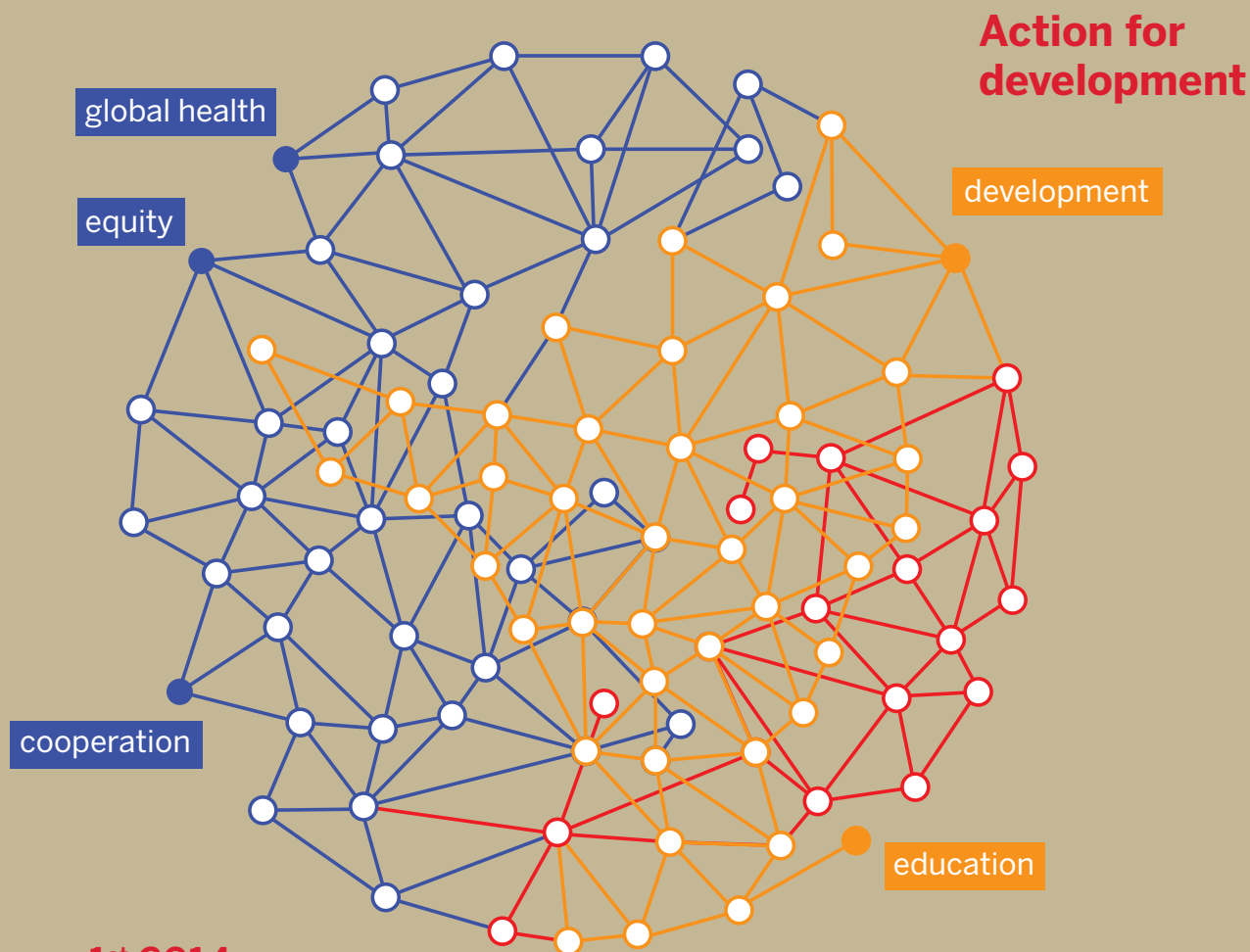
### “A decent life for all”

L'1 febbraio 2014 si è tenuta a Padova, presso il Palazzo del Bo, la Conferenza internazionale “A decent life for all: equal opportunities for health. Action for development”, organizzata da Medici con l'Africa Cuamm nel quadro delle attività del progetto europeo *Equal opportunities for health: action for development*.

Questo numero di *Salute e Sviluppo* è interamente dedicato ai temi della conferenza e accoglie a firma degli *speaker* i loro interventi.

FIGURA / L'ANNUNCIO DELLA CONFERENZA “A DECENT LIFE FOR ALL: EQUAL OPPORTUNITIES FOR HEALTH. ACTION FOR DEVELOPMENT”

# A decent life for all: equal opportunities for health



February 1<sup>st</sup> 2014

[www.mediciconlafrica.org/adecentlifeforall](http://www.mediciconlafrica.org/adecentlifeforall)

# INDEX



## DIALOGO

PAG. 2

### FORMARE OPERATORI SANITARI **PRONTI A SFIDE GLOBALI**

Testo di / don Dante Carraro

PAG. 3

### LA FORZA DELLE **IDEE**

Testo di / Gavino Maciocco



## FORUM

PAG. 6

### LA POLITICA DI SVILUPPO DELL'UE ALL'ORIZZONTE 2015

Testo di / Franco Conzato

PAG. 7

### IL PROGRAMMA EUROPEO PER LA **RICERCA HORIZON 2020**

Testo di / Gianluca Quaglio

PAG. 8

### **SERVE UN REGIME GLOBALE** DI PROTEZIONE SOCIALE

Testo di / Gorik Ooms



## ESPERIENZE DAL CAMPO

PAG. 12

### **BUONE PRATICHE: EQUAL OPPORTUNITIES FOR HEALTH**

Testo di / Chiara Cavagna

PAG. 14

### **LA COOPERAZIONE SANITARIA** INTERNAZIONALE

Testo di / Giovanni Putoto

PAG. 15

### INSEGNARE SALUTE GLOBALE **NELLE UNIVERSITÀ ITALIANE**

Testo di / Gavino Maciocco

PAG. 16

### **IL SISM E L'INSEGNAMENTO** DELLA SALUTE GLOBALE

Testo di / Samantha Pegoraro



## APPROFONDENDO

PAG. 17

### OMS E DIRITTO ALLA SALUTE: **QUALE FUTURO**

Testo di / Adriano Cattaneo



## RASSEGNA

PAG. 18

### INSEGNARE SALUTE GLOBALE **IN EUROPA**

Testo di / Carlo Resti

### DIRETTORE

Gavino Maciocco

### COMITATO DI REDAZIONE

Andrea Atzori, Egidio Candela, Dante Carraro, Adriano Cattaneo,  
Donata Dalla Riva, Silvio Donà, Serena Foresi, Fabio Manenti,  
Luigi Mazzucato, Giovanni Putoto, Angelo Stefanini, Anna Talami

### DIRETTORE RESPONSABILE

Anna Talami

### PROPRIETÀ

Medici con l'Africa Cuamm

### AMMINISTRAZIONE

Via S. Francesco, 126 - 35121 Padova  
t 049 8751279-8751649  
f 049 8754738  
e-mail cuamm@cuamm.org

### COORDINAMENTO DI REDAZIONE

Chiara Di Benedetto, Davide Pocchiesa

### SEGRETARIO DI REDAZIONE

Elisa Bissacco, Francesca Forzan

### IDEA CREATIVA E ILLUSTRAZIONE DI COPERTINA

Ramon Pezzarini

### IMPAGINAZIONE E STAMPA

Publistampa, Via Dolomiti, 36 - 38057 Pergine Valsugana (Trento)

### 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 9.11.1999.

### SPEDIZIONE

Poste italiane s.p.a. - Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003  
(convertito in Legge 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma 1, NE/PD

Illustrazione di copertina di Ramon Pezzarini.

"A decent life for all", ovvero eradicazione della povertà per dare al mondo  
un futuro sostenibile. Ma qual è il posto riservato alla salute all'interno delle  
linee guida europee e internazionali sugli obiettivi di sviluppo sostenibile?  
Ci può essere "una vita dignitosa per tutti" senza un ruolo attivo degli  
operatori sanitari e senza pari opportunità di accesso alle cure?





## DIALOGO

# FORMARE OPERATORI SANITARI PRONTI A SFIDE GLOBALI

La salute oggi è globale, perché i processi di globalizzazione che negli ultimi tre decenni hanno coinvolto l'economia, la finanza, le comunicazioni hanno interessato anche la salute sotto molteplici aspetti. Formare operatori sanitari pronti ai nuovi scenari è una sfida ardua e affascinante.

TESTO DI / DON DANTE CARRARO / DIRETTORE DI MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

A fine febbraio è terminato l'importante progetto triennale, cofinanziato dall'Unione Europea: *Equal opportunities for health: action for development*. La celebrazione accademica dei risultati raggiunti e delle buone pratiche in Salute globale è avvenuta a Padova, presso l'Università, nella Conferenza Internazionale dell'1 febbraio, dal titolo "A decent life for all: equal opportunities for health. Action for development". 134 corsi in Salute globale, 46 corsi accreditati per professionisti sanitari, 1.600 professionisti formati, 13 formazioni per formatori, 303 docenti formati, 70 conferenze internazionali, 15.000 persone che ricevono la rivista *Salute e Sviluppo*. Risultati entusiasmanti resi possibili da un *network* formidabile che ha coinvolto istituzioni e associazioni sanitarie di 6 paesi europei oltre all'Italia: Bulgaria, Lettonia, Malta, Polonia, Romania, Ungheria. Nel nostro paese c'è stata la fattiva attivazione dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale (Oisg), della Rete Italiana Insegnamento Salute Globale (Riisg), la Federazione Nazionale Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO), il Segretariato Italiano Studenti di Medicina (Sism) e altri ancora, tutti coordinati da Medici con l'Africa Cuamm.

La salute è globale, oggi più che mai! Globale, perché i processi di globalizzazione che negli ultimi tre decenni hanno coinvolto l'economia, la finanza, le comunicazioni hanno interessato anche la salute sotto molteplici aspetti. Nella rapidità e intensità con cui si possono diffondere su scala planetaria i fattori di rischio delle malattie trasmissibili e anche di quelle non trasmissibili (vedi l'obesità); nelle conseguenze legate allo sfruttamento delle risorse naturali e all'utilizzo delle fonti energetiche da cui i cambiamenti climatici e le crisi alimentari e dell'acqua; nelle politiche sanitarie orientate al mercato e alla privatizzazione dei servizi, dietro l'impulso di istituzioni internazionali come Banca Mondiale e Organizzazione Mondiale del Commercio; nella spinta alla migrazione da una nazione all'altra, da un continente all'altro, di masse di popolazione, ivi compresi gli operatori sanitari. Ma il termine globale non va inteso soltanto in termini geografici: globale anche in termini di complessità, di grandezza dei problemi e delle questioni che entrano in gioco nella genesi delle malattie e nelle strategie per la tutela della salute. Così parlare di Salute globale significa occuparsi dei determinanti sociali di salute, delle cause delle cause (economiche, politiche, ambientali, etc.) delle malattie e dei necessari interventi intersettoriali e multidisciplinari, così come indicato quasi profeticamente nella Dichiarazione di Alma Ata del 1978. Tutto questo complesso di argomenti e discipline è diventato un insegnamento specifico nelle Università italiane ed europee attraverso l'inserimento di un *curriculum standard*, definito e condiviso, in Salute globale. Ci sono quattro moduli specifici. Il primo affronta le disuguaglianze e i determinanti sociali della salute passando così da una medicina basata su un modello bio-medico che privilegia il singolo rapporto medico-paziente tutto concentrato sulla etiopatogenesi, diagnosi e cura della patologia a una medicina basata invece su un modello bio-psico-sociale dove vengono evidenziate la dimensione fisica, mentale e anche sociale della salute, dando altrettanta rilevanza alla comunità e all'ambiente circostante sempre più globalizzati. Il secondo modulo si confronta con l'origine e lo sviluppo dei diversi sistemi sanitari che aiutano a comprendere come in essi si giochi la difesa o meno della salute come diritto per tutti e non come privilegio per pochi. Il terzo è focalizzato sulla multidisciplinarietà e globalizzazione della salute: diventano in questo modo essenziali materie come la demografia, l'economia, l'epidemiologia, la politica economica e la sociologia. Il quarto modulo riguarda il grande tema della salute nelle popolazioni migranti. Attorno a queste complesse problematiche si è strutturata e promossa la formazione specie nei confronti degli studenti e degli operatori sanitari. Abbiamo dedicato un sito specifico con bibliografia e sitografia aggiornate suddivise per aree tematiche e la pubblicazione quadrimestrale della rivista *Salute e Sviluppo*, strumento scientifico di informazione sui temi delle politiche di sanità pubblica e di cooperazione internazionale.

Non si tratta di aggiungere ulteriori nozioni tecnico-scientifiche alle già vaste conoscenze che un operatore sanitario possiede. Si tratta piuttosto di un cambio culturale, di approccio e di mentalità, che deve avvenire, come invitano il Royal College of Physicians<sup>1</sup> e la British Medical Association<sup>2</sup>, andando a mettere a fuoco e ad intervenire attivamente sulle cause delle cause di salute nel lavoro quotidiano del medico. Si tratta di una sfida impegnativa e ardua ma per questo ancor più affascinante.

## BIBLIOGRAFIA

<sup>1</sup> Royal College of Physicians, *How doctors can close the gap*, 2010.

<sup>2</sup> British Medical Association, *Social Determinants of Health - What Doctors Can Do*, 2011.



## LA FORZA DELLE IDEE

I corsi di Erice, in Sicilia, nel 2001 e 2008, che hanno coinvolto medici, ricercatori, docenti universitari e rappresentanti del volontariato, sono stati una fucina di idee e di progetti sul tema della Salute globale. Anche il progetto *Equal opportunities for health: action for development* trova lì le sue radici.

TESTO DI / GAVINO MACIOCCO / DIPARTIMENTO DI SANITÀ PUBBLICA, UNIVERSITÀ DI FIRENZE

Dal 22 al 26 marzo 2001 si tenne a Erice, presso il Centro Ettore Majorana, un corso residenziale organizzato dalla Società Italiana d'Igiene (Siti) – Flussi migratori e politiche per la salute – che si concluse con una Dichiarazione rivolta alla società civile e alla comunità scientifica, elaborata e sottoscritta da medici, ricercatori, docenti universitari e rappresentanti del volontariato, di cui riportiamo i seguenti passi.

«Mai come oggi l'Umanità soffre per così ampie e crescenti disuguaglianze nel reddito e nella salute. Eppure non sono lontani gli anni in cui l'Umanità sembrava incamminarsi in una strada di maggiore giustizia tra i popoli e di realizzazione dei principi solennemente enunciati nella Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo (1948). Tra questi anche il diritto alla salute. Poco più di 20 anni or sono l'Organizzazione Mondiale della Sanità lanciava la campagna per la "Salute per tutti entro il 2000" e riaffermava che "la salute – come stato di benessere fisico, sociale e mentale e non solo come assenza di malattia e infermità – è un diritto fondamentale dell'uomo e l'accesso a un livello più alto di salute è un obiettivo sociale estremamente importante" (Conferenza di Alma Ata, 1978). Il percorso verso una maggiore giustizia tra i popoli e verso una globalizzazione dei diritti sembra essersi interrotto. La globalizzazione dei nostri giorni è quella della finanza e dell'economia. Non è un caso che la Banca Mondiale abbia di fatto sostituito l'Organizzazione Mondiale della Sanità nell'indicare – e in certi casi imporre – le linee di politica sanitaria internazionale, che sono quelle della sanità a pagamento, delle privatizzazioni dei servizi e delle assicurazioni: in una parola della salute come bene di consumo, a disposizione di chi vuole, ma soprattutto di chi ha i mezzi per acquistarla». (...)

«La comunità scientifica – ed 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, dello sviluppo sostenibile, della difesa della dignità e della vita degli uomini. Questi temi non possono rimanere soltanto oggetto di trattative "a porte chiuse" in vertici internazionali o di reportage giornalistici. Emerge sempre più forte la necessità di studi approfonditi, di valutazioni indipendenti, di una trasmissione estesa delle informazioni e delle conoscenze e pertanto la Scuola e l'Università non possono più a lungo sottrarsi a questo compito».

Alcuni anni dopo, dal 14 al 18 aprile 2008 un altro corso della Siti tenuto a Erice – "Globalizzazione e Disuguaglianze nella Salute" – è l'occasione per aggiornare la discussione e ridefinire gli obiettivi. Nel documento finale, tra l'altro, si legge:

«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.

Le Facoltà di Medicina e le altre strutture universitarie, sanitarie e di ricerca che si occupano di formazione 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.

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 trascina nella miseria milioni di famiglie.

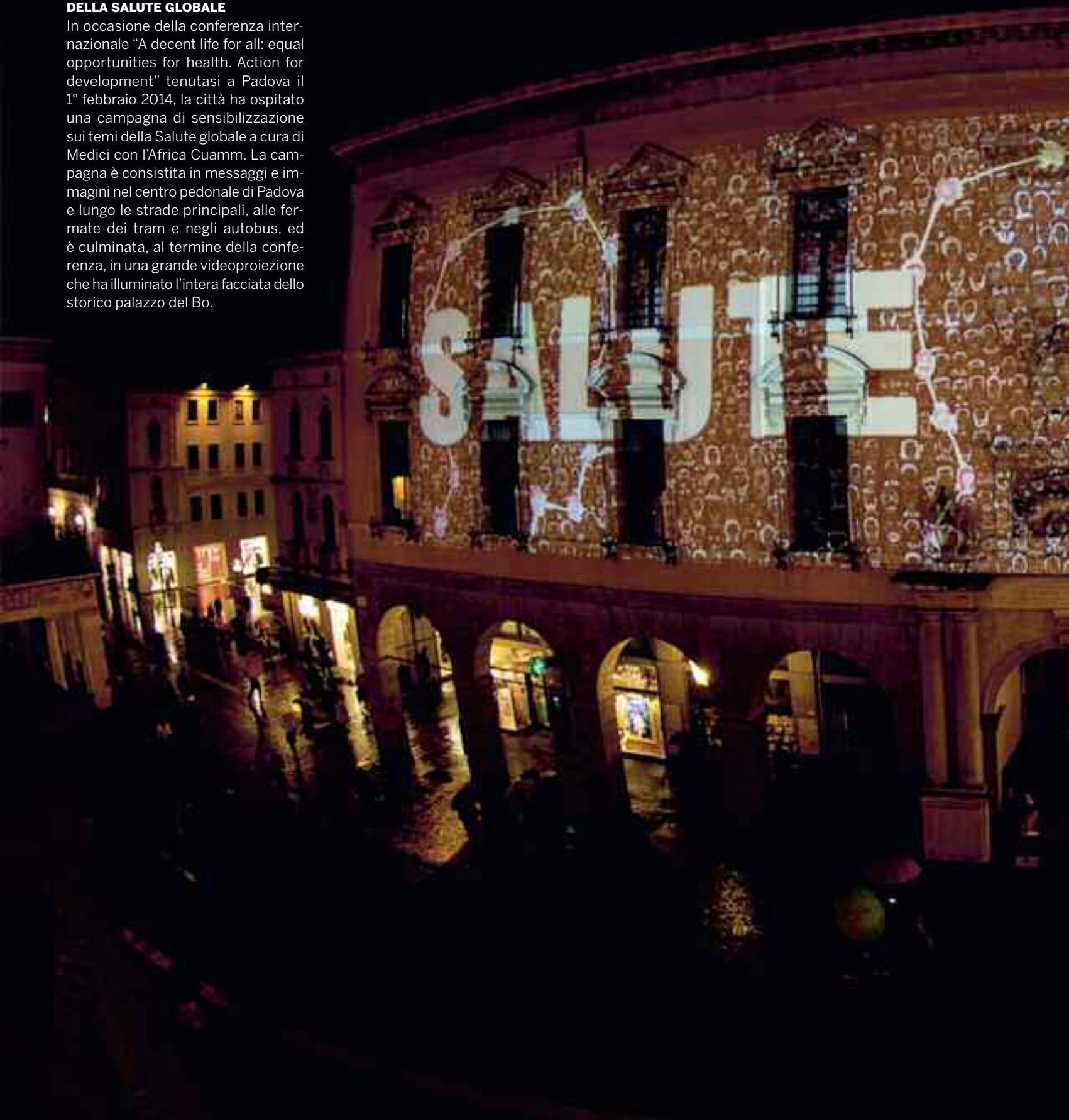
La lotta alle disuguaglianze nella salute deve essere considerata come una fondamentale strategia per migliorare lo stato di salute della popolazione. Le iniquità sociali nella salute indicano infatti la dimensione dei miglioramenti possibili perché dimostrano quali gruppi hanno raggiunto i più alti 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».

I corsi di Erice, nel 2001 e 2008, sono stati una fucina di idee e di progetti sul tema della Salute globale. Lì si è cominciato a discutere su come diffonderli nelle aule dell'Università. Anche il progetto *Equal opportunities for health* trova lì le sue radici.



**PADOVA CAPITALE  
DELLA SALUTE GLOBALE**

In occasione della conferenza internazionale "A decent life for all: equal opportunities for health. Action for development" tenutasi a Padova il 1° febbraio 2014, la città ha ospitato una campagna di sensibilizzazione sui temi della Salute globale a cura di Medici con l'Africa Cuamm. La campagna è consistita in messaggi e immagini nel centro pedonale di Padova e lungo le strade principali, alle fermate dei tram e negli autobus, ed è culminata, al termine della conferenza, in una grande videoproiezione che ha illuminato l'intera facciata dello storico palazzo del Bo.







# FORUM

## LA POLITICA DI SVILUPPO DELL'UE ALL'ORIZZONTE 2015

Un'importante comunicazione della Commissione europea del 2012 adottata dal Consiglio europeo intende preparare il terreno per le sfide con le quali la politica dello sviluppo dell'Unione si dovrà misurare in vista della scadenza del 2015, mentre la comunità internazionale sarà chiamata a decidere i nuovi obiettivi di sviluppo globali.

TESTO DI / FRANCO CONZATO / CAPO UNITÀ AGGIUNTO - EUROPAID, COMMISSIONE EUROPEA

Il Consiglio europeo ha adottato nel 2012 la comunicazione della Commissione europea "Potenziare l'impatto della politica di sviluppo dell'Unione Europea: un programma per il cambiamento". La comunicazione s'inserisce nella complessa e difficile discussione, conclusa a fine 2013, sul bilancio dell'Unione 2014-2020. La proposta della Commissione era di riservare all'aiuto allo sviluppo circa 50 miliardi di euro da utilizzare nei prossimi sette anni in Africa sub-Sahariana, Asia e America Latina. È bene ricordare che l'Unione Europea, attraverso la Commissione, è responsabile del 20% del totale dell'aiuto europeo e che assieme ai 28 Stati membri dell'Unione fornisce più del 50% dell'aiuto mondiale.

La comunicazione intende preparare il terreno per le sfide con le quali la politica dello sviluppo dell'Unione si dovrà misurare in vista della scadenza del 2015. Per quella data, la Comunità Internazionale, rappresentata dalle Nazioni Unite, sarà chiamata a decidere i nuovi obiettivi di sviluppo globali in sostituzione degli attuali obiettivi del millennio.

Fatto salvo l'obiettivo principale dell'Unione Europea di eliminare la povertà in un contesto di sviluppo sostenibile, l'agenda individua due obiettivi specifici verso i quali dirigere la cooperazione:

- sostenere i diritti dell'uomo, la democrazia e il buon governo;
- facilitare una crescita economica inclusiva e sostenibile per lo sviluppo umano.

A questo si aggiunga che tali obiettivi dovranno essere accompagnati da un'azione coordinata dell'Unione atta a limitare la frammentazione dell'aiuto e mirante a consolidare i processi di programmazione congiunta tra l'Unione e gli Stati membri. In aggiunta, l'aiuto comunitario dovrà concentrarsi in un massimo di tre settori di intervento per paese.

Un approccio differenziato è stato applicato ai paesi a medio reddito (i.e. Costa Rica, Malesia, Kazakistan) o emergenti (Brasile, Cina, India) che dispongono di sufficienti risorse interne per con-

trastare la povertà. Esso consiste nel limitare i fondi di aiuto per questi paesi ai soli programmi regionali e tematici (per esempio di quei fondi previsti per sostenere i beni pubblici globali e in particolar modo le sfide legate ai mutamenti climatici o i fondi destinati a sostenere le azioni della società civile e autorità locali), escludendoli dai programmi bilaterali di cui godevano in passato. Questo permetterà di aumentare i fondi ai paesi fragili.

Sostegno della crescita inclusiva e sostenibile, salute, istruzione e sicurezza energetica e alimentare sono gli obiettivi e i settori prioritari che l'Unione Europea intende sostenere nei paesi *partner*. Riforme della gestione della finanza pubblica, del settore giustizia e sicurezza sono altresì tra le aree prioritarie di intervento.

L'UE e gli Stati membri sono impegnati in azioni di programmazione congiunta in circa 40 paesi. La creazione nel luglio 2010 del Servizio Europeo per l'Azione Esterna (SEAE) con sede a Bruxelles offre un'importante e nuova opportunità per rendere più efficace la cooperazione allo sviluppo dell'Unione e dei suoi Stati membri.

Un aspetto importante affrontato dalla comunicazione della Commissione è l'accento posto sulla rendicontazione dei risultati. Segnaliamo qui uno *Staff Working Document*<sup>1</sup> della Commissione che illustra il processo di *reporting* dei risultati delle attività di cooperazione ottenuti a livello globale.

Vogliamo infine ricordare che, nel corso del 2013, la Commissione ha proposto, con l'intento di rafforzare le proprie politiche di aiuto nei settori prioritari citati in precedenza, le seguenti specifiche comunicazioni consultabili a partire dal sito: [http://ec.europa.eu/europeaid/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/europeaid/index_en.htm).

- Un'esistenza dignitosa per tutti: sconfiggere la povertà e offrire al mondo un futuro sostenibile
- Migliorare l'alimentazione materna e infantile nell'assistenza esterna: un quadro strategico dell'Unione
- Capacitare le autorità locali dei paesi *partner* per una migliore *governance* e risultati più concreti in termini di sviluppo.

### BIBLIOGRAFIA

<sup>1</sup> *Paving the way for an EU Development and Cooperation Results Framework*, Commission Staff Working Document, 2013.





## IL PROGRAMMA EUROPEO PER LA RICERCA HORIZON 2020

Con un *budget* di circa 78 miliardi di euro, Horizon 2020 è lo strumento principale dell'Unione Europea per il finanziamento della ricerca nel settennato 2014-2020 e si articola in tre pilastri principali chiamati *eccellenza scientifica*, *leadership industriale* e *sfide sociali*. Qualsiasi impresa, università, centro di ricerca, Ong può partecipare.

TESTO DI / GIANLUCA QUAGLIO / EUROPEAN PARLIAMENTARY RESEARCH SERVICES, BRUXELLES

*Horizon 2020* rappresenta lo strumento principale dell'Unione Europea per il finanziamento della ricerca e ha una durata di sette anni (2014-2020). H2020 è dotato di un *budget* di circa 78 miliardi di euro, con un incremento significativo rispetto al programma precedente (FP7) anche se meno marcato rispetto a quanto molti, *in primis* la comunità scientifica, si attendevano. Una delle maggiori novità di H2020, rispetto ai programmi che l'hanno preceduto, è una semplificazione nelle regole di partecipazione, il lancio di bandi con validità bi-annuale (anziché annuale) dando la possibilità di meglio preparare il contenuto delle *application*, con *topic* meno definiti e più aperti, favorendo un maggiore approccio *bottom up*. In sintesi, il programma si articola in tre pilastri principali chiamati:

- eccellenza scientifica
- *leadership* industriale
- sfide sociali.

centeranno sulle seguenti aree: 1) salute, cambiamenti demografici e benessere; 2) sicurezza alimentare, agricoltura sostenibile, ricerca marina e bioeconomia; 3) energia sicura ed efficiente; 4) trasporti ecologici e integrati; 5) clima, efficienza delle risorse e materie prime; 6) società inclusive e sicure.

H2020 favorisce la partecipazione di una molteplicità di attori e soggetti. Qualsiasi impresa, università, centro di ricerca, Ong o altro soggetto giuridico, stabilito in uno Stato dell'Unione Europea, in un paese associato o candidato può partecipare. La partecipazione è inoltre aperta, con regole minime, a tutti i paesi del mondo. Tra le diverse opportunità che i programmi europei per la ricerca offrono, una particolare menzione va al programma EDCTP (*European & Developing Countries Clinical Trials Partnership*), che finanzia *trials* clinici (ma non solo) su Hiv/Aids, malaria e Tb, in grande prevalenza nell'area sub-sahariana. La *mission* di EDCTP è accelerare lo sviluppo di nuovi farmaci, vaccini, microbicidi e procedure diagnostiche per l'Hiv/Aids, malaria e Tb.

### I TRE PILASTRI PRINCIPALI DI HORIZON 2020

Il pilastro dell'**eccellenza scientifica** si propone di elevare la ricerca scientifica europea sostenendo le migliori idee di ricerca e innovazione, facilitando l'accesso alle infrastrutture di ricerca, rendendo il continente europeo un luogo attraente per i ricercatori. Questo sarà realizzato attraverso i finanziamenti elargiti dal Consiglio europeo della Ricerca (ERC), mediante il sostegno alle tecnologie emergenti e future (FET), offrendo ai ricercatori opportunità di formazione e mobilità (all'interno dello spazio europeo della ricerca) mediante le azioni "Marie Curie", garantendo infrastrutture di ricerca di livello mondiale e di più facile accessibilità.

Il pilastro **leadership industriale** ha l'obiettivo di fare dell'Europa un luogo più attraente per investire in ricerca. L'investimento dei privati nella ricerca in Europa è sensibilmente più basso rispetto per esempio agli Stati Uniti, ma anche ad altri paesi. Saranno forniti alle imprese europee nuovi strumenti di finanziamento, aiutandole a essere più attive in ricerca e innovazione.

Le **sfide sociali** affrontano le priorità politiche della strategia *Europe 2020*. Questa parte di H2020 riunirà risorse provenienti da una molteplicità di settori e discipline. I finanziamenti si con-

### L'IMPORTANZA DELLA RICERCA OPERATIVA

L'obiettivo generale dell'attività di Medici con l'Africa Cuamm è di rafforzare i sistemi sanitari e di accelerare il miglioramento della salute delle popolazioni africane. Da oltre sessant'anni Medici con l'Africa Cuamm svolge un lavoro straordinario di cura, prevenzione, e rafforzamento dei sistemi sanitari dell'Africa sub-Sahariana. Una vasta gamma di attività è stata implementata nel corso di questi anni, in ambito medico, chirurgico e più in generale di salute pubblica, alcune anche di particolare carattere innovativo. Tuttavia, questa enorme massa di attività non è stata sempre adeguatamente documentata e condivisa.

La ricerca operativa cioè la ricerca fatta *in the field*, con la sistematica raccolta dei dati (clinici, di laboratorio, epidemiologici, etc.), permette di meglio quantificare e dare visibilità anche scientifica al lavoro di personale medico e infermieristico di Medici con l'Africa Cuamm. L'attenzione alla ricerca operativa deve quindi diventare una costante dei programmi futuri, permettendo di quantificare meglio ciò che è stato fatto, acquisendo in parallelo anche maggiore credibilità agli occhi dei *partner* locali e internazionali.


**FORUM**

## SERVE UN REGIME GLOBALE DI PROTEZIONE SOCIALE

L'accesso a un'assistenza sanitaria dignitosa è un diritto umano fondamentale.

Gli stimati 40 miliardi di dollari necessari da parte dei paesi ad alto reddito per consentire ai paesi a basso reddito di fornire un'assistenza sanitaria dignitosa non sono solo un obbligo legale, ma potrebbe anche rivelarsi un investimento saggio nelle politiche sociali degli stessi paesi ad alto reddito.

TESTO DI / GORIK OOMS / INSTITUTE OF TROPICAL MEDICINE, ANVERSA

Gavino Maciocco ha ragione quando scrive che l'accesso a un'assistenza sanitaria dignitosa è un diritto umano fondamentale<sup>1</sup>. È imbarazzante assistere alla riluttanza dei paesi ad alto reddito a stanziare i 40 miliardi di dollari di cui i paesi a basso reddito necessitano ogni anno per fornire servizi di assistenza sanitaria al modesto costo di 50 dollari *pro capite* l'anno. Ma non è solo imbarazzante. È anche poco saggio e manca di lungimiranza. Per proteggere le politiche sociali che esistono nella maggior parte dei paesi industrializzati contro la pressione al ribasso data dall'integrazione economica globale, sarà necessario un regime globale di protezione sociale.

### DETERMINANTI SOCIALI DELLA SALUTE

Come sostenuto dalla commissione sui Determinanti Sociali della Salute, le disuguaglianze sanitarie sono correlate alle disuguaglianze di reddito e potere<sup>2</sup>. Alcune cause di cattiva salute sono puramente biologiche, ma la scienza medica è oggi in grado di affrontare molte di esse. Ciò nonostante, i benefici della scienza medica non sono divisi equamente, poiché i soldi necessari per ottenerli sono distribuiti in maniera disuguale. Per di più, molte cause di cattiva salute sono il risultato di condizioni di vita e di lavoro quotidiane correlate allo *status* sociale. Se vogliamo ridurre le disuguaglianze sanitarie a differenze che trascendono la nostra capacità collettiva di affrontarle, dobbiamo far fronte alle disuguaglianze di reddito e potere.

Tutti i paesi ad alto reddito e la maggior parte dei paesi a medio e basso reddito confidano nella concorrenza di mercato per la distribuzione delle entrate: più le capacità e i beni di qualcuno sono richiesti, più alto sarà il reddito di costui. Ciò potrebbe non essere iniquo di per sé, ma significa che non dovremmo contare sulle forze di mercato per portare maggiore uniformità nella distribuzione del reddito necessaria per individuare le disuguaglianze sanitarie. Inoltre, la disuguaglianza di reddito è fortemente correlata alla immobilità sociale tra generazioni: quanto più sono poveri i genitori di una persona, tanto maggiore è la possibilità che essa sia relativamente povera, o viceversa<sup>3</sup>.

Questo è il motivo per cui tutti gli odierni paesi ad alto reddito hanno adottato – soprattutto nel corso del ventesimo secolo – politiche di redistribuzione: dopo la distribuzione "primaria" del reddito fatta dal mercato, intervengono gli stati. La redistribuzione

può avvenire in forma di trasferimenti finanziari, oppure in forma di servizi sociali (come l'assistenza sanitaria) che sono distribuiti conformemente ai bisogni<sup>4</sup>.

Tali politiche di redistribuzione funzionavano piuttosto bene durante il ventesimo secolo (nei paesi che le adottavano): le disuguaglianze di reddito e sanitarie si sono ristrette in maniera considerevole, e la mobilità sociale è aumentata. Ma queste politiche hanno una seria limitazione: funzionano solo entro i confini degli stati. Ciò ha una doppia conseguenza negativa. In primo luogo, le politiche nazionali di redistribuzione non affrontano la disuguaglianza globale. Per esempio, quando un'azienda di abbigliamento con sede in Italia conclude un contratto con un'azienda con sede in Mozambico e la maggior parte dei profitti va alla compagnia con sede in Italia – a causa della disparità nel potere di negoziazione – non ci sono correzioni: le tasse pagate in Italia sui profitti della collaborazione non sostengono i servizi sociali in Mozambico. In secondo luogo, le politiche nazionali di redistribuzione sono sottoposte a pressioni da parte della crescente integrazione economica globale. L'azienda basata in Italia potrebbe delocalizzare in Mozambico e pagare le tasse lì. A questo punto, si potrebbe obiettare che ciò sarebbe positivo per la popolazione del Mozambico: delocalizzazione come forma di redistribuzione. Ma il problema è che tutti i governi sono sotto pressione per tenere bassi i livelli delle tasse, al fine di attrarre gli investimenti.

### CORSA AL RIBASSO?

Il fenomeno è noto come "corsa al ribasso": una concorrenza fra le politiche sociali e tributarie dei vari paesi. Per ogni governo, ha senso diminuire leggermente la tassazione: il governo perderà delle entrate pubbliche (e anche la capacità di pagare l'assistenza sanitaria), ma perderebbe molto di più se nuovi investimenti fossero indirizzati verso altre nazioni. Ma se tutti i paesi fanno la stessa cosa, nessuno di essi è in vantaggio; si seguono l'un l'altro lungo una china pericolosa. Tra il 1993 e il 2007, le aliquote medie di imposta sulle persone giuridiche sono scese a livello globale dal 38% al 27%<sup>4</sup>.

Non tutti sono d'accordo sul fatto che sia effettivamente in corso una corsa al ribasso. Alcuni sostengono che si tratti di un fenomeno temporaneo, e che con il tempo i movimenti sociali nelle economie emergenti forzeranno i governi a incrementare le po-

litiche tributarie e sociali, fino al punto in cui tutti raggiungeranno un livello simile<sup>5</sup>.

Qualsiasi assunto si accetti, sembra decisamente poco saggio aspettare che la corsa al ribasso si svolga ulteriormente (sempre che si creda alla corsa al ribasso), o lasciarla ai processi nazionali i quali possono impiegare molti decenni per arrivare a una qualche "convergenza internazionale" (sempre che si creda alla convergenza internazionale). Se l'obiettivo è di arrivare a un livello di politica sociale abbastanza solido da mantenere le disuguaglianze sanitarie e le altre disuguaglianze sociali entro un range accettabile, perché non coordinare e dirigere il fenomeno?

## UN REGIME GLOBALE DI PROTEZIONE SOCIALE

La maggior parte di noi pensa che la politica tributaria e sociale sia necessariamente legata agli stati. Dopotutto, è necessario un governo per costringere le persone a contribuire e per decidere come redistribuire. Ma la politica sociale esisteva molto prima dell'emergere degli stati per come li conosciamo oggi. La politica sociale ha preso il via all'interno di comunità locali, organizzazioni sindacali come le corporazioni, o città. Molti regimi di politica sociale odierni presentano ancora tracce di queste origini: paghiamo tasse che sono o raccolte o stanziare dai consigli comunali, da enti regionali sub-statali, o dallo Stato. Come cittadini dell'Unione Europea, paghiamo anche tasse che finanziano, sebbene in misura molto modesta, le politiche di redistribuzione interne all'Unione Europea.

Può essere difficile immaginare un'autorità tributaria e di politica sociale internazionale, con uffici da qualche parte a Ginevra o New York, che raccolga tasse da tutto il mondo e ridistribuisca i ricavi in tutte le parti del mondo, dando la priorità alle zone in cui c'è maggiore necessità.

Per muoversi verso un regime globale di protezione sociale, possiamo imparare dai cosiddetti trasferimenti "perequativi" che esistono all'interno della maggior parte dei paesi federali. Questi sono meccanismi che assicurano la possibilità, da parte delle entità sub-statali – nonostante la loro autonomia fiscale e le differenze nella scala e nella redditività della loro attività economica – di fornire livelli comparabili di politiche sociali. La Legge costituzionale del Canada, per esempio, impone la perequazione «per

assicurare che i governi provinciali abbiano sufficienti ricavi per fornire livelli ragionevolmente comparabili di servizi pubblici a livelli ragionevolmente comparabili di tassazione»<sup>6</sup>. Ovunque esistano, i trasferimenti perequativi creano contestazioni e frustrazione. Ma sono anche considerevolmente solidi, in quanto la loro abolizione creerebbe problemi anche maggiori. I trasferimenti perequativi non tengono soltanto sotto controllo la disuguaglianza, ma mitigano anche la concorrenza di politiche sociali e tributarie tra entità sub-statali.

## COPERTURA SANITARIA GLOBALE COME PUNTO D'INIZIO

L'Organizzazione Mondiale della Sanità propone una «copertura sanitaria universale» come un «obiettivo unificante centrale di salute» per il prossimo aggiornamento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio<sup>7</sup>. Ma prende atto del fatto che «[nei] paesi a basso reddito, dove le strutture di pagamento anticipato possono essere sottosviluppate o inefficienti e dove le necessità sanitarie sono enormi, ci sono molti ostacoli per ottenere fondi sufficienti attraverso il pagamento anticipato e il pooling», e che « [è] essenziale, quindi, che i donatori internazionali prestino il loro supporto»<sup>8</sup>.

Il Network per le Soluzioni per lo Sviluppo Sostenibile propone che l'equivalente dello 0,1% del PIL degli stati ad alto reddito sia destinato alla copertura sanitaria universale nei paesi più poveri<sup>9</sup>. Ci si aspetta che almeno l'equivalente del 3%, 3,5%, 4% e 5% del PIL venga stanziato rispettivamente dai paesi a reddito basso, reddito medio-basso, reddito medio-alto e reddito alto a favore della copertura sanitaria universale a livello interno.

Questa proposta potrebbe essere il punto d'inizio di un regime globale di protezione sociale che includa i trasferimenti internazionali e i minimi sforzi nazionali. Mitigherebbe la concorrenza tra politiche sociali e tributarie che esiste tra i paesi a basso e medio reddito<sup>10</sup>, così permettendo loro di aumentare le entrate governative e i budget per la copertura sanitaria universale più velocemente, e renderebbe più celere la convergenza internazionale delle politiche tributarie e sociali, la quale proteggerebbe le politiche sociali nei paesi ad alto reddito.

10 centesimi per ogni 100 euro sono un prezzo molto basso da pagare per tutto ciò.

## REFERENCES

- 1 Maciocco G., *Universal Health Coverage. An inexpressible right*, Health & Development, October 2013, 3.
- 2 Commission on Social Determinants of Health, *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*, World Health Organization, Geneva 2008. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf)
- 3 Corak M., *Income Inequality, Equality of Opportunity, and Intergenerational Mobility*, Institute for the Study of Labor, Bonn 2013. <http://ftp.iza.org/dp7520.pdf>
- 4 Prasad N., *Policies for redistribution: The use of taxes and social transfers*, International Institute for Labour Studies, Geneva 2008. [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---inst/documents/publication/wcms\\_193159.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---inst/documents/publication/wcms_193159.pdf)
- 5 Boix C., *Redistribution Policies in a Globalized World*. In: Bacchetta M., Jansen M. (eds.) *Making Globalization Socially Sustainable*. Geneva: World Trade Organization and International Labour Office, 2011.

[http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms\\_144904.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_144904.pdf)

- 6 Stark KJ., *Rich States, Poor States: Assessing the Design and Effect of a U.S. Fiscal Equalization Regime*, New York University Tax Law Review, 2010, 63(4): 957-1008.
- 7 World Health Organization, *Positioning Health in the Post-2015 Development Agenda*, World Health Organization, Geneva 2012. [http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/post2015/WHO\\_discussionpaper\\_October2012.pdf](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/post2015/WHO_discussionpaper_October2012.pdf)
- 8 World Health Organization, *The World Health Report: Health systems financing: The path to universal coverage*, World Health Organization, Geneva 2010. <http://www.who.int/whr/2010/en/index.html>
- 9 Sustainable Solutions Development Network. *Resources: Health for all (draft available for public comment)*, Sustainable Solutions Development Network, New York 2013. [http://unsdsn.org/thematicgroups/tg5/tg5\\_resources/](http://unsdsn.org/thematicgroups/tg5/tg5_resources/)
- 10 Tax Justice Network Africa, ActionAid International, *Tax competition in East Africa: A race to the bottom?*, Tax Justice Network Africa, Johannesburg: ActionAid International, Nairobi 2012. [http://www.actionaid.org/sites/files/actionaid/eac\\_report.pdf](http://www.actionaid.org/sites/files/actionaid/eac_report.pdf)



## EMERGENZA SUD SUDAN

A poche settimane dalla firma, lo scorso 24 gennaio, del cessate il fuoco tra il governo e i ribelli guidati dall'ex vicepresidente Riek Machar, resta alta la tensione in Sud Sudan e instabile la situazione politica. Drammatica è anche l'emergenza umanitaria tra le popolazioni.

Negli ospedali di Lui (Western Equatoria) e di Yirol (Lake States) dove sono operativi i *team* di Medici con l'Africa Cuamm continuano ad arrivare i feriti provenienti da alcune zone in cui gli scontri non sono ancora cessati.

L'ospedale di Yirol, in particolare, è l'unico punto di riferimento per l'intera regione che, oltre a garantire assistenza di primo e secondo livello, cerca di far fronte all'emergenza sanitaria e degli sfollati, l'altra grande urgenza.







## ESPERIENZE DAL CAMPO

# BUONE PRATICHE: EQUAL OPPORTUNITIES FOR HEALTH

Il progetto triennale *Equal* ha coinvolto 18 *partner* europei in 7 paesi (Italia, Polonia, Romania, Lettonia, Bulgaria, Ungheria e Malta) con l'obiettivo di promuovere l'educazione e la sensibilizzazione in Salute globale. Il 28 febbraio 2014 terminerà; molti sono i risultati ottenuti e le prospettive per la costruzione di un *network* ancora più esteso.

TESTO DI / CHIARA CAVAGNA / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

Il 28 febbraio si conclude il progetto triennale *Equal opportunities for health: action for development* (qui di seguito abbreviato in *Equal*) che ha visto lavorare insieme un *network* di 18 *partner* europei per promuovere l'educazione e la sensibilizzazione in Salute globale.

In Italia, Polonia, Romania, Lettonia, Bulgaria, Ungheria e Malta, studenti di medicina, medici, infermieri, formatori e docenti universitari sono stati coinvolti in un efficace scambio internazionale di esperienze, *know-how*, e *best practice* sulle proposte formative relative ai concetti chiave della *Global health*.

### ATTIVITÀ REALIZZATE DAL NETWORK EUROPEO IN QUESTI TRE ANNI

- Numerose sono state le **attività di educazione, formale e non**. In ognuno dei paesi *partner* sono stati organizzati corsi elettivi universitari, seminari formativi rivolti a medici e operatori sanitari e corsi di approfondimento su contenuti e didattica rivolti a docenti universitari interessati a intraprendere nuove tematiche di Salute globale all'interno dei propri corsi.
- **Attività di studio e ricerca**: una mappatura nazionale dei corsi universitari in Salute globale; varie partecipazioni a convegni e congressi tematici; pubblicazioni di articoli scientifici e studi congiunti internazionali.
- La creazione di **strumenti di sensibilizzazione e comunicazione**, finalizzati non solo a dare visibilità al progetto, ma anche a sensibilizzare e coinvolgere un *target* più ampio ed eterogeneo. In questo senso, gli strumenti comunicativi più efficaci sono stati:
  - il sito internet [www.educationglobalhealth.eu](http://www.educationglobalhealth.eu) – un'area web dedicata al progetto, in italiano e inglese, con diversi materiali, condivisi da tutti i *partner* –, bibliografia e sitografia aggiornate suddivise per aree tematiche e la possibilità di scaricare alcuni *format* di presentazioni su temi chiave della Salute globale;
  - la rivista scientifica *Salute e Sviluppo*, anch'essa disponibile in lingua inglese e italiana e nella duplice versione cartacea e *online*. Si tratta di un importante strumento comune di informazione sui temi delle politiche di sanità pubblica, Salute globale e cooperazione sanitaria internazionale;

- la produzione di videodocumentari, per i quali si è deciso di promuovere un concorso internazionale rivolto a giovani artisti europei per stimolare la riflessione sui temi della Salute globale anche tra i non addetti ai lavori, e veicolare i contenuti in una semantica giovane e più immediata.

### RISULTATI E BUONE PRATICHE DEL PROGETTO EQUAL

- Il primo risultato del progetto, che ha poi permesso di realizzare tutti quelli che seguono, è stato **la costruzione del network europeo**. Fin dai primi *meeting* del partenariato si è subito delineato uno scenario molto eterogeneo relativamente alle esperienze formative di *Global health*. Ne è conseguito un importante lavoro interno per promuovere un concetto di Salute globale condiviso e definito, nel rispetto delle differenze dei singoli paesi. Per fare questo sono stati organizzati 10 incontri formativi – guidati da esperti internazionali – con tutti i *partner*, durante i quali si è discusso di Salute globale, formazione, contenuti, metodologie, e *public awareness*, per impostare strumenti di comunicazione efficaci e arrivare così alle popolazioni dei paesi *partner*. Attraverso questi momenti di formazione e conoscenza reciproca è stato così creato un terreno comune che ha facilitato una maggiore integrazione europea, includendo le popolazioni

TABELLA / ATTIVITÀ E NUMERI DEL TRIENNIO 2011-2014 DEL PROGETTO EQUAL OPPORTUNITIES FOR HEALTH: ACTION FOR DEVELOPMENT

CORSI IN SALUTE GLOBALE NELLE UNIVERSITÀ EUROPEE	134
CORSI ACCREDITATI PER PROFESSIONISTI SANITARI	46
PROFESSIONISTI FORMATI IN EUROPA	1.600
FORMAZIONI PER FORMATORI	13
DOCENTI FORMATI	303
CONFERENZE O INCONTRI INTERNAZIONALI	70
PERSONE CHE RICEVONO SALUTE E SVILUPPO CARTACEO E ONLINE	15.000

dei nuovi stati membri. In questo senso, una *lesson learned* di questo processo è stata l'efficacia del dialogo e del confronto costanti per superare le possibili barriere culturali e giungere a una visione comune, nel rispetto delle specificità dei singoli.

- **Standardizzazione dei percorsi formativi.** Gli stessi modelli di attività (formative e di sensibilizzazione) sono stati replicati in tutti i paesi coinvolti nel progetto, arrivando a risultati importanti (vedi **tabella**).
- **Bottom-up approach: il ruolo degli studenti universitari.** Altri importanti risultati sono stati raggiunti grazie alla tenacia e all'azione degli studenti universitari. Si tratta di un approccio "dal basso", secondo il quale sono i giovani studenti stessi a fare da traino e richiedere – e ottenere – corsi elettivi. In alcuni casi, inoltre, i corsi elettivi sono divenuti curricolari: le Università di Genova, Perugia, La Sapienza di Roma, Bicocca di Milano e l'Università di Riga, in Lettonia. Sempre in Lettonia, un ulteriore risultato del progetto è l'ottenimento del cofinanziamento della quota del 25% del progetto da parte del Ministero degli Affari Esteri Lettone.

**FIGURA 1** / LA MAPPA DEI SETTE PAESI DEL PROGETTO EUROPEO EQUAL OPPORTUNITIES FOR HEALTH: ACTION FOR DEVELOPMENT



- **La Formazione per Formatori** è un'altra delle buone pratiche emerse: si tratta di un incontro formativo annuale organizzato in ognuno dei paesi *partner* per promuovere l'insegnamento della SG tra il personale accademico. Questo tipo di attività genera un effetto moltiplicatore, in quanto comporta, a sua volta, importanti ricadute sulla formazione accademica e spesso riesce a ottenere l'organizzazione di corsi elettivi in università dove prima non venivano offerte lezioni su tematiche di SG. Infine, il formato in cui è stata pensata la Formazione per Formatori permette di arrivare più facilmente alla società civile, perché l'ultima giornata di questi eventi ospitava conferenze aperte al pubblico, durante le quali si è cercato di sensibilizzare la cittadinanza su concetti semplici, anche se mai discussi dai *mass media* nazionali: il diritto alla salute, l'evoluzione dei sistemi sanitari in Italia e in Europa, anche in relazione all'attuale crisi economica,...

Tutto questo ha portato a un aumentato interesse da parte della società civile per la salute per tutti, nei paesi lontani e in quelli vicini, ovunque.

- **Salute e Sviluppo:** per coinvolgere maggiormente i *partner* si è deciso di condividere questo strumento di comunicazione insieme a tutti, e farli sentire parte attiva del processo editoriale, per cui ogni numero della rivista ha ospitato uno o due articoli scritti dalle associazioni *partner*, che trovavano così uno spazio per raccontare il loro sistema sanitario o le attività di sensibilizzazione organizzate dagli studenti di altri paesi.

La rivista è stata ampiamente diffusa in occasione di corsi formativi, conferenze, presentazioni e incontri di vario tipo. È stato dedicato maggior spazio a contenuti di Salute globale e di educazione, ed è stato volutamente utilizzato uno stile linguistico comprensibile a tutti. I *partner* stessi sono stati parte attiva anche del processo di distribuzione e diffusione della rivista, sia nella versione cartacea (cinquemila copie), sia nella versione *online* (diecimila contatti).

## IL FUTURO DEL NETWORK

Il progetto *Equal* si conclude il 28 febbraio, ma gli attori che hanno contribuito a realizzarne le attività non intendono terminare la loro collaborazione. Infatti, tutte le associazioni che fanno parte del progetto ancora in corso hanno dimostrato il loro interesse a continuare a lavorare insieme per diffondere ulteriormente i concetti chiave della Salute globale. Non solo. Negli ultimi mesi abbiamo lavorato insieme per allargare questo *network* e includere anche altri paesi, sia nuovi membri dell'Unione Europea, sia quelli della cosiddetta "vecchia Europa". Attualmente abbiamo già definito un nuovo *network* comprendente 15 paesi europei e insieme a questi stiamo dialogando per promuovere ulteriormente il diritto alla salute per tutti: in Italia, in Europa, e nel mondo.



## ESPERIENZE DAL CAMPO

# LA COOPERAZIONE SANITARIA INTERNAZIONALE

In Africa la mappa della povertà si sta ridefinendo e la cooperazione internazionale sta vivendo una “distruzione costruttiva”, a causa dell’ingresso di nuovi attori, come agenzie locali o donatori non convenzionali. La strategia del rafforzamento dei sistemi sanitari locali di Medici con l’Africa Cuamm rimane valida, ma vanno rafforzati ricerca operativa e partenariati accademici.

TESTO DI / GIOVANNI PUTOTO / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

### LA NUOVA MAPPA DELLA POVERTÀ

Da continente senza speranza, a continente di speranza. È il titolo di un *dossier* Africa pubblicato dal settimanale inglese *Economist* in cui si evidenziano i notevoli progressi avvenuti in campo politico, economico, sociale e sanitario. Lo stesso rapporto sullo sviluppo umano dell’agenzia Undp del 2013 ne illustra i cambiamenti strutturali e sociologici, quest’ultimi caratterizzati dall’avvento di una classe media benestante. L’Africa di oggi dunque non è quella degli anni '90. Questo fatto non cancella il grave fenomeno della povertà, che rimane ampio e drammatico, e dei bisogni di salute primari come la maternità sicura e l’assistenza al neonato, ma ne cambia i connotati e i caratteri. Stiamo assistendo alla ridefinizione della mappa della povertà in Africa. Questa trasformazione ruota attorno ad una serie di processi selettivi tra i quali: l’importanza crescente degli Stati fragili dove si concentrano il numero maggiore dei poveri cronici e dove si registrano i maggiori ritardi nel conseguimento degli obiettivi del millennio; la rapida urbanizzazione delle città africane e la crescente emarginazione di interi gruppi sociali negli *slum*, molto esposti ai problemi di violenza, dipendenza da alcool e sostanze stupefacenti. A ciò si associano: l’emergenza epidemiologica dovuta al progressivo propagarsi delle malattie croniche legate alla diffusione dei fattori di rischio (es. fumo, alimentazione) dei nuovi stili di vita, e la compromissione della salute riproduttiva e sessuale degli adolescenti. Un altro gruppo “a rischio” è quello delle minoranze. Emblematica è la situazione delle popolazioni seminomadiche, come quelle che risiedono nella regione del Corno d’Africa, sempre più isolate e lontane dalle trasformazioni in atto. E ancora: se da un lato aumentano scuole di medicina e accesso alla professione medica, dall’altro è sempre più diffusa la mentalità di privilegiare una medicina individuale, curativa e urbana a detrimento di servizi sanitari essenziali da assicurare soprattutto alla popolazione che vive nelle aree rurali.

### DISTRUZIONE COSTRUTTIVA DELL'AUTO INTERNAZIONALE

All’interno di questo processo di riconfigurazione delle povertà, si colloca l’aiuto internazionale e la cooperazione sanitaria internazionale. Gli studiosi parlano di “distruzione costruttiva”. Negli ultimi anni si è assistito a una moltiplicazione ininterrotta di nuovi attori non tradizionali, approcci e politiche. Il contributo finanzia-

rio che proviene da questo gruppo all’aiuto allo sviluppo è cresciuto dall’8% del 2000 al 30,7% del 2009. Le grandi compagnie petrolifere e farmaceutiche si stanno affacciando sempre di più nel settore sanitario, intessendo alleanze e collaborazioni con tutti gli altri attori della cooperazione, in particolare con le Ong. Nuovi connubi stanno nascendo. Ad esempio, *Save The Children* ha stabilito una collaborazione strategica con il gruppo farmaceutico GSK, in base alla quale si cerca non solo di finanziare progetti sanitari per l’infanzia, ma anche di trasferire prodotti a costi e formati appropriati al continente africano. Non c’è dubbio che molti e inediti sono i dilemmi etici e morali e le aree grigie che accompagnano queste nuove forme di cooperazione.

Inoltre c’è l’affermarsi di un nuovo protagonismo sociale africano. In Uganda, ad esempio, la rete sanitaria della Chiesa cattolica tratta direttamente con le agenzie di sviluppo, riceve cospicui finanziamenti e realizza programmi complessi sostituendo le Ong internazionali. Infine, sul piano delle politiche, mentre il dibattito sull’agenda *post* MDGs appare orientato ai temi dello sviluppo sostenibile e delle disuguaglianze, la salute sembra perdere di rilevanza. L’unico tema politico che fa breccia è quello della copertura sanitaria universale su cui si registra un’ampia convergenza. Si tratterà di capire se e in quale misura gli *stakeholder* pubblici e privati riusciranno a costruire sistemi sanitari davvero capaci di assicurare l’accesso ai servizi sanitari di qualità ai poveri, con meccanismi di finanziamento equi e sostenibili, senza l’introduzione di forme di privatizzazione estrema.

### LA POSIZIONE DI MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

Per Medici con l’Africa Cuamm rimane tuttora valida la strategia del rafforzamento dei sistemi sanitari locali, della formazione e della ricerca sul campo. I sistemi sanitari devono essere sostenuti in rapporto al loro stato di funzionamento o evoluzione. Bisogna adattare gli interventi ai bisogni locali e al livello di maturazione e di capacità raggiunto dai sistemi sanitari. Un conto è operare in Sud Sudan, un altro è agire in Uganda e Tanzania. Rimane cruciale il *focus* sullo sviluppo delle competenze locali e quindi sulla formazione efficace e sulla verifica degli esiti: qualità, copertura effettiva, efficienza ed equità degli interventi. Per rispondere a queste esigenze e alla necessità di una maggiore *accountability*, va rafforzata la ricerca operativa e il partenariato con le università italiane e africane, dando voce e spazio ai giovani.





## ESPERIENZE DAL CAMPO

# INSEGNARE SALUTE GLOBALE NELLE UNIVERSITÀ ITALIANE

Il progetto *Equal opportunities for health: action for development* ha rappresentato un forte stimolo sia all'estensione geografica delle attività formative all'interno delle varie Università, sia nella definizione condivisa dei contenuti tematici della Salute globale, una materia molto, forse anche troppo, ampia e dai confini indistinti.

TESTO DI / GAVINO MACIOCCO / DIPARTIMENTO DI SANITÀ PUBBLICA, UNIVERSITÀ DI FIRENZE

«La comunità scientifica – e 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, dello sviluppo sostenibile, della difesa della dignità e della vita degli uomini. [...] Emerge sempre più forte la necessità di studi approfonditi, di valutazioni indipendenti, di una trasmissione estesa delle informazioni e delle conoscenze e pertanto la Scuola e l'Università non possono più a lungo sottrarsi a questo compito». L'appello contenuto nella Dichiarazione di Erice 2001 (**vedi pag. 3**) non cadde nel vuoto. Anzi, alcuni di coloro che quella Dichiarazione avevano sottoscritto negli anni successivi si impegnarono per promuovere nelle proprie realtà un'offerta formativa sulla Salute globale. Si trattava di attività didattiche elettive per lo più svolte all'interno della Facoltà di medicina, con contenuti molto variabili da sede a sede: i pionieri di queste attività si trovavano in un numero limitato di sedi per un totale di 17 corsi attivati prima del 2009.

Il progetto *Equal opportunities for health: action for development* ha rappresentato un forte stimolo sia all'estensione geografica delle attività formative all'interno delle varie Università, sia nella definizione condivisa dei contenuti di una materia, quella della Salute globale, molto, forse anche troppo, ampia e dai confini indistinti. Siamo nel 2007 agli inizi del progetto e i due obiettivi prioritari sono quelli di disegnare la mappa delle attività didattiche accademiche che nei vari atenei hanno un qualche riferimento alla Salute globale e predisporre gli elementi basilari dell'offerta formativa, facendo tesoro delle esperienze italiane in corso e che di ciò che maturava in numerose realtà internazionali, soprattutto anglosassoni. Fu così elaborato il “*curriculum standard*”, un insieme di cinque moduli corrispondenti ai seguenti argomenti: 1) Salute, determinanti e disuguaglianze in salute; 2) L'origine e lo sviluppo dei sistemi sanitari. La salute come diritto umano; 3) Salute, sviluppo e globalizzazione; 4) Immigrazione e salute; 5) Cooperazione sanitaria internazionale.

Un punto cruciale per la diffusione dell'insegnamento della Salute globale è stato quello della “Formazione per Formatori”, ovvero la preparazione di nuovi docenti, non solo a livello accademico, che si è realizzata attraverso quattro edizioni che si sono tenute a Padova (2008 e 2010), Roma (2012) e Firenze (2012).

Per effetto di queste iniziative è nata la Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale (Riisg), un *network* nazionale che comprende istituzioni accademiche, società scientifiche, organizzazioni non governative, associazioni, gruppi e singoli individui impegnati nella formazione in Salute globale, sia a livello universitario che di società civile. I principali obiettivi della Riisg sono: a) Promuovere l'insegnamento della Salute globale a livello accademico, nei Corsi di Laurea di area sanitaria e nelle Scuole di Specializzazione mediche; a livello professionale, corsi nell'ambito dei programmi di formazione continua in medicina; b) Promuovere spazi e momenti di confronto e dialogo sulla Salute globale con altre discipline e con istituzioni, gruppi, associazioni e reti a livello europeo.

Principio fondante della Riisg è quello della coerenza rispetto all'approccio di Salute globale sia nel metodo di lavoro (fondato sull'orizzontalità e sulla piena partecipazione di tutti i membri) che nelle attività didattiche (centrate sullo studente, aperte alla multidisciplinarietà, orientate all'integrazione tra formazione teorica e attività pratica sul campo). «La Salute globale pone particolare attenzione all'analisi dello stato di salute e dei bisogni reali della popolazione mondiale, e alle influenze che su di essi esercitano i determinanti socio-economici, politici, demografici, giuridici e ambientali, esplicitando le interconnessioni tra globalizzazione e salute in termini di equità, diritti umani, sostenibilità, diplomazia e collaborazioni internazionali»<sup>1</sup>.

Attualmente corsi di Salute globale si svolgono nelle seguenti sedi universitarie: Bari, Bologna, Brescia, Campobasso, Catania, Ferrara, Firenze, Genova, Milano Bicocca e Milano Statale, Novara, Padova, Parma, Pavia, Perugia, Roma Sapienza, S. Andrea, Tor Vergata e UCSC, Sassari, Salerno, Siena, Torino, Trieste, Udine, Varese.

## BIBLIOGRAFIA

<sup>1</sup> Riisg - definizione di Salute globale, <http://www.educationglobalhealth.eu/it/component/content/article/9-global-health/247-riisg-definizione-di-salute-globale>



## ESPERIENZE DAL CAMPO

# IL SISM E L'INSEGNAMENTO DELLA SALUTE GLOBALE

Il ruolo dello studente di medicina per la promozione della Salute globale si divide in due azioni distinte e complementari: da un lato, l'esperienza primaria dello studente tra gli studenti, attraverso un approccio *peer to peer*, dall'altra, all'interno del mondo accademico in relazione diretta con l'Università in quanto istituzione.

TESTO DI / SAMANTHA PEGORARO / SISM - SEGRETARIATO ITALIANO STUDENTI DI MEDICINA

«Nessuno educa nessuno, nessuno si educa da solo, gli uomini si educano assieme, con la mediazione del mondo» diceva P. Freire, pedagogista brasiliano. La citazione non è casuale. Rende infatti conto del percorso che gli studenti di medicina, nel Sism, hanno seguito nel corso degli anni.

Il Sism, Segretariato Italiano Studenti in Medicina, è un'associazione di volontariato creata da studenti per studenti più di quarant'anni fa e si impegna per promuovere le maggiori tematiche sociali di interesse medico e per fornire un contributo qualificante che possa integrare il piano didattico del Corso di Laurea in medicina.

Secondo la Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale (Riisg), di cui il Sism è parte, la Salute globale si definisce come un approccio che pone particolare accento non solo sul messaggio che viene trasmesso, ma anche sulle modalità con cui questo viene veicolato e, in particolare, insegnato all'interno delle Università. L'educazione non formale, intesa come l'uso di metodologie quali il lavoro a piccoli gruppi, gli studi di caso o i *role play*, si costituisce come elemento fondamentale perché pone al centro dell'attenzione lo studente come soggetto attivo dell'educazione, attento partecipe nella costruzione dei saperi.

È proprio per questo che il Sism si è avvicinato alla Salute globale, vedendo in essa un mezzo di azione in termini formativi, tanto contenutistici quanto metodologici. In questo senso, il ruolo dello studente si divide in due azioni distinte, ma al tempo stesso complementari ed egualmente fondanti. Da un lato, l'esperienza primaria dello studente tra gli studenti, attraverso un approccio *peer to peer* che si concretizza in una serie di progetti nati in seno al Sism; dall'altra, il ruolo dello studente nel mondo accademico: un lavoro orizzontale all'interno della già citata Riisg, ma anche una spinta di tipo *bottom-up* in relazione diretta con l'Università in quanto istituzione.

Il Laboratorio di Mondialità rappresenta il primo consolidato esempio delle esperienze degli studenti tra gli studenti. Si tratta di un *workshop* di tre giorni che avvicina ai contenuti propri della Salute globale, come determinanti e disuguaglianze, la nascita

dei sistemi sanitari nazionali, il legame tra salute e globalizzazione, ambiente, migrazioni, attraverso l'utilizzo di una didattica non frontale. Tale evento, ogni anno, raccoglie un bacino di più di cento studenti provenienti da tutta Italia e, ormai giunto alla sua ottava edizione, è risultato essere un moltiplicatore di esperienze. Gli studenti, tornati dall'esperienza del Laboratorio, si sono riversati sul territorio, nelle facoltà, promuovendo l'inserimento di corsi elettivi o curricolari in Salute globale. L'evidenza di questo è data da una serie di mappature che il Sism in collaborazione con tutta la rete Riisg ha condotto all'interno delle facoltà italiane. Ben quaranta corsi sono stati attivati durante l'anno accademico 2011/2012 (ultimi dati aggiornati).

Dello stesso stampo è il *workshop* sul Conflitto di Interessi, ulteriore progetto Sism che, forte delle stesse metodologie applicate al Laboratorio, si concentra sul concetto di salute e mercato o sul ruolo delle case farmaceutiche nel panorama sanitario. Più incisivi su tematiche precise, ma altrettanto importanti per il ruolo dello studente in Salute globale, sono i progetti *Caught from Inside*, che attraverso un approccio multidisciplinare in collaborazione con Elsa (*European Law Student's Association*) hanno voluto, nel corso di un anno, approfondire il tema del diritto dei carcerati con particolare attenzione alla salute degli stessi, e il *Wolisso project*, che permette agli studenti di medicina di avvicinarsi al mondo della Cooperazione internazionale attraverso la partecipazione a programmi sanitari in Etiopia e Tanzania.

In parallelo, l'impegno degli studenti all'interno della Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale ha permesso l'avvicinamento del mondo accademico a quello studentesco che, grazie a un lavoro orizzontale, si è concretizzato nei risultati sopradescritti (corsi curricolari e mappatura). La Riisg è una rete costituita da Università, Associazioni di studenti, Ong e persone singole nata nel 2008 dalla prima esperienza del progetto *Equal*<sup>1</sup>. Un tassello in più nel complesso quadro dell'insegnamento della Salute globale in Italia.

È proprio dalla Rete che si diparte la radice del cambiamento. Noi siamo in cammino, ancora.

## BIBLIOGRAFIA

<sup>1</sup> *Equal opportunities for health: action for development.*



## APPROFONDENDO

# OMS E DIRITTO ALLA SALUTE: QUALE FUTURO

Al centro del 5° rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale sono la storia, i successi, le traversie dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), l'agenzia delle Nazioni Unite con il mandato di conseguire il più alto livello di salute per tutta la popolazione del pianeta. L'Oms ha rispettato e sta rispettando questo suo mandato?

TESTO DI / ADRIANO CATTANEO / OSSERVATORIO ITALIANO SULLA SALUTE GLOBALE - OISG

«La salute di tutte le persone è fondamentale al raggiungimento della pace e della sicurezza, e dipende dalla massima cooperazione di individui e Stati. Un'opinione informata e la cooperazione attiva da parte del pubblico sono della massima importanza per il miglioramento della salute delle persone». Forse è per queste affermazioni contenute nel preambolo della Costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), per favorire cioè un'opinione informata e la cooperazione attiva da parte del pubblico, che noi dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale (Oisg) abbiamo deciso di dedicare il nostro 5° rapporto all'Oms stessa. Lo stesso preambolo afferma che la salute è «uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano», «senza distinzione di razza, religione, credo politico, condizione economica o sociale», da garantire in collegamento con altri diritti fondamentali. E l'Oms fu costituita per rendere effettivo tale diritto, con l'obiettivo di «condurre tutti i popoli a un livello di salute il più elevato possibile».

L'Oms ha rispettato e sta rispettando questo suo mandato? La sua storia, come quella di ogni altra istituzione e organizzazione, e alla fin fine di ognuno di noi, è fatta di luci e ombre. Chi ha lavorato e lavora per la salute, e soprattutto per la Salute globale, probabilmente conosce gli aspetti positivi dell'Oms. E anche se non li conosce li ha sicuramente incrociati, magari senza esserne cosciente, nel suo lavoro. Avrò sentito parlare di programmi per i farmaci essenziali, per la riduzione della mortalità materna, per la gestione delle malattie più comuni dell'infanzia. Avrò saputo dei successi dei programmi di vaccinazione, a partire da quello che ha portato all'eradicazione del vaiolo. Conoscerà le diverse strategie per la salute riproduttiva e quella per l'alimentazione dei lattanti e dei bambini, e la protezione dell'allattamento al seno offerta dal Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno. Avrò letto dei programmi per il controllo delle grandi endemie, Hiv, malaria e tubercolosi *in primis*, ma anche malattie che tendono ad essere dimenticate. Beneficerà, anche senza saperlo, delle misure per la riduzione all'esposizione al fumo di tabacco messe in atto come conseguenza della Convenzione sul controllo dello stesso. Avrò per lo meno sentito parlare della Dichiarazione di Alma Ata e della Commissione sui determinanti sociali della salute.

Ma non vi è dubbio che vi sono state e vi sono delle ombre. Programmi troppo ambiziosi di controllo o eradicazione di malattie abbandonati dopo qualche anno per manifesta incapacità di raggiungere gli obiettivi. Un approccio tardivo e spesso senza la dovuta rigidità ed efficacia verso malattie non trasmissibili, compresi i problemi di salute mentale, che da decenni dovrebbero costituire una priorità, data la diminuzione dell'importanza relativa delle malattie trasmissibili. Una messa in disparte, salvo la Dichiarazione di Alma Ata (1978), della necessaria attenzione per il rafforzamento dei sistemi sanitari e soprattutto delle cure primarie. Una disattenzione quasi totale, salvo affermazioni di principio, alle crescenti disuguaglianze e iniquità sia della salute sia dell'accesso ai servizi di salute. L'inesistenza per lungo tempo, e la debolezza poi, di principi e criteri rigorosi per prevenire e affrontare i conflitti d'interesse, inevitabili in un mondo dove il mercato vede nella salute un'occasione di trarre profitti che in altri settori tendono a calare.

È opinione abbastanza diffusa che negli ultimi anni le ombre stiano prevalendo sulle luci, grazie anche alle distorsioni del *budget* introdotte, o forse volute, dai paesi che contribuiscono maggiormente allo stesso. Ormai si parla apertamente di crisi dell'Oms e di necessità di una riforma. È di questo che parla il 5° rapporto dell'Oisg, nella speranza che il dibattito, vivace in ambito internazionale, si accenda anche in Italia, e non solo tra gli addetti ai lavori. Perché la salute è un bene comune da tutelare e l'Oms può aiutare meglio a farlo se riceve la spinta giusta da parte di noi cittadini.



## RASSEGNA

# INSEGNARE SALUTE GLOBALE IN EUROPA

Alla Conferenza Internazionale del 1° febbraio 2014 a Padova i *partner* del Progetto europeo *Equal opportunities for health: action for development* (Italia, Bulgaria, Lettonia, Polonia, Romania, Ungheria e Malta) hanno discusso di cosa, come e perché insegnare Salute globale in Europa.

TESTO DI / CARLO RESTI / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM E RETE ITALIANA PER L'INSEGNAMENTO DELLA SALUTE GLOBALE

Fin dalla fine degli anni '90, con il lancio degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (tre dei quali strettamente correlati a obiettivi sanitari) il ruolo della salute nell'agenda delle politiche di sviluppo globale è diventato sempre più importante e ha comportato anche una crescita delle risorse finanziarie destinate allo sviluppo e al rafforzamento dei sistemi sanitari e alla lotta alle ben note "malattie killer" – Aids, Tubercolosi e Malaria – attraverso il *Global Fund*. Solo la prolungata crisi economica di questi ultimi anni e la necessità di rendere l'Aiuto Pubblico allo Sviluppo più efficace (da Parigi 2005 a Busan 2011) ha rallentato questo *trend*<sup>1</sup>.

Sull'onda della globalizzazione economica e come frutto di una crescente interdipendenza tra sistemi e tra nazioni anche la Salute, oggi, nell'accezione più ampia e che deriva dalla definizione di salute dell'Oms<sup>2</sup> («uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non esclusivamente assenza di malattia»<sup>3</sup>) non può non dirsi "globale". Durante le ultime due decadi l'uso del termine "Salute globale" (SG) ha decisamente superato quello di "Salute Internazionale" ponendo un'enfasi sullo stato di salute delle popolazioni al di là dei confini nazionali e sulle influenze degli altri settori: politico, sociale, culturale ed economico. Oggi però troppe questioni inerenti alla salute tendono a ricevere l'etichetta di "globale" e il termine è molto di moda<sup>4</sup>.

### IN NETWORK PER LA SALUTE GLOBALE

In Italia, dal 2010, la Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale (Riisg), molto snella, per nulla gerarchica e con un'ampia base studentesca, ha contribuito a ridare contenuto e applicazioni al tema della Salute globale. Sono stati due progetti finanziati dall'Unione Europea con la *leadership* organizzativa della Ong Medici con l'Africa Cuamm (2007/2009 e 2011/2014) che hanno dato ali alle molteplici iniziative universitarie ed extrauniversitarie della Rete in molte sedi italiane.

Nel 2009, una prima Conferenza Internazionale organizzata da Medici con l'Africa Cuamm ha riunito a Padova più di un centinaio di esperti in quattro gruppi di lavoro su: Insegnamento della SG in ambito universitario; Formazione continua e aggiornamento del personale sanitario in SG; Ruolo della cooperazione internazionale nelle strategie di *advocacy*; Insegnamento e realizzazione di interventi di SG; Strategie di mobilitazione delle risorse umane e finanziarie in SG. Ne è nato un impegno ("*our common commitment*")<sup>5</sup> e un

piano d'azione che sta dando i suoi frutti non solo in Italia o in altri paesi europei "forti", ma anche nei paesi *partner*, quasi tutti dell'Est europeo. Si è così promosso un efficace scambio di esperienze, *know-how* e buone pratiche sull'educazione in Salute globale.

Il processo partecipativo sostenuto dal progetto europeo ha visto crescere l'impegno di studenti, docenti, professionisti sanitari e organizzazioni non governative finalizzato a promuovere la SG come ambito di ricerca, formazione e pratica in Italia come all'estero. Sono state promosse da allora una serie di iniziative e attività utili a definire meglio il campo della SG. All'inizio non è stato facile darsi un linguaggio comune, alle prese con le specificità di ciascun paese e con la crisi del modello formativo dei professionisti della salute, ampiamente basato sull'approccio biomedico anziché su quello biopsicosociale. Ma la Riisg ha subito lanciato una riflessione culturale con una definizione di SG che introduce un nuovo paradigma, non una nuova disciplina, basato sull'approfondimento dei determinanti sociali di salute, sui principi della Salute per Tutti enunciati nella Dichiarazione di Alma Ata del 1978 e applicato a tutti i campi, dalla promozione della salute alla prevenzione, all'accesso ai servizi di diagnosi e cura<sup>6</sup>.

Oltre ai fattori di rischio per la salute contano le influenze che su di essi esercitano i determinanti socio-economici, politici, demografici, giuridici e ambientali in cui si nasce, si cresce, si vive e ci si ammala. Nel rapporto tra globalizzazione e salute contano l'equità (*Health for All*), la partecipazione e i diritti umani (*Health by All*), la sostenibilità, la diplomazia e la cooperazione (*Health in All Policy*) in un'ottica transnazionale.

Questa visione, elaborata e condivisa sin dall'inizio, ha potuto avviare una concreta collaborazione al progetto basata sul confronto e sul miglioramento di vari aspetti: la formazione di operatori della salute e non partendo da un *curriculum standard* adattato e rivisto<sup>7</sup>; lo studio e la ricerca in SG; la comunicazione con un pubblico più vasto di utenti e di attori intersettoriali. Questo presupposto comune si è rivelato utile per i *partner* del progetto per preparare e poi condividere le azioni di formazione e di sensibilizzazione di professionisti, professori, formatori e studenti in grado di affrontare le grandi sfide della globalizzazione (sicurezza, migrazioni, clima, disuguaglianze, grandi endemie e lotta alla povertà) e di agire come "avvocati della salute". Un cambiamento auspicato, ad esempio, anche nella dichiarazione del Royal College of Physicians inglese del 2010 contenente le raccomandazioni ai medici su come affrontare le "cause delle cause" di salute e malattie per colmare il divario tra ricchi e poveri tra paesi e all'interno di questi.

## UN CONCETTO DI SALUTE GLOBALE CONDIVISO

In concreto Medici con l'Africa Cuamm e i suoi *partner* italiani, con quelli europei, un *network* di nuovi Stati membri (Polonia, Bulgaria, Lettonia, Ungheria, Romania e Malta), hanno condiviso l'obiettivo di promuovere un concetto di Salute globale condiviso e definito pur nel rispetto delle differenze culturali e storico-sociali.

Il *network* ha promosso così diversi incontri con esperti di didattica e di *public awareness* e un seminario di formazione internazionale per i membri di progetto sotto forma di ToT (formazione di formatori) con *focus* sulle metodologie didattiche per adulti di tipo interattivo e la didattica esperienziale (*experiential learning*). È nato un sito internet dedicato all'educazione in Salute globale, con bibliografia e sitografia aggiornate suddivise per aree tematiche ([www.educationglobalhealth.eu](http://www.educationglobalhealth.eu)). Sono stati condivisi alcuni *format* di presentazione sui temi chiave della SG come le disuguaglianze in salute e i determinanti sociali di malattia. I *partner* sono stati coinvolti nella redazione della pubblicazione quadrimestrale della rivista *Salute e Sviluppo* (*Health and Development*, la versione inglese), strumento comune di informazione che raggiunge circa 15.000 persone nella versione digitale e cartacea. Inoltre Medici con l'Africa Cuamm all'interno delle attività del progetto *Equal*<sup>8</sup> ha promosso un concorso internazionale per giovani artisti fotografi e *videomaker* per stimolare la riflessione su temi di SG anche tra non addetti ai lavori, creare uno scambio internazionale e aumentare la comunicazione tra settori.

## LE BUONE PRATICHE DEI PARTNER EUROPEI

In almeno due paesi – Lettonia e Ungheria – è presente una particolare attenzione ad attività di progetto nel campo del diritto in-

ternazionale e della bioetica. In Polonia con l'Università di Poznan è significativa e avanzata la sperimentazione didattica nella scuola di Sanità Pubblica circa l'utilizzo di attività simulate di campo sull'assistenza ai rifugiati e *role play*. In Bulgaria, Università di Pleven, e a Malta, come in Italia con il Sism (Segretariato Italiano Studenti in Medicina), sono apprezzate e in crescente sviluppo attività presso le Facoltà di Scienze Mediche e Infermieristiche che coinvolgono gruppi di studenti interessati ai percorsi elettivi di Salute globale e all'attivismo nel campo della tutela del diritto alla salute. In Romania, Università della Transilvania, si apprezza la necessità di affrontare le tematiche coinvolgendo maggiormente attori della politica e del sociale e partendo anche dalla società civile, attraverso la copertura da parte dei rispettivi media locali e nazionali dei vari corsi ed eventi organizzati. L'Italia sembra più avanti con la mappatura delle sedi coinvolte in attività didattiche elettive e con la diffusione di seminari Ecm per la formazione continua, anche se l'offerta privilegia le facoltà mediche. Tutti i paesi *partner* in generale danno molta importanza alle relazioni con il pubblico e alla visibilità del progetto e apprezzano e sostengono (in concreto il ministero degli Esteri Lettone) la partecipazione agli eventi del *network*.

È ormai condivisa nei *partner* una preoccupazione generale di migliorare i contatti con tutti gli *stakeholders* nazionali e più in generale la *public awareness* per far sì che il comune cittadino si interessi e si mobiliti per difendere il diritto alla salute di tutti.

Alla Conferenza internazionale "A decent life for all", organizzata da Medici con l'Africa Cuamm a Padova l'1 febbraio 2014, ogni *partner* si è presentato con entusiasmo e desiderio di raccontare la Salute globale nel proprio paese e di rispondere alla domanda su che cosa si insegna, come e perché lo si insegna.

Per il futuro, oltre a espandere e rafforzare la formazione si pensa con creatività a produrre nuovo materiale di sensibilizzazione del pubblico e a rafforzare estendendolo il *network* che ormai è una realtà e un valore aggiunto del progetto *Equal*.

## BIBLIOGRAFIA

<sup>1</sup> Edited by Eduardo Missoni, Fabrizio Tediosi, *Education in Global Health Policy and Management*, Egea, settembre 2013.

<sup>2</sup> A cura di Adriano Cattaneo e Nicoletta Dentico, *OMS e diritto alla salute: quale futuro. Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale*, <http://saluteglobale.it> maggio 2013.

<sup>3</sup> OMS. *Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità*,

Basic Documents, 42 ed. Geneva 1999.

<sup>4</sup> J. Garay, L. Harris et J. Walsh, *Global health: evolution of the definition, use and misuse of the term*, <http://faceaface.revues.org/745>.

<sup>5</sup> Vedi: *Health and Development. Special Issue July 2009*.

<sup>6</sup> *Salute Globale. InFormAzione per cambiare. 4° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale*. Edizioni ETS, 2011.

<sup>7</sup> Vedi: *Salute e Sviluppo* n. 63, febbraio 2012.

<sup>8</sup> *Equal opportunities for health: action for development*.



# MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

Nata nel 1950, Medici con l'Africa Cuamm è la prima ong in campo sanitario riconosciuta in Italia (in base alla Legge della cooperazione del 1972) e la più grande organizzazione 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.

## STORIA

In **60** anni di storia:

- **1.408** sono le persone inviate nei progetti: di queste 396 sono ripartite una o più volte. Il totale complessivo degli invii è stato quindi di 2.250;
- **4.590** gli anni di servizio effettuati, con una media di 3 anni per ciascuna persona inviata;
- **1.500** gli studenti ospitati nel collegio;
- **481** i medici veneti partiti in quasi 63 anni;
- **216** gli ospedali serviti;
- **40** i paesi d'intervento;
- **150** i programmi principali realizzati in collaborazione con il ministero degli Affari Esteri e varie agenzie internazionali.

## IN AFRICA

Oggi siamo presenti in Angola, Etiopia, Mozambico, Sierra Leone, Sud Sudan, Tanzania, Uganda con:

- **157 operatori:** 96 medici, 16 paramedici, 45 amministrativi e logisti
- **33 progetti** di cooperazione principali e un centinaio di micro-realizzazioni di supporto, con i quali appoggia:
  - 15 ospedali
  - 23 distretti (per attività di sanità pubblica, assistenza materno-infantile, lotta all'Aids, tubercolosi e malaria, formazione)
  - 3 centri di riabilitazione motoria
  - 5 scuole infermieri
  - 3 università (in Uganda, Mozambico ed Etiopia).

## IN EUROPA

Medici con l'Africa Cuamm è attiva da anni nella realizzazione di progetti e nella costruzione di *network* su scala europea, con l'obiettivo di sensibilizzare l'opinione pubblica sul tema dell'equità di accesso alle cure e ai sistemi sanitari. In particolare, dal 2011 al 2014 è capofila del progetto europeo *Equal opportunities for health: action for development*, a cui lavora con altre 18 organizzazioni *partner* di 7 paesi europei: università, associazioni studentesche, organizzazioni non governative di Italia, Polonia, Lettonia, Bulgaria, Romania, Malta, Ungheria lavorano assieme per dare spazio e voce alla formazione in Salute globale e promuovere maggiore consapevolezza delle relazioni tra la salute e lo sviluppo, sia individuale sia collettivo.

## AVVISO AI LETTORI

**Sostieni e partecipa al nostro impegno in Africa, attraverso una di queste modalità:**

- **c/c postale** n. 17101353 intestato a Medici con l'Africa Cuamm
- **bonifico bancario** IBAN IT 91 H 05018 12101 000000107890 presso Banca Popolare Etica Padova
- **carta di credito** telefonando allo 049.8751279
- **online:** [www.mediciconlafrica.org](http://www.mediciconlafrica.org)
- **5x1000:** con la tua firma e il nostro codice fiscale 00677540288

Medici con l'Africa Cuamm è onlus ong. Le offerte inviate sono quindi deducibili nella dichiarazione dei redditi, allegando la ricevuta dell'offerta eseguita.

**SALUTE E SVILUPPO** offre studi, ricerche e documentazione unici nel panorama editoriale italiano.

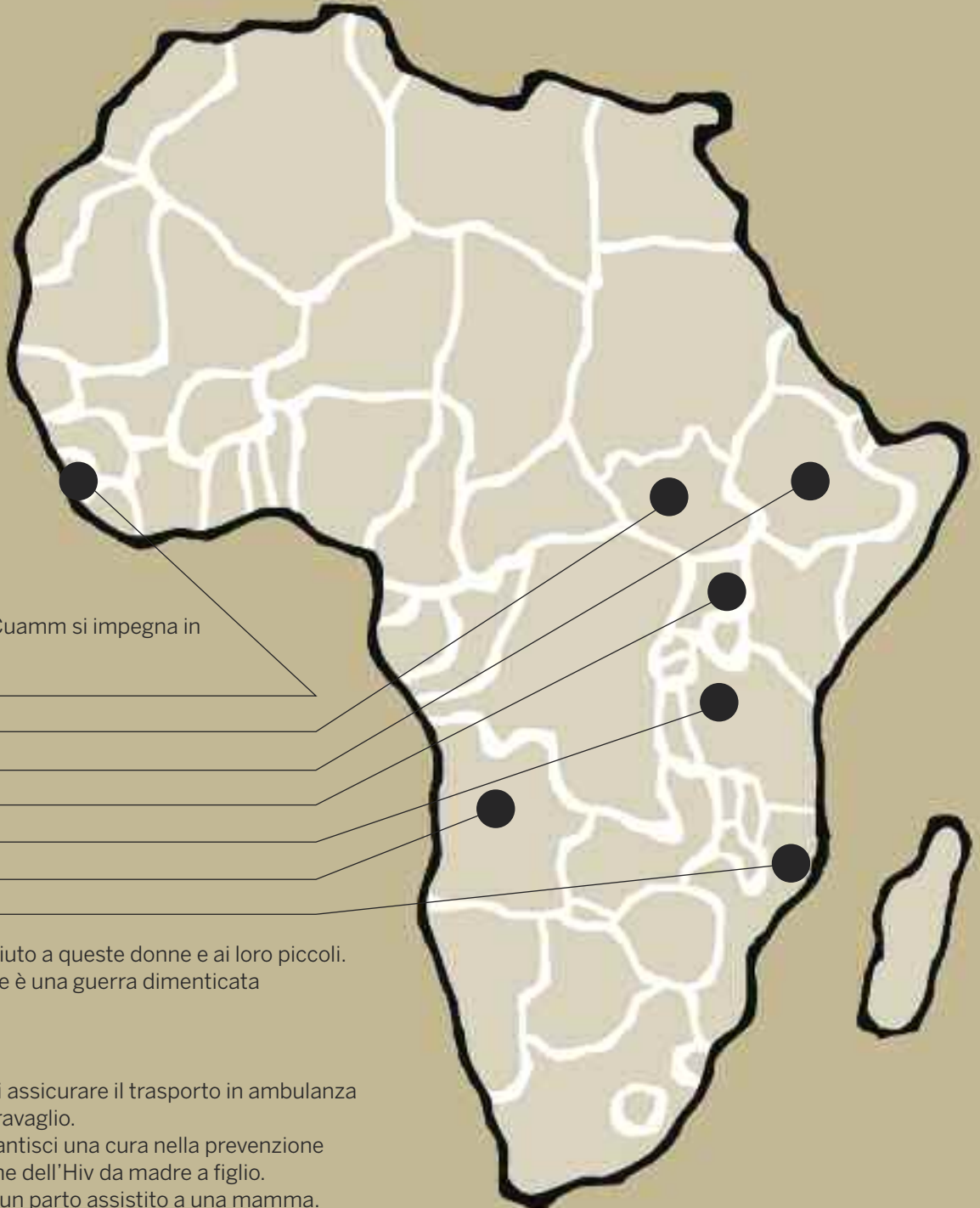
La nostra pubblicazione ha bisogno dell'appoggio di tutti i lettori e amici di Medici con l'Africa Cuamm.



## L'AFRICA DEI BISOGNI

### OGNI ANNO NELL'AFRICA A SUD DEL SAHARA:

- 4,5 milioni di bambini muoiono prima di aver compiuto cinque anni, per malattie prevenibili e curabili a basso costo;
- 1,2 milioni di neonati muoiono nel primo mese di vita per mancanza di cure;
- 265 mila donne perdono la vita per cause legate alla gravidanza e al parto.



Medici con l'Africa Cuamm si impegna in

**SIERRA LEONE**

**SUD SUDAN**

**ETIOPIA**

**UGANDA**

**TANZANIA**

**ANGOLA**

**MOZAMBICO**

per portare cura e aiuto a queste donne e ai loro piccoli. Aiutaci in questa che è una guerra dimenticata e silenziosa.

- Con 15 euro puoi assicurare il trasporto in ambulanza a una donna in travaglio.
- Con 25 euro garantisci una cura nella prevenzione della trasmissione dell'Hiv da madre a figlio.
- Con 40 euro dai un parto assistito a una mamma.
- Con 80 euro finanzia un corso di formazione di una settimana per un'ostetrica.



**MEDICI  
CON L'AFRICA**  
CUAMM



rivista quadrimestrale  
di cooperazione e politica  
sanitaria internazionale  
febbraio 2014 — n° **69**  
[www.mediciconlafrica.org](http://www.mediciconlafrica.org)



**EQUAL OPPORTUNITIES  
FOR HEALTH**  
ACTION FOR DEVELOPMENT



Questa pubblicazione è stata prodotta con il supporto dell'Unione Europea. La responsabilità dei contenuti è esclusivamente di *Medici con l'Africa Cuamm* e non esprime in alcun modo il punto di vista dell'Unione Europea.