

Università degli Studi di Ferrara. Anno Accademico 2008-2009

Unità Operativa di Chirurgia Pediatrica Arcispedale Sant'Anna Ferrara.

Direttore: Dottor Andrea Franchella

Tesi di laurea della Dottoressa Simona Frezza

Correlatore: Dottoressa Maria Elena Michellini

**“LA COOPERAZIONE INTERNAZIONALE
ALLO SVILUPPO IN AMBITO SANITARIO”**

LA COOPERAZIONE INTERNAZIONALE ALLO SVILUPPO IN AMBITO SANITARIO

La politica internazionale di cooperazione allo sviluppo (PCS) nasce dalla necessità di garantire il rispetto della dignità umana e di assicurare la crescita economica di tutti i popoli: in quest'ottica la PCS è attuata dai governi con lo scopo di ottenere le condizioni favorevoli e necessarie per lo sviluppo duraturo in un altro Paese.

Presupposti fondamentali della PCS risultano, da un lato un certo obbligo morale dettato dal senso di solidarietà umana e dall'altro la necessità di creare un ordine mondiale ridistribuendo il reddito dei Paesi sviluppati.

Risulta pertanto fondamentale distinguere l'assistenza umanitaria dalla PCS: mentre la prima risponde a situazioni di emergenza in corso di catastrofi naturali o di guerre, la seconda intende favorire, come già detto, lo sviluppo duraturo di un Paese e la risoluzione del suo stato di povertà; allora dall'aiuto inteso come elargizione benevola ed erogato sporadicamente si passa alla costruzione di un partenariato duraturo fondato sulla responsabilità reciproca ed esteso a tutti gli aspetti appartenenti al concetto di sviluppo ^[1].

Secondo l'idea formulata dal premio Nobel Amartya Sen, la povertà viene concepita come "varie forme di privazione"; la strategia di sviluppo deve quindi garantire una politica "pro-poor", dando opportunità ai poveri di avere facilità di accesso ai servizi di base, alla terra ed alle infrastrutture mediante l'equa distribuzione delle risorse. La "Dichiarazione del Millennio" sancisce come obiettivo della PCS lo sradicamento della povertà che viene dunque intesa come una condizione nella quale lo stato di privazione è predominante, con riferimento ai seguenti aspetti ^[4]:

- Reddito;
- Nutrizione;
- Salute;
- Istruzione;
- partecipazione alla vita sociale.

Dal momento che gli obiettivi della PCS non sono esclusivamente umanitari, essa in Italia appartiene alla politica estera e pertanto fa capo al Ministero degli Affari Esteri (MAE), che ne dà la definizione ufficiale:

“La cooperazione allo sviluppo si fonda su due basi prioritarie. La prima è l’esigenza solidaristica di garantire a tutti gli abitanti del pianeta la tutela della vita e della dignità umana. La seconda vede nella cooperazione il metodo per instaurare, migliorare e consolidare l’interdipendenza economica globale che, mediante l’allargamento dei mercati ed il miglioramento della circolazione dei fattori produttivi, assicurerà la crescita economica a tutti i popoli” [2].

“La PCS italiana si propone il perseguimento di questi obiettivi unitamente alla diplomazia economica, culturale e di sicurezza, consolidando il ruolo e l’immagine del nostro Paese nel Mondo”[2].

Aspetto sanitario

Il governo italiano punta sulla cooperazione internazionale ed assistenza sanitaria e sociale per costruire la pace, promettendo un impegno stabile e duraturo nella promozione dei sistemi sanitari locali in accordo con gli obiettivi internazionali (MDG, ossia Millennium Development Goals) per quanto riguarda:

- la riduzione dei due terzi della mortalità infantile;
- il miglioramento della salute materna con la riduzione dei tre quarti della mortalità materna;
- la lotta all’HIV/AIDS, malaria ed altre malattie ad andamento epidemico tra cui la TBC.

	Obiettivo	Azioni concrete
OSM 1	Eliminare fame e povertà estrema	Dimezzare il numero delle persone che soffrono la fame e vivono con meno di 1 dollaro al giorno
OSM 2	Istruzione primaria per tutti	Fare in modo che tutti i bambini e le bambine completino il ciclo scolastico primario
OSM 3	Pari opportunità fra i sessi	Eliminare le disparità di genere nella scuola primaria e secondaria
OSM 4	Ridurre la mortalità infantile	Ridurre di 2/3 il tasso di mortalità infantile rispetto al livello del 1990
OSM 5	Migliorare la salute materna	Ridurre di 3/4 il tasso di mortalità materna rispetto al livello del 1990
OSM 6	Combattere HIV/AIDS e malaria	Arrestare e iniziare a ridurre la diffusione di HIV/AIDS, malaria e altre gravi malattie infettive
OSM 7	Assicurare la sostenibilità ambientale	Dimezzare il numero di persone che non hanno accesso all’acqua potabile e ai servizi igienici
OSM 8	Sviluppare un’alleanza globale per lo sviluppo	Favorire la cooperazione allo sviluppo Nord-Sud, la riduzione del debito, l’accesso ai farmaci

Inoltre l'azione della PCS italiana in ambito sanitario contempla tra le proprie finalità la disponibilità di acqua potabile e l'igiene ambientale [2].

Tutto ciò in riferimento ai rapporti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che definiscono l'urgenza di stanziare 94 miliardi di dollari entro il 2015 per salvare 8 milioni di persone nei PVS e raggiungere i MDG in ambito sanitario. È inoltre richiesto di destinare il 15% dell'Aiuto Pubblico allo Sviluppo (AP) alla sanità nei PVS: per quanto riguarda l'Italia solo lo 0,20% del PIL viene destinato all'APS, e di questo solo il 2% alla promozione della salute nel mondo [2].

Esiste una rete europea di controllo (Azione per la salute globale), cui appartengono anche due riferimenti italiani (AIDOS - Associazione italiana donne per lo sviluppo, e CESTAS - Centro di educazione sanitaria e tecnologie sanitarie appropriate), che ha redatto un dossier intitolato "*Allarme salute*" da cui emerge la priorità di cambiare strategia [2]:

- dal punto di vista economico è necessario rivedere la politica del Fondo Monetario Internazionale nella quale i fondi attualmente spesi per i servizi pubblici e sanitari sono ridotti;
- dal punto di vista sanitario si devono rafforzare i servizi utilizzando i canali bilaterali e multilaterali esistenti, insieme ad iniziative sanitarie globali; si devono diffondere i vaccini mediante l'istituzione di un partenariato tra pubblico e privato; si deve affrontare la crisi delle risorse umane in ambito sanitario (ad esempio, nel continente Sub-Sahariano vivono 700 milioni di persone ed esiste un corpo medico e paramedico formato da 800mila professionisti: ciò significa un rapporto di 1 medico ogni 1000 abitanti, quindi l'Africa avrebbe bisogno di almeno 1 milione di professionisti in più in ambito medico; è inoltre fondamentale associare una politica che eviti la fuga di personale specializzato dall'Africa, cosa che costituisce un'enorme perdita anche economica visto che la formazione di un medico costa al paese almeno 100mila dollari); assicurare l'accesso equo ai servizi sanitari di base; contrastare la discriminazione femminile; fornire finanziamenti per la ricerca nei PVS[2].

Affinché tali interventi si traducano in misure efficaci a lungo termine va adottato un approccio diverso, passando al concetto di sviluppo sostenibile e

capitale sociale: è fondamentale che i PVS attuino una politica coerente e quindi risultino esclusi i governi corrotti o deboli perché incapaci di prevenire i conflitti; si deve poi porre una particolare attenzione per ciò che riguarda il degrado ambientale poiché la popolazione mondiale è in crescita e l'ambiente ne subirà le conseguenze legate allo spostamento di massa dalle regioni rurali verso le aree urbane con conseguente pressione sulle risorse soprattutto idriche, cosa che alimenterà nuovi conflitti. Inoltre l'emissione di CO₂ peserà sull'equilibrio climatico portando al globale peggioramento delle condizioni di vita.

Risulta dunque importante associare investimenti nell'ambito dell'educazione e della salute ad investimenti per l'aggiustamento strutturale dei Paesi. Dal momento che la risorsa fondamentale di un Paese sono le persone, esiste il bisogno di lasciare alle generazioni future la possibilità di soddisfare i propri bisogni in modo adeguato e di contrastare l'abbassamento della speranza di vita anche nelle generazioni attuali.

Obiettivi della PCS italiana¹²¹

- 1) Condivisione del principio di “Good governance”, cioè del rispetto dei diritti umani, dello Stato di diritto e della trasparenza amministrativa.
- 2) Coerenza delle politiche legate allo sviluppo: ambito commerciale, di APS e di investimento all'estero.
- 3) Coordinamento tra donatori multilaterali e bilaterali, cioè donatori pubblici che agiscono su due canali diversi: il canale multilaterale prevede la cooperazione tra Paese donatore ed un organismo multilaterale che decide di usare le risorse in uno o più Paesi beneficiari; il canale bilaterale si basa sulla cooperazione diretta tra Paese donatore e Paese beneficiario. Esiste però anche il canale multi-bilaterale caratterizzato dalla cooperazione indiretta tra Paese donatore e Paese Beneficiario, mediata dall'attività di un'organizzazione multilaterale che segue l'intervento.
- 4) Attività di sostegno sanitario, educativo e di formazione delle risorse umane

- 5) Promozione dello sviluppo della piccola industria e delle infrastrutture, tutela del patrimonio culturale.
- 6) Trasferimento di “Know-how”, cioè di competenze tecniche specifiche, per la formazione di personale locale e della “Good governance”

Il raggiungimento di tali obiettivi è compito del cosiddetto *sistema-Italia* che presenta 4 componenti^[1;2]:

- Cooperazione orizzontale basata sul ruolo delle ONG: si basa sulla collaborazione con le associazioni di volontariato che prevede il sostegno delle attività da esse promosse e la valorizzazione di queste in sede ufficiale internazionale. L’Assemblea delle ONG italiane infatti partecipa alle Conferenze delle Nazioni Unite che hanno come progetto la PCS. Il MAE inserisce per prassi i rappresentanti delle ONG nelle delegazioni governative inviate a tali conferenze.
- Cooperazione decentrata: prevede iniziative realizzate dalle Regioni, dalle Province e dai Comuni, inserite nelle ampie strategie di cooperazione governativa. Perciò è stato concordato un progetto di formazione di personale italiano destinato a svolgere attività di cooperazione allo sviluppo presso i Comuni italiani. Tutto ciò è stato formalizzato con la sottoscrizione di un accordo con la DGCS, nella quale l’ANCI (Associazione Nazionale Comuni Italiani) assume il ruolo di interlocutore tra Stato ed enti locali.
- Associazioni economiche di categoria, quali la piccola e media industria e le microimprese; queste attuano programmi di sviluppo basati sulle collaborazioni con le industrie e l’artigianato locali: ciò risulta fondamentale per il trasferimento di “know-how”. Inoltre in Parlamento è stato approvato il “de-tax” che permette al settore privato di orientare i propri fondi verso iniziative internazionali appartenenti alla PCS.
- Sistema formativo nel quale hanno un ruolo fondamentale le università ed i centri di eccellenza: infatti esiste una politica di collaborazione tra le università italiane e quelle dei PVS (soprattutto l’Africa), attuata anche attraverso il finanziamento di corsi di specializzazione e masters il cui accesso è stabilito in base ai settori formativi ed alla provenienza dei partecipanti dalle diverse aree geografiche

STORIA DELLA COOPERAZIONE ALLO SVILUPPO IN AMBITO SANITARIO

La nascita della Politica di Cooperazione allo sviluppo (PCS) si fa risalire al termine della seconda guerra mondiale con il cosiddetto “Piano Marshall” (1947) redatto dagli USA: denominato ufficialmente, a seguito della sua attuazione, **Piano per la ripresa europea** (*European recovery program*), il Piano Marshall fu uno dei piani statunitensi per la ricostruzione dell’Europa dopo la Seconda guerra mondiale^[1]. Marshall affermò, in quell’occasione, che l’Europa avrebbe avuto bisogno, almeno per altri 3-4 anni, di ingenti aiuti da parte statunitense e che, senza di essi, la gran parte del Continente avrebbe conosciuto un gravissimo deterioramento delle condizioni politiche, economiche e sociali. Pur rimanendo sul vago, relativamente a quelli che avrebbero dovuto essere i caratteri del Piano, in primo luogo perché se ne volevano predisporre i termini con gli europei, il segretario di Stato si augurò che da esso sarebbe potuta scaturire non solo una nuova e più proficua epoca nella collaborazione tra le due sponde dell’Atlantico, ma anche una prima realizzazione di quei progetti europeisti fino ad allora caratterizzati da una certa vaghezza utopistica.

L’**European Recovery Program (ERP)** prevede alla fine uno stanziamento di poco più di 17 miliardi di dollari per un periodo di quattro anni. Con l’obiettivo di favorire una prima integrazione economica nel Continente, nacque contestualmente al Programma anche la **OECC – Organization for European Economic Cooperation**, organismo sostanzialmente tecnico in cui i programmatori inviati da Washington cercarono di spingere gli europei ad utilizzare gli aiuti non per fronteggiare le contingenze del momento quanto piuttosto per avviare un processo di trasformazione strutturale dell’economia dei loro Paesi.

Il concetto di sottosviluppo fu invece introdotto nel 1948 dal Presidente Truman che lo utilizzò per identificare “regioni economicamente arretrate”, quindi indicativo di uno stato di mancanza, non necessariamente esito di determinate

circostanze storiche. Fu allora inaugurata l'“era dello sviluppo” come metafora della crescita economica.

Nel 1948, poi, fu definito il concetto di salute come stato di completo benessere fisico, mentale e sociale: il 7 aprile del 1948 venne fondata l'Organizzazione Mondiale della Sanità, agenzia specializzata delle Nazioni Unite per la salute e la salute dei popoli fu riconosciuta come condizione indispensabile alla pace ed alla sicurezza del mondo e dipendente dalla cooperazione tra Stati ed individui. L'obiettivo dell'OMS era quello di “condurre tutti i popoli al più alto livello di salute possibile”, poiché la disuguaglianza tra Paesi costituiva un pericolo per tutti. In quest'ottica quindi, la promozione della salute non poteva essere limitata al controllo delle malattie o alla semplice azione medica, ma doveva assumere un carattere globale.

Negli anni '70 la PCS cominciò a focalizzarsi sulla dimensione umana, dal momento che la crescita economica non era riuscita a migliorare lo stato di povertà^[1]: gli aiuti dovevano dare risposte tangibili, cui la popolazione povera poteva accedere facilmente quali vaccinazioni, acqua potabile, scuole, infrastrutture ed abitazioni. Secondo il programma OMS “Salute per tutti per l'anno 2000”, proposto all'attenzione mondiale nel 1978, in occasione della Conferenza Internazionale sulla Medicina di Base di Alma Ata, l'assistenza sanitaria di base doveva diventare parte integrante del sistema sanitario nazionale di ogni Paese nell'ambito del suo sviluppo sociale ed economico, in un'ottica di equità e partecipazione civile, focalizzata sulla prevenzione. Tutti i governi del mondo individuano nella “Primary Health Care” la strategia per il raggiungimento dell'obiettivo. Parte integrante di ogni sistema sanitario, ma anche dell'“intero sviluppo sociale ed economico”, la PHC si fondava su equità, partecipazione comunitaria, prevenzione, tecnologie appropriate ed un approccio intersettoriale ed integrato allo sviluppo. Un'impostazione che avrebbe richiesto il riorientamento dei sistemi sanitari, in quanto a politiche, strategie ed allocazione delle risorse, ma che resistenze legate all'organizzazione sociale e la distribuzione del potere non avrebbero consentito.

Quell'innovativa visione fu così ben presto ricondotta ad un approccio riduttivo, centralista e verticale denominato “Selective Primary Health Care” basato sull'applicazione selettiva di misure “dirette a prevenire o trattare le poche malattie responsabili della maggiore mortalità e morbosità nelle aree meno sviluppate e per le quali esistano interventi di provata efficacia”^[3].

Tale approccio rivolto più alla malattia che alla salute in senso lato a volte era più consono alle esigenze governative di alcuni Paesi donatori, rispondendo meglio alle strategie di mercato, ma si tradusse in disarticolazione e scollegamento dell'azione sanitaria dall'azione di sviluppo degli altri settori.

L'attenzione si allontanava dalla salute, per focalizzarsi su “campagne” per il controllo di alcune malattie, un approccio di grande convenienza economica e mediatica, in alcuni casi anche più consono alle esigenze politiche o amministrative dei Paesi donatori e degli organismi internazionali.

All'inizio degli anni '80, con la “crisi del debito”, gli organismi finanziari internazionali proposero un cambiamento nella modalità di erogazione degli aiuti, sostenendo la necessità di un aiuto-programma basato sull'assistenza tecnica o sulla fornitura di assistenza mediante privati o ONG. Fu imposto ai Paesi un aggiustamento strutturale come condizione per accedere all'aiuto internazionale, che però risultava funzionale ad ottenere la crescita del PIL (prodotto interno lordo) piuttosto che il miglioramento delle condizioni sociali del Paese in via di sviluppo, attraverso il taglio della spesa pubblica, soprattutto quella sociale e sanitaria. Nel 1987 la Banca Mondiale si propose come attore centrale della PCS in ambito sanitario utilizzando strumenti quali privatizzazione, pagamento delle prestazioni e decentramento dei servizi sanitari^[4].

Contemporaneamente in Italia con la Legge n. 49/87 venne istituzionalizzata l'attività delle ONG sottolineando inoltre l'obiettivo prioritario del “soddisfacimento dei bisogni primari ed in primo luogo della salvaguardia della vita umana...”. Il documento DAC del 1996, basato sulla constatazione dell'aumento delle fasce della popolazione che vivevano in estrema povertà nei PVS e sull'evidenza dell'utilità degli aiuti in relazione al sostegno di uno sviluppo duraturo, contribuì a promuovere un modello di collaborazione incentrato sul

partenariato in cui si incoraggiava l'assunzione congiunta di responsabilità^[1]. Fu poi sostenuta l'iniziativa di cancellazione del debito, dal momento che il pagamento del debito pubblico crea un circolo vizioso che sperpera le risorse disponibili sottraendole alla lotta per la povertà ed al contributo per la crescita del Paese.

“Heavily Indebted Poor Countries” (HIPC) era un'iniziativa che si proponeva lo scopo di valutare la condizione del debito, Paese per Paese, verificando gli impegni assunti dal governo per migliorare le proprie condizioni: ciò permetteva ai PVS di attuare strategie per affrontare lo stato di povertà con la partecipazione attiva della società per la definizione delle priorità e del tempo entro cui valutare i risultati^[1].

Dunque, a partire dagli anni '90 nella PCS divenne basilare il concetto di “ownership”: il processo decisionale, per ciò che riguarda l'erogazione degli aiuti, doveva appartenere alle istituzioni locali ed il controllo di tale processo veniva dato in mano alle ONG che si occupavano di realizzare i programmi internazionali, diventando figure fondamentali nella PCS^[1].

Nel settembre del 2000 le Nazioni Unite hanno convocato il Vertice del Millennio in cui 189 Capi di Stato e di Governo membri dell'ONU hanno sottoscritto la *Dichiarazione del Millennio* che contiene impegni precisi circa l'intento di dimezzare il numero di individui che versano in condizione di povertà estrema ed impone pertanto ad ogni Stato, sia ricco che povero, di adoperarsi per sconfiggere la povertà, promuovere la dignità umana e le pari opportunità, realizzare la pace, la democrazia e la sostenibilità ecologica. La filosofia che ha spinto i Capi di Stato e di Governo a porre la propria firma in calce alla Dichiarazione del Millennio riguarda l'affermazione di responsabilità nei confronti dei propri popoli e soprattutto verso l'intera specie umana, in base al principio che la civiltà globalizzata del terzo millennio possiede la ricchezza, le conoscenze ed i mezzi per realizzare il sogno di un'umanità affrancata dalla miseria e dalla mancanza della soddisfazione dei suoi bisogni primari^[5].

Dalla Dichiarazione del Millennio sono derivati gli 8 Obiettivi di Sviluppo del Millennio (MDG) che impegnano all'azione tutti i Paesi e le Organizzazioni Internazionali: si tratta di 8 traguardi misurabili ed inequivocabili, vincolanti per

tutta la comunità internazionale e che affidano all'ONU un ruolo centrale nella gestione del processo di sviluppo e globalizzazione.

Gli 8 obiettivi (**MDG, Millennium Development Goals**) che la Comunità Internazionale si prefigge di raggiungere entro il 2015 sono^[5]:

1. *Sradicare la povertà estrema e la fame*

- a Ridurre della metà la popolazione che vive con meno di un dollaro al giorno
- b Garantire una piena e produttiva occupazione ed un lavoro dignitoso per tutti, compresi donne e giovani.
- c Ridurre della metà la percentuale di popolazione che soffre la fame.

2. *Garantire l'educazione primaria universale*

- a Assicurare che tutti i ragazzi, maschi e femmine, possano terminare un ciclo completo di scuola primaria.

3. *Promuovere la parità dei sessi e l'autonomia delle donne*

- a Eliminare la disparità dei sessi nell'insegnamento primario e secondario per il 2005, e per tutti gli insegnamenti per il 2015.

4. *Ridurre la mortalità infantile*

- a Ridurre dei due terzi la mortalità dei bambini al di sotto dei 5 anni.

5. *Migliorare la salute materna*

- a Ridurre di tre quarti il tasso di mortalità materna.
- b Rendere possibile l'accesso universale ai sistemi di salute riproduttiva.

6. *Combattere l'HIV/AIDS, la malaria e le altre malattie*

- a Bloccare la propagazione dell'HIV/AIDS e cominciare ad invertirne la tendenza attuale.
- b Garantire entro il 2010 l'accesso universale alle cure contro l'HIV/AIDS a tutti coloro che ne abbiano bisogno.
- c Bloccare l'incidenza della malaria e di altre malattie importanti e cominciare ad invertirne la tendenza attuale.

7. *Garantire la sostenibilità ambientale*

- a Integrare i principi di sviluppo sostenibile nelle politiche e nei programmi dei paesi; invertire la tendenza attuale nella perdita di risorse ambientali.
- b Ridurre il processo di annullamento delle biodiversità raggiungendo entro il 2010 una riduzione significativa del fenomeno.
- c Ridurre della metà la percentuale di popolazione senza un accesso sostenibile all'acqua potabile ed agli impianti igienici di base.
- d Ottenere un miglioramento significativo della vita di almeno 100 milioni di abitanti delle baraccopoli entro il 2020.

8. *Sviluppare un partenariato mondiale per lo sviluppo*

- a Sviluppare al massimo un sistema commerciale e finanziario che sia fondato su regole, prevedibile e non discriminatorio. Esso deve includere un impegno in favore della buona gestione, dello sviluppo e della riduzione della povertà sia a livello nazionale che internazionale.
- b Tenere conto dei bisogni speciali dei PVS. Questo include l'ammissione senza dazi e vincoli di quantità per le esportazioni di questi Paesi, potenziamento dei programmi di alleggerimento dei debiti per i Paesi più poveri fortemente indebitati, cancellazione del debito bilaterale ufficiale, e una più generosa assistenza ufficiale allo sviluppo per quei Paesi impegnati nella riduzione della povertà.
- c Rivolgersi ai bisogni speciali degli Stati senza accesso al mare e dei piccoli Stati insulari in via di sviluppo.
- d Occuparsi in maniera globale del problema del debito dei PVS attraverso misure nazionali ed internazionali tali da rendere il debito stesso sostenibile nel lungo termine.
- e In cooperazione con le aziende farmaceutiche, rendere le medicine essenziali disponibili ed economicamente accessibili nei PVS.
- f In cooperazione con il settore privato, rendere disponibili i benefici delle nuove tecnologie.



Dunque per il miliardo di individui che vive al di sotto della soglia di povertà senza accesso all'acqua potabile od ai servizi sanitari, e per i bambini che ne rappresentano la maggioranza, l'unica prospettiva di un futuro migliore risiede nella capacità dei leader mondiali di mantenere le promesse fatte nel 2000.

Storia delle ONG

L'acronimo ONG sta per Organizzazione Non Governativa, cioè una qualsiasi organizzazione o gruppo di cittadini (locale, nazionale o internazionale) non appartenente a strutture governative ed impegnato, senza scopo di lucro, nel settore sociale e della cooperazione allo sviluppo. Tale definizione trae origine dalla legge 49/87 e qualifica come ONG quelle organizzazioni che hanno ottenuto un riconoscimento ufficiale di idoneità per la gestione dei progetti di cooperazione da parte del Ministero degli Esteri: ai sensi dell'articolo 28 il riconoscimento di idoneità è attribuito alle ONG formalmente costituite, senza fini di lucro né collegate in alcun modo a società con tali scopi, che abbiano invece come obiettivo quello di svolgere attività di cooperazione allo sviluppo ed accettino una serie di impegni di documentazione e controlli ministeriali periodici^[6].

Le ONG di cooperazione internazionale hanno avuto un intenso sviluppo a partire dalla II guerra mondiale ed all'inizio degli anni '60, nascendo come

movimento associativo spontaneo in risposta al crescente interesse per le problematiche dei Paesi del Sud del mondo e con l'intento di fornire una visione politica comune di tali problematiche. In Italia, invece, il periodo di crescita maggiore si è avuto dopo il 1970 e dagli anni '80 le ONG hanno esteso il loro campo d'azione affermando il "Diritto di ingerenza" e la facoltà di intervenire in situazioni di crisi umanitaria, in relazione al diritto degli uomini di ricevere assistenza umanitaria.

Oggi il movimento delle ONG costituisce una realtà molto diversa dal concetto di volontariato comunemente inteso poiché queste hanno acquisito una struttura di tipo professionale volta allo svolgimento delle attività di cooperazione e formata da figure professionalmente cooperanti.

Inoltre le ONG sono tra gli attori principali nella cooperazione internazionale per la possibilità di inserirsi ed incidere concretamente nei processi politici e sociali delle comunità in cui operano, e soprattutto in modo critico ed indipendente rispetto ai governi ed alle organizzazioni internazionali^[6]. Risulta, di conseguenza, molto importante il ruolo di delle ONG come "osservatori" con funzione consultiva, presso il Consiglio Economico e Sociale dell'ONU, dal momento che, inserendosi nella realtà locale in cui operano, riescono a conoscerne i problemi e le necessità grazie al pieno coinvolgimento delle comunità ed alla azione di mediazione. Si tratta di un lavoro di relazione tipicamente fondato su interventi di piccola scala facilmente controllabili dal punto di vista esecutivo ed attuati nel rispetto di criteri di giustizia sociale e dei diritti umani, che comportino la partecipazione delle popolazioni locali mediante il trasferimento di risorse e tecnologie con l'intento di arricchire il capitale umano.

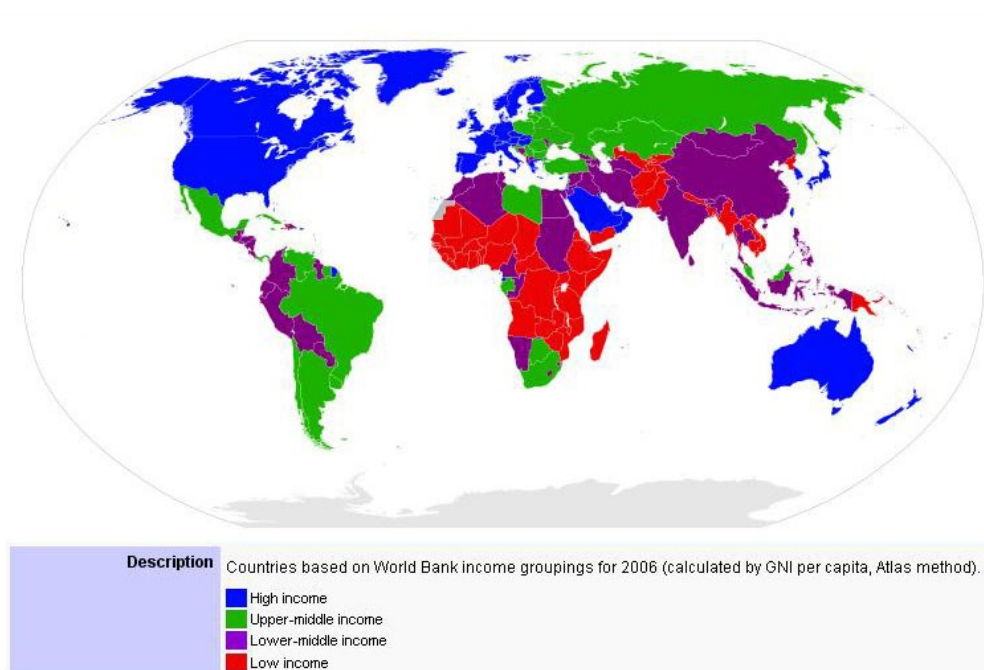
Esistono due tipi di ONG le cui funzioni risultano però interscambiabili^[1]:

- Advocacy, ossia organizzazioni di opinione che hanno lo scopo di promuovere una causa.
- Organizzazioni operative che organizzano ed eseguono progetti di cooperazione e per la legge italiana possono ottenere finanziamenti grazie al riconoscimento da parte del MAE.

IL SISTEMA SANITARIO NEI PAESI IN VIA DI SVILUPPO

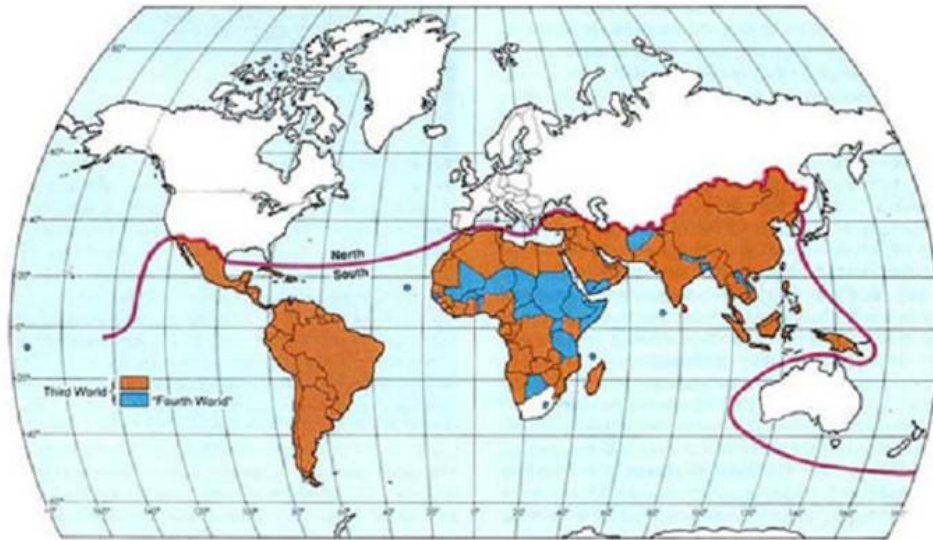
I Paesi in via di sviluppo (PVS) sono tutti quei paesi che appartengono alla lista stilata dall'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) che hanno livelli di sviluppo molto bassi e vengono suddivisi in cinque categorie in base al reddito medio pro-capite:

- Paesi meno sviluppati (meno di un dollaro al giorno)
- Paesi a basso livello di reddito (meno di 745 dollari all'anno nel 2001)
- Paesi a medio reddito (tra 746 e 2975 dollari all'anno)
- Paesi ad alto livello di reddito (più di 9206 dollari all'anno nel 2001)



Tutti i PVS beneficiano di aiuti pubblici allo sviluppo da parte di Paesi industrializzati e risultano avere caratteristiche comuni, tra cui: bassi tassi di crescita del reddito nazionale, bassi tassi di crescita del reddito pro-capite, ristretta base industriale, poca accumulazione dei capitali, alta percentuale di povertà assoluta, basso tenore di vita i cui indicatori principali sono la sanità, la mortalità, la fame e l'educazione.

I PVS si ritrovano geograficamente concentrati nel sud del mondo, identificato come geograficamente posto sotto la linea immaginaria descritta da Brandt nel 1980.



In tutto il mondo muoiono ogni giorno per cause evitabili 26000 bambini di età inferiore ai cinque anni e la maggior parte di questi vive nei PVS; più di un terzo muore entro il primo mese di vita a casa, senza avere accesso ai servizi sanitari di base ed ai beni di prima necessità che potrebbero salvarli.

Il *tasso di mortalità infantile*, che indica la probabilità che ha un bambino di età inferiore ai cinque anni di morire, espressa su mille nati vivi, può essere considerato un indicatore sensibile dello sviluppo di un Paese come dimostrazione di quali siano i suoi valori e le sue priorità, poiché rappresenta il tasso di benessere infantile in generale, misurando un esito del processo di sviluppo, basato sulla disponibilità di servizi per la salute materna ed infantile, reddito e disponibilità di cibo ed acqua sicura^[7].



Nel 2006 il numero totale annuo di decessi dei bambini di età inferiore ai cinque anni è sceso a 9,7 milioni; ciò significa che si è avuto un calo del 60% della mortalità infantile a partire dal 1960: tali valori rimangono comunque inaccettabili ed il raggiungimento del quarto MDG (relativo alla riduzione dei 2/3 del tasso di mortalità infantile entro il 2015) significherebbe ridurre le morti infantili a circa 4 milioni^[7]. Per ottenere ciò sarà necessario un riesame delle strategie volte a raggiungere le comunità più povere ed emarginate, dal momento che le cause dei decessi infantili sono ben note e quindi lo sono anche le soluzioni: gli interventi da attuare sono semplici, sicuri ed accessibili ma devono essere offerti attraverso un continuum di assistenza sanitaria alle madri, ai neonati ed ai bambini raggiungendo milioni di famiglie, finora rimaste escluse.

Sono 62 i paesi che non hanno compiuto progressi sufficienti verso tale obiettivo di sviluppo e di questi il 75% appartiene all'Africa Meridionale dove la prevalenza dell'HIV/AIDS ha invertito il declino precedentemente registrato della mortalità infantile; solo con il supporto internazionale e l'assunzione di una responsabilità condivisa a livello globale sarà possibile il raggiungimento del quarto MDG per queste nazioni che versano in condizioni di grave difficoltà^[7].

Investire nell'infanzia è saggio anche da un punto di vista economico, poiché ogni paese avrà prospettive future più sicure e migliori. Infatti secondo la Banca Mondiale le vaccinazioni e l'integrazione di vitamina A nella dieta rappresentano gli interventi di salute pubblica più economici ed efficaci oggi disponibili, capaci di proteggere i bambini da numerose malattie, potenzialmente

mortali (difterite, polio, pertosse, tetano, morbillo, ...); inoltre, la somministrazione di cotrimossazolo (antibiotico a basso costo) ai bimbi HIV positivi ridurrebbe in maniera significativa la mortalità per infezioni opportunistiche.

La morte e la malnutrizione di neonati e bambini sotto i 5 anni sono strettamente legate alla condizione materna, quindi sono riconosciute cause comuni strutturali e fondamentali:

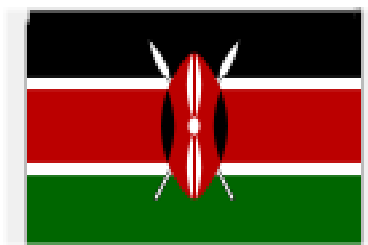
- servizi sanitari e nutrizionali con poche risorse inadeguate;
- insicurezza alimentare;
- pratiche alimentari inadeguate;
- mancanza di igiene e di accesso ad acqua sicura o a servizi igienico-sanitari adeguati;
- analfabetismo femminile;
- gravidanza precoce;
- discriminazione ed esclusione delle madri e dei bambini dall'accesso ai servizi sanitari, nutrizionali ed ai beni essenziali, a causa della povertà e dell'emarginazione geografica o politica.



Tali fattori sono ampiamente diffusi e correlati tra loro, e sarebbero necessari interventi che implicino la diffusione di pacchetti di servizi di assistenza sanitaria di base per l'infanzia, a partire dal controllo materno in gravidanza, durante il parto e nel puerperio.

Per quanto riguarda le cause specifiche di mortalità infantile, bisogna considerare che il 40% di questi decessi si verifica in età neonatale, cioè entro il primo mese di vita; di questi, il 25% è dovuto a gravi infezioni quali polmonite e sepsi; il 17% causato da malattie diarroiche ed un altro 15% da malaria, morbillo e AIDS; mentre il 50% dei decessi infantili è dovuto alla malnutrizione^[7].

Situazione sanitaria in Kenya



Il Kenya è uno stato dell’Africa Orientale la cui capitale è Nairobi, che è anche la città più grande e densamente popolata. Confina a nord con l’Etiopia ed il Sudan, a nord-est con la Somalia, a sud con la Tanzania, a ovest con l’Uganda e ad est con l’Oceano Indiano.

Principali indicatori nazionali^[8]:

- popolazione totale: 36.553.000
- reddito nazionale lordo pro-capite in dollari: 1470
- aspettativa di vita alla nascita m/f: 44/45 (2003)
- probabilità di morire sotto i 5 anni (per 1000 nati vivi): 121
- probabilità di morire tra i 15 ed i 60 anni (per 1000 nati vivi) m/f: 432/404
- totale spese pro-capite per la salute: 95 dollari (2005)
- totale spese per la salute come % del PIL: 4,5 (2005)

Il Kenya si colloca al 152esimo posto nella classifica basata sugli Indicatori di Sviluppo Umano (HDI) dell'Human Development Report 2006 pubblicato dall'UNDP.

La popolazione del Kenya, diversificata in 42 gruppi etnici, continua a crescere a ritmi elevati tanto che nel giro di 20 anni è praticamente raddoppiata: infatti la quota di popolazione con età inferiore ai 15 anni è molto elevata e la densità è maggiore nelle zone centrali dell'altopiano mentre la fascia costiera è poco abitata tranne l'area di Mombasa.

Durante gli anni '90 i risultati ottenuti dall'economia keniota sono stati caratterizzati da una bassa crescita economica e dell'occupazione; nel 1997 il FMI fu costretto a sospendere il Programma di Sostegno al Bilancio a causa della mancata adozione da parte del Governo di riforme adatte a contrastare la corruzione, ma nel 2000 un intenso periodo di siccità aveva causato il razionamento dell'acqua e dell'energia, oltre che la diminuzione della produzione agricola, portando ad un calo dello 0,2% del PIL. In seguito a ciò il FMI aveva ripreso ad erogare finanziamenti al bilancio dello Stato, interrompendolo però nel 2001 ancora a causa della mancata adozione di provvedimenti contro la corruzione. Solo a partire dal 2003 cominciò la promozione delle politiche di buon governo ed una efficace amministrazione economica del Paese. Venne inoltre varato il piano quinquennale Investment Program for the Economic Recovery Strategy for Wealth and Employment Creation (2003-2007), noto come ERS ed articolato in 4 linee d'azione^[8]:



- 1) crescita economica;
- 2) buon governo;
- 3) riabilitazione strutturale;
- 4) sviluppo di risorse umane.

Contemporaneamente fu redatto il Poverty Reduction Strategy Paper che individua queste stesse linee d'azione come fondamento per la lotta alla povertà.

Ciò ha portato all'attuazione di importanti riforme per la liberalizzazione economica, la privatizzazione ed il riordino della magistratura e delle forze dell'ordine, insieme ad importanti miglioramenti dei servizi pubblici, soprattutto grazie ad aiuti internazionali ed alla razionalizzazione del sistema fiscale, procurando una crescita progressiva del Paese fino al 6% nel 2006, sostenuta da turismo, agricoltura, trasporti e manufatti.

La percentuale di popolazione sotto la linea di povertà sembra essere scesa nell'ultimo anno dal 52% al 46% ma il benessere rimane comunque un privilegio di pochi (circa il 2%): infatti il rapporto dell'UNDP sullo Sviluppo Umano evidenzia che, nonostante la crescita generalizzata del Paese, in alcune regioni ci sono ancora molte sacche di povertà cronica; il numero di morti per malaria, HIV/AIDS e TBC è ancora molto elevato e la disoccupazione è un fenomeno ancora molto diffuso.



Il Kenya è considerato un paese a scarse risorse idriche dove le siccità ricorrenti hanno un grave peso sull'economia e solo il 43% della popolazione ha accesso a fonti controllate di acqua e di questi l'89% risiede nelle aree urbane. Per il raggiungimento del settimo MDG è stato promosso il progetto Water Act,

al fine di garantire una più omogenea distribuzione dell'acqua non contaminata^[8].

Il 90% della popolazione vive senza elettricità ed il tasso di alfabetizzazione sfiora l'85% degli adulti con uno squilibrio che avvantaggia l'istruzione maschile; inoltre l'Unicef afferma che solo il 44% dei bambini regolarmente iscritti completa il percorso di istruzione primaria e tale percentuale scende se si considerano le regioni rurali, le baraccopoli e soprattutto le bambine. Per l'ottenimento del secondo MDG esiste il Free Primary Education Project^[9].



Dal punto di vista sanitario la

situazione risulta fortemente compromessa a causa delle condizioni igieniche precarie e della difficoltà di accedere alle strutture appartenenti al sistema sanitario nazionale, oltre che per l'elevato costo del servizio totalmente a carico del malato. La malaria risulta la principale causa di morte infantile, insieme ad infezioni respiratorie acute, morbillo, parassitosi intestinali, AIDS, TBC, patologie gravidiche e complicanze perinatali.

L'epidemia di AIDS ha prodotto gravi effetti anche a livello economico poiché ha ridotto il numero di adulti capaci socialmente produttivi, aumentando il numero di quelli che non sono economicamente autosufficienti; l'impatto sociale è molto forte dato l'aumento degli orfani con scomparsa della famiglia come nucleo sociale fondamentale^[9].

I dati sul sistema sanitario forniti ai Paesi donatori evidenziano un peggioramento degli indicatori e ciò vuol dire che senza un significativo aumento delle risorse ed un reindirizzamento delle strategie d'azione, i MDG non saranno raggiunti entro i tempi stabiliti^[8]. Il Governo del Kenya è la fonte principale dei finanziamenti nel settore sanitario ed ha affermato la sua volontà di aumentare la spesa pubblica per tale settore: la riforma del sistema sanitario dovrebbe assicurare la garanzia d'accesso a servizi sanitari di base di qualità a tutta la popolazione, soprattutto quella appartenente alle fasce più vulnerabili della società. In quest'ottica il Governo sta definendo un possibile sistema di copertura sanitaria nazionale, il National Social Health Insurance Fund, che rappresenta una sfida notevole dal momento che per ora il Governo non è in grado di assicurare il rifornimento di farmaci né di strumenti adeguati, e non garantisce corsi di formazione ed aggiornamento per far fronte alle più comuni patologie^[10]. Per tali motivi è stata sviluppata una campagna di sensibilizzazione che coinvolge numerose ONG internazionali e locali, insieme ad un processo di decentramento del sistema sanitario che focalizza l'attenzione sulla necessità di rafforzare le azioni di prevenzione e cura presso le comunità rurali mediante la costituzione di Comitati Sanitari di Villaggio che possano definire le modalità di accesso ai servizi monitorandone la gestione.

Il Global Fund ha approvato alcune iniziative proposte dal Governo per combattere le pandemie di HIV/AIDS, TBC e malaria che hanno già dato risultati positivi come dimostrato dalla riduzione del tasso di prevalenza dell'HIV/AIDS negli ultimi due anni.

Quindi l'attività di cooperazione in Kenya si coordina con le strategie settoriali stabilite dal Governo ed in particolare l'Italia ha scelto di concentrare il proprio investimento in 4 settori principali: sanità, educazione, gestione delle risorse idriche e riabilitazione urbana^[10].

Dunque la cooperazione in ambito sanitario è fondata su di un programma operativo che ha identificato dei "pacchetti sanitari" come interventi di alta priorità^[8]:

- *Prevenzione e terapia della malaria*: il problema principale risulta la resistenza farmacologica del parassita malarico seguita dal costo sempre più elevato dei nuovi farmaci. La prevenzione consiste soprattutto nell'uso di zanzariere impregnate di insetticida per la protezione di donne gravide e bimbi di età inferiore ai 5 anni.
- *Salute riproduttiva*: la causa principale di morte femminile in età riproduttiva sono le complicanze della gravidanza e del parto, con una mortalità variabile tra 97 e 143 casi su 1000.
- *Prevenzione e terapia dell'HIV/AIDS*: la prevalenza dei soggetti affetti è del 5-15% e la mortalità è stimata per oltre 1.500.000 persone, di cui 105 su 1000 sono bambini. Si cerca di intervenire in modo multisettoriale mediante

l'educazione e l'informazione igienico-sanitaria, l'aspetto diagnostico-terapeutico, il supporto alle donne gravide sieropositive ed ai loro figli, il rispetto dei diritti umani ed il supporto psicologico oltre che economico.

- *Controllo della TBC*: si stima che l'aumento del numero di soggetti affetti da TBC a 73.017 nel 2001 sia associato all'epidemia di HIV/AIDS poiché il 70% di questi è sieropositivo.
- *Approccio integrato alle patologie pediatriche*, basato sullo schema diagnostico-terapeutico prodotto dalla WHO noto come IMCI (Gestione Integrata delle Malattie Infantili): si tratta di una strategia di ampio respiro che prevede interventi complementari a strutture sanitarie applicati alle comunità, soggetta ad una valutazione multi-paese (MCE) dei costi, dell'efficacia e dell'impatto significativo sul miglioramento della salute dei bambini progettata allo scopo di determinare qual è il modo migliore di fornire interventi sanitari per l'età infantile.
- *Programma di vaccinazione* contro la difterite, il tetano, la pertosse, la poliomielite, il morbillo: viene attuato per bambini entro il primo anno di età ed associato alla vaccinazione antitetanica delle donne in gravidanza.
- *Controllo e prevenzione delle principali malattie infettive legate all'ambiente* mediante l'attuazione di programmi per la sanificazione dell'acqua per l'uso alimentare.

In conclusione il Governo del Kenya si sta muovendo nell'ottica di un approccio integrato che prevede la formulazione di un unico piano d'azione, coordinamento e finanziamento comuni e con un unico sistema di monitoraggio e valutazione: quindi per ciò che riguarda la cooperazione, tutte le iniziative in ambito sanitario dovranno appartenere a tale piano sviluppato dal Ministero della Sanità e concordato con i donatori e gli esecutori. In particolare la cooperazione italiana sostiene il Governo keniota sia a livello centrale che periferico per la formazione di un partenariato pubblico privato (PPP) tramite la fornitura di assistenza tecnica e di risorse finanziarie direttamente al Ministero della Sanità^[10].

Situazione sanitaria in Guatemala



La Repubblica del Guatemala è uno stato dell'America Centrale con capitale Città del Guatemala, ha una superficie che copre 108.889 km quadrati ed è delimitata a nord dal Messico, ad est dall'Honduras ed El Salvador, a sud dall'Oceano Pacifico. Dal punto di vista politico ed amministrativo è divisa in 22 dipartimenti che comprendono 330 comuni i cui servizi sono raggruppati in 8 regioni.

Principali indicatori nazionali^[8]:

- popolazione totale: 13.029.000
- reddito nazionale lordo pro-capite in dollari: 5120
- aspettativa di vita alla nascita M/F:65/71
- speranza di vita in salute alla nascita M/F:55/60
- probabilità di morire in età inferiore ai 5 anni: 41 su 1000 nati vivi
- probabilità di morire tra i 15 ed i 60 anni M/F:284/163
- totale spese pro-capite per la salute: 224 dollari
- totale spese per la salute come % del PIL: 5,2

È la nazione più popolosa del Centro America, con un tasso di crescita del 2,8%, infatti l'età media è molto bassa con solo il 3% di soggetti di età superiore ai 60 anni. Il 65% degli individui vive nelle aree rurali in insediamenti formati da meno di 500 abitanti e le popolazioni indigene rappresentano il 48% della popolazione e vengono classificate in 21 gruppi linguistici.



Dal 1987 è cominciato il processo di rimpatrio volontario individuale, cioè un flusso continuo di ritorno di guatemaltechi che hanno vissuto per anni nei Paesi limitrofi, soprattutto in Messico: si stima che abbiano fatto ritorno nelle zone rurali almeno 20.000 persone tra il 1995-96 e che vivano in condizioni precarie prive dei servizi di base. È uno dei paesi latino-americani dove le differenze sociali e culturali sono più accentuate, infatti più del 50% degli abitanti (maggiormente le donne) restano largamente emarginati dal controllo sociale ed economico delle élite locali.



È una Repubblica Presidenziale con una situazione politica abbastanza stabile solo da qualche anno poiché nel passato recente vi sono stati colpi di stato e periodi di guerra civile. Nel corso di quest'ultimo decennio si è avuta una lenta ripresa della crescita economica ma la disoccupazione totale è rimasta stabile al 37% quindi, nonostante gli indicatori macroeconomici siano favorevoli, ciò non si accompagna ad un calo della povertà che affligge ancora 3 individui su 4 appartenenti principalmente alle popolazioni indigene e rurali. L'economia del Paese continua ad essere legata a finanziamenti esteri

provenienti dagli USA e da altri Paesi del Sud America con un pesante debito pubblico ed uno tra i redditi pro-capite più bassi dell'America Latina^[8].

L'approvvigionamento idrico raggiunge il 92% ed il sistema fognario il 72% della zona urbana, per quanto riguarda l'area rurale rispettivamente il 54% ed il 52%. Non esiste un sistema di smaltimento dei rifiuti solidi, quindi sia nelle aree urbane che in quelle rurali i rifiuti raccolti vengono depositati in discariche senza ulteriori trattamenti^[8].

La Costituzione della Repubblica riconosce come diritto fondamentale la salute ed il codice sanitario approvato nel 1997 prevedeva che il Ministero della Sanità e della Previdenza Pubblica fosse responsabile della gestione del sistema sanitario, obbligandolo a fornire gratuitamente l'assistenza sanitaria a persone prive di mezzi^[11].

Nel 1999 la spesa sanitaria ha rappresentato il 2,8% del PIL quindi le famiglie sono state la fonte di finanziamento più importante con il 42,9% mentre il Governo ha sostenuto solo il 27% spese^[11].

Il tasso di mortalità infantile è 54 per 1000 nati vivi di cui il 27% muore entro il primo anno di vita, mentre la mortalità neonatale è stimata 48,3 per 1000 nati vivi. Le cause più importanti di morte al di sotto dei 5 anni di età sono^[8]:

- polmonite ed influenza 16,5%;
- complicanze del periodo perinatale 13,8%;
- patologie gastro-intestinali e malattie infettive 8,9%;
- deficit nutrizionali 5,7% (il 72% dei bambini malnutriti è di etnia Maya di età compresa tra i 3 ed i 36 mesi e soffre di una condizione cronica);
- complicanze della gravidanza 45%.

Per quanto riguarda il tasso di mortalità degli adolescenti, cioè soggetti di età compresa tra i 10 ed i 19 anni di età la cui densità è stimata essere pari a 2,4 milioni, risulta pari a 88 per 100.000 e le cause principali sono^[9]:

- cause esterne, soprattutto armi da fuoco ed altri tipi di lesioni, per quanto riguarda i maschi;

- broncopolmoniti ed infezioni gastro-intestinali per quanto riguarda le femmine.

La mortalità materna è di 200 per 100.000 nati vivi, uno dei tassi più alti in tutto il Sud America, e trova come cause maggiori^[9]:

- complicanze del parto 30%;
- placenta ritenuta 14%;
- sepsi puerperale 11%;
- eclampsia 11%;
- aborto 7%.

La percentuale di donne gravide che ha ricevuto cure nel corso della gravidanza è passata dal 34% del 1992 al 54% del 1995 e di queste il 45% è stata seguita da un medico, mentre l'8% da personale infermieristico ed il 26% da ostetriche. Solo il 55% delle donne gravide ha ricevuto la vaccinazione profilattica a base di tosoide tetanico^[9].

Nel dicembre del 1996 è stato firmato un accordo di pace tra il Governo e le forze armate della guerriglia che ha portato ad una modernizzazione istituzionale al fine di migliorare l'efficienza e la capacità di gestione statale con l'attuazione di programmi sociali per il sostegno del processo di pace e di sviluppo economico. Anche le politiche sanitarie rientrano in questo programma di modernizzazione statale che include riforme volte ad aumentare le entrate, il controllo del debito nazionale e l'aumento dell'investimento nelle spese per i settori sociali: ciò prevede l'assegnazione ai Comuni di fondi pari all'8% del bilancio nazionale, di cui il 90% è destinato a progetti legati ai settori dell'istruzione, della sanità pubblica, delle infrastrutture e dei servizi pubblici per migliorare la qualità della vita dei cittadini guatemaltechi.



Il settore sanitario è costituito dalle istituzioni pubbliche (25%) e private (10%), ONG (4%) e superstiti della medicina tradizionale Maya soprattutto nelle zone rurali tra la popolazione indigena^[11].

Il rapporto del numero di medici per popolazione totale è 9 su 10.000 e per ogni 3 medici c'è solo un infermiere professionale, tenendo presente che le risorse umane in campo sanitario sono concentrate nelle aree urbane, con rapporto 4:1^[11].

Meno del 60% dei guatemaltechi ha il vantaggio di una qualche forma di copertura del servizio sanitario e per questo motivo è stato progettato un sistema completo di assistenza sanitaria di base (SIAS, Sistema Integral de Atencion en Salud) in relazione al profilo epidemiologico delle diverse comunità^[11].

Il Governo insieme a donatori multi e bilaterali ha formulato una serie di politiche per la gestione della sanità:

- riorganizzazione, integrazione e modernizzazione della sanità;
- aumento della copertura e miglioramento dei servizi sanitari di base alle comunità isolate in cui non esistono i servizi sanitari o sono insufficienti;
- migliore gestione degli ospedali;
- promozione della salute e della cura ambientale;
- copertura dei servizi sanitari di base ed approvvigionamento di acqua potabile per le zone rurali;
- supervisione sulla gestione pubblica dei servizi con partecipazione sociale maggiore;
- coordinazione della cooperazione internazionale con priorità nel settore sanitario.

Lo Stato quindi si impegna a realizzare un sistema organizzato di risposta sociale mediante l'intervento diretto sulle cause fondamentali di malattia, assicurando:

- 1) monitoraggio pre-natale e somministrazione di tossoide tetanico e sali ferrosi;
- 2) parto e puerperio controllati;

- 3) assistenza sanitaria neonatale, vaccinazioni, controllo delle infezioni respiratorie e gastro-intestinali acute nei bambini con età inferiore ai 2 anni;
- 4) cura degli eventi acuti e delle emergenze relative alla malaria, alla diarrea, al colera, alla dengue, alla TBC ed alla rabbia.

In aggiunta ai servizi di base sopraelencati si offre assistenza per le donne in età fertile, diagnosi precoce dei carcinomi e pianificazione familiare. Viene creato il Consiglio Sanitario Nazionale che serve a supervisionare il governo ed il Ministero della Sanità per regolare lo sviluppo delle infrastrutture e dei servizi sanitari, l'utilizzo delle risorse umane e della rete di assistenza sanitaria.

Attraverso l'organizzazione di servizi sanitari di base finanziati dallo Stato e la costituzione di un partenariato tra Ministero della Salute ed ONG operanti in Guatemala, il Ministero stesso si propone di migliorare l'equità e l'efficienza di distribuzione dell'assistenza sanitaria di base alla popolazione rurale cui attualmente tale accesso risulta negato.

Situazione sanitaria in Mauritania



La Repubblica Islamica della Mauritania è un territorio desertico per il 75% della sua superficie, appartenente all'Africa occidentale, la cui capitale è Nouakchott, situata sulla costa atlantica. Dal punto di vista amministrativo è divisa in dodici regioni più il distretto della capitale.

Confina a nord con il Sahara occidentale ed a nord-est con l'Algeria, ad ovest con l'Oceano Atlantico, a sud-ovest con il Senegal e a sud con il Mali. Per la sua posizione geografica è considerato l'anello di congiunzione tra il mondo arabo e l'Africa nera.

Principali indicatori nazionali^[8]:

- popolazione totale: 3.044.000 abitanti;
- reddito nazionale lordo pro-capite in dollari: 1970;
- aspettativa di vita alla nascita M/F: 55/60;
- speranza di vita in salute alla nascita M/F: 43/46;
- probabilità di morire sotto i 5 anni per 1000 nati vivi: 125;
- probabilità di morire tra i 15 ed i 60 anni per 1000 abitanti M/F: 335/243;
- totale delle spese per la salute pro-capite in dollari: 49;
- totale spese per la salute come % del PIL: 2,7%.

Nonostante gli organismi internazionali continuino ad affermare che il Paese ha migliorato il suo rendimento macro-economico, esso continua a collocarsi al 149esimo posto della classifica basata sugli Indicatori di Sviluppo Economico redatta dall'UNDP, risultando ancora uno dei Paesi più poveri al mondo.



La popolazione mauritana ha un tasso di crescita annuo del 2,9% ed il 50% di essa ha meno di 18 anni; è costituita per il 30% da mauri (di origine araba), 30% da neri e 40% da mauri-neri: il rapporto tra le comunità araba e di colore è ancora oggi fonte di grossi contrasti sociali, dal

momento che la schiavitù dei neri è stata abolita solo negli anni '80.

Il tasso di alfabetizzazione è del 41,7% con obbligo scolastico dai 6 ai 12 anni.

Malgrado la presenza di ricchi giacimenti di ferro e di strutture industriali di base, l'economia rimane agro-pastorale nelle regioni interne e basate sulla pesca sulla costa atlantica, dove sono inoltre presenti alcuni impianti per la lavorazione del pesce: la grande povertà presente dipende dalla scarsità di fonti d'entrate e dai lunghi periodi di siccità cronica che pesano sia sull'allevamento che sull'agricoltura. A causa delle sue risorse insufficienti ed in ragione della sua vulnerabilità, la Mauritania dipende fortemente dagli aiuti internazionali, soprattutto dal Programma di Alimentazione Mondiale (PAM), per quanto riguarda l'alimentazione, beneficiando di regolari aiuti alimentari che vengono in parte distribuiti gratuitamente alle fasce più bisognose della popolazione ed in parte monetizzati sul mercato locale^[9]. In particolare la CRI ha aperto centri di alimentazione comunitaria per assicurare pasti ed assistenza nutrizionale principalmente ai bambini.

I problemi fondamentali sono legati all'analfabetismo, alla carenza di formazione tecnica e professionale ed al difficile accesso alle cure mediche, dal momento che la situazione in ambito sanitario è quella tipica di un PVS con elevata incidenza di malattie infettive ed infrastrutture sanitarie assai carenti.

Poiché il 43% della popolazione ha meno di 15 anni, gli sforzi della PCS sono a favore dei bambini per il miglioramento delle prospettive di sviluppo del Paese, insieme ad interventi basati su finanziamenti a dono per lo sviluppo del settore privato e della pianificazione territoriale, oltre che per la promozione del buon governo e l'abolizione di ogni forma di corruzione.

Secondo recenti dati UNICEF i problemi sanitari cui sono soggetti i bambini in Mauritania sono:

- grave malnutrizione associata allo stato di estrema povertà, spesso legato anche a catastrofi naturali quali l'invasione di cavallette del 2004 che ha comportato l'estensione della condizione di insicurezza alimentare sia a sud che a nord del Paese;
- accesso all'acqua potabile sicura disponibile solo per il 53% delle famiglie;
- diffusione di gravi infezioni diarroiche, respiratoria acute e malaria;
- blocco delle recenti campagne d'immunizzazione a causa della mancanza di fondi sufficienti e di attrezzature adeguate per la conservazione dei vaccini secondo la catena del freddo;
- presenza di mine ed ordigni inesplosi dopo la guerriglia, che costituiscono un pericolo per i bambini soprattutto al nord del Paese.

In conclusione, quindi, anche dal punto di vista sanitario la Mauritania dipende completamente dagli aiuti internazionali, grazie ai quali nel 2006 si sono ottenuti buoni risultati: 100% dei bambini ha ricevuto la vaccinazione anti-polio ed il 95% il supplemento di vitamina A per stimolare il sistema immunitario; nelle regioni svantaggiate sono state introdotte zanzariere impregnate di insetticida ad azione prolungata per ridurre l'esposizione del 26% dei bambini alla malaria e sono stati messi a disposizione del sistema sanitario i farmaci antimalarici di base^[9]. Inoltre gli ospedali sono stati forniti di apparecchiature mediche ed il personale

sanitario ha ricevuto una formazione per il soccorso ostetrico e neonatale; nel distretto della capitale è stato poi aperto un centro per la prevenzione della trasmissione madre-figlio dell'HIV. L'UNICEF sostiene programmi di sensibilizzazione contro le mine tra le popolazioni nomadi ed ha fatto sì che fossero adottate nuove leggi sulla protezione infantile e misure alternative alla detenzione.

Situazione sanitaria in Tanzania



La Repubblica Unita di Tanzania è uno stato dell'Africa orientale che confina a nord con il Kenya e l'Uganda; ad ovest con Ruanda, Burundi e Repubblica Democratica del Congo; a sud con Zambia, Malawi e Mozambico; ad est si affaccia sull'Oceano Indiano. Dar El Salaam è la città più grande ed è stata capitale fino agli anni '70, la nuova capitale designata è Dodoma ma il completo trasferimento delle funzioni amministrative non è ancora stato portato a termine.

Principali indicatori nazionali^[8]:

- popolazione totale: 39.459.000;
- reddito nazionale lordo pro-capite in dollari: 980;
- aspettativa di vita alla nascita M/F: 50/51;
- speranza di vita in salute alla nascita M/F: 40/41;
- probabilità di morire sotto i 5 anni per 1000 nati vivi: 118;
- probabilità di morire tra i 15 ed i 60 anni per 1000 abitanti M/F: 518/493;
- totale delle spese per la salute pro-capite: 40 dollari;
- totale delle spese per la salute come % del PIL: 5,1%.



La Tanzania è uno dei Paesi più poveri al mondo, in cui più dell'80% della popolazione vive in zone rurali e di questo il 60% sopravvive con meno di 2\$ al giorno vivendo senza corrente elettrica ed il 40% privo di acqua potabile: infatti si trova al 159esimo posto della classifica basata sugli indicatori HDI redatta dall'UNDP^[8]. Il bilancio è gravato da un onerosissimo debito pubblico che limita le possibilità del Paese di attuare riforme strutturali. Comunque negli ultimi anni, grazie all'acquisita stabilità politica, si registra una crescita contenuta ma costante. L'economia dipende dall'agricoltura che impiega l'80% della forza lavoro ma le condizioni geografiche e climatiche riducono i campi coltivabili al 4% del territorio e l'industria è limitata alla trasformazione dei prodotti agricoli.

La media regionale della mortalità in età inferiore ai 5 anni è di 230 per 1000 nei villaggi mentre nelle città è notevolmente ridotta, la mortalità materna segue lo stesso andamento: ciò accade perché la città offre più servizi, personale medico espatriato, facile accesso e reperibilità dei farmaci; tutte queste facilitazioni mancano nelle periferie dove è anche più frequente la malnutrizione che aggrava la situazione contribuendo all'insorgenza delle malattie infettive^[9].

Il sistema sanitario è stato strutturato secondo il modello imposto dai coloni inglesi e per un periodo di quasi trent'anni, prima dell'indipendenza, la fornitura dei servizi di base nelle aree urbane era in gran parte prerogativa dello Stato; solo dopo l'indipendenza, tra gli anni '60 e '70, le strutture sanitarie furono introdotte anche nelle aree rurali per garantire assistenza gratuita. Con la "riforma degli

aggiustamenti strutturali” si rese necessaria l’introduzione del cittadino alla partecipazione ai costi del servizio sanitario (cost sharing mechanism) con l’obiettivo di ridurre la dipendenza del sistema sanitario dai finanziamenti statali e dai fondi dei donatori internazionali^[12].

Questa riforma ha dovuto fare i conti con una serie di problemi difficili da affrontare, tra cui l’affollamento delle strutture sanitarie, la mancanza di farmaci soprattutto quelli di base quali chinino ed aspirina, aumento dell’incidenza di gravi malattie infettive. La rete ospedaliera fu estesa in modo capillare nel territorio ma per quanto riguarda le risorse umane il livello di cure era basso, quindi non potendo permettersi molti medici il sistema aveva sviluppato il concetto di Assistant Medical Officer, cioè figure intermedie capaci di riconoscere e curare genericamente molte malattie, con conoscenze maggiori rispetto a quelle di un infermiere ma con un percorso di studi di soli tre anni e quindi una preparazione inferiore rispetto ad un medico. L’attività di queste figure sanitarie si svolge prevalentemente in ambulatorio ma, prevedendo anche minime nozioni chirurgiche, talora si prestano ad effettuare anche interventi chirurgici di base^[12].

Quindi il sistema sanitario odierno presenta numerosi gravi problemi che vanno dalla mancanza di attrezzature soprattutto nelle zone rurali, alla mancanza di medici, infermieri e tecnologie adeguate. Circa 1 bambino su 8 di età inferiore ai 5 anni muore a causa di deficit immunitari, malnutrizione ed acqua non sicura; inoltre la gran parte della popolazione non può permettersi cure adeguate e così la maggior parte delle morti dipende da malattie legate alla povertà ed al sottosviluppo



(infezioni, parassitosi e patologie respiratorie). Dunque il fallimento delle riforme è chiaramente visibile nei dati che testimoniano l’aumento esponenziale delle infezioni e dei decessi da AIDS.

I problemi maggiori in Tanzania per quanto riguarda l'infanzia sono legati soprattutto al fatto che la maggior parte dei bambini sono profughi rifugiati a causa dei conflitti negli stati vicini; nonostante i servizi sanitari e le strutture dei campi di accoglienza siano buone, si presentano comunque condizioni che rendono i bambini più vulnerabili nei confronti di malattie quali morbillo, colera e TBC^[9]. La malaria rimane il killer principale e la prevalenza dell'HIV/AIDS ha un tasso del 9% quindi i bambini rimangono orfani o sono costretti ad assumersi responsabilità per assistere i genitori in difficoltà. Il Governo sta mettendo in atto strategie per ridurre la povertà nazionale e programmi di immunizzazione e cure mediche per le donne gravide ed i bambini dei campi profughi, che hanno permesso di eliminare il tetano neonatale e ridurre drasticamente l'incidenza del morbillo; ha sviluppato linee-guida nazionali per la prevenzione della trasmissione materno-fetale dell'HIV ed una politica di protezione degli orfani e bambini vulnerabili in genere.

LA GESTIONE DELLE SCHISI LABIO-MAXILLO-PALATINE NEI PAESI CON RISORSE LIMITATE

La cheilognatopalatoschisi (CGPS) è una malformazione craniofacciale che interessa il labbro superiore, il processo alveolare, il palato duro e molle. Tale malformazione può essere mono o bilaterale, interessare tutte o solo alcune di queste strutture e la schisi può essere di ampiezza variabile.

Nel 20-30% dei casi si tratta di forme ereditarie, mentre nel 70% sono forme sporadiche, con un pattern multifattoriale in cui entrano in gioco fattori ambientali (tra quelli maggiormente in causa vi sono i deficit di folati nella dieta materna, farmaci, infezioni, radiazioni).

Ogni anno, nei Paesi sviluppati, nascono 17.000 bambini con una forma più o meno complessa di labiopalatoschisi; quasi 250.000 bambini, con questa malformazione, nascono nelle aree più povere del mondo dove le risorse sono estremamente scarse o addirittura inesistenti. Ogni anno inoltre, i nuovi nati, si aggiungono ad una base di pazienti già malati, creando una situazione di accumulo, ovvero un serbatoio di molti milioni di individui non trattati o trattati in modo inadeguato^[13].

All'interno del compromesso panorama sanitario dei PVS la labiopalatoschisi raramente costituisce un rischio per la vita dei bambini e pertanto è considerata da alcuni come un problema di ordine esclusivamente estetico; oggi le istituzioni sanitarie e politiche di tali paesi hanno riconosciuto però che il serbatoio di soggetti affetti da CGPS e non trattati, contribuisce a prosciugare le finanze ed a creare una vita disagiata per milioni di persone. Il costo di un intervento chirurgico di base è minimo poiché richiede l'uso di poche tecnologie e permetterebbe ad un gran numero di individui di raggiungere il massimo delle loro potenzialità sociali ed economiche grazie al conseguimento di un'integrazione sociale, all'inserimento nel mondo della scuola e del lavoro, alla possibilità di arrivare al matrimonio e alla costituzione di una famiglia, realtà negate a tutti coloro che non hanno accesso alla chirurgia^[13]. Ciò accade perché esistono criteri

universali insiti in tutte le culture che tendono a determinare l'emarginazione degli individui che appaiono fisicamente "diversi", soprattutto se questa diversità comporta difficoltà di comunicazione ed apprendimento, oltre ad una malformazione evidente.

Diventa dunque fondamentale soffermarsi sul perché una schisi possa rendere una persona "disabile": questo termine, infatti, origina in un contesto occidentale e si è evoluto nel tempo, poi è stato esportato nel mondo ma non necessariamente viene applicato allo stesso modo ovunque. Il deficit organico di una schisi comporta all'individuo una diversità fisica che ne può condizionare o meno la vita ma che spesso però si associa a deficit funzionali quali ipoacusia e difetti del linguaggio che si esprimono in una difficoltà di comprensione ed espressione verbale. La schisi dunque è un problema complesso, dal quale derivano complicità non solo estetiche ma cliniche, funzionali e psicologiche.



Le diverse società tuttavia, hanno modalità differenti di trattare un soggetto con una schisi quindi il concetto che la comunità ha della disabilità e dell'essere diverso ha un grosso impatto sulle opportunità di vita dell'individuo. La schisi ed i suoi difetti funzionali possono essere percepiti come una tragedia in alcune comunità e come un inconveniente minore in altre; ciò fa sì che il bambino possa essere stigmatizzato ed allontanato oppure facilmente accettato. In molti Paesi il concetto occidentale di disabilità è stato assunto in modo considerevole dall'ambiente medico locale nonostante spesso non coincida con le convenzioni e le abitudini popolari: accade che le famiglie non riconoscano la schisi come un problema e la proposta di un eventuale intervento non venga ritenuta assolutamente necessaria. Ciò facilita lo scontro con la popolazione locale conducendo ad incomprensioni da ambo le parti.

In generale, comunque, l'approccio alla disabilità dovrebbe tener conto del significato medico e sociale di tale condizione approntando dei servizi specifici che permettano la cura della disabilità stessa ma anche garantiscano un miglioramento pratico e funzionale nella vita quotidiana.

Il numero di programmi di cooperazione internazionale intrapresi riflette la preoccupazione dei Paesi sviluppati e di quelli a risorse limitate e le cosiddette missioni di cura della CGPS sono diventate un esempio del fornire assistenza sanitaria, sottolineando come cosa fondamentale il numero di interventi eseguiti ad ogni missione^[13].

In generale, nell'intento di curare una grande varietà di condizioni congenite ed acquisite, alcune organizzazioni forniscono chirurgia eseguita da equipe non specializzate ma preparate ad eseguire molte procedure relativamente a basso rischio; tali gruppi mancano delle professionalità specifiche e gli interventi eseguiti non si traducono in effettivo e concreto miglioramento.

Spesso c'è un minimo tentativo di coinvolgere i chirurghi del luogo i quali però, il più delle volte, si limitano ad occuparsi della gestione post-operatoria del paziente dopo la partenza dell'equipe ospite. Quasi sempre inoltre manca la continuità assistenziale ed i pazienti non possono fruire di logopedia, cure odontoiatriche ed ortodontiche, né sono possibili procedure chirurgiche secondarie. A volte queste missioni vengono utilizzate per far esercitare i chirurghi più giovani ed inesperti dello staff e gli standard di sicurezza possono non essere quelli richiesti nelle nazioni di provenienza. Esistono però dei programmi d'assistenza sanitaria che hanno realmente lo scopo di informare, curare ed insegnare per rendere auto-sufficienti i Paesi ospite: infatti si deve tener presente che la semplice esportazione delle modalità assistenziali tipiche dei Paesi sviluppati può fallire nel tentativo di ottenere risultati equivalenti nei PVS, soprattutto a causa della mancanza di infrastrutture.

Le diverse motivazioni per cui le deformità congenite o acquisite non vengano trattate nei PVS sono prima di tutto legate a cause di ordine economico, tra cui la mancanza di fondi per il sistema sanitario nazionale e gli stipendi minimi o l'assenza di compenso per i chirurghi che operano gente non abbiente; si aggiungono inoltre le tecnologie limitate e quindi la mancanza di attrezzature moderne o anche di chirurghi addestrati e competenti; insieme a motivi di tipo socio-culturale quali principalmente la difficoltà di accesso alle strutture sanitarie^[16]. Dal momento che ogni Paese ha le proprie priorità, la cura di anomalie

congenite in una fascia ristretta della popolazione è spesso in fondo alla lista ed anche nei siti urbani in cui esistono degli ospedali, seppur scarsamente forniti per quanto riguarda la strumentazione ed il personale, il sistema sanitario nazionale spesso è incapace di provvedere a servizi di chirurgia plastica per gli strati sociali più poveri. Quando poi i pazienti riescono a raggiungere la città dalle aree rurali autonomamente per aver accesso alle cure specialistiche, spesso non hanno il beneficio di incontrare professionisti esperti e capaci di trattare anomalie quali le CGPS.

Nei 30 anni passati la chirurgia plastica è stata portata nei PVS in molti modi, secondo varie modalità di preparazione, organizzazione e forma di sostegno: da una parte c'è il singolo chirurgo che viaggia con tecnologie e risorse di vario tipo donate e si auto-finanzia operando i pazienti che ritiene di poter aiutare nella migliore delle sale operatorie che riesce ad allestire; dall'altra ci sono piccoli team chirurgici che incoraggiano rapporti a lungo termine con le comunità sanitarie all'estero e si sforzano di tornare nello stesso luogo con regolarità; dall'altra ancora ci sono associazioni umanitarie altamente organizzate e ben finanziate che sponsorizzano viaggi su ampia scala con crescente partecipazione della comunità medica e chirurgica del luogo: il loro sforzo può condurre allo sviluppo duraturo dell'assistenza sanitaria nazionale. Alcune di queste si appoggiano a strutture locali ben organizzate per migliorarne i servizi e promuovere un alto livello di assistenza medica. Infine esistono alcune organizzazioni radicate nei PVS i cui obiettivi sono la costruzione di infrastrutture, l'addestramento del personale e lo sviluppo di un sistema auto-sufficiente che possa includere anche la ricerca in campo medico, la pratica chirurgica e l'appoggio ad altri centri in caso di necessità. L'evoluzione della chirurgia a scopo umanitario è stata influenzata da parecchie organizzazioni esperte: le linee guida per la chirurgia all'estero sono state approntate da corporazioni internazionali quali VIPS (programma dei volontari in chirurgia plastica), ACPA (associazione americana della schisi labio-palatina e cranio-facciale) e la società internazionale di chirurgia plastica ricostruttiva ed estetica. Alcuni principi risultano universalmente validi sia per il chirurgo che viaggia da solo che per un team multidisciplinare, poiché si stabilisce prima di tutto che gli

interventi dovrebbero essere eseguiti da esperti e che colui che dirige la missione dovrebbe avere il consenso di una commissione, ma comunque non viene specificato se egli debba essere capace di effettuare quella particolare procedura chirurgica. Le linee guida escludono poi la chirurgia sperimentale o estetica dalle missioni. Manca però una regolamentazione appropriata per ciò che riguarda il follow-up a lungo termine dei pazienti ed i requisiti fondamentali per le figure che compongono l'equipe medica (odontoiatri, ortodontisti, logopedisti,...).

I principi comuni da seguire quando si va in un PVS a fornire assistenza sanitaria possono così essere riassunti^[13]:

- 1) **costruire e sostenere** le infrastrutture locali, ovvero migliorare stabilmente le strutture sanitarie locali in modo che non rimangano più strettamente dipendenti dal contributo straniero: le organizzazioni quindi devono fare il possibile per integrarsi con la comunità sociale e medica locale, lavorando in modo collaborativo per condividere esperienze professionali, e donando, quando possibile, attrezzature che permettano ai professionisti locali di diventare autonomi nella loro opera.
- 2) **Creare assistenza** a lungo termine e favorire l'autosufficienza, perché una missione, qualunque sia il suo scopo, è un'impresa a termine e ciò ne costituisce il grande limite. Le missioni chirurgiche che aspirano a tale obiettivo sono quelle che fanno affidamento sulla partecipazione dei medici locali i quali si potranno dedicare all'assistenza continuativa in assenza dell'equipe straniera. Dal momento che le visite brevi hanno effetti limitati e spesso trascurabili, le missioni fatte secondo tale modello necessitano dell'attenta valutazione dell'ambiente sanitario in cui ci si reca, poiché esistono luoghi in cui i benefici possono essere molteplici mentre ce ne sono molti altri in cui questo modello di assistenza è improponibile.
- 3) **Attenersi agli standard ufficiali**: idealmente dovrebbe essere così per garantire la stessa qualità e sicurezza dei trattamenti che si ritrova nei Paesi occidentali. Gli aspetti che rendono la chirurgia delle CGPS di alto livello sono la gestione multidisciplinare e la possibilità che ad intervenire siano chirurghi di grande esperienza. Ciò comporterebbe ad un chirurgo plastico

che si reca in missione in un PVS di dover eseguire solo interventi che esegue regolarmente nel proprio Paese d'origine. Ma è fondamentale prendere in considerazione le numerose variabili del panorama sanitario in quei luoghi, poiché idealmente le abilità chirurgiche e le competenze rimangono le medesime ma ciò che cambia è la possibilità di accesso a strutture ben attrezzate, le condizioni di base del paziente, l'assenza di un team multidisciplinare con cui consultarsi e la natura della patologia da correggere.

Da ciò risulta che il lavoro congiunto con la comunità locale nel costruire e supportare le infrastrutture locali migliora i trattamenti forniti e minimizza le differenze culturali, contribuisce alla continuità dell'assistenza al malato ed all'autosufficienza del sistema indirizzando l'attenzione sul problema del follow-up. Infine la possibilità di aderire agli standard maggiori possibili dipende dalla capacità di costruire infrastrutture locali stabili.

È impossibile che solo chirurghi con un livello accettabile di esperienza possa partecipare all'assistenza dei bambini nei PVS per il fatto che esistono parti del mondo in cui l'adesione a tale principio condurrebbe all'aumento della mortalità e morbilità infantile: il CCM (comitato italiano di collaborazione medica) ha sottolineato questo problema considerando la chirurgia generale ed ostetrica e decidendo di insegnare al personale paramedico locale delle nozioni chirurgiche di base con risultati che certamente non sono quelli ottenuti dai chirurghi esperti ma che sono comunque sufficienti a salvare una vita. Tale soluzione ha una validità soprattutto per quelle aree remote del continente africano dove l'accesso tempestivo alle cure mediche è impossibile, ed è giustificata dalla necessaria modificazione degli standard chirurgici dei Paesi sviluppati quando ci si pone davanti a condizioni come queste in cui la cosa migliore è fare ciò che è possibile sfruttando le poche risorse esistenti. Quindi, l'analisi caso per caso, dei bisogni e delle risorse di ciascun Paese, fornisce le regole ed i principi su cui ogni missione chirurgica all'estero si deve basare per coprire le singole necessità. Lo standard migliore potrebbe prevedere che un chirurgo specializzato in CGPS operi

settimanalmente ed insegni ad un collega del luogo che possa specializzarsi anch'egli in questo tipo d'intervento; oppure che un chirurgo del luogo venga mandato a specializzarsi in CGPS in un Paese occidentale dove possa imparare osservando un maestro esperto. L'obiettivo massimo sarebbe quello di riuscire ad organizzare un team multidisciplinare locale formato da personale esperto, come accade nei migliori centri, per garantire anche ai pazienti di quei Paesi ed alle loro famiglie ciò che ovunque nel mondo viene garantito.

Finché esistono medici del luogo disposti ad apprendere, il valore di una missione a scopo educativo è maggiore rispetto a quella di puro interesse chirurgico. Esiste però un importante inconveniente legato all'istruzione dei medici locali perché da parte dei pazienti c'è spesso la percezione che, anche quando è presente un team di esperti nel proprio Paese, sia comunque meglio rivolgersi a chirurghi stranieri: questa situazione è altamente controproducente per lo sforzo compiuto dai medici locali ed alla fine si rivela in una scarsa attenzione ed accuratezza.

La prima ovvia differenza tra PVS e Paese sviluppato nel trattamento delle CGPS sta ovviamente nel numero di pazienti: ogni anno sono 250.000 i bambini che nascono con una schisi e la maggior parte di questi nascono nei PVS principalmente nelle aree rurali dove manca l'assistenza sanitaria che invece di solito si concentra nelle aree urbane maggiori^[13]. Inoltre in molti PVS ci sono semplicemente troppo pochi chirurghi competenti ad occuparsi di un tale numero di pazienti, mentre nei Paesi sviluppati accade esattamente il contrario, cioè esistono molti team di professionisti altamente specializzati che operano solo un piccolo numero di pazienti. Come già detto l'accesso alle cure è limitato e quindi c'è una forte discrepanza tra il numero di affetti ed i soggetti che possono essere sottoposti al trattamento, in aggiunta ci sono quei pazienti già sottoposti a chirurgia ma il cui intervento è stato eseguito da un chirurgo inesperto ed ha creato danni maggiori della stessa schisi. La scarsa possibilità dei chirurghi di valutare gli esiti degli interventi è legata al fatto che la maggior parte dei pazienti non fa ritorno per il follow-up e che la maggior parte di questi esiti non possa essere valutata fino all'età matura.

Gli obiettivi per il futuro sono:

- specializzazione ed addestramento di medici competenti in ogni Paese che eseguiranno per la maggior parte della loro pratica interventi di correzione di schisi;
- sostegno da parte dei chirurghi stranieri specializzati ai chirurghi locali ed insegnamento delle più recenti tecniche chirurgiche;
- graduale formazione di equipe multidisciplinari;
- utilizzo di protocolli e tecniche appropriati alle diverse esigenze e basati su dati di evidenza;
- informazione riguardo i benefici socio-economici di un buon trattamento delle schisi che risulta essere non dispendioso poiché necessita di tecnologie limitate ed importante per il miglioramento della qualità della vita dei soggetti affetti.

La priorità assoluta ce l'ha una buona chirurgia primaria, finalizzata a ridurre la necessità di un secondo intervento e quindi il carico per i pazienti stessi ed i familiari. Le due chiavi per il successo chirurgico sono: l'assenza di fistole e la garanzia di una buona capacità di espressione verbale.



Se si garantisce un linguaggio normale allora ci saranno le possibilità di trovare un lavoro per il paziente anche se la cicatrice labiale è brutta o si ha una retrazione mascellare severa.

Nei diversi PVS le strutture sanitarie possono essere variabili ma di solito è possibile disporre di un buon livello di anestesia poiché esistono le apparecchiature per il monitoraggio anche se la sala operatoria non è particolarmente moderna;

molti ospedali riutilizzano i guanti e ciò non costituisce un problema se vengono sterilizzati in modo adeguato, spesso poi vengono riutilizzati e sterilizzati altri articoli che nei nostri ospedali vengono invece gettati; inoltre non esistono tutte le varianti dei fili per le suture né gli strumenti all'avanguardia cui siamo abituati. Il tipo di ospedale in cui i chirurghi lavorano influenza la portata delle procedure eseguite: in un piccolo ospedale con 20-30 letti e solo 2 sale operatorie senza terapia intensiva o servizi ausiliari quali una banca del sangue, il numero di interventi sarà esiguo e si tratterà di chirurgia primaria; invece in un grande ospedale con 200 letti e possibilità di accedere ai servizi ausiliari il numero di interventi sarà maggiore e si potrà eseguire anche la chirurgia secondaria o complessa trattando anche bambini in cui la CGPS appartiene ad una sindrome genetica^[14].

Tutta l'equipe, ma principalmente il chirurgo, il pediatra e l'anestesista si dovrebbero occupare di una valutazione pre-operatoria del paziente per garantirne la sicurezza, in caso di interventi secondari o di chirurgia complessa sarebbe utile una valutazione logopedistica ed una rinoscopia.

Il tipo di chirurgia effettuato sarà dettato dalla strumentazione chirurgica disponibile e dalla possibilità di accesso alla terapia intensiva oltre che dal grado di esperienza del team. Idealmente l'obiettivo sarebbe quello di correggere la schisi con una cicatrice minima, eseguire una rinoplastica e una palatoplastica senza residui fistolosi in modo da permettere al bambino di acquisire una buona capacità funzionale. È importante cercare di non lasciare mai i pazienti con complicanze serie che non potranno essere trattate dopo la partenza dell'equipe. La partecipazione dei chirurghi locali è essenziale affinché possano imparare come eseguire gli interventi allo scopo di poter assumere un ruolo primario.

La riparazione del labbro viene di solito effettuata secondo la tecnica di Millard; si tratta di una tecnica universalmente accettata che dà buoni risultati poiché segue le linee anatomiche ed è abbastanza facile da eseguire; contemporaneamente si interviene sul naso poiché spesso la chirurgia secondaria non è possibile ed in ragione di ciò non vanno mai lasciate fistole^[14]. La palatoplastica a due lembi descritta da Veau viene eseguita mediante dissezione

muscolare e riposizionamento posteriore: è l'approccio migliore poiché permette di ristabilire la normale anatomia velofaringea, è affidabile e dà risultati eccellenti anche dal punto di vista linguistico, inoltre è sicura, facile da insegnare ed applicabile ad ogni tipo di schisi. Bisogna però porre attenzione all'emostasi palatina poiché il sanguinamento può costituire un grave rischio, soprattutto vista la difficoltà di reperimento di una banca del sangue^[14].

La semplice sutura di un labbro non è sufficiente in un bimbo di pochi mesi con una forma completa di malformazione, poiché necessiterà per forza di cose di un secondo intervento che forse non potrà avere; dovrà dunque essere valutata la possibilità di eseguire una cheiloplastica ed una palatoplastica in un unico tempo.

Quando il tempo a disposizione in sala operatoria è limitato e non permette l'intervento combinato sul labbro e sul palato si utilizza un protocollo differente che prevede la palatoplastica a 6 mesi e dopo altri 3 o 6 mesi si procede alla cheiloplastica poiché in questo modo si è sicuri che i genitori torneranno per far completare il trattamento^[13].



Invece nei pazienti adolescenti con più di 15 anni che abbiano una schisi non trattata la finalità è quella di ottenere un'ottimale articolazione delle parole e ciò grazie all'associazione di palatoplastica con una faringoplastica; questa è tuttavia una decisione che viene presa di solito

dopo una valutazione logopedica^[13].

Ad ogni missione è frequente incontrare pazienti portatori di complicanze secondarie ad un precedente intervento eseguito da un'altra equipe; è quindi richiesta in queste circostanze una ancor maggiore professionalità e competenza. Ad esempio, l'incidenza delle fistole dopo plastica del palato è stata riscontrata essere del 40%, spesso sono l'esito di un errore chirurgico causa di riniti croniche ed alitosi per il passaggio continuo degli alimenti all'interno delle cavità nasali. In questo caso la chiusura ha lo scopo di garantire l'igiene e migliorare l'articolazione delle parole^[13]. Quando il difetto anteriore è troppo ampio per i lembi muco-

buccali, si utilizza un lembo linguale ma si deve essere prima certi di poter disporre di una buona anestesia e di una terapia intensiva, inoltre i chirurghi locali devono essere in grado di ridurre il lembo dopo 2 settimane^[13]. La revisione della cicatrice labiale viene eseguita solo quando il labbro è seriamente deformato ed a volte si combina con la palatoplastica.

L'innesto di osso a livello alveolare è una parte importante della gestione dei pazienti con schisi che coinvolgono la mascella e gli alveoli dentari ed ha la funzione di stabilizzare i segmenti ossei mascellari e fornire supporto ai denti adiacenti alla schisi; tipicamente viene eseguita al momento dell'eruzione dei canini definitivi^[13]. L'uso di protesi dentarie è possibile solo se esiste un servizio odontoiatrico ed i pazienti abbiano la possibilità di ritornare poiché è una procedura che richiede tempi lunghi di pianificazione e costruzione degli impianti, inoltre si pone anche il problema della manutenzione a lungo termine delle protesi.

Da quanto descritto si evince che, nei PVS, data la condizione sanitaria infantile in cui prevalgono la malnutrizione ed i deficit di crescita, i bambini non possano essere sottoposti alla chirurgia delle CGPS secondo i protocolli in uso nei Paesi sviluppati, dove si procede alla sutura del labbro a 3 mesi d'età ed alla palatoplastica tra i 6 ed i 12 mesi.

TRATTAMENTO DELLE USTIONI E DELLE SEQUELE A DISTANZA NEI PAESI A RISORSE LIMITATE

Le lesioni traumatiche nei bambini di età compresa tra 0 e 15 anni costituiscono un problema globale di salute pubblica dal momento che rappresentano la prima causa di morte e di disabilità di diverso grado in età pediatrica, ma che interessa in modo prevalente i PVS poiché il 98% dei bambini che hanno subito un trauma si trova in queste aree del mondo^[8].

Il numero globale di morti infantili registrato nel 2000 dovute al fuoco era 238.000 e la maggior parte di queste sono accadute, come già detto, nei PVS ma anche nei Paesi industrializzati; le ferite da calore rappresentano la causa principale di morte o disabilità per lesioni non intenzionali^[16]. In generale i bambini che vivono nelle zone rurali sono più soggetti a tali traumi rispetto a quelli che abitano nelle zone urbane, per l'abitudine che questi hanno di giocare con il fuoco.

L'ambiente domestico è considerato il luogo in cui più di frequente i maschi di età inferiore ai 3 anni si ustionano (90% dei casi, di cui 54% in cucina, 27% nelle discariche intorno alle abitazioni e l'11% in camera da letto) seguito poi in ordine di frequenza dalle strade, dai campi coltivati e dai luoghi di commercio^[17]. All'aumentare dell'età del bambino aumenta la percentuale di ustioni avvenute fuori dall'ambiente domestico. Per quanto riguarda le femmine, le lesioni da ustione si verificano in età maggiore quando, a partire dai 10 anni circa, aiutano le madri nei lavori domestici e principalmente in cucina.

Le cause più frequenti di ustione sono^[17]:

- liquidi o oggetti bollenti, tra cui l'acqua calda per cucinare o per lavarsi, l'olio o gli utensili da cucina;
- fiamme, carbone per la cucina e lampade a kerosene;
- elettricità;
- sostanze chimiche ed in particolare gli acidi.

Da stime dell'OMS relative alle cause di ricovero ospedaliero nei PVS in età pediatrica, emergono le lesioni intenzionali e non come motivo principale di ricovero, ed in particolare tra queste le ustioni comportano una maggiore mortalità e morbilità dal momento che molti bambini muoiono per le ustioni stesse o per le complicanze ad esse associate, mentre molti altri presentano deficit funzionali per le cicatrici retraenti che determinano contratture degli arti e gravi sequele persistenti^[8].



A volte gli esiti a distanza sono drammaticamente più gravi ed apparentemente sproporzionati rispetto all'entità ed all'estensione dell'ustione e ciò comporta disabilità importante anche se l'ustione inizialmente interessava un'area relativamente piccola del corpo. Sulla base di questi elementi, più dei due terzi degli ustionati necessita di assistenza nell'espletamento delle attività quotidiane ordinarie^[18].



Tra tutte le lesioni traumatiche infantili, le ustioni rappresentano un trauma gravato in aggiunta da dolore, sofferenza psicologica e sociale oltre che da conseguenze economiche che pesano soprattutto sul Sistema Sanitario di ciascun PVS.

Ciò è dovuto soprattutto al fatto che nei PVS la sicurezza infantile è una priorità minore rispetto a situazioni di guerra o di lotta per la sopravvivenza, quindi i programmi e le normative per la sicurezza domestica in vigore nei Paesi industrializzati non sono messi in atto. Inoltre non esiste un servizio sanitario adeguato per far fronte a tali evenienze e si considerano prioritari i problemi sanitari legati ad altre malattie, quali AIDS e malaria. D'altra parte la mancata possibilità di accedere a cure chirurgiche pediatriche comporta che nei PVS i bambini muoiano per cause banali o che di solito sono facilmente risolvibili, come ad esempio un'ustione di estensione non drammatica: infatti per il trattamento di ustioni minori od intermedie non servono presidi eccezionali ma nonostante ciò i bambini si trovano ad affrontare le conseguenze di cure inappropriate nonostante una cura economica ed efficace esista e possa, potenzialmente, essere messa in atto.

Quindi la costituzione di centri adeguati alla cura dei pazienti pediatrici ustionati in cui operi personale specializzato nel trattamento medico-chirurgico di tali lesioni è un fattore condizionante, in modo positivo, la riduzione della mortalità e della morbilità.

Le politiche sanitarie dei PVS non tengono conto del fatto che i bambini possano essere soggetti a patologie che richiedano una terapia chirurgica e spesso la legislazione non contempla il ruolo della chirurgia nel far fronte a situazioni

traumatiche quali ustioni o ingestione di corpi estranei né per le anomalie congenite^[19]. Nei luoghi in cui non esistono ONG o Agenzie Internazionali che si occupino di questi specifici settori sanitari, la situazione rimane molto difficoltosa dal momento che l'accesso a cure mediche o chirurgiche avviene solo negli ospedali distrettuali di riferimento e ciò comporta un ritardo nell'impostare un corretto e tempestivo iter diagnostico-terapeutico^[19].

Nei PVS la maggior parte dei decessi infantili annuali avviene in aree rurali proprio dove risulta difficile disporre di terapie adeguate: in queste zone sono attivi i Centri di Salute di primo livello dove non è prevista la presenza del medico, né tanto meno del chirurgo, ma ci sono solo infermieri professionali (Registered Nurse) e paramedici specializzati (Clinical Officer) che possono fare diagnosi, impostare ed eseguire le terapie con presidi messi a disposizione dal Governo^[20]. Questi Centri di Salute di primo livello sono le circoscrizioni sanitarie più facilmente raggiungibili dalla popolazione rurale ed in essi vengono applicati protocolli standard per il trattamento delle patologie più frequenti, stabiliti dal Ministero della Sanità di ciascun Paese ed approvati dall'OMS.

Qui gli operatori sanitari si limitano ad applicare i protocolli adatti ad ogni patologia che sono in grado di diagnosticare ed indirizzano agli ospedali distrettuali di riferimento quei casi che necessitano secondo loro di cure specialistiche.

Perciò che concerne le ustioni, il protocollo approvato dall'OMS^[21] prevede la generica valutazione della gravità e dell'estensione della lesione e delle condizioni del paziente e, nel caso di ustioni minori, la detersione dell'area lesa che va poi ricoperta con garze grasse oppure l'esecuzione di una medicazione aperta con applicazione topica di antimicrobici locali. Nel caso in cui gli operatori riconoscano un'ustione intermedia o maggiore, il paziente viene inviato all'Ospedale Distrettuale di riferimento, ma spesso la lunga distanza ed il costo proibitivo dei trasporti ritardano il trasferimento e le cure intempestive fanno peggiorare la prognosi^[19] peggiorando infatti la gravità dell'ustione e favorendo l'instaurarsi di una sindrome post-infiammatoria sistemica che aumenta di 8,5 volte la probabilità della morte del paziente ustionato soprattutto quando ha meno di 4 anni d'età^[22].

Al contrario nei Paesi industrializzati, dove le difficoltà di raggiungere un presidio medico attrezzato per la cura e la rianimazione dei grandi ustionati sono ridotte, la mortalità per l'ustione è bassa anche considerando fasce d'età inferiori ai 48 mesi.



Da uno studio condotto in un ospedale distrettuale di riferimento in Kenya è emersa la difficoltà nel riconoscere i segni ed i sintomi di un'ustione nell'1,3% dei ricoveri pediatrici, cosa che ha comportato il decesso del 9,4% dei bambini ustionati^[23]. Quindi il training del personale risulta un aspetto fondamentale di tutte le missioni medico-chirurgiche nei PVS grazie al quale si possono introdurre protocolli diversi che prevedano la medicazione in sala operatoria nella miglior condizione di asepsi possibile ed in sedazione, la precauzione del digiuno pre-operatorio e l'importanza di mantenere per lunghi periodi un accesso venoso per la terapia reidratante e nutrizionale^[19]. Si tratta comunque di concetti difficoltosi da introdurre nel nursing routinario dei pazienti pediatrici ustionati ma che permettono di migliorare tutto ciò che concerne la prevenzione delle contaminazioni batteriche delle lesioni oltre che gli esiti cicatriziali e funzionali a distanza.

L'OMS dunque, riconosce ai medici che effettuano volontariato nei PVS il ruolo di trasmettere le conoscenze teoriche e pratiche al personale locale in addestramento in modo che i pazienti possano avere l'opportunità di ricevere le cure più appropriate.

L'ESPERIENZA DELLA CHIRURGIA PEDIATRICA DI FERRARA

Introduzione

Le attività di volontariato verso i Paesi in Via di Sviluppo, in particolare in ambito sanitario, rappresentano una realtà concreta ormai estremamente diffusa.

La Chirurgia Pediatrica italiana è particolarmente attiva in questo settore, sia in termini di organizzazione e partecipazione a missioni chirurgiche, che in termini di cooperazione internazionale a più ampio spettro, comprendendo anche attività di raccolta fondi, fornitura di supporto tecnico e professionale, contributo di tipo formativo, accoglienza di pazienti in Italia.

Nel periodo compreso tra il 2005 ed il 2008 sono state realizzate circa 65 missioni in 22 Paesi del mondo in particolare in Africa, in Europa dell'Est, Russia e Asia e in America Latina.

L'attività di volontariato chirurgico dell'Unità Operativa di Chirurgia Pediatrica di Ferrara per i bambini dei Paesi a risorse limitate è iniziata nel 1995.

Il sostegno prevalente, all'inizio dell'esperienza, è pervenuto da fondi privati principalmente derivanti dalla Fondazione per la Ricerca in Chirurgia Pediatrica "R. Melotti", che finanziò, con Rotary International e WOPSEC (World Organization of Pediatric Surgery for Emerging Countries) i primi soggiorni di équipes chirurgiche infantili in paesi centroamericani.

Nel corso degli anni si è assistito ad una progressiva "maturazione" dell'esperienza di volontariato sanitario, con il passaggio da semplici missioni chirurgiche alla realizzazione di progetti di cooperazione sanitaria con miglioramento degli aspetti relativi alla qualità e implementazione dei percorsi formativi.

Analisi delle missioni e descrizione dei progetti

Le missioni chirurgiche sono organizzate a livello di Unità Operativa, con la collaborazione dell'Azienda per quanto riguarda la fornitura di materiale sanitario e di farmaci. L'equipe è costituita da figure professionali "fisse" tra cui:

- un chirurgo pediatra esperto
- uno o due medici in formazione presso la Scuola di Specializzazione in Chirurgia Pediatrica
- due anestesisti esperti in Anestesia e Rianimazione pediatrica
- un infermiere professionale esperto in Anestesia pediatrica

La tipologia di interventi eseguiti comprende principalmente:

- interventi di chirurgia plastica maggiore e minore (correzione di labiopalatoschisi, trattamento di ustioni e di esiti cicatriziali, exeresi di formazioni dei tessuti molli)
- interventi di chirurgia del canale inguinale (correzione di ernia inguinale e di testicolo ritenuto)

Le malformazioni congenite maggiori, a carico dell'apparato gastroenterico o urinario vengono trattate solo quando sia possibile ottenere una diagnosi preoperatoria attendibile e quando il monitoraggio post-operatorio, a volte di tipo intensivo in questi casi, può essere garantito. Questo, nella nostra esperienza, è stato possibile solo presso la struttura di Antigua in Guatemala.

Prima della partenza vi è una fase di preparazione, nel corso della quale vengono preparati il materiale chirurgico ed anestesiologicalo ed i farmaci necessari per la profilassi antibiotica, il controllo del dolore peri-operatorio e l'anestesia. Parte del materiale, (in particolare materiale per le medicazioni, guanti, mascherine, prodotti topici) poteva, in alcuni Paesi, essere disponibile sul posto.

Le missioni hanno una durata media di 20 giorni. La popolazione locale, attraverso il lavoro del personale che lavora nella struttura sede della missione, viene informata dell'arrivo dell'equipe alcune settimane prima.

L'organizzazione del lavoro sul posto è la seguente:

- nei primi 2-3 giorni viene effettuata ATTIVITÀ AMBULATORIALE, da almeno un chirurgo ed un anestesista, in occasione della quale vengono selezionati i pazienti che verranno poi sottoposti ad intervento chirurgico. Nella stessa occasione il paziente, oltre a ricevere una indicazione chirurgica, viene valutato dall'anestesista. Si procede inoltre, se necessario, all'esecuzione di prelievi ematici o alla prescrizione di terapie pre-operatorie (ad esempio antibiotico profilassi), consegnando il farmaco e illustrandone le modalità di somministrazione. Infine si comunica tutte le norme relative alla preparazione pre-operatoria (digiuno, presentazione presso la struttura ad un determinato orario nel giorno prestabilito...). In alcune particolari situazioni, nel caso la famiglia risieda molto lontano dalla struttura e non abbia disponibilità agevole di mezzi può essere deciso il ricovero immediato del bambino che viene quindi inserito tra i primi nelle liste operatorie;
- terminata la selezione dei pazienti, cominciano le sedute operatorie; il lavoro è organizzato nelle fasce 8.30-13.00 e 14.30-17, dal lunedì al venerdì (in alcuni paesi anche il sabato), con variabilità estrema dovuta a problemi di carattere organizzativo, peraltro quasi quotidiani e difficilmente prevenibili;
- al termine della seduta operatoria vengono valutati i pazienti operati, effettuate le medicazioni e organizzate le eventuali dimissioni per il giorno successivo, al mattino.

Le missioni si sono svolte nei seguenti paesi:

GUATEMALA: dal 1995 al 2002 (11 missioni)

KENYA: dal 2003 al 2008

TANZANIA: dal 2004 al 2008 (3 missioni)

ECUADOR: 2002 (1 missione)

SIBERIA (RUSSIA): 2005 (1 missione)

ARMENIA: 2006 (1 missione)

MAURITANIA: 2007 (1 missione)

GEORGIA (RUSSIA): 2008 (1 missione)

YEMEN: 2008 (1 missione)

Guatemala



Dal 1995 al 2002 sono state svolte 11 missioni umanitarie presso le Obras Sociales del Hermano Pedro, ad Antigua. In questa struttura vengono ospitate a permanenza circa 400 persone, in particolare anziani non autosufficienti e bambini con vari gradi di difetto psicomotorio.

All'interno delle strutture vi sono inoltre una serie di ambulatori plurispecialistici, dove prestano la loro opera professionisti medici locali, che, con una particolare forma di convenzione con il sistema sanitario, erogano prestazioni specialistiche a pazienti esterni e interni. La struttura è inoltre dotata di un blocco operatorio con due sale operatorie, una sala preoperatoria e di risveglio ed un'area dedicata alla degenza post-operatoria. In particolare la realizzazione di quest'ultima è stata possibile, nel 2001, grazie ad una iniziativa di solidarietà promossa dall'Unità Operativa di Chirurgia Pediatrica che ha coinvolto la cittadinanza ferrarese.



Sala operatoria presso le Obras Sociales ad Antigua, Guatemala



Sala di degenza post-operatoria presso le Obras Sociales ad Antigua, Guatemala

Nell'arco di questi 7 anni sono stati effettuati 406 interventi chirurgici; di questi, il 46% è stato rappresentato da correzione di schisi labio-maxillo-palatine.

In Guatemala infatti, l'incidenza di questa malformazione congenita è piuttosto elevata; sono chiamati in causa, oltre ai fattori noti (deficit di acido folico...), alcune sostanze verosimilmente assunte dalla popolazione (misure di erbe che vengono fumate), ma soprattutto fattori genetici. È stato condotto uno studio sperimentale, in collaborazione con l'Unità Operativa di Genetica Medica di

Ferrara, che ha evidenziato i fattori genetici in causa e di cui sono già disponibili alcuni dati preliminari.

Kenia



Dal 2003 al 2008 l'U.O. di Chirurgia Pediatrica si è recata presso il Sant'Orsola Hospital a Matiri, nella valle del Tharaka, in Kenya.

La sua realizzazione è frutto di una collaborazione avviata nel 1999 tra Associazione Emiliano De Marco Onlus di Ferrara ed Associazione Volontariato Insieme, Onlus di Montebelluna, che via via si è estesa ad altri soggetti pubblici e privati.

Prima della costruzione dell'Ospedale era presente un Centro di Salute che accoglieva circa 300 pazienti al giorno e la cui attività principale era rappresentata dall'assistenza al parto, con 15 letti per la maternità. Si registravano circa 700 parti naturali all'anno; nell'eventualità di un parto cesareo o di una gravidanza complicata era previsto il trasferimento in altri centri ospedalieri, che distavano però da 50 a 100 km da Matiri.

Il 25 agosto 2005 è stata inaugurata la nuova ala pediatrica, che copre una superficie di circa 360 mq e sorge su due livelli, è dotata di 4 stanze di degenza, di una sezione nido/neonatologia con 3 incubatrici, due locali di deposito e servizi igienici separati dotati di doccia e un ampio chiostro centrale.

Non è possibile quantificare numericamente le missioni in questo caso poiché, in diverse occasioni, sono stati effettuati dei veri e propri stages (della durata di 3-6 mesi), cui hanno partecipato medici in formazione specialistica delle Scuole di Specializzazione in Chirurgia Pediatrica e in Pediatria dell'Università di Ferrara. I medici in formazione venivano poi raggiunti dall'equipe chirurgica per periodi più contenuti, durante i quali si concentrava l'attività chirurgica maggiore.

Sono stati eseguiti, nel corso delle missioni, un totale di 292 interventi chirurgici, la prevalenza dei quali riguardava il trattamento delle ustioni e degli esiti cicatriziali.

Questo problema è, dal punto di vista epidemiologico, particolarmente drammatico in Kenia ed, in generale, in tutta l'Africa. Nell'Ospedale di Matiri il 5% dei bambini ricoverati presenta un'ustione e le ustioni costituiscono il 18% dei casi chirurgici in età pediatrica.

Se non vi è un intervento adeguato, la contaminazione e l'infezione della superficie ustionata portano all'instaurarsi di uno stato di sepsi, con conseguente grave squilibrio elettrolitico e protidemico (malattia da ustione) che porta al decesso.

Se il paziente non va incontro a complicanze immediate e sopravvive è tuttavia altissima la probabilità che sviluppi sequele cicatriziali a lungo termine, funzionalmente invalidanti, con ripercussioni drammatiche dal punto di vista personale e sociale.

Individuato questo come problema prioritario, si è deciso di realizzare a Matiri un'area dedicata specificamente al trattamento delle ustioni. Questa area è dotata di una stanza di degenza di tipo semi-intensivo con 4 posti letto, fornita di apparecchiature per il monitoraggio cardiaco, con saturimetro e pompe per infusione endovenosa; è inoltre presente una saletta per medicazioni ad uso esclusivo, dotata di vasca per effettuare bagni antisettici. È inoltre presente un laboratorio dove è possibile dosare gli elettroliti e i parametri ematologici di base.

Per il trattamento chirurgico è inoltre disponibile un dermatomo elettrico completo di accessori e uno skin graft mesher per l'espansione della cute prelevata.



Sala di degenza semi-intensiva, Area ustione, St Orsola Hospital, Matiri Kenia

Ecuador

La missione in Ecuador si è svolta nel 2002 presso la Fundacion Tierra Nueva di Quito, capitale del paese.

Durante questa missione sono stati realizzati interventi di chirurgia generale pediatrica, soprattutto del canale inguinale, per un totale di 42 interventi.

Collaborazione con Smile Train Italia Onlus

Nel 2005 inizia la collaborazione con Smile Train Italia Onlus, organizzazione che si occupa del trattamento chirurgico, primario e secondario, delle labiopalatoschisi nei Paesi in via di sviluppo.

La collaborazione è tuttora attiva e ha visto, finora, la realizzazione di queste missioni:

- **Novosibirsk - Siberia- Russia (agosto 2005):** 62 interventi;
- **Yerevan – Armenia (agosto 2006):** 20 interventi;
- **Tanzania (maggio 2008):** 31 interventi;
- **Georgia (2008):** 41 interventi
- **Yemen (2008):** 35 interventi

In Tanzania inoltre, presso l'ospedale di è stata svolta una missione, non in collaborazione con Smile Train Italia Onlus, effettuata nel mese di aprile 2008, cui ha partecipato un medico in formazione specialistica della Scuola di Chirurgia Pediatrica, nel corso della quale sono stati eseguiti 30 interventi chirurgici in bambini portatori di esiti cicatriziali secondari ad ustione.

Progetto Mauritania

Dal 2007 è attiva una collaborazione con la ONG ADID (Association pour le Développement Intégré et Diversifié), con un progetto relativo al trattamento delle ustioni e delle sequele cicatriziali nei bambini della Mauritania.

Obiettivi del progetto sono:

- la salute del bambino: aiuto chirurgico in età pediatrica con particolare attenzione alla cura e assistenza del bambino ustionato;
- igiene ambientale e prevenzione delle infezioni ospedaliere: sanificazione, sanitarizzazione e grado di rischio degli ambienti;
- la formazione teorico/pratica del personale, estesa a tutte le aree di criticità con predisposizione di pacchetti formativi settimanali.

Una prima missione preliminare è stata eseguita nel gennaio 2007; l'attività operatoria si è concentrata nell'Ospedale di Kaédi, al sud del paese, e in quello di Nouadhibou al nord. Sono stati eseguiti 21 interventi chirurgici.

Una prossima missione è prevista per il mese di marzo 2009. È nostra intenzione mantenere la continuità del progetto anche se ciò è stato reso difficile dalla situazione politica del Paese, risultata a rischio tale per cui, per un certo periodo, sono stati fortemente sconsigliati, dalle fonti ufficiali, i viaggi in quell'area.

Progetto Mwanza (Tanzania)

Oltre all'attività svolta in Tanzania in collaborazione con Smile Train Italia Onlus, è attivo, in questo Paese un secondo progetto, ancora in fase di realizzazione, destinato alla città di Mwanza, che si trova sulla sponda meridionale del lago Vittoria immediatamente al di sotto dell'Equatore ed è la seconda città della Tanzania.

L'ospedale, già presente è il BUGANDO MEDICAL CENTER; questa struttura serve da riferimento per oltre 8 milioni di abitanti ed è anche sede della locale facoltà di Medicina, sorta in collaborazione con la Cornell University di New York.

Il progetto è finalizzato alla realizzazione di un servizio di Chirurgia Pediatrica.

Gli obiettivi sono:

- creare un reparto ex novo;
- addestrare e formare il personale locale all'attività chirurgica infantile;

- istituire un punto di riferimento per la patologia chirurgica pediatrica in un paese che presenta circa il 50 % della popolazione sotto i 15 anni.

Il Bugando Medical Center è stato individuato come possibile scelta perché:

- è struttura universitaria, in grado di offrire il necessario supporto didattico e le indispensabili risorse umane;
- è una grande struttura con 900 posti letto;
- nel presidio ospedaliero sono presenti sale operatorie con annesso Servizio di Rianimazione, laboratorio e servizio di anatomia patologica, in grado quindi di poter “accogliere” un reparto di Chirurgia Pediatrica.

Il progetto è stato proposto alle Chirurgie Pediatriche italiane dall'Unità Operativa di Chirurgia Pediatrica di Ferrara in occasione della riunione del Gruppo di Studio “Chirurgia Pediatrica per i Paesi in Via di Sviluppo”, tenutasi a Firenze nel settembre 2007. La struttura del progetto prevederebbe di organizzare équipes di chirurghi pediatri, anestesisti e infermieri, appartenenti alle varie Unità Operative italiane, che garantissero soggiorni di 2 settimane a turno, in maniera da fornire la praticamente totale copertura durante tutto l'anno.

Progetto “Perché io no?” Correre, ridere, giocare: le capacità dei bambini per una dignità umana

L'esperienza maturata dalla ONLUS nell'ambito della cooperazione, le diverse collaborazioni e partnership realizzate con altre organizzazioni, la competenza tecnico-scientifica e clinico-assistenziale degli operatori ha spinto, nel 2008, la Onlus a partecipare ad un Bando, promosso dal Monte dei Paschi di Siena (DIαLOGOS – Voci di Solidarietà), risultando peraltro vincitrice nella categoria per cui si è presentata.

Il progetto intende dare continuità e consolidare le 3 precedenti esperienze di cooperazione che la ONLUS Chirurgo e Bambino ha intrapreso negli ultimi 2 anni: con il partner Mauritano, ONG ADID (per i problemi prioritari di salute riconducibili alla disabilità), con Smile Train Italia Onlus per la Tanzania (per i problemi prioritari di salute riconducibili alla labiopalatoschisi), con Un ospedale

per Tharaka Kenya ONLUS (per i problemi prioritari di salute riconducibili alla patologia da ustione).

Lo scopo della collaborazione è quello di garantire la complementarità della competenza (saperi, abilità ed esperienze) e di cooperare per uno sviluppo integrato e diversificato. Attraverso l'attività sanitaria la ONLUS Chirurgo e bambino, ritiene di poter contribuire allo sviluppo economico e sociale dei paesi, secondo gli obiettivi di natura microeconomica della ONG e delle ONLUS. Contribuire al trattamento della disabilità dei bambini e delle bambine in un paese, porta all'uguaglianza nell'accesso e fruizione delle opportunità che un territorio offre, ed un aumento della popolazione produttiva.

Inoltre, si conferma la relazione inscindibile con il 4° Millennium Goal, con l'obiettivo di contribuire alla riduzione della mortalità dei bambini di età inferiore ai 5 anni. Il 13% delle morti in età pediatrica è secondario a patologie generiche, tra cui rientrano incidenti domestici (in particolare ustioni) e patologie congenite per le quali una gestione adeguata è in grado sicuramente di prevenire una evoluzione infausta o sequele croniche invalidanti.

Obiettivi del progetto

Il team multiprofessionale, nel corso delle 3 missioni da svolgersi durante l'anno, dovrà:

- Individuare il grado di capacità dei bambini e famiglie di far fronte alle opportunità di vita e prendere in carico i piccoli utenti e le loro famiglie affiancando gli operatori locali;
- Intervenire chirurgicamente riducendo o, dove possibile, risolvendo la disabilità e la conseguente limitazione funzionale;
- Formare e addestrare il personale sanitario locale alla cura e all'assistenza pre e post operatoria rivolta ai bambini sottoposti ad intervento chirurgico;

- Formare e addestrare gli operatori e gli animatori di comunità per riconoscere e gestire le limitazioni funzionali dei bambini non trattabili chirurgicamente prevenendo eventuali complicanze;
- Contribuire all'inserimento sociale, scolastico e di avviamento professionale dei bambini trattati per garantire uguaglianza di opportunità, in quanto uomini e donne di domani;
- Promuovere azioni di sensibilizzazione a livello locale al problema **della disabilità e dignità umana**, della riabilitazione e del reinserimento sociale.

Il progetto si articolerà in 3 missioni, previste nei prossimi 12 mesi, rispettivamente in Mauritania, Tanzania e Kenia.

La nascita della Onlus “Chirurgo e Bambino”



La ONLUS “Chirurgo e bambino” nasce nel luglio 2003 come risposta a motivazioni umanitarie in campo sanitario espresse dal gruppo ferrarese di medici operanti presso la Unità Operativa di Chirurgia Pediatrica dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara.

L’Associazione non ha fini di lucro e persegue esclusivamente finalità di utilità sociale, nell’ambito della chirurgia pediatrica, attraverso attività nei seguenti settori:

- assistenza sanitaria
- assistenza sociale
- promozione e formazione nell’ambito della Chirurgia Pediatrica e nell’assistenza ai pazienti chirurgici pediatrici, in Italia e all’estero
- ricerca scientifica

Negli ultimi anni l'attività della Onlus è rivolta con particolare attenzione alla cooperazione in ambito sanitario: oltre all'attività chirurgica, specificamente diretta alla popolazione infantile e giovanile, finalità dell'Associazione è quella di promuovere in loco, durante le missioni chirurgiche, una formazione teorica e pratica del personale sanitario che là opera e di fornire ad esso, per quanto possibile, un supporto anche di tipo tecnologico

La Onlus si propone inoltre di organizzare annualmente iniziative di solidarietà per la raccolta di fondi, da destinare agli obiettivi che persegue, nonché iniziative a carattere scientifico per diffondere la propria attività e favorire lo scambio di idee ed esperienze nell'ambito della cooperazione sanitaria in chirurgia pediatrica.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Il lavoro del chirurgo pediatra in un paese a risorse limitate ruota attorno a tre aspetti fondamentali.

Il primo è relativo alla *professionalità*; la preparazione e la competenza richiesta ad un chirurgo in un paese in via di sviluppo sono le stesse che gli vengono richieste nel proprio paese di origine e l'attività deve essere svolta nel rispetto di elevati standard di qualità.

Il professionista deve essere preparato ad affrontare situazioni cliniche particolarmente evolute, perché non trattate tempestivamente al momento opportuno e quindi quadri di gravità superiore a quella che normalmente ci si aspetta per quel tipo di patologia. A volte può trovarsi di fronte a quadri di particolare gravità per un trattamento non corretto ricevuto dal paziente negli anni precedenti. Non va dimenticato inoltre che il chirurgo deve essere preparato ad affrontare la chirurgia primaria ma anche a trattare eventuali complicanze immediate, che le condizioni locali possono rendere particolarmente temibili ed insidiose.

Inoltre, nell'affrontare le decisioni operative, deve tenere conto delle possibilità di cura e sorveglianza nel post-operatorio, nonché nel follow-up.

Per questi motivi i Paesi in via di sviluppo non devono essere assolutamente considerati “palestre” per chirurghi meno esperti, che hanno quindi la possibilità di “farsi la mano”. Il livello di professionalità di chi vi lavora deve essere uguale se non superiore ai livelli che pretendiamo nel nostro Paese, sia perché comunque molti Paesi in via di sviluppo hanno regole piuttosto severe, relative all'accettazione di personale straniero, sia per motivi di etica professionale.

In quest'ottica è importante anche che il professionista sappia fermarsi in quelle situazioni in cui, per estrema gravità o per mancanza di sussidi locali, sia particolarmente rischioso eseguire un intervento; atteggiamenti “eroici”, sostenuti dal pensiero che, comunque, “qualsiasi cosa si faccia è meglio che niente” sono estremamente pericolosi ed eticamente non corretti.



*Esempio di quadro clinico particolarmente evoluto
(verosimile linfangioma cistico del collo)*

Il secondo aspetto che deve essere affrontato è quello della *formazione*; missioni isolate, eventi sporadici, nel corso dei quali vengono trattati bambini ma che non lasciano nulla in termini di patrimonio formativo, sono oggi fortemente sconsigliate.

È fondamentale trasmettere il proprio sapere, sia nell'esperienza lavorativa quotidiana ma soprattutto mediante l'organizzazione di incontri teorico-pratici con il personale locale. Solo in questo modo, e grazie a programmi di cooperazione sanitaria che comprendano anche l'aspetto formativo, si pongono le basi affinché i Paesi a risorse limitate possano iniziare il cammino verso il raggiungimento di una propria autonomia, in termini di promozione di una “buona salute”.

In quest'ottica è particolarmente importante il concetto della *continuità*: la parcellizzazione delle iniziative di solidarietà rende meno efficace la trasmissione del sapere e meno completo il trattamento dei bambini ed il follow-up. Risulta quindi essenziale che ogni missione chirurgica possa rientrare in un progetto, che garantisca continuità del trattamento per poter avvicinarsi quanto più possibile agli standard di qualità dei nostri Paesi.

Il terzo aspetto da prendere in considerazione è quello sociale ed etico. Il chirurgo pediatra ed ogni membro dell'equipe deve conoscere con precisione il contesto socio-culturale in cui lavorerà e in che misura questo influenzerà il proprio lavoro. È indispensabile sapere esattamente il livello della povertà e della malnutrizione della popolazione, per valutare anche come questo si ripercuoterà, dal punto di vista clinico, sull'attività chirurgica, in termini ad esempio di rischio elevato di infezione e deiscenza delle ferite chirurgiche.

Infine è opportuno confrontarsi sempre, anche sul piano umano, con il paziente ed in particolare con i familiari, nel pieno rispetto delle loro tradizioni e del loro concetto di malattia e di morte.

L'esperienza maturata dalla Chirurgia Pediatrica di Ferrara nell'ambito del volontariato sanitario può definirsi piuttosto ampia, sia come estensione nel tempo sia come concretizzazione di missioni, progetti ed iniziative di solidarietà e scientifiche.

In generale comunque, la Chirurgia Pediatrica come specialità, sia italiana che mondiale, è divenuta negli ultimi anni sempre più attiva in merito di cooperazione sanitaria, riflettendo quella che è ormai una tendenza consolidata in molte discipline specialistiche, sia mediche che chirurgiche.

La nostra personale esperienza ha subito, nel corso degli anni, una crescita ed una maturazione; l'aspetto più evidente di questo processo è stata la trasformazione delle missioni chirurgiche in veri e propri progetti di tipo sanitario.

Ciò è in linea con le attitudini attuali, a livello di cooperazione italiana allo sviluppo, che invitano ad evitare la polverizzazione delle varie iniziative di volontariato sanitario da parte delle diverse strutture sanitarie, a favore di un

sistema più omogeneo e strutturato, in grado di garantire un partenariato paritario e solidale.

Nel febbraio 2007, presso il Ministero degli Affari Esteri, si è tenuto un Convegno nazionale sulla cooperazione medico-sanitaria tra Italia e Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente, promosso dal Ministero degli Affari Esteri e dal Ministero della Salute, unitamente ad alcune Regioni ed Istituzioni scientifiche pubbliche e private.

Obiettivo di tale convegno, a cui abbiamo partecipato con alcuni rappresentanti, è stato quello di porre i presupposti per la creazione di un organismo per il partenariato sulla salute nella regione del Mediterraneo, che funga da elemento coordinatore delle varie iniziative di cooperazione sanitaria.

Pur in una dimensione minore anche la nostra Unità Operativa di Chirurgia Pediatrica risponde a questo invito; per promuovere in sede e in Italia la conoscenza delle necessità di aiuto dei Paesi sede di missione e per coordinare le disperse risorse umane che nel nostro paese si dedicano a questa attività solidale, la Onlus ferrarese si è promossa come organizzatrice di eventi scientifici quali il primo Convegno Nazionale dei Chirurghi Pediatri italiani per i bambini dei Paesi in via di sviluppo, svoltosi a Ferrara dal 28 al 30 gennaio 2005, che ha visto la seconda edizione nel 2007 e la terza nel 2009.

In questa occasione si riuniscono i maggiori profili professionali in materia di volontariato sanitario e cooperazione allo sviluppo, sia medici che istituzionali; ampio spazio viene dato allo scambio di esperienze e al confronto aperto, tramite tavola rotonda con esperti.

In occasione del secondo Convegno, tenutosi nel gennaio del 2007, nel corso del quale le diverse esperienze delle Chirurgie Pediatriche Italiane si sono confrontate e aggiornate, la necessità già da tempo avvertita di individuare un organismo di coordinamento si è concretizzata con la nascita del Gruppo di Studio “Chirurgia Pediatrica nei Paesi in Via di Sviluppo”, di cui la Onlus “Chirurgo e Bambino”, nella persona del Presidente Dott. Franchella è coordinatore a livello nazionale.



Logo del gruppo di studio

Tra gli obiettivi principali del Gruppo di Studio di Chirurgia Pediatrica rientra la gestione di diversi aspetti correlati al volontariato sanitario tra cui:

- programmi di formazione del personale che si reca in missione e del personale locale;
- garanzia della qualità del lavoro svolto nei Paesi in Via di Sviluppo;
- individuazione di percorsi finalizzati al reperimento e alla utilizzazione di fondi.

Il lavoro del Gruppo di Studio è iniziato con la raccolta di dati dalle Chirurgie Pediatriche Italiane relativi alle attività di volontariato finora svolte e ai progetti futuri; da tale preliminare bilancio potranno poi essere poste le basi per una attività di coordinamento il cui obiettivo è l'utilizzazione quanto più proficua delle risorse umane e materiali attualmente esistenti.

Scopo comune quindi, avvertito a tutti i livelli, è quello di lavorare per sviluppare e realizzare progetti di cooperazione sanitaria, destinati alla promozione e allo

sviluppo di una “buona salute”, facendo in modo che i Paesi con risorse limitate possano, nel tempo, diventare essi stessi i promotori e i garanti della loro sanità. Tale percorso si allontana sempre più dal concetto di assistenzialismo, privilegiando una forma più nuova ed evoluta di partnership.

L'APPROCCIO TRANSCULTURALE: ASPETTI DI BASE

Per “cultura” si intende un insieme di linee guida implicite ed esplicite che gli individui appartenenti ad un particolare contesto sociale ereditano e che indicano loro come interpretare la realtà e come comportarsi nei rapporti interpersonali.

La cultura è caratterizzata da una forte dinamicità, dal momento che regola e determina le relazioni interpersonali così come queste determinano la cultura stessa, dunque l'identità personale e culturale si costruiscono e si trasformano durante tutta l'esistenza.

Oggi si ritiene che la nostra sia una società in cui il pluralismo culturale costituisca una base etico-politica indispensabile per migliorare la vita di ciascun individuo. Dunque è necessario interrogarsi riguardo l'opportunità di un'etica interculturale ed in particolare sul senso dell'aver bisogno di un'etica uniforme, dal momento che la possibilità di una tolleranza o di una neutralità etica di fronte alla diversità culturale e religiosa sembra utopica quando riguarda pratiche incompatibili con i principi della tutela dell'integrità personale o della difesa dei diritti sociali (quali infibulazione o poligamia) che però rientrano nei costumi culturali pur essendo in conflitto con le idee occidentali.

È importante partire dall'assunto che i diritti fondamentali appartengono alla persona e quindi vale il principio di tolleranza come tutela della libertà personale e rispetto della cultura.

Anche la salute può essere definita come un processo di adattamento in base allo stile con cui ciascuna società si esprime nel vivere, nella malattia e nel morire: questo stile comprende un insieme di simboli e rappresentazioni in base a cui l'uomo organizza la sua vita, quindi è espressione della sua cultura. Salute e cultura, dunque, sono espressione della stessa realtà. La malattia è anch'essa, come la cultura, diversamente percepita dalle persone che la vivono ed il termine stesso di malattia esprime significati differenti rispetto a chi la subisce e a chi la cura; infatti ogni malattia provoca nell'essere umano risonanze molto ampie ed in

relazione a questo, a partire dagli anni '70, si tende a distinguere tra *illness* e *disease*: il primo termine indica la malattia clinica così come è conosciuta dalla scienza medica; mentre il secondo termine comprende l'insieme di emozioni, pensieri e comportamenti correlati alla percezione soggettiva di essere malato



Da un punto di vista sanitario è importante la comparazione culturale di 3 aspetti prevalenti: il corpo, il dolore e la morte.

- 1) **Corpo:** in ambito sanitario esiste un rapporto quotidiano con il corpo di uomini, donne, anziani e bambini in quanto individui bisognosi di cure non autosufficienti e che hanno bisogno di altre persone per ristabilirsi. Per gli operatori sanitari il rapporto con il corpo dell'assistito è comunque difficile poiché si sviluppano dei meccanismi difensivi per far fronte alla sofferenza del paziente. Il corpo è il mezzo che usiamo per conoscere ed esprimerci, la pelle lo separa dall'ambiente esterno ma permette il contatto con esso e la mano è il tramite principale: dunque l'operatore sanitario toccando il malato può provare e provocare emozioni positive o negative^[24]. Inoltre l'assistenza suscita due sentimenti fondamentali, il pudore e la vergogna: il primo riconosce piena dignità a qualsiasi persona indipendentemente dalla sua condizione sociale, economica o culturale; il secondo si associa all'imbarazzo di avere una patologia che possa comportare una deformazione del corpo. Da ciò deriva che il corpo ha una valenza sociale quindi il benessere dell'individuo dipende dall'ambiente fisico, sociale e culturale in cui il soggetto vive; anche i significati attribuiti a concetti legati al corpo quali la vita e la morte oppure il pulito e lo sporco sono stabiliti da ciascuna cultura e

chi opera in campo sanitario non può rapportarsi con persone culturalmente diverse senza conoscere i significati attribuiti a tali concetti^[24].

2) **Dolore:** da un punto di vista infermieristico viene classificato come un ostacolo alla soddisfazione di uno o più bisogni, quindi l'operatore sanitario si interessa alla sofferenza dell'individuo nella misura in cui questa rappresenta una limitazione nell'autonomia di ciascuno. Risulta una definizione di dolore come parte di un problema di salute e non come entità autonoma, ma ciò non è sempre valido poiché un sintomo riguarda solo una parte dell'organismo mentre il dolore riguarda l'intera persona poiché questa ha dolore e non un suo organo o apparato^[25]. Per tale motivo si pone molta attenzione sulla modalità di valutazione dell'intensità del dolore e si usano sistemi con scale di misurazione soggettiva del dolore adatte ad ogni età: queste modalità di valutazione dipendono anche dal contesto culturale che definisce la necessità o meno di stabilire il tipo di dolore o l'eventuale ripercussione che questo ha sulla vita individuale. Molti studi riguardanti la determinazione e la gestione del dolore in relazione alla diversa provenienza degli individui hanno dimostrato che le persone appartenenti ad etnie minori rispetto ai bianchi, quali afro-americani ed ispanici, hanno meno probabilità di ricevere terapie per il dolore e in loro è più semplice sottovalutarlo o che non esista una documentazione nelle note medico-assistenziali; inoltre anche gli operatori sanitari affrontano il dolore in modo diverso in relazione alla propria cultura^[25]. Dunque le iniziative volte a migliorare il trattamento del dolore potrebbero portare a ridurre la disparità d'intervento sui diversi pazienti migliorando il rapporto tra Servizio Sanitario e paziente.

3) **Morte:** costituisce un aspetto culturale rilevante, infatti l'analisi antropologica dei riti funebri permette di chiarire il valore attribuito alla morte da ciascuna popolazione dal momento che spesso hanno lo scopo di ristabilire l'equilibrio sociale alterato dalla mancanza di un individuo: permettono alla comunità di allontanare il defunto dalla società dei vivi e di integrarlo in quella dei morti^[26]. La struttura sanitaria, dal punto di vista tecnico, implica per definizione una distanza tra corpo del paziente ed operatore: dunque

l'attenzione viene posta su questioni burocratiche o di intervento tecnico ed in questo contesto un comportamento accettabile è quello che evita manifestazioni che possano mettere in crisi i tecnici che devono gestire la situazione della morte, che risulta essere comunque un qualcosa di emotivamente intenso ed ignoto.



Oggi i professionisti sanitari sono posti di fronte a nuove dinamiche relazionali poiché sono sempre più spesso a contatto con pazienti stranieri che possono esprimersi in modo poco comprensibile o avere un concetto di malattia completamente diverso. Fino alla metà del secolo scorso il concetto di salute era spiegato con il modello biomedico meccanicistico secondo cui la medicina deve focalizzarsi sulla malattia più che sulla persona, ed il paziente ha il solo scopo di comunicare al medico il malfunzionamento del suo corpo. Tale modello è stato però superato in favore del modello biopsicosociale da cui emerge l'integrazione nel concetto di salute di tutti i fattori determinanti ed interdipendenti tra loro di tipo biologico, psicologico e sociale. In questo nuovo concetto di salute emerge quello di "empowerment" secondo cui l'individuo è responsabile della tutela della propria salute e viene quindi considerato capace di attuare stili di vita consapevoli ed appropriati: allora il medico diventa un consulente riguardo le scelte per la prevenzione e la cura, in contrasto con l'atteggiamento di delega totale dei pazienti

che ostacolava la possibilità di una medicina di tipo preventivo. Quindi il rapporto medico-paziente oggi non è più asimmetrico, ma nel caso di un paziente straniero si possono comunque attivare meccanismi difensivi che possono ostacolare la relazione medica. Le politiche sociali e sanitarie sono orientate verso la costituzione di servizi specializzati fruibili da tutti e non più di servizi dedicati solo ad utenti stranieri. Questo è l'approccio transculturale, che si basa sul concetto di mediazione culturale e quindi sull'idea che non esistano più culture autoctone isolate ma esiste la possibilità di una cultura trasversale in continua evoluzione fondata sul rispetto delle diversità e sull'integrazione di queste in un'unità che le comprenda tutte allo stesso modo. Secondo tale teoria si assume la possibilità di conoscere più lingue e più culture usando tali conoscenze in contesti diversi senza abbandonare la propria cultura di origine e la propria lingua in favore di una migliore integrazione con la cultura ospite riducendo le distanze e le differenze. Dal momento che la cultura è in continua evoluzione si deve anche considerare la possibilità di una variazione intraculturale, cioè l'esistenza di comportamenti diversi in individui appartenenti alla stessa cultura. Dunque la transcultura è attenta alla persona ed alla sua diversità nell'incontro con altri, più che nell'interpretazione della sua cultura, perché la diversità è intesa come una risorsa che permette la crescita della conoscenza individuale: è importante il contatto con la diversità in modo curioso ed interessato e soprattutto privo di indifferenza o timore.

Secondo il modello biopsicosociale ciò che sappiamo e consideriamo vero o giusto ed i nostri comportamenti, subiscono la profonda influenza del contesto socio-culturale in cui viviamo, allora anche il concetto di salute è una costruzione sociale influenzata dalla cultura dominante: il professionista per riconoscere la percezione di salute e di malattia negli stranieri deve operare un decentramento del proprio punto di vista uscendo dalla propria visione della realtà e praticando la propria professione con curiosità e rispetto per le differenze.



La relazione tra individui, e nello specifico il rapporto medico-paziente, si basa su 5 codici (linguaggio gestuale, linguaggio verbale, tono di voce, atteggiamento corporeo e distanza nel relazionarsi) cui viene data una lettura ed un valore diverso a seconda della propria cultura, portando così ad errori di interpretazione che creano un pregiudizio, cioè una grave forma di condizionamento, che si esprime in

vari livelli di incomprensione:

1. pre-linguistico, legato alla difficoltà dei pazienti di esprimere le proprie sensazioni poiché sono poco consapevoli e non riescono a verbalizzarle, oppure ritengono che i loro pensieri riguardo la malattia siano poco rilevanti;
2. linguistico, cioè la difficoltà immediata di non parlare la stessa lingua;
3. metalinguistico, dovuto al simbolismo delle parole oltre il loro significato semantico;
4. culturale;
5. metaculturale, in riferimento ad aspetti culturali consapevoli che vengono resi manifesti mediante delle pratiche.

Grazie alla costruzione di un rapporto medico-paziente basato sull'approccio transculturale, l'attenzione massima è per la persona nel suo complesso: la conoscenza delle credenze e delle pratiche curative della cultura in cui ci si reca a prestare la propria opera, rende attento il personale sanitario al modo con cui il paziente ed i familiari intendono la realtà clinica, favorendo così la loro comprensione in modo da ottenere la massima compliance terapeutica e la massima efficacia dell'intervento.



BIBLIOGRAFIA

- 1) Bonaglia F., De Luca V. *La cooperazione internazionale allo sviluppo*. Società editrice Il Mulino
- 2) www.esteri.it
- 3) Walsh J.A. e Warren K.S. (1979), *Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries*. New England Journal of Medicine 301, 967-974
- 4) Stefanini A. (1997). *Salute e mercato. Una prospettiva dal Sud al Nord del pianeta*. EMI, Bologna, pp. 21-22.
- 5) www.millenniumcampaign.it, dichiarazione dell'assemblea delle Nazioni Unite.
- 6) www.ongitaliane.it
- 7) Unicef. *Nascere e crescere sani-condizione dell'infanzia nel mondo*. 2008"
- 8) www.who.int
- 9) www.unicef.org
- 10) www.utenairobi.org
- 11) www.paho.org
- 12) www.tanzania.go.tz
- 13) Mars M., Sell D., Habel A. (2008). *Management of cleft lip and palate in the developing world*. John Wiley&sons, Ltd.
- 14) Grayson B.H., Santiago P.E., Cutting C.B. (1999). *Presurgical nasoalveolar moulding in infants with cleft lips and palate*. Cleft Pal Craniofac J 36: 486-98.
- 15) Mulliken J.B. (2004). *The changing faces of children with cleft lip and palate*. New Engl J Med 351:745

- 16) Peden M., McGee K., Sharma G. *The injury chart book: a grafical overview of the global burden of injuries*. Geneva: WHO, 2002.
- 17) Mashreky S.R., Rahman A., Chowdhury S.M. et al. *Epidemiology of childhood burn: yeld of largest community based injury survey in Bangladesh*. Burns 2008; 34:856-862.
- 18) Pokotar T. *Paediatric burn injuries- tomorrow is too late*. Burns 31 (2005):401.
- 19) Bickler S.W., Rode H. *Surgical services for children in developing countries*. Bulletin of the WHO 2002; 80: 829-835.
- 20) Simoes E.A.F., Peterson S., Gamatie Y. et al. *Management of severly ill children at first level health facilities in syb-saharan Africa when referral is difficult*. Bulletin of the WHO 2003; 81: 522-531.
- 21) Santos Barrueco A., Rodriguez Gonzales J.M., Burgos Carcano A. *Protocolos de Diagnostico y Tratamiento*. cap.V: 197-198; Edizioni FERS,1996.
- 22) Betancourt Sánchez M.J. *Mortalidad infantil por quemaduras y sindrome de respuesta inflamatoria sistèmica*. Rev Med IMSS 2004; 42(2): 103-108.
- 23) English M., Berkley J., Mwangi I., et al. *Hypothetical performance of syndrome-based management of acute paediatric admission of children aged more than 60 days in a Kenyan district hospital*. Bulletin of the WHO 2003; 81: 166-173.
- 24) Urli N. (1999). *L'ambiguità del corpo nelle cure infermieristiche. Uno sguardo antropologico sul rapporto tra nursing e corporeità*. Milano, Ambrosiana.
- 25) Yura E., Walsh M.B. (1992). *Il processo di nursing*. Milano, Sorbona.
- 26) Thomas L.V. (1976). *Antropologia della morte*. Milano, Garzanti.