

# **Criteri generali dell'intervento nei programmi di cooperazione in campo sanitario nei P.V.S. (1975)**

## **Obiettivo primario**

1. Ogni intervento di cooperazione deve avere come obiettivo primario lo sviluppo globale, in senso autonomo e indipendente da condizionamenti esterni, della popolazione locale. Lo sviluppo nel settore sanitario deve essere ritenuto parte importante e integrante, perciò mai isolata, del processo globale di sviluppo.
2. Per essere autonomo e indipendente, ogni processo di sviluppo deve realizzarsi con la partecipazione attiva e la piena corresponsabilità della popolazione locale, la quale in ogni caso deve essere considerata come il "soggetto" del proprio stesso sviluppo. Ne consegue che ogni intervento di cooperazione straniera deve configurarsi come un "complemento" ritenuto utile o anche necessario per un tempo più o meno breve, ma sempre limitato, che non deve mai assumere forme di imposizione di modelli di sviluppo concepiti o sperimentati all'esterno.
3. Ogni intervento di cooperazione deve avere come limpido e indiscutibile presupposto, anche se talvolta si deve operare in situazioni contingenti o condizioni storiche che possono non essere condivise, la piena adesione, in uno spirito di uguaglianza e solidarietà, agli alti principi e valori della giustizia sociale in campo nazionale e internazionale, che sono l'unica base possibile per una vera pace e che per loro natura sono contro ogni forma di discriminazione e di sfruttamento individuale, di gruppi e di popoli.

**Intervento nel campo sanitario**

4. L'intervento specifico O.N.G. in campo sanitario:
  - deve inserirsi nei piani di sviluppo della popolazione locale e nella programmazione generale del paese ospitante;
  - si propone di offrire senza fini di lucro un servizio accessibile a tutti, con particolare preferenza alle classi più povere e bisognose;
  - si pone come scelta prioritaria di attività la medicina di base, rispetto alla medicina individuale e di élite, con speciale riguardo ai problemi sanitari locali più gravi e diffusi, dando particolare importanza ad un corretto rapporto tra medicina preventiva e curativa, all'assistenza sistematica alle madri e ai bambini e all'educazione igienico-sanitaria della popolazione;
  - intende promuovere a tutti i livelli possibili la formazione di quadri locali in accordo con le disposizioni e i programmi delle autorità sanitarie del paese;
  - deve favorire la massima valorizzazione e utilizzazione delle risorse locali, sia nei riguardi delle conoscenze ed esperienze della medicina locale, sia nei riguardi dei mezzi, materiali e tecnologie localmente disponibili, evitando l'importazione di mezzi materiali e tecnologie che possano diventare motivo di ulteriore dipendenza dall'estero e costituire così un impedimento, anzichè un aiuto, allo sviluppo delle risorse locali.
  
5. Dove sia possibile e in accordo con le popolazioni locali e le loro autorità, si deve cercare di promuovere e favorire la formulazione ed esecuzione di programmi "integrati" di cooperazione nei quali, parallelamente alla iniziativa nel settore sanitario e strettamente ad essa collegate, siano presenti iniziative in altri settori importanti dello sviluppo, stabilendo rapporti di collaborazione con gruppi ed organismi nazionali ed internazionali che perseguono le stesse finalità nel campo della cooperazione con i Paesi in via di sviluppo.

# 1. L'intervento attraverso gli ospedali missionari

## Premessa

Sembra oltremodo giusto riconoscere che gli ospedali missionari in genere hanno storicamente avuto durante il periodo della dominazione coloniale una importante funzione pionieristica di stimolo, talvolta di provocazione e di supplenza al disinteresse delle autorità coloniali per le condizioni igienico-sanitarie delle popolazioni soggette e che anche attualmente, in molti paesi in via di sviluppo, essi conservano una notevole funzione di complementarità dei sistemi sanitari governativi che ancora non sono in grado, per vari motivi, tra cui principalmente scelte politiche, difficoltà economiche e scarsità di personale, di raggiungere e coprire tutte le zone del paese, spesso le più periferiche e disagiate.

L'intervento O.N.G. attraverso gli ospedali missionari deve favorire il **processo storico di integrazione** di tali ospedali, con le opere e strutture collegate (maternità, dispensari, scuole per personale paramedico), nei sistemi sanitari nazionali che si stanno sviluppando; in questa fase di passaggio si deve fare in modo che essi svolgano la loro funzione secondo i criteri generali stabiliti per gli interventi di cooperazione in campo sanitario, affinché possano costituire positivamente un utile assetto ed un importante contributo allo sviluppo definitivo dei sistemi sanitari pubblici. In caso contrario si ritiene che essi finirebbero per ridursi ad isole di assistenza sanitaria di carattere prevalentemente curativo ed individualistico fuori dal contesto generale dei processi di sviluppo delle popolazioni e del paese.

Lo **sviluppo di sistemi sanitari a carattere nazionale**, i quali possono promuovere e garantire per tutti il diritto alla salute, è da considerarsi obiettivo fondamentale e condizione necessaria affinché tale diritto possa affermarsi. Ciò nella piena consapevolezza che qualunque indirizzo privatistico,



comunque presentato o camuffato, agisce inevitabilmente in senso contrario, favorendo il sorgere e lo stabilirsi di egoistici interessi personali, di gruppo e internazionali, basati sullo sfruttamento, cosciente od incosciente, a fini economici, invece che sulla solidarietà e la fratellanza, come l'esperienza di molti paesi occidentali ampiamente insegna.

Questa è una scelta politica di fondo; naturalmente, a livello di ospedali missionari, per poter stabilire dei programmi di cooperazione, devono essere in pieno accordo con questa scelta le comparti interessate responsabili della conduzione degli ospedali stessi.

### **Punti essenziali**

Nei programmi di cooperazione attraverso gli ospedali missionari, alcuni punti riguardanti l'applicazione pratica dei criteri d'intervento, in relazione a situazioni e condizioni particolari nelle quali questi ospedali possono trovarsi nella presente fase di passaggio, ci sembrano di particolare importanza e meritevoli di ulteriore considerazione:

1. Gli ospedali missionari **economicamente** sono in genere sostenuti da un concorso di contributi costituiti dalle tariffe applicate ai pazienti, da finanziamenti dei governi locali e da aiuti dall'estero, mentre gli ospedali governativi si reggono esclusivamente o quasi sui finanziamenti governativi. In queste condizioni, per poter offrire, senza discriminazione verso le classi più povere, un servizio accessibile ed uguale per tutti, è necessario che gli ospedali missionari abbiano una struttura amministrativa tale che comporti la piena corresponsabilità della popolazione locale e delle sue autorità in modo che il problema economico sia affrontato su una corretta interpretazione delle possibilità ed esigenze della popolazione e le difficoltà siano risolte non ricorrendo semplicemente all'aumento delle tariffe dei pazienti, il che aggraverebbe il divario con gli ospedali governativi, ma attraverso una sempre maggiore integrazione dei servizi nell'ambito pubblico e la conseguente possibilità di usufruire in maniera più determinante dei finanziamenti governativi, ed attraverso una severa programmazione di spesa ordinaria e straordinaria secondo priorità ben definite verso i reali e più diffusi bisogni della popolazione.
2. **Gli aiuti dall'estero** sono stati in molti casi determinanti nel sorgere e nel crescere degli ospedali missionari ed anche attualmente possono incidere notevolmente sul bilancio degli stessi.  
Essi sono costituiti da aiuti finanziari, attrezzature e medicinali prov-

veduti attraverso iniziative individuali, gruppi di appoggio, organismi vari e governi. Mentre si deve riconoscere che questi aiuti possono essere, nelle attuali condizioni economiche di molti paesi in via di sviluppo, necessari o utili, si deve pur riconoscere criticamente che essi devono avere un maggiore coordinamento diretto non dall'estero ma dall'interno dei singoli paesi cui sono destinati, in modo che tali aiuti non creino condizionamenti e squilibri nei loro piani di sviluppo, con la creazione di opere e strutture concepite secondo modelli esterni e perciò spesso non adatte a sproporzionate, il cui peso potrebbe diventare troppo grave per le possibilità ed esigenze locali ed essere perciò, anziché un aiuto allo sviluppo, un ulteriore causa di dipendenza dall'estero.

Un riferimento particolare deve essere fatto all'**uso dei medicinali** inviati dall'estero. Questo può avere una giustificata utilità in situazioni di emergenza per casi singoli o trattamenti di massa, ma il loro uso indiscriminato può avere degli importanti riflessi negativi sui processi di sviluppo dei sistemi sanitari locali: anzitutto esso si fonda spesso sulla particolare formazione professionale dei medici stranieri che li induce ad un uso esagerato od abuso della prescrizione farmaceutica, mentre i sistemi sanitari pubblici locali tendono giustamente ad una farmacoterapia essenziale e meno costosa; è evidente come si creerebbero facili motivi per profonde e non giustificate diversità di schemi terapeutici fra gli ospedali governativi e quelli missionari ed anche fra un ospedale ed un altro. Inoltre l'uso indiscriminato di medicinali stranieri porta facilmente ad influenzare la mentalità degli operatori sanitari e delle popolazioni locali, con il mito spesso falso della "medicina miracolosa", verso l'aspetto curativo invece che l'aspetto preventivo dell'intervento sanitario.

Infine esso rende difficile l'opera del personale locale creando ulteriori ostacoli alla loro promozione a funzioni di sempre maggiore responsabilità.

3. **La formazione e la promozione del personale locale** a tutti i livelli possibili deve essere uno degli obiettivi primari dell'intervento sanitario attraverso gli ospedali missionari. È evidente che gli schemi della preparazione del personale sanitario sono responsabilità delle competenti autorità del paese e ad essi è necessario attenersi per non dar luogo a classi di personale disomogenee e disadattate. Ed è pure evidente che la preparazione "accademica" del personale nelle scuole annesse agli ospedali missionari non può che essere limitata ai primi gradi, essendo



riservata ai grossi centri governativi e universitari quella del personale più qualificato, medico e paramedico. Pur nell'ambito di queste limitazioni di tipo accademico, tenendo presente la finalità primaria del nostro intervento e cioè lo sviluppo di un sistema sanitario pienamente autonomo e indipendente, rimane sempre estremamente importante dedicare un impegno prioritario alla formazione con tutti i mezzi possibili di un personale locale profondamente motivato e dedicato, da impiegare con fiducia piena in posti di responsabilità sempre maggiori. Negli ospedali missionari una remora alla promozione del personale locale potrebbe in certi casi essere rappresentata dal maggiore peso economico che ciò può comportare; tali difficoltà vanno affrontate già in sede di programmazione delle attività dell'ospedale e risolte con un corretto approccio amministrativo, come indicato al punto 1.

4. L'intervento attraverso gli ospedali missionari deve avvenire mediante la definizione ed approvazione da parte del Ministero degli Esteri italiano di **programmi di cooperazione o "progetti"**, in cui le finalità generali e specifiche dell'intervento stesso vanno chiaramente delineate e dichiarate. Tali finalità devono essere in accordo con i criteri o principi generali che regolano l'intervento O.N.G. nei paesi in via di sviluppo; i programmi di cooperazione devono anche indicare i mezzi che si intendono usare ed i metodi che si intendono seguire per raggiungere le finalità proposte in un tempo prevedibile e non indeterminato. Naturalmente tali programmi, nel caso degli ospedali missionari, vanno concordati con gli enti od autorità responsabili della conduzione degli ospedali stessi, ciò va fatto sulla base di **"convenzioni"** a valore giuridico stipulate fra l'organismo e questi enti od autorità. I medici cooperanti a loro volta sono legati all'organismo con un contratto a valore giuridico dove sono previste le condizioni e le modalità del loro impiego. Su queste premesse, risulta evidente come sia necessario che per ogni ospedale missionario venga individuato un "ruolo" nell'ambito del sistema sanitario locale e nell'ambito dei piani di sviluppo del paese interessato, essendo la conoscenza del ruolo e cioè della funzione complessiva di un dato ospedale un presupposto necessario per stabilire concretamente gli obiettivi o finalità da raggiungere attraverso l'intervento sanitario di cooperazione.

A questo riguardo i vari ospedali missionari possono trovarsi in una diversa collocazione sia per il diverso grado di sviluppo tecnico-organizzativo da essi attualmente raggiunto, sia per il loro rapporto attuale di più o meno avanzata integrazione con il sistema sanitario locale, sia

per il diverso atteggiamento che le autorità nei diversi paesi in via di sviluppo possono avere nei loro confronti; pertanto la ricerca e la definizione del proprio ruolo è materia ed interesse specifico di ciascun ospedale in relazione alla sua particolare ed attuale situazione. Ciononostante e fermo restando che in questo delicato argomento la responsabilità della popolazione locale e delle autorità governative rimangono determinanti e finali, si crede opportuno avanzare delle indicazioni di massima come guida alla formulazione dei vari programmi di cooperazione:

- Negli ospedali "minori", dove pure fanno stazione uno e due medici, una prevalente attenzione va rivolta ai problemi della medicina preventiva, maternità ed infanzia, educazione igienico-sanitaria, formazione e promozione del personale a livello periferico.

Tali attività saranno svolte sia all'interno dell'ospedale sia all'esterno attraverso la rete dei dispensari e maternità in stretta collaborazione o fusione con le iniziative pubbliche.

Lo sviluppo delle attività di medicina curativa sarà limitato, ma sufficiente, a far fronte alle reali necessità urgenti e più diffuse della popolazione locale, rimanendo la responsabilità degli interventi più rari, più complessi e in genere più costosi ai centri sanitari più grossi e attrezzati.

- Negli ospedali che hanno già raggiunto uno sviluppo tecnico-organizzativo maggiore e dove si sono già affermate notevoli competenze tecniche superiori o specialistiche, ospedali che in genere hanno una struttura "occidentalizzata", sarà necessario promuovere, con un'inversione di tendenza, anche se ciò può risultare difficoltoso e comportare delle revisioni critiche, una linea di attività diretta maggiormente verso gli scopi della medicina di base servendosi specialmente della rete periferica dei servizi; a tale scopo determinante risulterà la disponibilità del proprio personale anche più qualificato ad "uscire" regolarmente dall'ospedale per portare il proprio interesse e la propria competenza nei centri più piccoli a contatto più diretto con la popolazione. Si possono prevedere inoltre per questi ospedali una serie di attività cosiddette "collaterali" ma per questo non meno importanti ed utili: come sede di scuole per personale paramedico, o come sede di "training" o "internato" per medici e personale paramedico distaccati dai grossi centri universitari o governativi; come centri di organizzazione di ricerca elementare di base; come centri di coordinamento per progetti multipli nello stesso paese; come luogo



di “tirocinio locale” per i giovani medici stranieri inviati nei programmi di cooperazione. Naturalmente nel campo della medicina curativa, tali ospedali saranno interessati al trattamento dei casi più difficili inviati dalla periferia oltre che al trattamento dei casi ordinari.

5. Nell’ambito di uno stesso paese i programmi di cooperazione in campo sanitario possono essere molteplici, possono essere più o meno regolarmente distribuiti geograficamente oppure concentrati in date zone, possono consistere in interventi attraverso gli ospedali missionari solamente oppure riguardare anche iniziative di cooperazione con il governo locale. In questi casi risulta altamente auspicabile, se non necessario, prevedere e stabilire un **“coordinamento locale”** dei vari interventi, facente capo possibilmente ad uno dei centri od ospedali più favorevolmente situati e ad una o più persone che per la loro preparazione ed esperienza ed autorevolezza nonchè per la loro piena disponibilità siano considerate le più adatte a svolgere la funzione di “coordinatore locale”.

Il coordinamento locale deve essere concepito come un “servizio” mirante ad una maggiore efficienza ed efficacia degli interventi di cooperazione e non come un centro di potere e ad esso deve essere interessato tutto il personale cooperante dei vari progetti.

I compiti principali di tale servizio sono:

- Rappresentare localmente l’organismo per tutti i problemi di interesse locale e localmente risolvibili.
- Rappresentare il personale cooperante presso le autorità governative locali e presso la rappresentanza diplomatica italiana.
- Mantenere un rapporto più organico e costante con le autorità sanitarie centrali allo scopo di una migliore informazione sui piani di sviluppo nazionali, per un più efficace adeguamento ad essi delle iniziative di cooperazione.
- Favorire una visione globale dei vari interventi di cooperazione sia nella fase di programmazione che in quella di esecuzione attraverso incontri, seminari, interscambi di esperienze e, se necessario o utile, provvedendo, col consenso degli interessati a nuove dislocazioni del personale rispetto a destinazioni iniziali.
- Coordinare le richieste di aiuti dall’estero e la loro utilizzazione in accordo con le autorità sanitarie del paese.



- Coordinare le richieste di nuovo personale sanitario organizzando anche i periodi di tirocinio locale e favorendo la sua migliore destinazione e utilizzazione nell'ambito dei vari progetti.

## 2. L'intervento nelle strutture pubbliche

### Premessa

Con la raggiunta indipendenza politica, lo sviluppo dei sistemi sanitari nei vari paesi in via di sviluppo è divenuto una delle responsabilità primarie e più impegnative dei relativi governi, sia per l'incidenza che il problema della salute obiettivamente esercita sui processi globali di sviluppo di un paese, sia per far fronte alle giuste esigenze e richieste della popolazione in tale campo.

L'eredità lasciata dalle potenze coloniali in campo sanitario ai nuovi paesi indipendenti è stata in genere molto pesante, sia per lo sviluppo quantitativo fortemente deficitario, sia per la sua impostazione su modelli di medicina occidentale, che dopo l'esperienza acquisita negli anni recenti, si sono dimostrati poco adatti o addirittura controproducenti verso le esigenze di sviluppo autonomo. Basti pensare alla "fuga" all'estero o alla concentrazione dell'interesse per la pratica privata nelle grosse città del personale medico, spesso frutto di una particolare formazione universitaria e della mancanza di adeguate motivazioni e prospettive di ordine sociale e politico; allo sviluppo di strutture complesse e molto costose indirizzate prevalentemente verso scopi di medicina curativa; alla formazione di quadri paramedici spesso sradicati o avulsi dal contesto comunitario della popolazione, anche se talvolta tecnicamente molto validi; alla concezione verticistica dei servizi per cui spesso le varie iniziative ed attività vengono decise, senza la determinante partecipazione e corresponsabilità della popolazione, dall'alto (o dall'estero).

Questi modelli di sviluppo in campo sanitario sono attualmente sottoposti ad una severa revisione critica ed anche autocritica da parte di molti esperti ed autorità internazionali (ONU), nonché da molti operatori sanitari e dalle competenti autorità negli stessi paesi in via di sviluppo anche se con concezioni e implicazioni politiche generali di carattere diverso.

In questo contesto, le richieste di cooperazione in campo sanitario da parte dei paesi in via di sviluppo sono state numerose nel corso degli ultimi anni e lo sono ancora attualmente; le richieste riguardano soprattutto l'invio di personale medico e meno frequentemente di personale paramedico (tecnici e infermieri specializzati), allo scopo di vedere rinforzati i quadri locali nell'attesa che questi diventino autosufficienti nella gestione dei propri sistemi.

Coerentemente con le finalità che si intendono perseguire negli interventi di cooperazione e che sono quelle di portare un contributo ai processi globali di sviluppo di una data popolazione in senso generale e, in senso specifico, contribuire allo sviluppo di sistemi sanitari autonomi e basati su rigorosi principi di giustizia sociale, le forme di cooperazione diretta con i governi e le autorità pubbliche dei paesi in via di sviluppo devono essere riguardate con favore e attenzione particolari e preferenziali, specialmente quando esse configurino chiaramente, o nella loro impostazione ed articolazione come "progetti" singoli, o perchè inserite nelle strutture stesse di sistemi nazionali già finalizzati in senso sociale, un positivo contributo allo sviluppo, e non siano costituite da semplici richieste di "assistenza" (tappabuchi) senza precise finalità. D'altronde anche gli interventi attraverso gli ospedali missionari sono orientati sugli stessi criteri e mirano agli stessi scopi.

Le esperienze già acquisite di inserimento degli interventi nelle strutture sanitarie governative sono da considerarsi ampiamente positive ed insieme con le richieste per tale tipo di intervento oggi sempre più numerose, indicano chiaramente che tali forme di cooperazione sono da sviluppare e perseguire con impegno e fiducia.

### **Diverse possibilità**

In campo operativo le vie che si prospettano come possibili per stabilire delle forme di cooperazione con i governi e le autorità dei paesi in via di sviluppo sono:

- 
- Mediante **iniziative “locali”**, senza accordi ufficiali e generali formalizzati fra l’organismo ed un dato governo o fra l’Italia e quello stesso governo, ma su semplici “intese” o accordi taciti, che in genere prevedono l’impiego diretto, sulla base di un contratto a termini locali, del personale cooperante. Forme di cooperazione così stabilite presuppongono specialmente all’inizio la disponibilità di personale cooperante particolarmente preparato, con esperienza delle situazioni locali e sufficientemente autonomo e determinato ad assumersi anche in proprio certi rischi e responsabilità. Pur non dovendosi considerare “normale”, questo modo di iniziare o stabilire degli interventi di cooperazione deve essere conservato e difeso (contro interpretazioni limitative o troppo burocratizzate che potrebbero frapporre ostacolo al riconoscimento ed approvazione di tali attività in seno al nostro MAE) appunto per la libertà di azione e la rapidità che esso consente e che potrebbero essere essenziali in certe condizioni di emergenza, di difficoltà nei rapporti internazionali e di situazioni in genere in cui non sarebbe possibile altrimenti intervenire. È partendo da queste iniziative locali che sono nati in alcuni casi e possono nascere dei progetti organici veri e propri di intervento di cooperazione.
  - Mediante **accordi ufficiali** fra l’organismo e il governo o autorità pubblica di un dato paese in via di sviluppo. Questa via di stabilire e programmare gli interventi di cooperazione, potrebbe essere valida in quanto essa permetterebbe di intraprendere dei programmi di cooperazione sufficientemente articolati ed organizzati e nello stesso tempo di conservare la propria autonomia e libertà di giudizio ed operativa al di sopra di possibili tendenze “egemonizzanti” da parte dei servizi di cooperazione statali, che inevitabilmente sono portati ad interpretazioni in chiave di “politica estera” degli interventi di cooperazione. Questa via presuppone però una notevole statura anche internazionale dell’organismo ed un forte impegno organizzativo ed economico.
  - Mediante **accordi bilaterali o multilaterali** di cooperazione internazionale fra l’Italia ed i paesi in via di sviluppo o con organizzazioni di carattere internazionale, che includono l’intervento sanitario come uno dei settori della cooperazione prevista.  
Potrebbe essere una forma di intervento di notevole livello con forti possibilità organizzative ed economiche e con significati e riflessi positivi sui rapporti internazionali fra l’Italia e i paesi in via di sviluppo. Questo presuppone che la politica estera italiana corrisponda alle finalità e ai criteri della cooperazione come intesa dagli organismi e non a semplici



scopi di vantaggi commerciali o ad altri interessi non condivisibili. È per ciò che questa forma di intervento deve essere sempre esaminata ed eventualmente accettata con spirito critico ad evitare possibili strumentalizzazioni.

### **3. Il ruolo del medico e del personale paramedico nei programmi di cooperazione con i Paesi in via di sviluppo**

Rispetto alla concezione tradizionale del ruolo del personale sanitario propria della medicina dei paesi occidentali, nei programmi di cooperazione il ruolo del personale medico e paramedico assume dimensioni più ampie ed articolate. Essendo il settore sanitario considerato sempre una parte essenziale, ma non l'unica e non isolata, del processo globale di sviluppo, che comprende altri settori essenziali paralleli come lo sviluppo agricolo ed economico, lo sviluppo socioculturale e scolastico, lo sviluppo politico in campo nazionale ed internazionale, il personale sanitario dovrà essere preparato ad un approccio multidisciplinare ai problemi dello sviluppo.

Nell'ambito del settore sanitario, il problema della salute viene attualmente ridefinito in maniera comprensiva a livello di medicina di base (Community Health - Primary Health Care) nei paesi in via di sviluppo (ma non solo in questi), pur con accentuazioni politiche diverse nei vari paesi, nei riguardi della quale medicina di base l'intervento deve avere una scelta prioritaria. Di conseguenza il ruolo del personale sanitario viene esteso per comprendere i vari aspetti del problema della salute (medicina preventiva, medicina curativa, educazione igienico-sanitaria, maternità ed

infanzia, difesa dell'ambiente) per affrontare i quali occorre adeguata preparazione e soprattutto una mentalità aperta a tutti i problemi della comunità.

Di particolare importanza diventano la disponibilità e la preparazione al lavoro di gruppo sia con il personale, tecnici ed esperti, degli altri settori, sia, in campo sanitario, con i colleghi, ma specialmente con il personale paramedico ed ausiliario locale, la cui funzione deve essere considerata essenziale per le sue possibilità di rapporto immediato e continuo con la popolazione, alla quale è diretto il servizio e dalla quale devono essere recepite le giuste esigenze e i reali bisogni nel campo della salute. Data l'importanza dei quadri paramedici ed ausiliari nella medicina di base, risulta evidente l'impegno che si dovrà dedicare alla formazione di questi quadri, non limitandosi alla pura istruzione tecnica, ma tenendo sempre presenti le motivazioni e la dedizione necessarie per un servizio di alto significato sociale.

Stante la complessità del ruolo, particolarmente difficile diventa il compito del personale sanitario straniero nell'ambito dei programmi di cooperazione con i paesi in via di sviluppo. Tali difficoltà derivano principalmente dalla sua scarsa conoscenza dell'ambiente socio-culturale e politico in cui deve operare, dalle sue ridotte possibilità di comunicazione con la popolazione per la insufficiente conoscenza delle lingue locali, dalla particolare formazione che egli riceve durante i corsi universitari o accademici spesso su base prevalentemente teorica ed indirizzata verso la medicina curativa. Il tempo limitato, spesso non superiore ai due anni, che i cooperatori spendono nei paesi in via di sviluppo, è di per sé un importante fattore limitante per un efficace contributo.

Riconoscendo la reale esistenza e la consistenza delle predette difficoltà e limitazioni, affinché l'intervento del personale sanitario straniero, nel nostro caso italiano, possa avere ugualmente un significato positivo ed una sua validità, si ritiene necessaria una preparazione preliminare, prima di partire, diretta non solo ad acquisire una sufficiente esperienza tecnico-pratica nelle varie branche della medicina curativa previste nell'intervento di cooperazione, ma che comprenda anche una adeguata conoscenza della problematica generale dello sviluppo, delle condizioni socio-culturali, politiche ed economiche del paese ospitante, lo studio della lingua o lingue locali, ed un serio interessamento ai vari aspetti della medicina di base. Solo un'adeguata preparazione può condurre a maturare una mentalità aperta, ma nello stesso tempo equilibrata e corretta, tale da mettere in grado di af-

frontare con ragionevole fiducia di successo i vari aspetti del lavoro e che nello stesso tempo, avendo coscienza delle proprie possibilità, ma anche dei propri limiti, metta al riparo sia da atteggiamenti presuntuosi e troppo personalistici, sia da reazioni negativistiche di scoraggiamento e delusione. Per facilitare questa preparazione prima della partenza, si presenta spesso la necessità che il candidato debba frequentare dei corsi appropriati in Italia o all'estero. A tale scopo sarebbe auspicabile che la legge sulla cooperazione prevedesse questa possibilità anche per i candidati dipendenti di ruolo, per i quali ora l'aspettativa viene concessa solo per il periodo trascorso nei P.V.S.

In ogni caso si ritiene necessario che la preparazione preliminare prima della partenza debba essere completata da un periodo di tirocinio "in loco" della durata presumibile di alcuni mesi, dove, sotto la guida e responsabilità di personale più esperto ed a contatto diretto con le situazioni locali, il personale sanitario possa perfezionare per quanto possibile la propria formazione ed essere facilitato nel suo inserimento nell'ambiente locale e nel programma specifico di cooperazione cui è destinato. Tale periodo di tirocinio locale dovrebbe essere computato in aggiunta al periodo minimo di due anni di servizio previsti dalla legge italiana. Altrettanto importante, durante il periodo di servizio vero e proprio, deve essere considerata una continua valutazione critica del proprio lavoro da verificare attraverso aggiornamenti frequenti e confronti con altre esperienze, ma soprattutto con un continuo rapporto con la popolazione locale.

Nei riguardi della brevità del servizio e della limitazione del contributo che esso comporta da parte dei singoli cooperanti, risulta di fondamentale importanza per l'incidenza positiva dei programmi di cooperazione, che siano evitate interpretazioni ed iniziative troppo personali o spontaneistiche del proprio intervento, ma che al contrario venga seguita una linea omogenea di intervento secondo obiettivi ben definiti dove i singoli contributi, pur in successione di tempo, possano sommare la loro efficacia.