

LA PROFESSIONE

MEDICINA, SCIENZA, ETICA E SOCIETÀ

*Trimestrale della Federazione nazionale
degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri*



II . MMXIII

LA SOLIDARIETÀ PROFESSIONALE
ALLA PROVA IN SARDEGNA

Convegno Nazionale
SALUTE, AMBIENTE, LAVORO
NELLA CITTÀ DELL'ACCIAIO
TARANTO 28 SETTEMBRE 2013

Convegno Nazionale
PROMOZIONE DELLA SALUTE
E COOPERAZIONE INTERNAZIONALE
ROMA 4-5 OTTOBRE 2013

MEDICINA DI GENERE:
LE INIZIATIVE DEGLI ORDINI



LA PROFESSIONE

MEDICINA, SCIENZA, ETICA E SOCIETÀ

*Trimestrale della Federazione nazionale
degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri*



II . MMXIII

LA SOLIDARIETÀ PROFESSIONALE
ALLA PROVA IN SARDEGNA

INTERVISTA A AGOSTINO SUSSARELLU,
PRESIDENTE OMCEO DI SASSARI

Convegno

SALUTE, AMBIENTE, LAVORO
NELLA CITTÀ DELL'ACCIAIO

TARANTO 28 SETTEMBRE 2013

Convegno

PROMOZIONE DELLA SALUTE
E COOPERAZIONE INTERNAZIONALE:

LA FNOMCEO PER IL VOLONTARIATO MEDICO
E LA COLLABORAZIONE TRA ISTITUZIONI
ROMA 4-5 OTTOBRE 2013

MEDICINA DI GENERE:
LE INIZIATIVE DEGLI ORDINI



Indice

La solidarietà professionale alla prova in Sardegna

Intervista a Agostino Sussarellu, presidente OMCEO di Sassari.....10

Eva Antoniotti

Salute, ambiente, lavoro nella città dell'acciaio.....15

TARANTO 28 SETTEMBRE 2013

Le ragioni del Convegno

Intervista a Cosimo Nume, presidente OMCEO di Taranto17

Walter Gatti

I lavori del Convegno di Taranto.....21

Eva Antoniotti

Verso il futuro: la Valutazione di Impatto sulla Salute26

Emanuele Vinci

**Promozione della salute e cooperazione internazionale:
la FNOMCEO per il volontariato medico e la collaborazione
tra istituzioni31**
ROMA 4-5 OTTOBRE 2013

**I SESSIONE I PRINCIPI, LE RAGIONI
E LE OPPORTUNITÀ DI INTEGRAZIONE**

Universalismo, solidarietà ed equità delle cure
e crisi dei sistemi sanitari.....33
Maurizio Marceca

Etica e diritti in sanità in una prospettiva
di salute globale: dalla logica dell'aiuto alla logica dei diritti37
Maria Antonietta La Torre
Salute globale e assistenza sanitaria primaria.....40
Gavino Maciocco

La carenza di personale sanitario a livello globale:
formazione professionale e migrazioni internazionali42
Giulia De Ponte

Il ruolo dei professionisti nel contrasto
alle disuguaglianze in sanità44
Guido Giustetto

I determinanti sociali di salute e di malattia48
Giuseppe Costa

**II SESSIONE LE PROFESSIONI SANITARIE, LE ISTITUZIONI,
GLI ORDINI E I COLLEGI: PERCORSI DI COOPERAZIONE
SANITARIA E PROPOSTE CONCRETE**

La cooperazione sanitaria italiana a sostegno
dell'azione dei governi locali: l'esperienza dell'INMP.....53
Concetta Mirisola

Proposte concrete di formazione sul campo e scambi
professionali: collaborazione tra FNOMCEO
e Medici con l'Africa CUAMM55
*Don Dante Carraro**, *Maurizio Benato***

L'esperienza della cooperazione in odontoiatria57
Sandro Sanvenereo

La formazione professionale nella promozione della salute
e sostenibilità dei progetti. Il punto di vista
del Rettore dell'Università Cattolica di Beira60
Alberto Ferreira

Integrazione interprofessionale: il punto di vista
dei professionisti della salute di origine straniera75
Foad Aodi

Integrazione interprofessionale: il punto di vista
della professione infermieristica77
Annalisa Silvestro

Integrazione interprofessionale: la professione ostetrica79
Antonella Cinotti

TAVOLA ROTONDA

**Globalizzazione e accesso alle cure tra aggregazioni,
reti, strategie e progetti83**

CONCLUSIONI

Promozione della salute e cooperazione internazionale:
la FNOMCEO per il volontariato medico
e la collaborazione tra istituzioni99

Maurizio Benato

Manifesto di Padova sulla Tutela della Salute Globale105

Medicina di genere: le iniziative degli Ordini109

Come sta crescendo l'interesse verso la medicina di genere:
il panorama italiano110

Annarita Frullini

IL CORSO RESIDENZIALE DI TORINO

“Le Differenze ignorate: La Medicina di Genere, sfida
e obiettivo strategico per la formazione medica”123

Gabriella Tanturri

La solidarietà professionale alla prova in Sardegna

Intervista a Agostino Sussarellu,
presidente OMCEO di Sassari

La solidarietà professionale alla prova in Sardegna

Intervista a Agostino Sussarellu,
presidente OMCEO di Sassari

Eva Antoniotti

DICIASSETTE MORTI, un disperso per il quale non si hanno più speranze, oltre 2.000 sfollati, danni materiali ingentissimi. È questo il bilancio sommario dell'alluvione che la sera del 18 novembre scorso ha investito la Sardegna, rovesciando sull'isola 450 millilitri di pioggia in poche ore.

Un vero ciclone che ha fatto cadere sull'isola una pioggia torrenziale: "in un'ora è caduta la pioggia che cade in sei mesi".ha detto il sindaco di Olbia, Gianni Giovannelli.

Particolarmente colpite proprio la zona di Olbia, nella Gallura, e alcune aree della provincia di Nuoro.

In questo disastro, la professione medica ha mostrato tutta la sua disponibilità verso la popolazione, con uno straordinario sforzo di partecipazione per prestare le cure necessarie, ma ha anche dovuto registrare danni gravi al proprio interno, come ci racconta il presidente dell'OMCEO di Sassari Agostino Sussarellu.

Presidente Sussarellu, qual è la situazione nella sua regione dopo la drammatica alluvione di novembre?

Attraverso i media conoscete quale sia, purtroppo, la situazione generale dopo questo disastro. Io posso aggiungere che anche tra i medici abbiamo dovuto registrare esiti gravissimi: un giovane collega ha perso padre, madre e suocera nell'alluvione e circa un centinaio di colleghi hanno subito danni ingenti, alle abitazioni e agli studi professionali.

Ci sono stati danni alle strutture sanitarie?

Per fortuna, l'unico luogo seriamente danneggiato dell'Ospedale di Olbia non è una struttura di ricovero, ma l'archivio, collocato nei piani bassi dell'edificio.

Crede che il disastro sia da addebitarsi a incurie o negligenze?

Ovviamente dovremo attendere che si svolgano gli accertamenti e le inchieste, ma non c'è dubbio che si sia trattato di

ENPAM PER LA SARDEGNA

La Fondazione ENPAM sta seguendo da vicino la situazione in Sardegna ed è pronta a intervenire con aiuti ai medici e agli odontoiatri residenti nelle zone colpite dall'alluvione.

“Siamo vicini alla popolazione della Sardegna e a tutti i colleghi che, come sempre, sono in prima linea al servizio di chi ha bisogno – ha detto il presidente dell'ENPAM Alberto Oliveti –. Ma anche i medici e i dentisti qualche volta si trovano a essere fra coloro che hanno necessità di essere aiutati. Noi siamo mobilitati per loro”.

I camici bianchi potranno far riferimento agli Ordini provinciali dei medici e degli odontoiatri, con i quali l'ENPAM è in costante contatto.

Gli interventi consistono in sussidi straordinari fino a un massimo di 17.047 euro per i danni alla prima abitazione o allo studio professionale, di proprietà o in usufrutto (il tetto rimborsabile è più alto per gli iscritti alla Quota B). L'ENPAM può in-

un evento assolutamente eccezionale, che ha fatto sì che in alcune zone, in 8 minuti, il livello dell'acqua abbia raggiunto i 2,4 metri. Tutti, anche i più anziani, ripetono che non si ricorda niente di simile sulla nostra isola a memoria d'uomo.

Come hanno reagito i medici della Sardegna?

I medici della Sardegna si sono uniti alla popolazione, che ha avuto una reazione di grande dignità. Tutti si sono messi immediatamente al lavoro per sgomberare le abitazioni dal fango, ripulire le strade, salvare ciò che era recuperabile. Ancora oggi, passando nelle aree colpite, c'è un intenso brulicare di persone che stanno facendo tutto il possibile per poter tornare alla normalità.

Ma le istituzioni mediche si sono attivate?

C'è stata una immediata e forte solidarietà da parte di tutti gli Ordini della Sardegna e da parte della Federazione na-

tervenire anche per i danni a beni mobili come automezzi o attrezzature medicali. Le misure si estendono anche ai familiari di iscritti deceduti che percepiscono dall'ENPAM una pensione di reversibilità o indiretta (per esempio: vedove, orfani). L'ENPAM potrà contribuire al pagamento fino al 75% degli interessi sui mutui edilizi contratti da iscritti o superstiti per l'acquisto, la ricostruzione o la riparazione della casa e/o dello studio professionale. Inoltre i medici e i dentisti che esercitano esclusivamente la libera professione, costretti ad interromperla a causa del nubifragio, potranno chiedere un contributo di 79.54 euro per ogni giorno di astensione dal lavoro, fino a un massimo di 365 giorni. Le domande andranno inviate tramite l'Ordine dei medici e degli odontoiatri di appartenenza, complete della documentazione richiesta, utilizzando i moduli già presenti nel sito dell'ENPAM.

zionale, che i colleghi hanno davvero apprezzato sentendo di essere parte di una comunità professionale. Importantissima poi la decisione del Consiglio nazionale dell'ENPAM, che ha rapidamente attivato un fondo di solidarietà, per sostenere economicamente i colleghi che hanno subito danni negli studi professionali e nelle abitazioni.

Avete organizzato degli incontri pubblici?

Abbiamo già realizzato due incontri con i colleghi e inoltre, lo scorso 5 dicembre, i funzionari dell'ENPAM sono stati ad Olbia, per spiegare ai medici e agli odontoiatri come poter accedere ai sostegni economici stanziati. Lo hanno fatto con una straordinaria precisione e una grande professionalità, che è stata apprezzata da tutti.

E proprio ad Olbia vorremmo organizzare in febbraio un consiglio straordinario del nostro Ordine, per testimoniare ancora la vicinanza di tutta la professione. In un momento difficile la solidarietà all'interno della professione è una grande risorsa.

Salute, ambiente, lavoro nella città dell'acciaio

TARANTO 28 SETTEMBRE 2013

Le ragioni del Convegno

Intervista a Cosimo Nume,
presidente OMCEO di Taranto

Walter Gatti

Presidente Nume, l'Ordine di Taranto sta promuovendo un workshop nazionale su ambiente, lavoro e salute. Non è un evento "qualsiasi" vista la situazione che la città di Taranto vive da anni: ci può spiegare quali sono gli obiettivi del convegno?

Come abbiamo scritto nella locandina, scopo del convegno è l'apertura di un dialogo fra più attori della scena sociale, non soltanto locale, in cui la voce della professione ha l'obbligo di ribadire in ogni passaggio che il proprio dovere è sempre è comunque la tutela della salute individuale e collettiva, e di porre questo principio deontologico come presupposto di ogni proprio intervento e di ogni integrazione con altri protagonisti della complessità del problema. Per la verità sarebbe meglio dire che questo dialogo non si apre ora ma prosegue, dopo altri eventi da noi organizzati ben prima che la questione Taranto emergesse in tutta la sua drammaticità a seguito della corretta ed apprezzabile azione della Magistratura.

Avete dato una forte caratterizzazione formativa all'evento: ciò significa che ormai per il mondo medico acquisire competenze in ambito del rapporto "ambiente e salute" è elemento ritenuto essenziale per la professione medica?

L'integrazione, l'interdipendenza inestricabile fra persona e ambiente non sfuggiva neppure ai protomedici della storia e del mito, a Esculapio come agli sciamani o ai druidi; figuriamoci se il medico di oggi può permettersi il lusso di ignorare questa verità assoluta. Il problema è che nella messe di nozioni, non tutte attendibili, nello scatenarsi di polemiche accademiche su dati e cifre, si corre il rischio di perdere di vista il connotato fondamentale della nostra professione, che deve esercitarsi per l'uomo, al di fuori di conflitti d'interesse, essere capace di tradurre cifre, dati e studi in azioni positive e proattive. Per questo abbiamo invitato autorevoli relatori a parlare ai colleghi – ma anche alla cittadinanza – di quanto oggi si conosce dell'azione degli inquinanti ambientali sull'apparato endocrino e riproduttivo. Volutamente abbiamo messo da parte per un attimo la questione più nota e pressante in questa città, quella delle neoplasie; per quelle i miei bravissimi colleghi del territorio, dell'ematologia, dell'oncologia, della radioterapia, di tutte le strutture di diagnosi e cura sono impegnati allo stremo delle proprie possibilità, ogni giorno, con umanità e altissima professionalità, nonostante perdurino alcune inadeguatezze strutturali e organizzative che non dipendono da noi. Non vogliamo "non" parlare di tumori, in questo convegno; vogliamo far sapere che ci sono anche altre problematiche, non meno gravi e pericolose, legate all'inquinamento, su cui è necessario intervenire ora che la coscienza ambientale di questa città si è finalmente risvegliata, per non subire domani l'insulto di malattie che avremmo potuto probabilmente prevenire con azioni mirate sui determinanti di salute.

*Occorre intervenire
su tutte
le tematiche
legate
all'inquinamento*

L'evento vedrà la partecipazione di forze eterogenee, dell'Isde, di giornalisti, economisti ed osservatori. Ma allo stato attuale non avete previsto la partecipazione di istituzioni. Come mai questa scelta sicuramente insolita e coraggiosa?

Leggevo sulla stampa locale, alcuni giorni fa, lo stralcio dell'interrogatorio di uno degli ultimi soggetti arrestati nell'ambito dell'inchiesta che la Magistratura tarantina sta svolgendo dall'estate dello scorso anno. Si trattava di uno dei cosiddetti "dirigenti ombra" che per conto della proprietà avrebbero dettato regole "parallele" all'interno dello stabilimento in termini di produzione e sicurezza. A un certo punto l'interrogato afferma (non cito testualmente) che "quello che abbiamo fatto a Taranto, a Genova non ci avrebbero permesso di farlo"; quando il magistrato chiede perché, l'inculpato tace. Ecco, in quel silenzio c'è tutto il significato della nostra scelta, e permettetemi di non aggiungere altro.

L'Ordine dei medici in questi anni ha assunto un ruolo "terzo" ben riconosciuto da tutte le forze sociali di Taranto. Quale sarà la risposta dei cittadini a questo vostro workshop?

Mi auguro nutrita e attenta, come è stato per l'evento del 2011. Credo di non poter essere smentito se affermo che in questi anni siamo riusciti a rappresentare degnamente le prerogative di indipendenza e autorevolezza della professione, tant'è che l'ultima grande manifestazione sull'ambiente qui a Taranto si è aperta proprio con i medici e con i nostri striscioni. Con ogni possibile limite, la gente ha fiducia in noi, ci vede alleati suoi e non dei poteri che hanno dilaniato la carne viva di questa città. E il fatto che al convegno partecipino l'intero Comitato Centrale della FNOMCEO con il suo presidente Amedeo Bianco e la Commissione nazionale Am-

*Lo striscione
dei medici alla
manifestazione
di Taranto per
l'ambiente*

biente, presieduta da Emanuele Vinci, è testimonianza che l'attenzione a Taranto e ai suoi problemi, più in generale alla necessità di intervenire sulla questione ambientale ovunque si sviluppi, non è soltanto un impegno dei medici tarantini e brindisini, bensì il comune sentire dell'intera professione.

Quali sono gli obiettivi di ricaduta sociale e civile che vi attendete da questo evento?

Taranto non è un problema dei tarantini, ma dell'intero Paese

Taranto non è più, se mai lo è stato, un problema dei tarantini, ma dell'intero Paese, dell'Europa addirittura, e la cronaca di questi giorni, nel bene o nel male, lo testimonia. Vogliamo essere una voce in questo dibattito, con tutto il peso delle nostre conoscenze e del nostro impegno professionale e civile, e con la consapevolezza che da questa palude si potrà uscire soltanto quando cesserà l'abitudine alla politica urlata o, peggio, inerte, e si ritornerà a parlare di tutele e di diritti con le giuste proporzioni e con totale indipendenza da altri interessi che non siano il bene comune e l'obbligo che abbiamo di disegnare un futuro migliore per i nostri figli.

(DAL PORTALE WWW.FNOMCEO .IT, 20 SETTEMBRE 2013)

I lavori del Convegno di Taranto

Eva Antoniotti

Giornalista

IL CONVEGNO *Salute, ambiente, lavoro nella città dell'acciaio*, organizzato dalla FNOMCEO, dagli Ordini provinciali dei medici di Taranto e Brindisi e dall'ISDE, l'associazione di medici per l'ambiente, si è di fatto aperto il giorno 27 settembre, con una presentazione dell'iniziativa alla stampa.

“CON QUESTO CONVEGNO ci proponiamo due obiettivi – ha detto il presidente della FNOMCEO Amedeo Bianco parlando ai giornalisti – . Il primo è dimostrare ai cittadini e ai medici di Taranto che i medici di tutta Italia gli sono vicini, il secondo è affermare, con questo incontro strettamente scientifico, che occorre potenziare la ricerca e il monitoraggio, perché è la vigilanza che deve orientare le iniziative a tutela della salute”. Proprio la presenza a Taranto di medici provenienti da tutte le province d'Italia ha mostrato l'impegno della professione medica per vigilare, informare, raccogliere dati e proteggere così la salute dei cittadini. “La professione

medica ha nel suo codice genetico la consapevolezza del nesso indissolubile tra ambiente e salute – ha sottolineato Emanuele Vinci, presidente dell’Ordine dei medici di Brindisi – e oggi siamo ben consci, grazie a studi epidemiologici, genetici, biomolecolari, che le influenze negative dell’ambiente sulla salute non produce solo patologie oncologiche ma anche la diffusione di patologie dismetaboliche e neurodegenerative”.

La decisione della Commissione europea di avviare una procedura di infrazione contro l’Italia, per non aver rispettato le direttive sulle emissioni e sulla responsabilità ambientale nel caso degli impianti Ilva a Taranto, formalizzata poche ore prima dell’avvio dei lavori, ha ovviamente reso ancora più stringenti le motivazioni di questo incontro, ampiamente descritte dal presidente dell’Omceo di Taranto Cosimo Nume nell’intervista che pubblichiamo in questo numero de *la Professione*.

Il Convegno si è poi svolto il 28 settembre nell’ampio auditorium dell’Università di Taranto, ospitato nell’ex Conven-

ECCESSI DI MORTALITÀ A TARANTO

Dati progetto SENTIERI (Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento). Valori in percentuale.

Tutti i tumori	+ 10/15
Tumore del polmone	+30
Tumore della pleura	
Malattie respiratorie acute	+40-50
Malattie dell’apparato digerente	+15-40
Malattie del sistema circolatorio	+5

Dalla relazione di Agostino Di Ciaula, ISDE di Taranto

to di San Francesco. Introdotti da **Valentina Petrini**, giornalista di *Piazza Pulita*, i lavori del Convegno si sono aperti con l'intervento di **Agostino Di Ciaula** (della sezione ISDE di Taranto, tra i promotori del convegno) che ha ricordato come i primi dati sugli effetti della presenza della fabbrica nella città siano ormai del 1987, e oggi mostrino un aumento di incidenza per carcinomi e BPCO. Inoltre, ha sottolineato Di Ciaula, si sta evidenziando un elemento in pericolosa controtendenza: l'aspettativa di vita media in quest'area si è abbassata di due anni, mentre nel resto del Paese continua a crescere.

Rilevanti i dati raccolti dalla dottoressa **Raffaella Depalo**, del Policlinico di Bari, che evidenziano come in quest'area l'infertilità colpisca quasi una coppia su 4 (tra il 20 e il 25% della popolazione), con una incidenza di menopausa precoce che investe il 26% delle donne.

I CONTAMINANTI AMBIENTALI
(INTERFERENTI ENDOCRINI) E LA RIPRODUZIONE UMANA.
CONCLUSIONI DELLO STUDIO OSSERVAZIONALE

- **Una riserva ovarica compromessa** si osserva nelle donne provenienti da una area geografica altamente industrializzata rispetto al controllo, in particolare in donne di età > 37 anni. Nelle stesse pazienti si osserva una "poor response" alla PMA (risposta ovarica ed esito clinico).
- **La compromissione della competenza ovocitaria** può essere dovuta ad una modificazione della regolazione nella traslazione dei geni che codificano per proteine indispensabili nelle fasi dell'embriogenesi, ma anche ad una disregolazione della steroidogenesi, indotta da inquinanti chimici ambientali.
- **Lo studio dei processi specifici** coinvolti nella ovotossicità alterazioni nemaspermiche e nel metabolismo delle organoclorine, sarà il campo della futura ricerca.

Dall'intervento di Raffaella Depalo, Policlinico di Bari

A spiegare le ragioni di questa realtà è stato **Alberto Mantovani** (ISS) che ha illustrato come gli agenti inquinanti, e in particolare gli interferenti endocrini, entrino nel ciclo ambientale, arrivando agli alimenti e quindi ad interagire con l'organismo umano.

Un'interazione che, come illustra **Ernesto Burgio** (presidente del comitato scientifico ISDE) investe gli esseri umani, ma ancor più embrioni, feti e gameti. Secondo questa lettura epigenetica, Burgio ha detto che *“quel che si genera adesso lo percepiremo tra 20 anni”*, citando in particolare l'aumento di incidenza dell'autismo, per il quale Lancet parla ormai di pandemia nelle aree fortemente inquinate.

Un dato che purtroppo è confermato a Taranto, come hanno ricordato molti interventi del pubblico, numeroso, com-

INTERFERENTI ENDOCRINI.

DALL'AMBIENTE AGLI ALIMENTI: VALUTAZIONE DEL RISCHIO

- **Ciò che viene immesso nell'ambiente arriva alle catene alimentari.**
- **Vanno benissimo i controlli delle strutture pubbliche, ma, in taluni casi ove esistono segnali, occorre una strategia di valutazione/prevenzione/riduzione del rischio oltre i (giusti) divieti:**
 - **incentrare** il monitoraggio su alimenti locali:
 - a) segnalatori di quello specifico contaminante
 - b) e/o critici per l'esposizione dei consumatori
 - **biomonitoraggio:** definire possibili biomarker di esposizione/effetto con l'aiuto delle competenze tossicologiche;
 - **valutazioni** epidemiologiche su periodi della vita più vulnerabili (bambini..), individuando potenziali effetti sensibili (si osservano a più basse dosi) e/o precoci (si osservano prima).
 - **IE:** puntare a effetti riproduttivi, neurocomportamentali, pubertà, tiroide

Dalle conclusioni dell'intervento di Alberto Mantovani, ISS

posto dai medici provenienti da tutta Italia e da medici, studenti e cittadini della regione.

E molti interventi hanno sottolineato la necessità di sviluppare maggiori ricerche sulla realtà sanitaria della zona, anche offrendo maggiori servizi alla popolazione locale. Purtroppo, come ha spiegato Depalo, per i suoi studi sono stati utilizzati in un primo tempo fondi privati e solo in un secondo momento si è attivato un progetto ministeriale, mentre non c'è stato alcun intervento da parte della Regione.

Ma perché, pur conoscendo ormai la situazione di rischio, non abbiamo ancora messo in campo misure adeguate? Al di là delle ragioni politiche, giuridiche ed economiche, affrontate nella seduta pomeridiana del convegno guidata da **Sandra Amurri** (*il Fatto quotidiano*), potrebbe esserci una ragione antropologica. Il nostro cervello, come ha illustrato **Paolo Rognini** (Università di Pisa) nel corso del suo intervento, ha un software "vecchio", capace di riconoscere solo i pericoli materiali, ma che non si attiva invece davanti a pericoli resi evidenti solo da dati scientifici non percettibili attraverso i sensi.

Eppure, qualcuno si era reso conto del rischio già molti anni fa. Come **Alessandro Leccese**, ufficiale sanitario a Taranto negli anni in cui si costruiva l'ITALSIDER, o come **Alberto Airò**, medico di famiglia e primo presidente della sezione ISDE di Taranto. I due medici sono stati ricordati nel corso del convegno attraverso la voce di **Michele Riondino**, attore noto al pubblico televisivo e tarantino doc, che ha letto brani dei loro scritti, portando in sala storia ed emozione.

*Le ragioni
antropologiche
del mancato
allarme*

Verso il futuro: la Valutazione di Impatto sulla Salute

Emanuele Vinci

Coordinatore Gruppo di studio FNOMCEO
“Professione, Ambiente e Salute, Sviluppo”,
presidente OMCEO di Brindisi

*La professione
medica ha nel suo
codice genetico
la consapevolezza
del nesso tra
ambiente e salute*

IL GRUPPO DI LAVORO DELLA FNOMCEO ha intrapreso da circa tre anni la sua attività sul tema “Professione, Ambiente e Salute, Sviluppo” con l’obiettivo di dare una sempre più concreta attuazione al ruolo della professione medica nella tutela della salute negli ambienti di vita e di lavoro. La professione medica ha nel suo codice genetico la consapevolezza del nesso indissolubile tra ambiente e salute; e nessuna comunità, nessun governo o singolo uomo può ignorare che l’essere umano è parte integrante di un più vasto mondo biologico e che la sua vita dipende dalle condizioni dell’ecosistema in cui è inserito.

Negli ultimi anni, la FNOMCEO ha, in più occasioni, lanciato l’allarme sul degrado dell’ambiente e sulle patologie correlate (“Manifesto di Padova sulla tutela della salute globale”, Consiglio nazionale del 31 maggio 2008). Il Codice di Deontologia Medica (art.5 , C.D.M. 2006) ha ribadito che: “Il medico è tenuto a considerare l’ambiente nel quale l’uomo

vive e lavora quale fondamentale determinante della salute dei cittadini. Il medico favorisce e partecipa alle iniziative di prevenzione, di tutela della salute nei luoghi di lavoro e di promozione della salute individuale e collettiva”.

Nell’ambito di una sempre più proficua collaborazione con l’ISDE, dopo il Convegno di Campobasso e le Giornate di Arezzo, il Convegno di Taranto su *Salute, ambiente e lavoro nella città dell’acciaio* del 28 settembre scorso ha rappresentato un momento importante di riflessione, a partire dalla constatazione che molte delle aree del nostro Paese, classificate “a rischio di crisi ambientale” dal DPR 23/09/98, possono ormai essere definite “aree di disastro ambientale”, in quanto il danno alla salute della popolazione provocato da attività altamente inquinanti e clima-alteranti è stato ampiamente documentato da studi e ricerche, nonché da indagini della Magistratura.

Negli ultimi anni si è assistito, infatti, ad uno sviluppo esponenziale degli studi epidemiologici sulle interazioni tra ambiente e salute, che hanno richiamato l’attenzione pubblica sugli effetti potenzialmente dannosi derivanti dalle attività antropiche (produzione di energia, gestione dei rifiuti, sistema della mobilità, qualità dell’acqua e dell’aria, pratiche agricole, campi elettromagnetici), in particolare sulle ricadute a lungo termine sulla salute, ossia quelle meno evidenti ma che, una volta che si verificano, sono più difficili da tenere sotto controllo.

Inoltre, tecniche innovative di indagine dei meccanismi molecolari e di sequenziamento genomico hanno permesso di approfondire la conoscenza di molti fenomeni biologici: dallo sviluppo ontogenetico (dall’uovo fecondato all’individuo) e filogenetico (relativo all’evoluzione della specie) sino all’acquisizione delle forme, dai processi fisiologici alle alterazioni patologiche e ai cosiddetti effetti epigenetici, ossia le modificazioni nell’espressione dei geni ma non nella sequenza

*Dal rischio
ambientale
al disastro
ambientale*

del DNA. Tali ricerche e studi hanno prodotto una significativa documentazione scientifica in merito alle correlazioni tra le alterazioni ambientali di origine antropica e l'insorgere di patologie e di modifiche ereditabili nell'espressione dei geni. Da tutto ciò non si possono che trarre due conclusioni:

1. le norme autorizzative delle varie attività antropiche (la Valutazione Impatto Ambientale, la Valutazione Danno Sanitario, ecc.) oggi vigenti sono del tutto inadeguate a prevenire i danni sulla salute;
2. le attuali attività di controllo effettuate dai Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, dai Servizi di Medicina del Lavoro e dalle Agenzie Regionali per l'Ambiente (tutte strutture spesso carenti di risorse umane e materiali) sono del tutto insufficienti a garantire la prevenzione dei rischi per la salute, sia nell'ambiente di vita che in quello del lavoro.

L'impegno della FNOMCEO e del gruppo di studio "Professione, Ambiente e Salute, Sviluppo" non è ovviamente ricercare le responsabilità dei disastri ambientali (compito che spetta ad altre Istituzioni), ma è quello di elaborare proposte per attuare innovative procedure autorizzative (sul modello Valutazione di Impatto sulla Salute) e per rafforzare i sistemi di controllo, con l'impegno a tutelare l'autonomia e l'indipendenza della professione medica da qualsiasi condizionamento che non sia la tutela della salute negli ambienti di vita e di lavoro.

*Attuare
la Valutazione
di Impatto sulla
Salute (VIS)*

La nostra proposta è di attuare, finalmente, la Valutazione di Impatto sulla Salute (VIS), ovvero "una combinazione di procedure, metodi e strumenti tramite i quali una politica, un programma o un progetto possono essere giudicati sotto il profilo dei loro potenziali effetti sulla salute della popolazione e della loro distribuzione nell'ambito della stessa popolazione" (Congresso di Goteborg 1999). In tale innovativa procedura vanno definiti: a) i contesti in cui deve o può essere sviluppata, b) i responsabili del percorso di VIS e i sog-

getti competenti, c) i metodi da utilizzare per ottenere le evidenze necessarie, d). i costi finanziari di tali procedure.

La Valutazione di Impatto sulla Salute va riferita a due principi fondamentali.

- 1. Il diritto all'informazione e alla salute:** il primo passo per affermare il diritto alla salute è il diritto delle popolazioni a essere informate correttamente, ovvero sulla base delle evidenze scientifiche. La VIS deve coinvolgere le comunità locali, in quanto non può essere ignorato il diritto delle persone a partecipare a quelle scelte che possono condizionare le loro vite. Il modello elitario (le decisioni su materia tecnicamente complessa debbono restare nelle mani di chi è in grado di comprendere tale complessità) non corrisponde più alla sensibilità civile e democratica della popolazione. Sotto tale punto di vista è inaccettabile che le popolazioni interessate siano state tenute all'oscuro nella vicenda dei rifiuti tossici e radioattivi smaltiti, più o meno illegalmente, in alcune aree del nostro Paese. Il diritto alla salute va attuato con l'informazione, la partecipazione e la democrazia nelle scelte.
- 2. L'alleanza tra salute e lavoro:** da qualche anno il drammatico precipitare della crisi economica e sociale del Paese e dell'intero Occidente, con pesanti ricadute sull'occupazione specie giovanile, ha innescato una sempre più grande contrapposizione tra salute e lavoro, rendendo nell'opinione di vasti strati della popolazione quasi inconciliabili i due diritti (alla salute e al lavoro) sanciti dalla Costituzione Repubblicana. Emblematico è l'acceso dibattito aperto dalla vicenda ILVA di Taranto, nella quale gli indispensabili interventi di bonifica territoriale e di superamento delle attuali modalità produttive vengono presentati e percepiti da vasti strati dell'opinione pubblica come causa di perdita del lavoro e di aumento della disoccupazione

In quest'ottica, la VIS va posta non come un'ulteriore procedura burocratico-amministrativa, che freni le iniziative pubbliche e private, ma come un "bollino verde" per tutte le attività antropiche capaci di creare lavoro compatibile con la salute. La VIS va attuata come una sorta di motore di un percorso di sviluppo economico e sociale nel quale la salute e il lavoro possano procedere di pari passo, nella convinzione che non c'è salute senza lavoro e lavoro senza salute.

*L'impegno della
professione medica e
della Fnomceo*

In conclusione, la professione medica e la FNOMCEO mettono a disposizione il proprio impegno a fianco di tutte le forze culturali, sociali e istituzionali responsabili, affinché Salute, Ambiente e Lavoro non siano più in competizione tra loro, ma trovino il giusto equilibrio in una politica dello sviluppo economico, che dovrà essere compatibile con le esigenze collettive e individuali di salute, di tutela ambientale e di occupazione, contemperando le esigenze delle generazioni presenti con quelle delle generazioni future.

Promozione della salute
e cooperazione internazionale:
la FNOMCEO per il volontariato medico
e la collaborazione tra istituzioni

ROMA 4-5 OTTOBRE 2013

I SESSIONE

I PRINCIPI, LE RAGIONI E LE OPPORTUNITÀ DI INTEGRAZIONE

Questa sessione dei lavori è stata moderata da Nicolino D’Autilia, responsabile FNOMCEO per il settore Estero, e Raimondo Ibba, presidente OMCEO di Cagliari e componente della Commissione FNOMCEO “Professione – Salute e Ambiente – Sviluppo economico. Purtroppo non è stato possibile pubblicare la relazione del generale Federico Marmo, Ispettore Generale della Sanità Militare Italiana, dedicata a *Salute e pace nelle missioni militari italiane*.

Universalismo, solidarietà ed equità delle cure e crisi dei sistemi sanitari

Maurizio Marceca

Consigliere SIMM – Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

IL TEMA DELL'UNIVERSALISMO è indissolubilmente legato a quello dei “diritti” della persona umana, enunciati e riconosciuti universalmente dopo il II conflitto bellico mondiale dalle Nazioni Unite. Per quanto riguarda l'ambito della salute e dell'assistenza, il riconoscimento di questo diritto è stato nel tempo variamente declinato dai diversi paesi del mondo, trovando – almeno in una prima fase – risposte più convincenti ed efficaci nell'area europea. È indubbiamente un segnale preoccupante il fatto che solo pochi mesi fa la Gran Bretagna abbia, di fatto, formalizzato lo smantellamento del sistema sanitario universalistico da tutti identificato come storico modello di riferimento. La traduzione più semplice dell'universalismo in sanità vede la compresenza di tre fattori: 1) l'equità dell'accesso ai servizi e alle prestazioni per tutti, senza discriminazione alcuna; 2) la globalità delle prestazioni stesse (volta a “coprire”, sostanzialmente, qualunque tipologia di bisogno di salute); 3) il finanziamento

*Universalismo in
sanità: equità
d'accesso, globalità
dei servizi,
fiscalità generale*

del sistema attraverso la fiscalità generale, connotata come tassazione parametrata al reddito percepito. Quest'ultimo aspetto sembra essere meno vincolante, poiché anche alcuni sistemi di tipo "mutualistico" (come, ad esempio, quelli francese e tedesco) hanno dimostrato di essere in grado di garantire, benché a costi maggiori, una buona copertura sanitaria della popolazione.

Come noto, l'istituzione del Servizio sanitario nazionale nel nostro paese ha seguito di circa trent'anni il suo riconoscimento giuridico, mirabilmente enunciato dall'art. 32 della Carta costituzionale. Questo articolo identifica nella Repubblica il soggetto tenuto a "tutelare" la salute, precisa che il diritto alla (tutela della) salute è "fondamentale" (e quindi non soggiacente ad altri diritti) ed è dell'"individuo", cioè indissolubilmente legato alla persona in quanto tale (tutti gli altri articoli della Carta si riferiscono invece ai diritti del "cittadino"); inoltre, sottolinea come questa assunzione di responsabilità sia "interesse della collettività" (precisazione che – al di là di motivi di convenienza invocabili per le malattie trasmissibili – introduce indubbiamente il concetto della "solidarietà" sociale); infine, attraverso la "garanzia" di "cure gratuite" agli "indigenti", libera la fruizione di questo diritto dalla presenza di ostacoli di natura economica, ripromettendosi di sostenere i soggetti più vulnerabili.

Oggi, nella consapevolezza che la tutela della salute non vada ricercata solo e soltanto attraverso cure efficaci per limitare gli effetti delle malattie, quanto piuttosto dalla sua "promozione", è evidente come i sistemi sanitari rappresentino solo uno degli strumenti necessari, all'interno di uno sforzo più ampio di politiche intersettoriali per la salute e di un reale coinvolgimento degli individui e della comunità in un'ottica di empowerment. Ciononostante è di tutta evidenza che l'assenza di un'organizzazione a finanziamento pubblico in grado di garantire la fruizione delle cure necessarie espone

*I fondamenti
costituzionali del Ssn*

maggiormente a gravi rischi gli individui più deboli. Le aree del mondo prive di qualunque impegno pubblico per la salute e quindi dominate dal meccanismo detto out of pocket (si veda per tutte l'India), registrano i peggiori indicatori sanitari e le più gravi disuguaglianze, seguite dalle realtà in cui la salute e l'assistenza sono comunque soggette a dinamiche di "mercato" attraverso il ruolo dominante di organizzazioni "for profit" come le assicurazioni sanitarie (ciò ha portato il presidente degli USA Obama a proporre una storica riforma che potesse raggiungere almeno parte dei 47 milioni di americani stimati privi di qualunque assistenza). La stessa OMS ha recentemente rilanciato con forza, apparentemente sostenuta dalla Banca Mondiale, la necessità di impegnare grandi sforzi per una "copertura sanitaria universale".

Quello cui si sta assistendo da quando la crisi economico-finanziaria ha assunto dimensioni globali è però il tentativo di smantellare i sistemi sanitari pubblici, laddove esistenti, sulla base dell'assunto non dimostrato che questi non siano più sostenibili per i Governi. Una "crisi" di crescita economica dovrebbe, secondo questa visione, tradursi inevitabilmente nel "ritiro" dello Stato da settori quali la sanità, l'istruzione e la protezione sociale. In alcuni paesi a noi vicini, come la Grecia e la Spagna, il portato di questi pericolosi assiomi sta già producendo i suoi deleteri effetti sulla salute e la qualità di vita delle popolazioni. Poiché è dimostrato che i costi dei sistemi sanitari pubblici (in termini di spesa totale sul Pil) sono sistematicamente inferiori a quelli dei sistemi privatistici, e che è possibile produrre "buona salute a basso costo" (vedi, ad es., i casi del Kirgizstan, della Thailandia e dell'Etiopia), l'unica possibile spiegazione di questi orientamenti è quella di una chiara volontà politica di far diventare la salute un bene "di mercato".

Viceversa, proprio l'esistenza di una convergenza economi-

*Crisi economica e
smantellamento dei
sistemi sanitari
pubblici*

ca sfavorevole dovrebbe far orientare le politiche verso quei settori, come la salute, l'istruzione e la ricerca, che tutelano la capacità produttiva di un paese, la sua coesione sociale e la qualità della vita dei suoi abitanti. Ciò comporta sicuramente una redistribuzione delle risorse, ma anche un deciso impegno al contrasto dell'illegalità e della corruzione in sanità, che tante risorse distrae dal mandato del sistema, ad una programmazione secondo priorità dimostrate e condivise e al recupero dell'efficienza nella gestione delle organizzazioni deputate a produrre salute. Tutti gli operatori della salute, a partire dai medici, dovrebbero oggi sentire una responsabilità diretta, in termini culturali, professionali e civili, nella difesa dei valori cui la loro professione è ispirata e dei sistemi che meglio ne possono garantire il rispetto.

Etica e diritti in sanità in una prospettiva di salute globale: dalla logica dell'aiuto alla logica dei diritti

Maria Antonietta La Torre

Consigliera dell'Istituto Italiano di Bioetica

A DISPETTO DELL'ELOGIO della globalizzazione, che si fa coincidere con una nuova modernità e un insieme di opportunità inedite e positive, le diseguglianze tendono ad aumentare o, forse, proprio grazie ai nuovi strumenti di comunicazione globale, ad evidenziarsi maggiormente, e queste investono in pieno il diritto alla salute. Eppure nessuna epidemia può essere combattuta localmente, né l'ambiente può essere tutelato entro i confini di uno Stato, e la ricerca non procede se non con l'apporto e la collaborazione di tutti. Se si guarda alle statistiche pubblicate dalla World Health Organization (WHO) si vede che l'aspettativa di vita alla nascita, uno dei principali indicatori della salute e del benessere, è ancora (dati 2011) molto diversa in Africa (56 anni), nelle Americhe (76 anni), in Europa (76 anni). Ma ancora più esplicitivo è il medesimo confronto se realizzato sulla base del reddito: la globalizzazione dei mercati tende a trasformare anche la salute in una merce, che dunque viene distribuita a chi ha

*Nessuna epidemia
può essere
combattuta
localmente*

*Dal welfare state
alla welfare
community*

i mezzi per acquistarla, si tratti di individui o di Stati. Di conseguenza, in molti luoghi del mondo non solo sono ancora endemiche malattie che nei paesi sviluppati sono state da tempo debellate, ma anche eventi come la nascita sono ancora connotati da incertezza e pericolo. Forse allora, ai fini della progettazione dei sistemi di assistenza sanitaria, sarebbe utile una rinnovata riflessione sugli scopi della medicina, e su quei beni, valori e istituzioni che non possono essere sottoposti al mero calcolo costi-benefici. Dal punto di vista del mercato dei farmaci, un quarantenne bianco americano che soffre di calvizie è un cliente più interessante di un bambino africano che soffre di malaria. Innanzitutto, come nelle situazioni cliniche i terapeuti raccolgono dettagliate informazioni sui pazienti prima di procedere, in analogo modo occorrerebbe agire nella programmazione delle politiche sanitarie: partire da un'analisi accurata e globale del sistema, dalla quale non potrà che emergere l'iniquità della distribuzione della salute, pertanto la prospettiva non potrà che essere sovranazionale. Ciò suggerisce il passaggio dal welfare state alla welfare community: un welfare, cioè, che parta "dal basso" (individuando i bisogni, le possibili risorse, coinvolgendo i cittadini) e rifletta l'interesse per il "bene comune" e per la creazione di condizioni che consentano il pieno accesso a tutti i gruppi e a tutti gli individui a un sistema sanitario equo. Del resto, la "cittadinanza", è oggi un concetto che travalica i confini geografici e acquisisce valenze e sfumature più generali, tali che la "comunità" può essere percepita come molto più estesa di quella dello Stato nazionale entro il quale si vive. Non si può, però, nascondere la difficoltà di fornire assistenza sanitaria in una realtà costituita da diverse visioni morali. Dietro le richieste di "armonizzazione", di dialogo o di standardizzazione, infatti, si celano resistenze di non poco conto di ordine culturale e generale e l'idea di una comunità universale dei valori appare utopistica se con tale progetto si intende

uniformare le priorità e non, invece, più modestamente, trovare punti di incontro sulle prassi concrete; il rispetto per la diversità culturale richiede che si aspiri a norme “leggere”, che non scaturiscano da un sistema di valori particolare, bensì siano il risultato di uno sforzo di combinazione tra valori diversi. A tal fine occorre un approccio “glocalistico”, che prevede di pensare globalmente ma agire localmente.

La responsabilità dei paesi più avanzati, che devono assumere l'onere di una sensibilizzazione alla diffusione dei principi etici da porre a guida delle politiche sanitarie, può esercitarsi a condizione che si eviti ogni forma di paternalismo, il quale provoca irrigidimenti e chiusure, e si proponano obiettivi minimi condivisibili, come rendere sicura la nascita, porre ogni individuo in condizione di massimizzare le proprie capacità e avere il controllo sulla propria vita, garantire un ambiente di vita sostenibile per tutti, sviluppare la prevenzione. Un miglioramento della salute globale non potrà infatti avvenire senza che si intervenga sugli elementi non sanitari che sono determinanti per la salute stessa, come l'istruzione, l'alimentazione, la disponibilità di acqua potabile. Le condizioni affinché tutto ciò divenga realtà e non alimenti soltanto qualche nuova Carta mondiale sulla salute sono, a mio avviso, tre: a) che la scienza divenga “aperta”, ossia che vi sia disponibilità da parte dei ricercatori a una sempre maggiore condivisione dei saperi, b) che l'etica sia concepita come un dialogo e non come la trasmissione ad altri delle verità che si suppone di possedere, c) che si concertino e si promuova a livello delle organizzazioni internazionali una cooperazione multilaterale nell'ambito della salute, delle scienze mediche e della biomedicina, le cui promettenti prospettive per il futuro non posso servire soltanto a garantire profitti alle multinazionali della chimica e della farmaceutica, ma devono consentire una svolta globale.

La salute globale non potrà migliorare senza intervenire sull'istruzione, sull'alimentazione, sulla disponibilità di acqua potabile

Salute globale e assistenza sanitaria primaria

Gavino Maciocco

Università degli Studi di Firenze, Dipartimento di Sanità Pubblica

IL TERMINE “SALUTE GLOBALE” è sempre più diffuso. È oggetto di studi, ricerche, pubblicazioni, attività didattiche di vario tipo, da corsi accademici ad attività formative sul campo. Pochi mesi fa, nel giugno 2013, la più nota e diffusa rivista medica internazionale, *The Lancet*, esce con una specifica pubblicazione online, open-access: *The Lancet Global Health*.

Molto si è scritto anche sull’accezione di salute globale, e in particolare sull’aggettivo “globale”.

Globale, perché i processi di globalizzazione che negli ultimi tre decenni hanno coinvolto l’economia, la finanza, le comunicazioni hanno interessato anche la salute sotto molteplici aspetti. Nella rapidità e intensità con cui si possono diffondere su scala planetaria i fattori di rischio delle malattie trasmissibili e anche di quelle non trasmissibili (vedi epidemia di obesità); nelle conseguenze legate allo sfruttamento delle risorse naturali e all’utilizzo delle fonti energetiche da

cui i cambiamenti climatici e le crisi alimentari e dell'acqua; nelle politiche sanitarie orientate al mercato e alla privatizzazione dei servizi, dietro l'impulso di istituzioni internazionali come Banca Mondiale e Organizzazione Mondiale del Commercio; nella spinta alla migrazione da una nazione all'altra, da un continente all'altro, di masse di popolazione, ivi compresi gli operatori sanitari.

Ma il termine globale non va inteso soltanto in termini geografici: globale anche in termini di complessità, di grandezza dei problemi e delle questioni che entrano in gioco nella genesi delle malattie e nelle strategie per la tutela della salute. Così, parlare di salute globale significa occuparsi dei determinanti sociali di salute, delle cause delle cause (economiche, politiche, ambientali, etc) delle malattie, e dei necessari interventi intersettoriali e multidisciplinari, così come indicato profeticamente nella Dichiarazione di Alma Ata del 1978.

Negli anni del “capitalismo senza regole” le malattie croniche si sono diffuse su scala globale con la rapidità e la forza di un'epidemia, sono cresciute le disuguaglianze economiche e in Europa, nella grande maggioranza dei paesi, si è verificato un impoverimento delle famiglie anche a causa della crescita della disoccupazione, creando le condizioni per un aggravamento delle condizioni di salute della popolazione. Scrive *Lancet* in un articolo intitolato *Financial crisis, austerity, and health in Europe*: “Nei momenti di crisi economica dovrebbero essere rafforzate le reti di protezione sociale per mitigare gli effetti negativi sulla salute. Invece le politiche di austerità attuate dagli stati in crisi hanno tagliato le spese sociali e reso più difficile l'accesso ai servizi sanitari, con la riduzione dell'offerta sanitaria pubblica e con l'aumento dei ticket, rendendo la crisi ancora più dolorosa e dilatando le disuguaglianze sociali”.

*I danni alla salute
del “capitalismo
senza regole”*

La carenza di personale sanitario a livello globale: formazione professionale e migrazioni internazionali

Giulia De Ponte

responsabile advocacy, AMREF Italia

IN SOCIETÀ CHE INVECCHIANO come quelle europee, il numero di malati cronici che ha bisogno di assistenza sanitaria di lungo termine è in crescita, e con esso la domanda di personale sanitario: entro il 2020 nel continente avremo un milione di operatori sanitari qualificati in meno del necessario. La carenza di personale sanitario, tuttavia, è globale: ben 57 Paesi nel mondo – in maggioranza in Africa – hanno carenze critiche di personale sanitario, e un miliardo di persone al mondo non vedrà mai un operatore sanitario nel corso di tutta la vita.

Il reclutamento di operatori sanitari qualificati all'estero, però, non è la soluzione, in quanto rischia di aggravare le carenze di personale in altri sistemi sanitari, non solo nei Paesi a risorse limitate, ma anche in Europa, accrescendo le disuguaglianze in salute tra Paesi. La stessa Italia, Paese di arrivo per migliaia di infermieri extra europei fino a poco tempo fa, rischia di tramutarsi oggi, a causa dei tagli alla spesa

sanitaria, in un Paese da cui medici e infermieri partono per cercare lavoro all'estero, vanificando così gli investimenti fatti in formazione di questi operatori negli anni passati.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha riconosciuto questa situazione, adottando nel maggio 2010 un Codice di Condotta sul Reclutamento Internazionale di Personale Sanitario – cui l'Italia stessa ha aderito – che mira ad evitare che la concorrenza internazionale in materia di “attrazione di personale sanitario” si faccia a spese dei Paesi a risorse più scarse. L'intervento presenterà le possibilità di applicazione di questo Codice in Italia e a livello globale, anche alla luce dell'attuale crisi economica e finanziaria.

Il ruolo dei professionisti nel contrasto alle disuguaglianze in sanità

Guido Giustetto

Vicepresidente Omceo di Torino

LA MAGGIOR PARTE DEI FATTORI che influenzano la salute stanno al di fuori della portata e della responsabilità diretta del sistema sanitario (gli eventi dei primi anni di vita, l'istruzione, la vita lavorativa, il reddito e le condizioni abitative e ambientali).

Anche se le disuguaglianze nell'accesso e nella presa in carico da parte del sistema sanitario esistono, esse rappresentano solo una parte delle disuguaglianze in salute, in particolare se confrontate con il peso dei fattori socio-economici. Ciò nonostante anche il sistema sanitario può fare molto per assicurare l'equità nell'accesso e nella cura. Oltre agli interventi di prevenzione, sull'accessibilità ai servizi e sulla organizzazione e sul governo del sistema, sono i professionisti in prima persona a poter svolgere un ruolo molto efficace in diversi ambiti della loro azione¹.

¹ La prima parte delle osservazioni è tratta da **WORKING FOR HEALTH EQUITY: THE ROLE OF HEALTH PROFESSIONALS** UCL Institute of Health Equity – London, March 2013

Una maggior attenzione all'informazione sui determinanti sociali della salute e su cosa funziona per contrastare le disuguaglianze nella salute dovrebbe essere inclusa come contenuto obbligatorio degli studi universitari e post universitari e come elemento obbligatorio della formazione continua.

Le capacità nell'ambito della comunicazione, della partnership e della advocacy aiuteranno i professionisti a contrastare i determinanti sociali di salute. Vi sono anche specifiche capacità basate sulla pratica, come raccogliere l'anamnesi sociale e inviare i pazienti ai servizi non medici che dovrebbero essere inclusi nell'insegnamento universitario e post-universitario.

L'inserimento degli studenti in differenti organizzazioni sanitarie e non sanitarie, particolarmente in aree deprivate, dovrebbe essere una parte fondamentale di ogni corso. Questo aiuterà gli studenti a migliorare la conoscenza e le abilità correlate ai determinanti sociali di salute.

I professionisti dovrebbero costruire relazioni di fiducia e rispetto con i loro pazienti. Essi dovrebbero promuovere la collaborazione e la comunicazione con le comunità locali per rafforzare queste relazioni.

I professionisti dovrebbero raccogliere l'anamnesi sociale dei loro pazienti così come raccolgono i dati sanitari. Questo dovrebbe essere utilizzato in due modi: per dare le migliori cure a quei pazienti, comprese le consulenze quando necessarie e, a livello aggregato, aiutare le organizzazioni a conoscere la loro popolazione locale e a pianificare servizi e assistenza.

I professionisti dovrebbero inviare i loro pazienti ad una ventaglia di servizi, medici, sociali, di altre agenzie e organizzazioni così che le radici delle malattie siano affrontate come i sintomi sono curati.

I professionisti dovrebbero utilizzare il loro ruolo di dirigenti

*Organizzazioni del
Servizio sanitario
nazionale*

in modo che:

- il loro potere decisionale, nel campo del personale e dell'acquisto di servizi sia usato a vantaggio della popolazione per migliorare la salute e ridurre le disuguaglianze;
- le strategie sulle disuguaglianze in salute siano presenti a tutti i livelli dell'organizzazione, cosicché la cultura dell'istituzione sia quella dell'equità e della correttezza.

*Lavorare in
partnership*

La partnership all'interno del settore salute dovrebbe essere coerente, allargata e focalizzata sui determinanti sociali di salute.

Le partnership tra il settore sanitario e le altre agenzie sono essenziali, vanno mantenute, valorizzate e supportate da investimenti comuni e condivisione di dati. Esse devono essere ben progettate e valutate per il loro impatto.

I professionisti e le organizzazioni sanitarie dovrebbero agire in difesa degli individui e delle loro famiglie.

I professionisti e le organizzazioni sanitarie dovrebbero agire come sostenitori delle loro comunità locali, mirando a migliorare le condizioni sociali ed economiche e ridurre le disuguaglianze nelle loro aree.

I professionisti, gli studenti, le organizzazioni sanitarie e quelle professionali come gli Ordini e i colleghi professionali dovrebbero sostenere una più grande attenzione sui determinanti sociali della salute negli ambiti di pratica e di studio e dovrebbero sostenere cambiamenti nelle politiche per migliorare le condizioni sociali ed economiche della gente e in particolare quelle che potrebbero ridurre le disuguaglianze sociali. Essi dovrebbero agire nei confronti del governo centrale e di settori specifici del Ssn.

*I professionisti come
sostenitori e difensori*

10 azioni che ciascun medico può mettere in campo per contrastare le diseguaglianze in salute

- **CONOSCERE** la distribuzione delle patologie negli strati sociali della popolazione dell'area dove lavora.
- **DICHIARARE** quale seconda lingua parla per agevolare la scelta del medico da parte delle persone straniere.
- **EVIDENZIARE**, con un allarme nella cartella clinica, i pazienti fragili o a rischio di diseguaglianza
- **FACILITARE** l'accesso al luogo di cura (modalità di prenotazione, uso del telefono, mail, orari di visita flessibili...).
- **INSTAURARE** rapporti stretti e abituali, e non di delega, con i servizi sociali per sostenere globalmente le persone fragili.
- **SENSIBILIZZARE** il personale di studio o di reparto e i colleghi sul tema delle diseguaglianze nell'accesso alle cure e nei risultati di salute.
- **PARTECIPARE** a riunioni periodiche sul luogo di lavoro per monitorare i cambiamenti proposti e l'implementazione di modalità di presa in carico globale.
- **METTERE** a contatto i tirocinanti e gli studenti con situazioni dove si evidenzia l'effetto dei determinanti sociali sulla salute e al contempo agiscono modalità di contrasto.
- **CONCORDARE** con i rappresentanti della comunità in cui opera obiettivi di cambiamento finalizzati a ridurre le diseguaglianze.
- **ESSERE** il portavoce negli organi collegiali e nelle commissioni di lavoro cui partecipa delle persone che hanno minore accesso alle cure.

L'intervento è stato tenuto in modo coordinato con quello di Giuseppe Costa (v. pag 48)

I determinanti sociali di salute e di malattia

Giuseppe Costa

Università di Torino, Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche

LA POPOLAZIONE ITALIANA in media sta bene: sta meglio rispetto al passato e spesso anche rispetto a chi vive nel resto di Europa. Eppure le medie camuffano l'esistenza di differenze sistematiche. Viviamo in una società stratificata, dove le persone più privilegiate stanno meglio, si ammalano di meno e vivono più a lungo (Costa et al, 2004). Queste differenze sono socialmente determinate, sono ingiuste e sono modificabili; pertanto sono disparità evitabili. Per queste ragioni lo stato e le regioni dovrebbero proporsi di adottare una strategia sistematica e di lungo termine per ridurre queste disparità nella salute e nella qualità sociale della vita (Marmot et al, 2008).

Le disparità sociali nella salute sono un problema complesso che nasce da una rete fitta di meccanismi di generazione (Costa et al 2004). Questi meccanismi partono da lontano e riguardano le circostanze di vita, economiche ambientali e psicologiche, attraversate dalla persona nell'infanzia, e poi

nell'età adulta e anziana, circostanze che costruiscono la posizione sociale della persona. Le differenze di posizione sociale si traducono in disparità nell'accesso e nel controllo delle risorse, che a loro volta agiscono direttamente sulla salute attraverso cause più immediate come l'esposizione ai fattori di rischio fisici, chimici e psico-sociali, i comportamenti a rischio e l'utilizzo dell'assistenza sanitaria. Tali meccanismi possono sovrapporsi o concorrere tra loro nella traiettoria di vita di una persona, in modo cumulativo, o agendo in fasi critiche della vita, o solo secondo particolari sequenze. Questi fattori di rischio possono essere più o meno efficaci nel produrre danni alla salute a seconda della vulnerabilità della persona alla loro azione: la posizione sociale può anche influenzare la vulnerabilità delle persone a questo danno. Questi stessi meccanismi possono anche retro-agire, facendo sì che una salute alterata a sua volta comprometta la carriera sociale di una persona. Inoltre i contesti locali (ambienti, reti di aiuto, climi sociali...) possono influenzare questi meccanismi modificandone l'efficacia.

Ognuno di questi meccanismi rappresenta un potenziale punto di ingresso per le politiche e gli interventi di contrasto, che, quindi, possono alternativamente proporsi di influenzare la stratificazione sociale, controllare l'esposizione, diminuire la vulnerabilità, prevenire le conseguenze sociali evitabili. Questo quadro di riferimento invita gli attori coinvolti nella strategia ad interrogarsi per identificare le misure più efficaci nel contrastare i meccanismi di azione che producono le disparità più rilevanti.

I Governi Europei hanno sottoscritto una dichiarazione di sostegno alla Strategia Salute in Tutte le Politiche (Roma 18/12/2007) che richiama come la salute di ogni cittadino debba essere promossa anche attraverso una maggiore responsabilità delle istituzioni pubbliche e sociali verso la salute pubblica (Sthal, 2006). Certo la responsabilità e l'in-

*Le politiche
di contrasto
alla malattia*

fluenza che ogni individuo ha verso la propria salute non va trascurata. Tuttavia l'autonomia e la discrezionalità di un individuo è limitata da fattori che rimangono fuori dalla sua capacità di controllo; perfino le scelte relative ai principali stili di vita, ad esempio fumo, esercizio fisico e dieta, sono influenzate dalle circostanze socio-economiche di vita che ne limitano la libertà di scelta. Nella misura in cui le disparità sistematiche di salute sono influenzate dalle disuguaglianze nel modo con cui la società distribuisce le risorse, allora è responsabilità della comunità e dello Stato di mettere in opera azioni per rendere questa distribuzione più giusta.

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

*L'impatto
economico
delle disuguaglianze
di malattia
e morbilità*

Inoltre è stato stimato che le disuguaglianze sociali di mortalità e di morbosità avrebbero anche un impatto economico significativo sulla società, un impatto che potrebbe essere dello stesso ordine di grandezza del finanziamento del servizio sanitario pubblico nel nostro paese (Mackenbach, 2007).

In conclusione le disuguaglianze sociali di salute sono evidenti in Italia lungo le principali dimensioni di stratificazione sociale; incominciano ad essere oggetto di attenzione delle politiche sociali e sanitarie; sono un fenomeno a gradiente che riguarda ogni posizione della scala sociale a confronto con la posizione più avvantaggiata; accumulano i loro effetti sulle categorie più vulnerabili e svantaggiate; nascono da meccanismi conosciuti, misurabili e in parte contrastabili; è conveniente per la società ridurle. Considerando queste premesse, è necessario che una comunità di pro-

fessionisti della misura e della valutazione in medicina e sanità introduca il tema dei determinanti sociali di salute nella propria agenda di ricerca, di formazione e di intervento nella società.

G.Costa, T.Spadea, M.Cardano (a cura di), *Le diseguaglianze di salute in Italia. Epidemiologia e Prevenzione*, 28(3) 2004

J.P. Mackenbach, W.J. Meerding, A.E. Kunst, *Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union*, Services of the European Commission (OIL), Luxembourg, July 2007.

M. Marmot, S. Friel, R. Bell, T.A.J. Houweling, S. Taylor, on behalf of the Commission on Social Determinants of Health, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*, in *The Lancet*, Volume 372, Issue 9650, Pages 1661 - 1669, 8 November 2008.

T. Ståhl, M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen, K. Leppo, *Health in All Policies. Prospects and potentials*, Ministry of Social Affairs and Health, Finland, 2006.

L'intervento è stato tenuto in modo coordinato con quello di Guido Giustetto (v. pag. 44)

II SESSIONE

**LE PROFESSIONI SANITARIE,
LE ISTITUZIONI, GLI ORDINI E I COLLEGI:
PERCORSI DI COOPERAZIONE SANITARIA
E PROPOSTE CONCRETE**

Questa sessione dei lavori è stata moderata da Luigi Conte, segretario nazionale FNOMCEO, e Musa Awad Hussein, consigliere del Comitato Centrale FNOMCEO.

Purtroppo non è stato possibile pubblicare la relazione di Andrea Lenzi, presidente della Conferenza permanente dei Presidenti dei CLM in Medicina e Chirurgia, dedicata a *La formazione professionale nella promozione della salute e sostenibilità dei progetti. Il punto di vista dell'Università italiana.*

La cooperazione sanitaria italiana a sostegno dell'azione dei governi locali: l'esperienza dell'INMP

Concetta Mirisola

Direttrice dell'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP)

LA COOPERAZIONE IN AMBITO SANITARIO è uno dei maggiori impegni per la Comunità internazionale, anche ai fini del raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, principio ispiratore della politica di cooperazione allo sviluppo italiana. Essa risponde all'imperativo etico di promuovere uno sviluppo equo, equilibrato e sostenibile di tutti i Paesi, ispirando la sua azione a una serie di principi quali, tra gli altri: l'affermazione e la tutela dei diritti umani; l'eradicazione della povertà e della fame; la tutela della salute; il rafforzamento del ruolo delle donne e la garanzia di cure durante la maternità; la diffusione dell'istruzione per tutti, la sostenibilità ambientale e una governance dello sviluppo più efficace ed efficiente. La cooperazione italiana è parte integrante della politica estera dell'Italia, e ha obiettivi di solidarietà tra i popoli e di piena realizzazione dei diritti fondamentali dell'uomo, con ispirazione ai principi sanciti dalle Nazioni Unite e dalle convenzioni Comunità Europea - Paesi dell'Africa, dei Caraibi e del Pacifico (ACP).

L'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP), tra le molteplici attività volte a contrastare le disuguaglianze di salute, svolge attività di cooperazione inter-

nazionale che interessano diverse aree del mondo, e principalmente i Paesi dell’Africa Sub Sahariana. In questo contesto, gli interventi dell’INMP, nel rispetto della politica di cooperazione internazionale e nazionale, mirano a contribuire concretamente al raggiungimento dei *Millennium Development Goals* (MDGs), e in particolare sia al miglioramento delle condizioni delle popolazioni, attraverso interventi volti ad aumentare e garantire l’accessibilità ai servizi sanitari di base preventivi e curativi, sia al rinforzo delle capacità del sistema di salute pubblica, attraverso progetti di sviluppo a lungo termine che riguardano la riabilitazione dei centri ospedalieri e la formazione del personale medico e paramedico.

*Il progetto
di Sostegno
ai programmi
gibutini per
la salute
della donna*

Il principale progetto di cooperazione sanitaria internazionale attualmente in corso è il progetto Sostegno ai programmi gibutini per la salute della donna, che mira a salvaguardare la salute della donna e del bambino e promuovere l’abbandono della pratica delle mutilazioni genitali femminili (MGF), nel più ampio quadro delle riforme approvate dal governo locale in materia. Il progetto, di durata triennale, è stato avviato nel settembre 2012 ed è finanziato dal Ministero degli Affari Esteri italiano per sostenere le politiche e le azioni del Governo di Gibuti nel campo della salute riproduttiva e materno-infantile. Nello specifico, l’Istituto è impegnato nel miglioramento delle competenze professionali del personale sanitario del settore pubblico relativamente alla salute riproduttiva, materno-infantile e nelle azioni di contrasto delle MGF, attraverso la realizzazione, in collaborazione con il Ministero della salute gibutiano e altri attori istituzionali, di attività di formazione, informazione, educazione, comunicazione e ricerca in campo socio-sanitario. Grazie all’attivo partenariato stabilito con gli attori locali, il progetto Sostegno ai programmi gibutini per la salute della donna, rappresenta, quindi, un esempio di rispetto effettivo dei principi di *ownership* e *accountability*, fondamentali per gli interventi di cooperazione.

Proposte concrete di formazione sul campo e scambi professionali: collaborazione tra FNOMCEO e Medici con l’Africa CUAMM

*Don Dante Carraro**, *Maurizio Benato***

*direttore Medici con l’Africa CUAMM, sacerdote

** vicepresidente FNOMCEO

LA MEDICINA NELL’ACCEZIONE COMUNE ha come propri obiettivi la sopravvivenza e la qualità di vita degli individui, per quanto possono essere condizionate dalle malattie. Una definizione che richiede una chiara definizione di malattia. La sopravvivenza e la qualità della vita possono essere compromesse da molte cause, fra cui le malattie, ma anche la fame, le guerre, la disoccupazione, così come i danni esistenziali e non per ultima, l’impossibilità di una regolare alimentazione.

Per questo si parla in medicina di “qualità di vita in relazione allo stato di salute” (*health-related quality of life*) e non semplicemente di “qualità di vita”. Il riferimento dovrà essere ad una visione della salute che va aldilà della realtà medica, richiamando scenari in cui principali attori in gioco sono le istituzioni locali, nazionali e internazionali, i governi le associazioni della società civile e soprattutto i cittadini comuni. Il filo conduttore comune è quello dell’affermazione

della salute come un diritto universalmente sancito e riconosciuto.

La presenza della FNOMCEO risponde alla convinzione che la tutela della salute nella sua dimensione globale, oltre che riconoscimento di un fondamentale diritto sia fattore indispensabile per uno sviluppo economico durevole, favorente la riduzione delle disuguaglianze.

La FNOMCEO si riconosce nel fine etico di promuovere azioni politiche concrete che garantiscano equità, accessibilità, qualità e adattabilità degli interventi sanitari laddove povertà ed esclusione sociale si sommano allo svantaggio della malattia.

Il progetto Fnomceo- Cuamm

In tale dimensione si pone il progetto FNOMCEO-CUAMM.

L'accordo operativo fra la FNOMCEO e Medici con L'Africa CUAMM – la prima ong in campo sanitario riconosciuta in Italia, che dal 1950 promuove il diritto umano fondamentale alla salute e l'accesso ai servizi sanitari disponibile a tutti – favorisce lo svolgimento di missioni brevi in strutture africane supportate dal CUAMM.

La collaborazione prevede tre azioni concrete di formazione di personale qualificato: invio per brevi periodi di medici specializzandi e medici in pensione nei paesi in via di sviluppo e formazione teorico-pratica in Italia per medici africani con l'obiettivo di offrire un'opportunità formativa di alto livello e di aggiornamento professionale in Italia.

Medici con l'Africa CUAMM, anche grazie a questa partnership, rinnova il suo impegno nella formazione ed educazione di personale in ambito sanitario.

L'esperienza della cooperazione in odontoiatria

Sandro Sanvenero

Componente Commissione nazionale iscritti
all'Albo Odontoiatri – CAO

IL PROGETTO, che ha portato alla stipula di un accordo, si articola su vari fronti prevedendo interventi di formazione del personale sanitario dei paesi in difficoltà e/o intervento diretto con un coordinamento delle iniziative di volontariato.

Il piano di cooperazione internazionale, in parte già operante, volto alla formazione di odontoiatri all'interno di Paesi con carenze di professionisti sanitari in maniera da:

- fornire assistenza a Paesi in difficoltà e con carenza di professionisti sanitari al fine di formare loro cittadini;
- migliorare la situazione sanitaria odontoiatrica della popolazione residente in quei Paesi;
- inviare supporto di personale sanitario sul posto.

Il progetto verrebbe finanziato con fondi europei e nazionali per lo sviluppo e cooperazione internazionale, nonché eventuali sponsor privati.

L'intendimento è quello di formare non solo dentisti ma anche tecnici e personale di supporto che possano poi nel pro-

*Progetto di
Cooperazione
internazionale*

prio paese offrire una seria assistenza odontoiatrica. Venerdì 25 gennaio 2013. La Commissione Albo Odontoiatri della FNOMCEO ha stipulato con il Ministero della sanità e delle politiche sociali della Repubblica di Liberia e con l'Ambasciata del Sovrano Ordine Militare di Malta in Liberia il memorandum di intesa avente lo scopo di predisporre un progetto di aiuto e di sostegno alla Repubblica di Liberia per quanto riguarda in particolare la formazione di personale odontoiatrico e ausiliario chiamato a garantire l'assistenza odontoiatrica ai cittadini di quella nazione.

Il progetto si svilupperà attraverso tre diverse tipologie:

- formazione e implementazione in campo odontoiatrico delle conoscenze e della operatività di personale medico;
- formazione diretta in campo odontoiatrico di personale in via di formazione e ancora non medico;
- formazione di personale ausiliario di supporto ai medici odontoiatri (odontotecnici, tecnici e riparatori delle varie apparecchiature, assistenti alla poltrona e infermieri).

Le parti hanno concordato che tutti gli operatori sanitari, formati attraverso la prevista attività disciplinata dall'accordo, dovranno esercitare la loro attività nelle realtà territoriali della Repubblica di Liberia.

Nel memorandum di intesa è inoltre stabilito che le parti nomineranno una Commissione paritetica che redigerà il regolamento attuativo dell'accordo per individuare i soggetti formatori, stabilire le ore per ciascun corso nelle diverse tipologie di formazione previste, nonché disciplinare il sistema di reclutamento dei cittadini della Repubblica di Liberia ammessi al corso.

Modalità operative

- Stipula con paesi extracomunitari interessati a questa cooperazione di un apposito accordo bilaterale. L'accordo deve prevedere l'invio di personale docente, disponibile su base volontaria, proveniente da Università o da Società

Scientifiche presso idonei luoghi messi a disposizione da parte delle Autorità del Paese ospitante, al fine di tenere corsi di formazione su cittadini dei Paesi richiedenti.

- I programmi di formazione dei futuri odontoiatri verrà stabilito sulla base di un percorso ridotto rispetto a quello europeo e il titolo avrà valore solo ed esclusivamente nel Paese richiedente.
- Una seconda modalità formativa può prevedere un corso ancora più accelerato svolto su cittadini dei Paesi richiedenti che siano già in possesso di titolo di studio legale in campo sanitario. Anche in questo caso il titolo di odontoiatra varrà solo ed esclusivamente nel Paese richiedente.
- Vigilanza della CAO nazionale sugli aspetti etici dello svolgimento dei corsi.
- Realizzazione, utilizzando parte delle risorse nei Paesi richiedenti, di ambulatori odontoiatrici nei quali opereranno i cittadini di quei Paesi che hanno svolto il corso di formazione nonché professionisti odontoiatri italiani disponibili, su base volontaria, per un periodo di tempo definito.

La formazione professionale nella promozione della salute e sostenibilità dei progetti. Il punto di vista del Rettore dell'Università Cattolica di Beira

Alberto Ferreira

Rettore dell'Università Cattolica di Beira (Mozambico), sacerdote

I. INTRODUZIONE

Ho l'onore di rappresentare l'Università Cattolica del Mozambico (UCM) in questo convegno. Questo invito mi dà l'opportunità di apprezzare gli sforzi di cooperazione internazionale nel campo della formazione dei professionisti nell'area della Salute, per la promozione della salute di buona parte delle popolazioni del Continente Africano.

Il momento scelto per questo Convegno è importante per la Facoltà di Scienze della Salute dell'UCM, che aspira a poter contare sul prezioso sostegno della cooperazione internazionale sostenibile, per continuare la nobile missione di formare medici e altri specialisti sanitari.

Voglio essere ottimista e dire che – è una mia forte convinzione – lasceremo questo convegno con iniziative concrete che rafforzeranno i programmi di cooperazione internazionale e inter-istituzionale, investendo in strategie sostenibili, sia nell'area della formazione professionale, che nella pro-

mozione della salute di qualità.

Il tema che mi è stato proposto per questo convegno è: La formazione professionale nella promozione della salute e sostenibilità dei progetti. Il punto di vista del Rettore dell'UCM. Confesso che, dopo aver ricevuto l'invito a presentare questo argomento, sono stato tentato di dire che non ero la persona giusta ma, quando ho visto che il tema del convegno trattava della promozione della salute e cooperazione internazionale, in particolare i medici volontari, e la collaborazione tra le istituzioni, in quanto Rettore di un'Università che offre corsi di formazione riguardante l'area sanitaria, non potevo non lasciarmi coinvolgere e presentare il mio punto di vista.

Infatti, nella nostra Università, tra le varie funzioni, il Rettore deve negoziare e concludere accordi di cooperazione con altre istituzioni, per progetti comuni.

Questo evento offre la possibilità di stabilire contatti tra le istituzioni che operano nel settore della sanità. Credo che le iniziative, che emergeranno da parte degli operatori del settore, ovviamente, contribuiranno a rafforzare i programmi di cooperazione internazionale, al fine di migliorare la nostra salute complessiva. È per l'importanza di questo evento, che sto condividendo con voi, oggi, le mie opinioni sulla formazione professionale come una strategia privilegiata per promuovere una sanità di qualità e garantire la sostenibilità dei progetti di cooperazione.

Spero che il tema che presenterò possa suscitare maggior interesse per gli attori della cooperazione internazionale, al fine di avere uno sguardo attento alla questione della formazione dei professionisti della salute in Mozambico.

Nel mio discorso, mi concentrerò su alcuni elementi che ci permettono di capire come la cooperazione internazionale abbia contribuito alla formazione di professionisti della sa-

lute, fin dalla creazione della Facoltà di Medicina, oggi Facoltà di Scienze della Salute dell'UCM. Alla fine dell'intervento, presenterò alcune proposte o suggerimenti che ritengo necessari per contribuire al successo di una cooperazione internazionale.

2. ALCUNI DATI IMPORTANTI SUL MOZAMBICO

Il Mozambico è uno dei paesi più poveri del mondo, anche se la sua economia è visibilmente in crescita negli ultimi venti anni di pace. Attualmente, il paese ha grandi disparità per quanto riguarda la distribuzione della ricchezza, dei servizi sanitari e l'accesso all'acqua potabile e servizi igienico-sanitari nelle aree urbane e rurali.

Secondo le statistiche dell'Unicef (2007-2009), in Mozambico, circa metà della popolazione è immersa nella povertà assoluta. Si stima che il 58% dei bambini vive sotto la soglia di povertà. Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria, i problemi che maggiormente affliggono la popolazione sono la malnutrizione, la malaria e l'elevato tasso di prevalenza dell'HIV-AIDS, che incidono sull'aspettativa di vita, che non supera i 52 anni (Piano Strategico Nazionale di risposta all'HIV e SIDA 2010-2014).

In termini politici, la Costituzione della Repubblica del Mozambico(1990), articolo 89, sostiene che la salute è un bene prezioso che si deve promuovere, preservare, mantenere e migliorare; e teoricamente significa che "tutti i cittadini hanno il diritto all'assistenza medica e sanitaria, in conformità con la legge, come pure il dovere di promuovere e difendere la salute pubblica".

Il Mozambico ha anche sottoscritto la Carta dei Diritti Umani delle Nazioni come un modo per rafforzare la sua convinzione che la salute è uno dei diritti innegabili della persona umana.

Tuttavia, notiamo che la promozione della salute in Mo-

zambico, rimane, ancora, un discorso prevalentemente teorico o, al massimo, un discorso politico che non trova riscontro nel contesto della realtà concreta delle persone e delle comunità locali.

Possiamo confermare che, da un punto di vista strategico, anche se le autorità del governo hanno fatto uno sforzo per modellare il quadro legislativo, a livello del settore sanitario, rimane ancora, da una parte, l'urgenza di investire in infrastrutture e attrezzature e, dall'altra, puntare sulla formazione di risorse umane qualificate, sia a livello medio come superiore. Infatti, se leggiamo il Rapporto Preliminare di Sondaggio Demografico e della Salute, condotto dall'Istituto Nazionale di Statistica in collaborazione con il Ministero della Sanità del Mozambico e il Centro de Ricerca della Salute di Manhica (2011), vediamo che il settore sanitario ha numerosi e gravi ostacoli, soprattutto nell'area delle risorse umane, per affrontare le varie malattie endemiche.

Anche il Piano Strategico del Ministero della Salute (2006-2012) rileva che il livello di finanziamento per il settore sanitario in Mozambico resta inadeguato; oltre il divario che si registra sulla copertura dell'assistenza sanitaria, a causa della scarsità di risorse umane qualificate e della maggiore concentrazione di professionisti della salute nella capitale del paese.

Perciò, nonostante il Mozambico stia accogliendo enormi investimenti in diversi settori economici, come per esempio l'esplorazione del gas naturale e dell'alluminio (provincie di Inhambane e Maputo), l'estrazione delle mine di carbone a Moatize (provincia di Tete) e della sabbia pesante di Moma (provincia di Nampula) e la perforazione di idro carburanti nel bacino di Rovuma (provincia di Cabo Delgado), negli ultimi 15 anni, gli indicatori del Settore Sanitario continuano insoddisfacenti e stanno al di sotto delle aspettative delle popolazioni riguardo alla soluzione di buona parte dei proble-

mi in questo settore.

3. SCUOLE PER LA FORMAZIONE DI

PROFESSIONISTI DELLA SALUTE IN MOZAMBICO

L'espansione delle scuole per la formazione dei professionisti sanitari nel paese, ha una storia molto recente. Infatti, il processo di cambiamenti avvenuti nel settore dell'istruzione segue le direttive della Banca Mondiale e degli Obiettivi del Millennio (definiti nella sede delle Nazioni Unite), che cercano di supportare i processi di sviluppo sostenibile nei paesi in via di sviluppo, quali la lotta contro la fame e la malnutrizione, la valorizzazione delle risorse umane, la promozione dell'accesso all'istruzione di base e alla formazione, la lotta contro le pandemie (HIV-AIDS, malaria e tubercolosi) e il rafforzamento delle capacità di gestione di sistemi sanitari, al fine di garantire l'accesso ai servizi sanitari alle fasce di popolazione più vulnerabili.

È vero che nell'ultimo decennio si è investito nella formazione di medici e infermieri. Se fino al 1995 c'era solo una scuola di Medicina, con sede nella capitale del paese, oggi possiamo trovare più di 6 scuole di Scienze della salute, sia pubbliche che private, tra facoltà e istituti di livello superiore e medio. Ad esempio, nel 2000, l'Università Cattolica del Mozambico ha aperto la Facoltà di Medicina, nella città di Beira, contribuendo, inizialmente, per la formazione dei medici di medicina generale.

Questa Facoltà è la realizzazione concreta di un sogno custodito dai membri della Conferenza Episcopale del Mozambico (CEM) e da laici universitari; ma è anche un progetto reso possibile grazie alla cooperazione internazionale, che ha coinvolto gli sforzi combinati di medici del CUAMM, amici e insegnanti stranieri.

Il corso di Medicina dell'UCM si avviò con l'obiettivo primario di aiutare il paese a formare medici altamente qualificati e di aumentare il numero di operatori sanitari che, in-

tegrati nel Servizio Sanitario Nazionale, potessero contribuire ad aumentare il miglioramento dei servizi sanitari.

Consapevoli della realtà sociale, la Facoltà di Medicina dell'UCM è stata trasformata in Facoltà di Scienze della Salute (FCS), offrendo, a partire dal 2008, altri programmi accademici in ambito sanitario, come Laurea in infermieristica superiore (2008), Laurea in analisi clinica e di laboratorio (2009), Laurea in amministrazione e gestione ospedaliera (2009), Laurea in studi interdisciplinari su HIV-AIDS e salute (2010), Laurea in Psicologia Clinica e Assistenza Sociale e Farmacia (2011), Master in studi interdisciplinari su HIV-AIDS e salute (2012) e Master in salute pubblica (2012). Aprendosi all'universalità del sapere e alle dinamiche sociali che richiedono migliori servizi sanitari, questa facoltà è cresciuta al ritmo delle sue possibilità, per mettersi al servizio della vita umana, sostenuta dalla benevolenza e collaborazione professionale di molti dei suoi partner di cooperazione internazionale.

Tutti i programmi accademici della facoltà sono motivati dalla ricerca di soluzioni appropriate per migliorare i servizi sanitari del paese, tenendo conto che, per la sua estensione geografica, esiste in Mozambico un numero insufficiente di medici e altri operatori del settore.

4. FORMAZIONE PROFESSIONALE

E PROMOZIONE DELLA SALUTE IN MOZAMBICO

L'azioni di formazione professionale e promozione della salute del paese, comprendono una serie di iniziative intraprese dal Governo e dalle istituzioni private di istruzione secondaria e superiore.

Attualmente, la città di Maputo ha due istituzioni di istruzione superiore (Università Eduardo Mondlane - Uem e Istituto Superiore di Scienza e Tecnologia del Mozambico - Isctem) che offrono corsi di scienze della Salute. L'UEM offre

corsi di Licenza in Medicina Generale, Odontoiatria e Veterinaria; anche, l'ISCTEM offre corsi di Licenza in Medicina Generale, Odontoiatria e Veterinaria.

L'Università Lúrio (Unilurio), con sede a Nampula, offre i corsi di Licenza in Medicina generale, Odontoiatria, Farmacia, Nutrizione, Infermieristica e Optometria; e l'Università Zambeze (Unizambeze) ha inaugurato i corsi di Medicina generale, Odontoiatria e Farmacia nella provincia di Tete.

L'Università Jean Piaget Del Mozambico (Unipiaget) offre corsi di Licenza in Analisi Cliniche e Salute Pubblica, Odontoiatria e Logopedia.

Ci sono anche istituti medi e superiori di Scienze della Salute nella città di Maputo, Beira e Nampula, la cui vocazione è di formare infermieri e altri professionisti sanitari.

Le attività di formazione di questi operatori sanitari sono volte a sostenere il Sistema Sanitario Nazionale, che ha cercato di aumentare la copertura per quanto riguarda la consultazione, la valutazione e triage, la diagnosi, la prescrizione e i trattamenti di salute estensivi, soprattutto per le zone prive di servizi, e per migliorare la loro qualità.

Va notato che, nella maggior parte dei casi, sono gli infermieri e altri operatori sanitari che continuano, in quasi tutto il paese, a riempire i vuoti lasciati dai medici. È in questo contesto che, anche se il paese è preoccupato per la formazione di medici altamente qualificati, appare come una delle priorità la qualificazione anche di altri operatori sanitari. Con più medici laureati presso l'Università Cattolica, dal 2007, si nota che l'esistenza di soli 3 medici per un universo di 100.000 abitanti in Mozambico, sta diminuendo gradualmente. Negli ultimi cinque anni, il Ministero della Sanità è riuscito a sistemare un medico in ciascuno dei distretti del Mozambico, grazie alla formazione dei medici preparati dall'UEM e dall'UCM.

LA SITUAZIONE DEMOGRAFICA E SANITARIA DEL MOZAMBICO

Tasso di crescita della popolazione	2.8% (2012)
Tasso di mortalità per abitante	12.79 decessi/1.000
Tasso di mortalità infantile	84,5 morti/1.000 nascite (fattori: malaria, diarrea e HIV-AIDS)
Persone (15-49 anni) che vivono con l' HIV-AIDS	11.5%
Popolazione totale Tasso alfabetizzazione	56,1% (chi può leggere e scrivere da 15 anni)
Tasso di alfabetizzazione del totale della popolazione (uomini)	70.8%
Tasso di alfabetizzazione totale (donne)	42.8%
Spese sanitarie	5.7% do PIL
Posti letto per abitante	0.8 Letti/1000 abitanti (2010)
Densità dei medici	3,95 Medici /100.000 abitanti (2010)
Densità di infermieri materno-infantile	46 Infermieri/100.000 abitanti (2010)
Fertilità tasso infanti nati/donna	5.6 Zona urbana 6.1 Zona rurale

Fonti: Indice Mundi-2012; INE-Mozambico-2012

5. ATTIVITÀ DI PROMOZIONE DELLA SALUTE E COOPERAZIONE INTERNAZIONALE

La Facoltà di Scienze della Salute dell'UCM ritiene che l'impegno per la formazione dei medici non può sottovalutare i problemi di salute che affliggono il paese, la carenza di operatori sanitari, soprattutto nelle zone rurali, o l'indebolimento delle norme etiche e la qualità dell'educazione dei futuri medici. Questi problemi esistono come una sfida crescente in Mozambico e, a mio parere, sarà possibile raggiungere uno sviluppo integrale, se scommettiamo su una fruttuosa cooperazione internazionale e tra le istituzioni.

Nel caso della Facoltà di Scienze della Salute, i programmi di

formazione degli operatori sanitari si basano su diversi attori e come parte delle sue attività di formazione ha celebrato protocolli, tra cui i più significativi con i medici del CUAMM; i medici dei Paesi Bassi, attraverso il progetto NUFFIC e in collaborazione con l'Università di Maastricht e di Amsterdam; i medici dell'Inghilterra, attraverso il Skilshare e Ipswich University; i medici della Germania (EED e DAAD), l'Università di Monaco (Ludwig Maximilian Universitaet), quattro diocesi della Baviera e l'Associazione Mozambico, tedesca; i medici degli Stati Uniti, attraverso il CDC, Pefar, Twining Center, Fogarty Foundation, l'Università di Pittsburgh, l'Università del West Virginia, l'Università di Washington, World Venture; i medici del Portogallo, attraverso l'Università Beira Interiore e l'Università Cattolica Portoghese.

I protocolli finora firmati, a partire dal 2000, hanno permesso alla Facoltà di garantire l'insegnamento, la formazione degli insegnanti e la ricerca scientifica.

Così, la Facoltà di Scienze della Salute ha formato finora 195 specialisti in medicina generale, 26 specialisti in infermieristica, 28 esperti in studi interdisciplinari su HIV-AIDS e 33 esperti in amministrazione e gestione ospedaliera, per un totale di 282 professionisti della salute.

I Medici del CUAMM, insieme con quelli dell'Università di Ludwig Maximilian Universitaet e di Pittsburgh, hanno sviluppato, nel corso di questi 13 anni di esistenza della Facoltà, le seguenti attività:

- insegnamento a livello di Laurea in Medicina Generale;
- tirocinio in materia di pratiche pedagogiche di Scienze della Salute, basato sul metodo Problem Based Learning;
- monitoraggio degli studenti nell'ospedale centrale di Beira, nel Centro Sanitario San Luca e nei tirocini rurali;
- assegnazione di borse di studio a studenti di medicina generale;
- monitoraggio degli studenti stranieri (italiani, olandesi e

cileni) finalisti dei programmi di laurea in studi sistematici e laboratoriali di campo, specialmente nelle aree di pandemie, come HIV-AIDS, colera, tubercolosi, malaria, ecc.;

- rafforzamento della capacità di gestione dei sistemi sanitari di base più vulnerabili;
- formazione continua dei docenti della Laurea in Medicina i quali si sono laureati recentemente alla FCS;
- interscambio di studenti e inizio della ricerca scientifica nel Centro di Ricerca di Malattie Infettive (CIDI) dell'UCM;
- rafforzamento del laboratorio attraverso l'equipaggiamento adeguato all'insegnamento e alla ricerca scientifica in collaborazione con altre università.

6. LA SOSTENIBILITÀ DEI PROGETTI

DI COOPERAZIONE INTERNAZIONALE

I progetti di cooperazione che sono stati sviluppati, particolarmente nell'UCM, hanno contribuito notevolmente ad aumentare il numero di personale qualificato in questo settore. Tuttavia, ciò che continua ad essere problematico è la mancanza di sostenibilità di questi progetti, che, una volta completati, il paese non ha ancora sufficienti risorse finanziarie per consolidare i programmi di autoformazione.

Dal nostro punto di vista, la sostenibilità di questi progetti di cooperazione è legato, sostanzialmente, al tipo di supporto fornito dalla cooperazione internazionale. Oltre all'appoggio, in termini finanziari, diventa necessario sviluppare strategie di accompagnamento, monitoraggio e valutazione dei risultati dei progetti attuati.

In altre parole, abbiamo bisogno di una cooperazione che, a fianco del sostegno finanziario, investa, ancor più, nell'“accompagnamento prossimo”, ossia “personalizzato”, assumendo il compito primordiale di abilitare gli attori locali ad ampliare le loro opportunità di sviluppo professionale (Lopes, 2005).

Questo investimento nella formazione e capacità degli operatori sanitari è, come sappiamo, sempre molto costoso, poiché si tratta di un tipo di formazione che, infatti, richiede adeguate risorse umane e finanziarie sufficientemente disponibili e capaci. Presso la Facoltà di Scienze della Salute, questo costo è dovuto all'alto numero di insegnanti dell'ospedale centrale di Beira e alla necessità di contribuire alle spese di materiale di consumo per le lezioni pratiche.

Questa situazione è maggiormente visibile nei corsi di Medicina, Infermieristica, Analisi Clinica e di Laboratorio e Farmacia.

Sarebbe difficile far funzionare i corsi solo con il bilancio proveniente dalle risorse proprie (valore della quota di iscrizione); per questo bisogna avere il sostegno di progetti per finanziare alcune attività della Facoltà, come il tirocinio rurale, le attrezzature di laboratorio e i materiali di consumo, le borse di studio e lo stipendio di docenti stranieri.

Naturalmente, questi progetti hanno tempi stabiliti per l'esecuzione. Questo mette, in un certo senso, la Facoltà di Scienze della Salute in una situazione di vulnerabilità, essendo la sostenibilità una sfida enorme per la nostra istituzione.

7. UNA VALUTAZIONE DELLA SITUAZIONE

Per riassumere il mio punto di vista, direi che è estremamente importante stabilire partnership di cooperazione internazionale per la formazione degli operatori sanitari.

La cooperazione tra noi – qui in Europa e là in Mozambico – è la prova inequivocabile che la condivisione del sapere non guarda alle frontiere geografiche, culturali, razziali e linguistiche, e che la volontà di collaborare è un dono che dobbiamo cogliere e promuovere.

La cooperazione internazionale e inter-istituzionale rafforza l'idea che lo sviluppo sostenibile di un popolo presuppone assumere il sapere. Pertanto, occorre investire maggiormente

te sul trasferimento di abilità cognitive, seppur in una logica di rete, che coinvolge entrambi: cooperanti e attori locali (Lopes 2005).

Come sostiene Monkeberg (2006, p. 206) "le possibilità di realizzare lo sviluppo passa inesorabilmente per la modernizzazione del sistema educativo, formando persone responsabili e con un senso di appartenenza e di solidarietà con la società in cui uno vive". In tutte le sue componenti, la formazione professionale degli operatori sanitari è una questione da affrontare, tenendo presente che le risorse umane (docenti e ricercatori) e le risorse finanziarie sono scarse.

A mio parere, questo significa che l'attuazione di progetti di cooperazione internazionale deve poter contare su strategie che salvaguardino la sostenibilità. Ma la sostenibilità dei progetti per la formazione professionale, soprattutto nel settore della sanità, può essere raggiunta solo quando i partner di cooperazione internazionale assicureranno che il lavoro avviato da loro avrà continuità attraverso le persone locali ben qualificate.

Questo significa che i progetti di cooperazione internazionale non possono essere lasciati a metà; cioè i "beneficiari" (attori locali) devono essere in grado di garantire la continuità di tali progetti. Da qui nasce la necessità di progettare piani di azione, monitorati e valutati da parte della cooperazione, così che prima della fine di qualsiasi progetto, si abbiano idee concrete circa i risultati.

Passo a prendere in considerazione alcuni elementi essenziali per la sostenibilità dei progetti di cooperazione:

7.1. Necessità di coinvolgimento dei responsabili (da parte della cooperazione) nel processo di monitoraggio di tutte le fasi dei progetti: infatti il coinvolgimento dei responsabili per percepire lo spirito che guida un progetto di cooperazione, può essere di capitale importanza per il successo della cooperazione.

- 7.2. Valutazione dei risultati conseguiti in ogni fase di un progetto:** mi sembra importante fare una valutazione dei risultati conseguiti in ogni fase del progetto, per il fatto che le persone che implementano il progetto possono eludere gli elementi considerati fondamentali per il successo dello stesso. Pertanto, il costante dialogo tra le parti facilita la necessaria correzione di deviazioni derivanti da una possibile percezione di idee distorte o obiettivi fuori del progetto. Infatti, il dialogo aiuta a rivedere le decisioni prese precedentemente, i piani d'azione concordati tra le parti, gli obiettivi da raggiungere, salvaguardando, ovviamente, i componenti del progetto di cooperazione.
- 7.3. Formazione di equipe comuni di lavoro:** uno degli elementi da considerare nel progetto di cooperazione è la formazione di equipe comuni di lavoro, dove "beneficiari" e cooperanti pianificano e monitorizzano le attività di formazione.
- 7.4. Discussione delle relazioni sulla base dei risultati:** finalmente, dopo il completamento dei progetti, è importante discutere i risultati ottenuti, per accertare la sostenibilità delle azioni intraprese al fine di assicurarsi che ci sia stato un efficace trasferimento delle conoscenze e la capacità di utilizzarle in vari contesti della pratica sanitaria.

8. CONCLUSIONE

Credo che la realizzazione di questo Convegno, incentrato sulla promozione e la realizzazione della cooperazione internazionale e inter-istituzionale avviene in Italia per il fatto che questo paese ha, negli ultimi decenni, considerato la cooperazione internazionale come un aspetto centrale della sua politica a favore dello sviluppo sostenibile.

8.1. La cooperazione internazionale deve assegnare alle uni-

versità il loro ruolo di pioniere nello sviluppo generale di un paese. Infatti, l'educazione, l'accesso all'istruzione e alla formazione degli operatori sanitari non cessano di essere i primi passi da compiere nel cammino della solidarietà e della ricerca del benessere e dello sviluppo sostenibile di un paese.

- 8.2. **In questo senso**, mi sembra importante continuare a mobilitare le migliori energie nel campo della cooperazione internazionale, interpellando le Università europee e africane, così come i volontari e altre persone di buona volontà, a cooperare nella formazione qualificata degli operatori sanitari per il continente africano.
- 8.3. **Per sottolineare** il ruolo della cooperazione internazionale e inter-istituzionale, in particolare a favore della formazione professionale degli operatori della salute, penso che si possa parlare di nuove reti, di progetti e programmi di collaborazione che coinvolgano i governi, oltre alle ONG.
- 8.4. **Nell'ambito** della cooperazione internazionale, mi sembra che il Governo italiano stia già dando i primi passi in questa cooperazione con l'Africa, specialmente con il Mozambico.
- 8.5. **Anche se l'Italia** e altri paesi europei hanno già realizzato alcuni progetti di cooperazione con l'Africa, è necessario rafforzare la cooperazione multilaterale, poiché tutti possono accumulare guadagni, specialmente dal punto di vista culturale. A questo proposito, faccio appello ad alcune ONG, che finora hanno ignorato le Università africane e non le hanno valorizzate come mezzo per la formazione dei professionisti della salute, affinché inizino a pensare a dei piani di cooperazione internazionale, come un modo per contribuire alla promozione del benessere delle persone.
- 8.6. **Credo che la sfida** più urgente, a mio avviso, è sapere co-

me disegnare una politica di cooperazione più chiara, incisiva e focalizzata sulla formazione di intellettuali moltiplicatori dell'ambito sviluppo in Africa.

8.7. Vorrei chiedere ai cooperanti e volontari dall'area della Salute di non avere paura di "sporcarsi le mani", o di accettare le sfide che il continente africano richiede, perché solo in questa linea di idee la logica degli interessi può essere sostituita dalla logica di un'autentica e sana cooperazione internazionale e inter-istituzionale.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

AA.VV., (2006), *Una Vida para la Educación, Homenaje a Maria Isabel Larrauri*, Argentina: Universidad Católica de Cuyo.

Conselho de Ministros (2010), *Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA 2010–2014*, Moçambique, Maputo.

INDEX MUNDI (2012), *Index mundi (Moçambique)*, Recuperado 16 de Setembro de 2013 de

<http://www.indexmundi.com/mocambique>.

Instituto Nacional de Estatística (2012, Julho), *Projeções anuais da população total. Unidade de Análise de Políticas e economia*, PNUD: Moçambique. Recuperado 16 de Setembro de 2013 de <http://www.undp.org.mz>.

Instituto Nacional de Estatística (2011), *Relatório Preliminar do Inquérito Demográfico e de Saúde, Moçambique, Maputo: Ministério da Saúde*.

Lopes. C. (2005), *Cooperação e desenvolvimento humano. A agenda emergente para o novo milénio*, São Paulo: Editora UNESP.

Ministério da Saúde (2010), *Observatório da equidade*, Moçambique, Maputo.

Ministério da Saúde (2006), *Plano estratégico do sector saúde 2007-2012*, Moçambique, Maputo.

UNICEF (2007-2009), *UNICEF Moçambique*, Recuperado 16 de Setembro de 2013 de <http://www.unicef.org/mocambique>.

Integrazione interprofessionale: il punto di vista dei professionisti della salute di origine straniera

Foad Aodi

Presidente Amsi - Associazione Medici di Origine Straniera in Italia,
fondatore del movimento Uniti per unire

PER INTEGRAZIONE INTERPROFESSIONALE si intende un processo che mira al perfezionamento in termini di professionalità, qualità ed organizzazione, grazie al quale un team di professionisti “colmano”, interagiscono appunto, sui propri ambiti di conoscenza.

Il confronto interprofessionale e le strategie per lo sviluppo di una “cultura dell’integrazione”, le opportunità e le criticità associate alla crescita del numero e dei profili delle professioni sanitarie sono argomenti sempre più attuali.

In questo contesto l’immigrazione sanitaria svolge un ruolo attivo seppur marginale: attivo poiché la presenza di professionisti stranieri costituisce forza lavoro, una ricchezza che va a colmare eventuali carenze in diversi settori e spinge verso uno scambio socio-culturale ormai indispensabile; l’aspetto marginale, invece, è riconducibile alle problematiche relative all’inserimento nel mondo del lavoro, di cui la più importante, almeno fino al 04.09.2013, era quella che impediva l’assunzione di medici e operatori sanitari non comunitari presso le strutture pubbliche, data l’impossibilità di sostenere concorsi per chi non in possesso di cittadinanza italiana. La “mappa” dei professionisti della salute di origine straniera evidenzia una prevalenza di operatori sanitari, tra i quali i più numerosi sono gli

*La "mappa" dei
professionisti della
salute di origine
straniera*

infermieri professionali, che, secondo gli ultimi dati Ipasvi, sono 35 mila, per lo più di nazionalità romena (circa il 43%) e polacca (il 14%) e impiegati in prevalenza al Centro e al Nord dell'Italia, mentre il numero dei medici, invece, tende ad aumentare in misura minore ed è composto in larga misura da comunitari o da persone provenienti da Paesi a Sviluppo Avanzato. I medici di origine straniera iscritti ai diversi ordini d'Italia sono circa 15.000, per il 42,3% donne e per il 57,7% uomini. Dal punto di vista lavorativo, molti sono presenti negli ospedali pubblici come liberi professionisti retribuiti attraverso un sistema di gettoni o di compenso a prestazione occasionale, sebbene per periodi prolungati presso la medesima struttura. Una prassi, questa, parecchio diffusa anche nel privato, dove sarebbe formalmente possibile addivenire alla piena assunzione di personale straniero non comunitario. In ogni caso, la maggior parte lavora presso strutture private e accreditate, situazione che si spera cambierà data la possibilità per i professionisti di origine straniera di sostenere concorsi senza l'obbligo della cittadinanza, ma soltanto con la carta di soggiorno. Fisioterapisti e farmacisti sono presenti nel territorio italiano con numeri che si aggirano rispettivamente intorno ai 4.000 e ai 3.500: dei primi, il 60% è laureato in Italia (provengono da Palestina, Egitto, Africa, Germania, Brasile, Argentina, Filippine e Colombia) ed il 40% ha diploma riconosciuto in Italia (provengono dai Paesi dell'Est: Russia, Polonia, Romania, Ucraina); la maggior parte dei farmacisti è laureata in Italia ed è di origine palestinese, iraniana, greca, tedesca, africana, siriana, albanese, siriana.

La situazione lavoro degli operatori sanitari non è diversa e segue le linee base che caratterizzano le aree di inserimento dei medici, con prevalenza nelle strutture sanitarie private, ma anche in quelle pubbliche, alle quali si accede o tramite concorsi, oppure tramite cooperative e agenzie di lavoro interinale.

Integrazione interprofessionale: il punto di vista della professione infermieristica

Annalisa Silvestro

senatrice della Repubblica,

Presidente Federazione Nazionale Collegi Ipasvi

LA DIMENSIONE DEL VOLONTARIATO e della cooperazione internazionale è un elemento ben radicato e storicamente presente nel DNA della professione infermieristica: lo testimonia la presenza diffusa e numerosa di infermieri nelle missioni e nei progetti di solidarietà internazionali.

Tale presenza, orientata a soddisfare la domanda di assistenza e di aiuto di popolazioni che vivono condizioni di estrema povertà e di disagio economico e sociale, nasce da motivazioni etiche comuni a tutti gli operatori sanitari: ed è questo un primo e fondamentale elemento che favorisce l'integrazione interprofessionale.

Ma la spinta ideale comune dei "volontari", per essere efficace, deve essere sostenuta da solidissime basi professionali che si sostanziano nelle competenze di ciascun profilo: il riconoscimento degli ambiti disciplinari è un elemento necessario per fare "squadra". Infatti l'integrazione interprofessionale si concretizza nel momento stesso in cui viene sti-

*Infermieri:
cooperazione
e volontariato*

lato il piano di lavoro e vengono definiti gli obiettivi, le modalità e i criteri per valutare le attività dell'equipe e dei singoli professionisti.

Una terza leva su cui la professione infermieristica sta investendo è la cooperazione volta alla formazione di infermieri in loco.

La formazione di infermieri "in loco"

L'OMS, inoltre, invita a non sguarnire di risorse professionali proprio i Paesi che ne hanno più bisogno, invitando i Governi a mettere in atto politiche tese a frenare i flussi migratori dei professionisti sanitari, anche attraverso il miglioramento delle loro condizioni di lavoro.

Poiché la carenza infermieristica è un problema diffuso a livello internazionale, tali flussi sono stati particolarmente importanti per gli infermieri e hanno coinvolto anche l'Italia. Oggi la professione infermieristica è quella che conta il maggior numero di professionisti stranieri "regolarizzati" nel nostro Paese: attualmente sono 27.336 (comunitari 17.245 e non comunitari 10.091).

Integrazione interprofessionale: la professione ostetrica

Antonella Cinotti

Vicepresidente Fnco -

Federazione nazionale dei Collegi delle Ostetriche

IL RAPPORTO *Trends in maternal mortality: 1990 to 2008*, presentato dall'UNICEF, dall'OMS, dal Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione (UNFPA) e dalla Banca Mondiale, indica una diminuzione del 34% della mortalità materna negli ultimi 18 anni ma il tasso di diminuzione è inferiore (meno della metà) rispetto a quanto sarebbe necessario per conseguire l'Obiettivo di Sviluppo del Millennio, che prevede di ridurre di tre quarti il tasso di mortalità materna globale entro il 2015. Da una stima di 546.000 decessi nel 1990 si è passati nel 2008 a 358.000 casi per evitabili complicanze della gravidanza e del parto. Da questo punto di vista, l'abbattimento delle disuguaglianze nell'accesso alle cure rappresenta un obiettivo irrinunciabile per la riduzione nei Paesi in via di sviluppo di queste morti evitabili. Il 56% delle morti dell'Africa sub-sahariana e il 29% dell'Asia meridionale rappresentano l'85% della mortalità materna nel mondo.

*Mortalità materna:
riduzione inferiore
alle attese*

Si stima che ogni anno 60 milioni di donne partoriscono fuori delle strutture sanitarie e 52 milioni di nascite avvengono senza un'assistenza qualificata al parto.

La distribuzione della disuguaglianza agli accessi alle cure è ulteriormente aggravata nelle zone rurali e dai dati disponibili risulta che la densità media di operatori sanitari, è quattro volte più elevata nelle aree urbane. Se da una parte non vi sono dubbi sulla necessità di raggiungere le donne nelle zone rurali e nelle aree di conflitto, le famiglie più povere e le minoranze, è indispensabile considerare che in alcuni contesti anche un'adeguata offerta di servizi di ostetricia non risulta sufficiente a garantire l'accesso alle cure da parte delle donne che spesso trovano difficoltà a causa delle barriere linguistiche, culturali o finanziarie e che in altre situazioni invece, i centri di assistenza non hanno disponibilità dei farmaci salvavita di base per le donne ed i bambini o di attrezzature e forniture di base.

Le specificità del rischio ostetrico

L'assistenza in area materno infantile rappresenta delle peculiarità di cui è indispensabile tenere conto nell'organizzazione degli interventi e in un'ottica di abbattimento delle disuguaglianze agli accessi alle cure è necessario considerare tutte le variabili sociali, economiche e culturali che nel contesto di riferimento possono influire sulla loro efficacia. L'organizzazione dell'assistenza in area ostetrica richiede inoltre un approccio orientato alla specificità del rischio ostetrico a partire dalla considerazione dell'imprevedibilità di determinati eventi che per incidenza e gravità degli esiti, richiedono operatori in grado di gestire adeguatamente le situazioni di emergenza/urgenza che si possono determinare come ad esempio quelle dell'emorragia *post partum* e della distocia di spalla. Nel caso dell'emorragia *post partum*, prima causa di mortalità materna nel mondo, l'esecuzione degli interventi di prevenzione (gestione attiva del secondamento con impiego di ossitocina, 10 unità IM, entro 1 minuto dalla na-

scita) nonché la tempestività dei trattamenti rappresentano una condizione essenziale per la riduzione della mortalità materna.

Nel caso più raro della distocia di spalla, l'imprevedibilità dell'evento e l'esiguità del tempo a disposizione per evitare esiti materni e neonatali avversi, evidenziano l'importanza di una preparazione adeguata degli operatori rispetto alle manovre da effettuare e da evitare per il suo trattamento. Da qui la necessità di investire nei sistemi sanitari anche in termini di qualità delle cure.

Se la maggior parte dei decessi materni potrebbero essere evitati con interventi sanitari di prevenzione o di gestione delle emergenze/urgenze e delle possibili complicanze, come evidenziato dal presidente della FIGO Gamal Serour al congresso tenutosi a Roma nell'ottobre del 2012, un'altra grande preoccupazione per le donne che partoriscono in paesi in via di sviluppo è rappresentata dalle fistole ostetriche, dovute a complicazioni prevenibili del parto. Questi problemi che comportano ad esempio l'incontinenza fecale e/o urinaria cronica, si ripercuotono sulla vita delle donne costringendole alla sofferenza, alla vergogna ed alla segregazione sociale. Secondo l'Oms ogni anno sono tra 50 mila e 100 mila le donne che sviluppano la fistola ostetrica, e più di 2 milioni di donne oggi nell'Africa Sub-sahariana e in Asia convivono con le conseguenze di questa condizione non trattata.

Tutte le donne hanno diritto ad accedere alle cure prenatali, ad accedere all'assistenza qualificata durante il parto, alla cura ed al sostegno dopo il parto ed i professionisti sanitari sono deontologicamente chiamati ad apportare il loro contributo nei processi di cooperazione. In occasione dell'ultima giornata mondiale dell'ostetrica, che il 5 maggio di ogni anno si celebra in tutto il mondo, la ICM (International Confederation of Midwives) ha lanciato il messaggio chiave "Il mondo ha bisogno di ostetriche ora più che mai", proprio

Il mondo ha bisogno di ostetriche più che mai

in relazione alla scadenza nel 2015 degli Obiettivi di sviluppo del Millennio (MDG). I punti 4 e 5 di Sviluppo del Millennio, ovvero il miglioramento della salute materna e la riduzione della mortalità infantile, sono al centro della visione ICM e del codice deontologico internazionale dell'ostetrica. L'Organizzazione mondiale della sanità, le agenzie delle Nazioni Unite ed altre organizzazioni sanitarie mondiali, hanno riconosciuto che le ostetriche sono la chiave per il raggiungimento dei suddetti punti di sviluppo e Margaret Chan, Direttore generale dell'OMS, ha affermato che "I paesi in cui le donne corrono un elevato rischio di morire durante la gravidanza o il parto stanno adottando misure che si stanno dimostrando efficaci. Questi paesi stanno formando più ostetriche, rafforzando gli ospedali e i centri sanitari per assistere le donne in gravidanza. Nessuna donna dovrebbe morire a causa di un accesso inadeguato alla pianificazione familiare, alla gravidanza e all'assistenza al parto".

In qualità di rappresentante della Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche, ringrazio la FNOMCEO per l'iniziativa ed il coinvolgimento della professione ostetrica nella difesa a livello globale, del diritto alla salute delle donne e dei loro bambini.

UNICEF. *State of the World's Children 2009*. New York: UNICEF, 2009.

Ronsmans C, Graham WJ on behalf of The Lancet Maternal Survival Series steering group, *Maternal Mortality: who, when, where, and why*. *Lancet* 2006; 368: 1189–1200.

Lawn JE, Kinney M, Lee ACC, et al., *Reducing intrapartum related deaths: Can the healthsystem deliver*, *Intl Journal of Gynecology and Obstetrics* 2009; 107: S123–S142.

TAVOLA ROTONDA

Globalizzazione e accesso alle cure tra aggregazioni, reti, strategie e progetti

La tavola rotonda è stata moderata da Antonella Bulfone e Walter Gatti.

Michele Poerio
Presidente nazionale
Federspev

ENCOMIABILE QUESTA INIZIATIVA della FNOMCEO cui la Federspev (Federazione pensionati sanitari rappresentativa di oltre 20.000 medici, farmacisti, veterinari e loro superstiti) è onorata di partecipare.

La Federspev, nata oltre 50 anni fa con profondi principi di solidarietà (paradigmatico è il suo motto fondativo: “non soli ma solidali”) partecipa già ad attività di volontariato con la realizzazione, in collaborazione con alcune ASL ed istituti, di strutture ambulatoriali per l’assistenza di extracomunitari, rom ed altri soggetti deboli.

Solidarietà, parola che – ha affermato Papa Francesco – “fa paura al mondo più sviluppato ... per loro è una parolaccia”. E qualche riflessione questa dichiarazione la meriterebbe ...

La Federspev ritiene sia indispensabile aggiornare l’azione di cooperazione internazionale alle nuove realtà del mondo in trasformazione per innescare un confronto che sappia determinare una vera e propria scossa di rilancio di questa attività. Nel DEF (documento di economia e finanza) dello scorso anno il governo italiano ha riconosciuto che “un riallineamento graduale della cooperazione allo sviluppo permetterà di rilanciare il profilo dell’Italia, la presenza in aree strategiche, le eccellenze e i vantaggi comparati, qualificandosi come un investimento con ritorni in termini di credibilità”.

Se son rose fioriranno, ma questa fioritura ritarda da vari decenni.

In tale contesto la sanità rappresenta uno degli ambiti principali di intervento di cooperazione, ma purtroppo, c’è da rilevare che l’Italia non brilla molto di luce propria soprattutto per la mancanza di una legislazione adeguata che contribuisca, fra l’altro, al coordinamento dei numerosi programmi ed interventi legati a quella galassia di enti, onlus, associazioni varie che operano indipendentemente gli uni dagli

altri. È indispensabile, quindi, razionalizzare tutti gli interventi abbandonando quell'aberrante principio secondo cui tutte queste associazioni, solo per il fatto di tentare di contribuire al bene di soggetti deboli, debbano essere esenti da qualsiasi critica.

Questa magnifica iniziativa della FNOMCEO potrà sicuramente contribuire a raggiungere l'obiettivo di raccogliere idee innovative per un nuovo manifesto di intenti che stimoli una rapida e reale ripresa quantitativa e qualitativa della cooperazione internazionale del nostro paese.

La Federspev, nell'ambito delle sue possibilità, parteciperà convintamente a tale progetto.

ILLUSTRERÒ BREVEMENTE il Progetto “Un rene per la vita”, finalizzato alla realizzazione di un Centro di Emodialisi ad Asmara, in Eritrea.

L'idea è nata da una precisa richiesta, nel 2005, da parte del Ministro della salute dell'Eritrea, Paese completamente privo di presidi per la diagnosi e terapia delle nefropatie, ad un gruppo di medici volontari, che già operava nell'area, relativa alla possibilità di realizzare un Centro di Dialisi per il trattamento sostitutivo dell'IRA, patologia frequente nella Regione e dall'esito quasi sempre infausto. Una visita preliminare consentiva di valutare aspetti positivi che rendevano realizzabile il progetto; in particolare la presenza di un moderno Ospedale, l'Orotta, all'interno del quale era già prevista una piccola area per la Dialisi.

Per la realizzazione di questo progetto venne costituita, da parte di medici nefrologi ed operatori tecnici operanti nello stesso campo, una Associazione Onlus, l'As.Me.V. Calabria, che promosse una raccolta fondi, sollecitando, nel contempo, le Aziende operanti nel settore, ad un concreto aiuto. Dopo circa due anni fu realizzato il primo nucleo del Servi-

Roberto Pititto
Presidente Asmev
Calabria – Associazione
Medici Volontari

zio, con due posti rene, per il trattamento sostitutivo dei pazienti con IRA, in prevalenza bambini e giovani donne. Successivamente il Centro fu ampliato (oggi consta di otto posti rene funzionanti e di due impianti di osmosi inversa) e venne naturalmente superata la distinzione tra IRA e IRC. Fin dall'inizio all'attività clinica venne affiancata quella formativa, rivolta a medici, infermieri e tecnici, sia con lezioni teoriche presso la facoltà di Medicina presente all'interno dell'Orotta, che è l'Ospedale di riferimento del Paese, che con la pratica all'interno del Centro. Attualmente il Centro funziona con personale eritreo ed è punto di riferimento nel Paese per la diagnosi e la terapia delle malattie renali. Il Ministero della Salute, dopo le iniziali difficoltà, provvede all'acquisto del materiale di consumo per l'emodialisi.

Il netto calo della mortalità legata alle malattie infettive, la riduzione della mortalità infantile e giovanile ed il conseguente aumento dell'aspettativa di vita nell'Africa subsahariana, sono fattori in grado di determinare un incremento delle patologie degenerative. Tale tendenza è, a mio parere, in netta crescita e pertanto, nei prossimi anni, anche quei Paesi si troveranno ad affrontare tali problematiche. In particolare l'ESRD avrà un ruolo statisticamente rilevante, anche in considerazione dell'elevato numero di diabetici ed ipertesi presenti, e della carenza di presidi dove tali patologie possano essere efficacemente diagnosticate e curate. L'esperienza ad Asmara può essere utile a dimostrare non solo la realizzabilità tecnica del progetto, inclusi i fondamentali aspetti formativi, ma anche la possibilità che un Paese con limitatissime risorse economiche, con le giuste sollecitazioni, decida di destinare una fetta consistente delle stesse, per una terapia costosa e a lungo termine come la Dialisi. Ovviamente tutto ciò costituisce una sfida ed un grande impegno per il futuro.

ILLUSTRERÒ LA REALIZZAZIONE del progetto finalizzato a Colmare le lacune nel settore sanitario e della convalescenza. La medicina tradizionale e il sistema sanitario biomedico a Zanzibar. Il progetto è stato realizzato da Medici Dell'Alto Adige per il Terzo Mondo, Libera Università di Berlino, Ministero della Salute e delle Politiche Sociali di Zanzibar.

Tanja Nienstedt
Vicepresidente della
Onlus Medici
Dell'Alto Adige per
il Terzo Mondo

Scopo di questo studio sul campo etnografico è quello di identificare potenziali forze per promuovere la collaborazione tra i guaritori tradizionali, i medici, e il Ministero della Salute e della previdenza sociale dello Zanzibar, al fine di meglio rispondere alle esigenze dei pazienti e degli operatori sanitari, così come per confermare la forte necessità di tale collaborazione.

Si presume che l'80% della popolazione dell'Africa subsahariana si basi principalmente sulla medicina tradizionale. L'OMS ha ufficialmente riconosciuto l'importanza della medicina tradizionale e il ruolo degli operatori tradizionali in materia di prevenzione e di assistenza sanitaria pertinente alle malattie globali, come l'AIDS, la tubercolosi e la malaria. Gli sforzi per riconoscere e per promuovere l'uso della medicina tradizionale, tuttavia sono stati ostacolati dalla reciproca sfiducia, nonché dalle difficoltà di regolamentazione di tali pratiche in molti dei Paesi africani (Mbwambo e altri, 2007).

La sfida principale è quella di avviare la collaborazione tra i due sistemi sanitari che differiscono fortemente in termini di teoria sulla causalità della malattia e della gestione dei problemi di salute.

Questo progetto di ricerca presuppone l'esistenza di una forte necessità di creare una piattaforma per la collaborazione tra i guaritori tradizionali, i dottori biomedici, e i rappresentanti del governo. Uno dei suoi obiettivi era quello di capire il comportamento dei pazienti in relazione alla salute al

fine di integrare e promuovere una migliore assistenza sanitaria per i pazienti in linea con la visione nazionale del MoH (Ministero della Salute) zanzibarino. Lo studio ha anche ipotizzato che la competenza (inter-)culturale è importante nel lavoro di sviluppo della salute. Così è stato scelto un approccio medico antropologico che, come è stato anticipato, potrebbe portare ad una migliore comprensione del contributo della medicina tradizionale a Zanzibar, necessaria per la pianificazione di progetti futuri volti a migliorare l'assistenza sanitaria. In sintesi, il progetto si è concentrato su:

- 1) la situazione attuale dei guaritori tradizionali a Zanzibar (ad esempio, la loro posizione giuridica, le linee guida per la pratica medica, la convalescenza/metodi di prevenzione);
- 2) la composizione e le limitazioni del settore sanitario pubblico per quanto riguarda l'erogazione di assistenza sanitaria;
- 3) il comportamento dei pazienti nella ricerca di salute (ad esempio, le motivazioni di consultare guaritori / dottori, esperienze con entrambi i sistemi);
- 4) gli atteggiamenti dei medici nei confronti delle pratiche dei guaritori e viceversa;
- 5) le aspettative di collaborazione per quanto riguarda la erogazione di assistenza sanitaria (dal punto di vista dei medici, dei guaritori, dei rappresentanti MoH e dei pazienti);
- 6) la consapevolezza della nuova Policy Act tra i differenti gruppi. Questa politica, che è stata promulgata nel 2008 dal MoH, è prevista per guidare il contributo di guaritori tradizionali e per assicurare la regolamentazione e la stretta sorveglianza per evitare abusi.

Uno dei risultati ottenuti è stato l'accordo tra le parti sull'importanza del ruolo del guaritore tradizionale. Tutti i guaritori tradizionali censiti erano disposti a collaborare. Per la

formazione necessaria, fortemente sostenuta dagli stessi guaritori, 12 medici biomedici su 12 (compresi i rappresentanti MoH) erano pronti a formare guaritori su conoscenze biomediche. Anche le ostetriche tradizionali hanno chiesto maggior formazione, ma su questo tema i medici biomedici hanno avuto un atteggiamento ambivalente. Un'altra sfida ha riguardato la ricerca delle basi scientifiche della medicina tradizionale che includeva la questione del diritto di proprietà intellettuale e la paura di divulgare la conoscenza senza riconoscimento (win-win situation), così come la paura di perdere pazienti/reputazione in una situazione di cooperazione. Un obiettivo a medio termine dello studio è stato quello di mostrare la varietà di opzioni di trattamento all'interno delle comunità indigene così come i sistemi ufficiali di assistenza sanitaria. Si spera che questi risultati possano essere di ispirazione per altri Paesi. L'obiettivo della ricerca può essere di particolare significato nel sottolineare la necessità di competenze (inter-)culturali adeguate alle esigenze della sanità nei Paesi in via di sviluppo, che porta verso una integrazione più completa di selezione dei trattamenti e la peculiarità della antropologia medica. Si spera che i risultati di questo studio potranno essere utili per il nostro sistema sanitario, data l'attuale tendenza del flusso migratorio verso i Paesi europei.

BISOGNA FARE IN MODO che le prospettive offerte dalla globalizzazione non siano messe al servizio dei grandi poteri economici ma vadano veramente a beneficio di tutti. Le malattie tendono a riprodursi nei paesi dove approdano i migranti quando questi sono costretti a vivere in condizioni di degrado per l'indigenza e l'emarginazione. Questo fenomeno dovrebbe portare l'attenzione all'accoglienza e all'integrazione dal campo umanitario al campo sanitario e di au-

Elias Attalla
Segretario Amai –
Associazione Medici
Arabi in Italia

to protezione delle popolazioni ospitanti. L'art.12 del Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturale del 1966, firmato e ratificato da 147 Paesi sotto l'egida delle Nazioni Unite, recita "Gli Stati Parti del presente Patto riconoscono il diritto di ogni individuo a godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale che sia in grado di conseguire", specificando inoltre gli obiettivi "Le misure che gli Stati Parti del presente Patto dovranno prendere per assicurare la piena attuazione di tale diritto comprenderanno quelle necessarie ai seguenti fini: a) la diminuzione del numero dei nati-morti e della mortalità infantile, nonché il sano sviluppo dei fanciulli; b) il miglioramento di tutti gli aspetti dell'igiene ambientale e industriale; c) la profilassi, la cura e il controllo delle malattie epidemiche, endemiche, professionali e d'altro genere; d) la creazione di condizioni che assicurino a tutti servizi medici e assistenza medica in caso di malattia.

La sottoscrizione di questo Patto obbliga gli stati a garantire il soddisfacimento di un livello minimo essenziale di ciascuno di questi diritti, specificando che per livello minimo in campo sanitario si intende- il diritto di accesso ai servizi sanitari senza discriminazione di sorta, particolarmente per i gruppi più vulnerabile e marginalizzati. Purtroppo a distanza di quasi 50 anni da tale solenne impegno, soltanto una piccola minoranza dei paesi firmatari lo ha rispettato.

*Domenico
Montemurro*
Coordinatore
dell'Osservatorio
Fnomceo sui giovani
professionisti medici e
odontoiatri

LA SALUTE GLOBALE non può non considerare le grosse questioni che affliggono il nostro tempo: disuguaglianze di reddito e di ricchezza.

Branko Milanovic, nel suo libro *Chi ha e chi non ha*, descrive molto bene come la globalizzazione, che avrebbe dovuto offrire un vantaggio ai paesi poveri verso i ricchi, in realtà ha solo comportato una iniezione e un trasferimento di

denaro da paesi ricchi ad altri con evidenti ripercussioni sul reddito, uno dei fattori che influenza i determinanti di salute. È da tempo ormai che l'OMS, le ONG e voci autorevoli continuano a sottolineare che i determinanti della salute, sono i fattori che influenzano lo stato di salute di un individuo e poi di una comunità o di una popolazione. L'approccio verso i determinanti deve passare per un cambiamento metodologico di tipo biopsicosociale, dove comportamenti individuali, contesto politico, socio-economico e culturale, diventano fattori sui quali incidere e senza alcuna gerarchia di importanza. È il contesto politico e socio-economico che attraverso la governance, le politiche sociali e macroeconomiche, i valori culturali e sociali, determina attraverso la distribuzione delle risorse, l'opportunità di salute della popolazione. Pertanto più il reddito e l'istruzione sono elevati, migliori saranno gli indicatori di salute. Non di minore importanza sono: le condizioni legate agli standard di vita quotidiani (acqua, cibo, riscaldamento etc), condizioni ambientali e psicosociali (stress che può causare malattia), comportamenti individuali, la coesione sociale che serve a preservare le persone e la loro salute (a patto che vi siano meno disuguaglianze), fattori biologici non modificabili e i sistemi sanitari.

La mappatura tracciata dal 2007 al 2010 dalla rete italiana per l'insegnamento della Salute Globale (Riisg) e dal Sism (segretariato italiano studenti in Medicina), attraverso un viaggio nelle Università con corsi dedicati alla materia, ha mostrato un quadro disomogeneo. Formazione e operatività, costituiscono i pilastri della Salute Globale. Ma allora quali iniziative in atto e da percorrere? Un esempio il Jpo (Junior Project Officer), un progetto che vede da anni coinvolto il CUAMM e diverse Università Italiane per la formazione dei medici in formazione specialistica (pediatri, chirurghi, internisti ed altre specialità) sul campo; ma anche la necessità

di incardinare l'insegnamento della salute globale e della cooperazione nella struttura curriculare dello studente di Medicina (e quindi non più una attività elettiva) passando da un orientamento biomedico a uno biopsicosociale, favorire un maggiore sviluppo dell'autoformazione (studenti insegnano a studenti e docenti), appoggiare iniziative come il Training of Trainers che coinvolgono docenti universitari, loro stessi veicoli di diffusione della disciplina, favorire le "frugal" health technologies, potenziare il network della Salute Globale coinvolgendo a vario titolo anche gli altri stakeholders (ANCI, università europee ed extra, forze dell'ordine a qualsiasi titolo, imprenditori di servizi, ordini dei medici, ONG, volontariato).

Conclusioni: se una persona non lavora, prima o poi si ammala e se stressata si ammala e se non ha istruzione non lavora. Una delle missioni dell'Osservatorio FENOMCEO sui giovani professionisti medici ed odontoiatri è la consapevolezza nel donare parte del proprio tempo a comprendere il senso profondo del diritto alla salute; propositivo nello scorgere anche se da lontano soluzioni per un sistema sanitario universale "malato" ma pur sempre di tutti.

Mario Affronti

Responsabile Servizio di
Medicina delle
Migrazioni dell'Azienda
Ospedaliera
Universitaria "P.
Giaccone" di Palermo,
Presidente nazionale
della SIMM (Società
Italiana di Medicina
delle Migrazioni)

MIGRAZIONI E MALATTIE: un binomio che nella storia dell'umanità è stato spesso associato. Ancora oggi il migrante spesso viene visto come l'"untore" di manzoniana memoria. Non possiamo certo dimenticare come i movimenti di popolazione abbiano accompagnato la trasmissione di alcune malattie, ma ciò non può giustificare le attuali paure o i pregiudizi sugli immigrati come rischio sanitario per la popolazione autoctona. In primo luogo perché, a differenza del passato, oggi abbiamo le conoscenze, l'organizzazione, i mezzi preventivi e di sorveglianza necessari ad affrontare eventuali situazioni critiche e in secondo luogo per la considera-

zione che l'immigrato che arriva per lavorare in Italia in genere è in buone condizioni di salute per un'auto-selezione in partenza che porta a scegliere chi ha maggiori chance di riuscita nel progetto migratorio e quindi anche chi è più sano e integro nel fisico.

L'interesse a conoscere le malattie o meglio il profilo di salute degli immigrati non dovrebbe, quindi, alimentare pregiudizi o paure ma piuttosto dovrebbe convincere che la garanzia della salute di questa popolazione si ottiene attraverso l'inclusione nel "sistema salute nazionale" favorendo l'accesso e la fruibilità dei servizi sanitari.

Una volta giunti in Italia sono molteplici e complessi gli aspetti che condizionano la situazione di salute degli immigrati nel nostro paese. La possibilità di analizzare e monitorare il bisogno di salute degli immigrati, così come di valutare le sue relazioni con la domanda di salute e l'offerta di servizi e prestazioni, appare il percorso irrinunciabile di un corretto approccio di sanità pubblica.

Malgrado la complessità e, soprattutto in Italia, l'estrema varietà del mondo dell'immigrazione, è possibile tentare di tracciare un profilo di salute dell'immigrato, basandosi sulla letteratura nazionale e sui dati disponibili, per quanto frammentari e non sempre omogenei, relativi a strutture pubbliche ed a centri di volontariato sanitario operanti in Italia.

Potremmo sintetizzare la nostra analisi in due punti essenziali:

- 1) si è osservato in questi anni un aumento dell'accessibilità del sistema sanitario, con incoraggianti risultati di salute in termini di riduzione delle disuguaglianze tra immigrati e popolazione italiana;
- 2) nel contempo alcuni indicatori, seppur grossolani, ci segnalano una persistenza e in taluni casi un aumento, di condizioni di fragilità sociale che si ripercuotono negativamente sulla salute.

Laddove sia stato possibile studiarla, si è evidenziata una differenza geografica da riferire sia alla diversa organizzazione ed efficienza del sistema sanitario, sia alle differenti politiche di integrazione adottate localmente.

A supporto del primo punto, possiamo considerare i dati sull'ospedalizzazione, con particolare riferimento al crescente utilizzo del Day Hospital, ma anche la riduzione dei tassi d'incidenza dell'AIDS e la stabilizzazione di quelli relativi alla tubercolosi. Da segnalare anche una riduzione della mortalità infantile, anche per le migliorate performance nell'ambito dell'assistenza al parto.

I dati a supporto del secondo punto sono: l'elevata frequenza di ricorso all'IVG; il rischio maggiore rispetto agli italiani di incidenti sul lavoro, spesso evidenziati indirettamente dall'accesso in ospedale per traumatismi; la frequenza tra le SDO di ricoveri ad alto rischio di inappropriatazza (come appendicectomie e leiomiomi).

Da questo bilancio sommario sembra emergere con chiarezza l'efficacia delle scelte compiute alla fine degli anni '90 (D.LGS. 25 luglio 1998, n. 286 - Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero -), nel senso dell'adozione di politiche sanitarie inclusive; e soprattutto, emerge la strada da percorrere negli anni a venire per garantire una reale salute per tutti: "... le misure sanitarie per i migranti che siano ben gestite, inclusa la salute pubblica, promuovono il benessere di tutti e possono facilitare l'integrazione e la partecipazione dei migranti all'interno dei Paesi ospitanti promuovendo l'inclusione e la comprensione, contribuendo alla coesione, aumentando lo sviluppo" (Dichiarazione di Bratislava a conclusione dell'8ª Conferenza dei Ministri Europei della Salute, 2007).

Federspecializzandi, la Confederazione nazionale delle Associazioni locali dei Medici Specializzandi, è nata nel 2003 con l'obiettivo di migliorare la formazione dei futuri specialisti italiani.

Gli strumenti che, alla nascita della confederazione, si erano individuati per raggiungere l'obiettivo statutario erano la strutturazione e applicazione del contratto di formazione specialistica e la modifica della modalità di arruolamento degli specializzandi, mediante un esame a graduatoria nazionale. Tra il 2007 e oggi questi due passaggi, se il Parlamento non modificherà il D.L. proposto dal Ministro Carrozza, sono stati realizzati, intanto, però, Federspecializzandi è cresciuta, iniziando a ragionare di formazione e di salute in maniera più ampia.

Uno degli inneschi per questo cambiamento è stato l'incontro con la cooperazione internazionale: molti colleghi hanno avuto, infatti, durante la specializzazione, esperienze in progetti di cooperazione internazionale. La maggior parte dei medici specializzandi che faceva questo tipo di esperienze tornava con più domande di quante già non si ponesse prima della partenza, riguardo alla reale efficacia di questi progetti e, più in generale, al ruolo del medico. Spesso, infatti, ci si rendeva conto che la maggior parte dei progetti in cui gli specializzandi venivano chiamati ad operare, erano interventi di tipo verticale con diverse criticità, non da ultima quella di non collaborare minimamente al rafforzamento dei Sistemi sanitari nazionali dei Paesi che si dichiarava generalisticamente di "voler aiutare".

In questo senso va letto l'incontro tra Federspecializzandi e Il CUAMM che, avvenuto inizialmente per un caso fortuito, ha poi generato una collaborazione che da una parte si è esplicitata nella pubblicizzazione del progetto JPO agli iscritti di Federspecializzandi e nello spostamento della sede legale della confederazione, che dal 2008 è ospitata dalla sede centra-

*Riccardo Casadei**,
*Nicola Cocco***

*Ufficio di Presidenza
Federspecializzandi
**Referente Salute
Globale
Federspecializzandi

le del CUAMM a Padova, dall'altro ha dato ai componenti della federazione alcuni strumenti per dare risposte alle domande che ci si poneva.

Nel 2010, poi, alcuni soci di Federspecializzandi hanno collaborato, a titolo personale, a dare vita alla RIISG, la Rete Italiana Insegnamento Salute Globale.

A seguito di questi "incontri" Federspecializzandi ha voluto impegnarsi dando vita, al suo interno, ad un gruppo tematico di Global Health che ha l'intento di informare e formare i colleghi sulle tematiche delle disuguaglianze in Salute e degli effetti delle dinamiche global sulla Salute sui servizi sanitari, e di diffondere il paradigma della Salute Globale.

Se è vero, infatti, che una parte dell'università italiana è stata sensibilizzata dalla RIISG, e in alcune sedi, seppur pochissime, la Salute Globale è entrata nei curricula obbligatori del corso di Laurea di Medicina e Chirurgia, in altre attraverso corsi di didattica elettiva, è anche vero che le scuole di specializzazione, tranne qualche rarissimo esempio, non sono state ancora "scalpite" da questo processo.

Così come è successo con il SISM, il Segretariato Italiano Studenti in Medicina, Federspecializzandi ha sentito quindi il bisogno di mettersi in gioco per fare in modo che la formazione medica specialistica comprendesse queste tematiche.

L'intento attuale è quello di ottenere che i medici in formazione specialistica italiani siano formati in Salute Globale, sia modificando i curricula formativi delle Scuole di Specializzazione, sia organizzando momenti formativi in cui i medici specializzandi possano confrontarsi con altre professionalità, medici strutturati, infermieri, assistenti sanitari, ma anche professionisti provenienti da altri campi (dalla psicologia, all'antropologia, dall'economia alle scienze politiche ecc..), in modo da arricchire con esperienze e conoscenze diverse le possibilità formative e di azione.

Va però chiarito un punto: anche se il bisogno formativo che

inizialmente abbiamo sentito, è nato da problematiche legate ad interventi di cooperazione internazionale, l'intento di Federspecializzandi non è solamente formare medici che sappiano come agire in maniera consapevole ed efficace in ambiti di cooperazione, ma quello di dare strumenti ai futuri specialisti per comprendere le dinamiche che impattano sulla salute degli individui, anche in modo che si possano generare idee e proposte per ristrutturare il nostro sistema sanitario, affinché, nell'organizzazione e nelle pratiche, sia in grado di ridurre le disuguaglianze in Salute che le attuali crisi globali e locali stanno aggravando.

IL PROGETTO GIRASOLE, originato dalla iniziativa di organizzazioni Medico-Sanitarie attive in Africa, coinvolge gli Ordini dei Medici e Chirurghi provinciali di Roma, Aosta, Vicenza, Milano, Torino e Genova e nasce con una riunione dedicata e organizzata dall'Associazione Medici in Africa in Genova nel 2012 per aiutare alcuni Ospedali africani ad elevare il proprio standard operativo.

Grazie ad un gruppo di medici con competenze specialistiche elevate, le tecniche potranno essere esportate in tali strutture effettuando in loco interventi complessi su pazienti selezionati, unitamente alla organizzazione di corsi e tutoraggio finalizzati a formare in loco i loro medici sino al conseguimento di una reale autonomia operativa.

Questo progetto ben si inserisce nelle finalità dell'evento odierno organizzato dalla FNOMCEO e rappresenta un ulteriore valido punto di partenza attivo e concreto per realizzare quanto proposto nel convegno, in particolare in ambiente specialistico.

La realtà della Cooperazione Sanitaria nei paesi a basso e medio sviluppo è in fase di profondo cambiamento. È comune percezione che in molti PVS stiano emergendo esigenze e

Domenico Dato
Membro del Direttivo
di Medici in Africa e del
progetto Girasole,
Referente per la
cooperazione
internazionale Ordine
dei medici di Genova

bisogni sanitari diversi, legati alla evoluzione dei contesti socio-economici e delle abitudini di vita della popolazione, in particolare di quella parte che vive nelle grandi città e ruota attorno ad ospedali di riferimento, dove vengono richieste cure più qualificate rispetto agli standard garantiti nei normali ospedali periferici.

Non sono da trascurare neanche gli effetti della globalizzazione per cui la sanità locale deve confrontarsi con l'applicazione nei pvs di nuove tecnologie i cui vantaggi non sempre corrispondono alle attese a causa dei problemi gestionali ed economici ad esse collegati. È in un simile contesto che si inserisce il progetto Girasole: organizzare missioni di specialisti italiani che per periodi di due o tre settimane, periodicamente ripetute, dimostrino concretamente e insegnino quelle moderne tecniche diagnostiche e terapeutiche che meglio si adattano alle realtà locali coinvolgendo, attorno al nucleo iniziale, il maggior numero possibile di associazioni e di professionisti interessati. Gli ambiti specialistici da considerare dovrebbero riguardare le seguenti specialità: Chirurgia Generale di Alta Complessità, Toracica, Vascolare, Plastica, Ostetrico Ginecologica, Pediatrica Urologica, Ortopedica, O.R.L., Cardiologia Oculistica, Endoscopia Digestiva e Interventistica, Medicina d'Urgenza.

Ad oggi, le associazioni coinvolte, e i referenti, sono: Emergenza Sorrisi, Roma (Fabio Massimo Abenavoli); Ospedale di Aosta, Aosta (Marco Sarboraria); Anemon Onlus, Torino (Riccardo Durando); Surgery for Children, Vicenza (Sergio D'agostino); Ospedale San Donato Milanese, Milano (Domenico Tealdi); Cute Project, Torino (Ezio Gangemi); Dont Forget Africa, Roma (Nino Cavallaro); Medici in Africa, Genova (Edoardo Berti Riboli).

Promozione della salute e cooperazione internazionale: la FNOMCEO per il volontariato medico e la collaborazione tra istituzioni

Maurizio Benato

Vicepresidente FNOMCEO

TRASCINATA NEL MARE APERTO della globalizzazione, alla nostra medicina sempre di più viene richiesto di rivolgere la propria osservazione verso processi sociali dalle dimensioni inusuali, verso aree continentali con le quali ha avuto poco a che fare in passato.

Il tema della tutela della salute globale è un tema dalle forti implicazioni umane e sociali tali da rendere ineludibile un confronto con la dimensione etica relativa al ruolo politico e alla responsabilità della professione medica e pertanto all'ethos del professionista medico; questo anche perché nel patrimonio della medicina trova sempre di più accoglienza anche la categoria di ambiente e la categoria politica di salute pubblica, che supera il concetto della cura individuale ad personam e si rivolge ad una difesa della salute applicata ad societatem, rispetto ad alcune categorie che storicamente hanno contribuito a definire gli ambiti della medicina, quali la categoria filosofica dell'unità, della totalità del cor-

po e della sua psiche.

Emerge, quindi, la necessità di una riflessione sulla dimensione transnazionale della salute, nella convinzione che mai come oggi il contributo che può dare la medicina può risultare decisivo, non solo nel suo scopo storico ma anche nella comprensione delle complesse relazioni tra società, salute e sviluppo.

Dobbiamo renderci conto che esiste una forte interdipendenza nel campo della salute un tema che richiede differenti approcci per essere affrontato.

*Una riflessione
sulla dimensione
transnazionale
della salute*

C'è bisogno innanzitutto di informazione attendibile ma anche di interpretazione sociologiche che ci diano una spiegazione sulla la fuga dei medici dai paesi africani, sulle valutazioni ambientali, sul come far funzionare al meglio le città e i paesi perché da ciò discenda un miglioramento delle condizioni di salute della popolazione.

Informazioni che ci siano utili sul come migliorare la qualità dei servizi sanitari nei paesi in via di sviluppo, sul come valorizzare gli operatori sanitari disponibili attraverso le tecnologie della comunicazione: tutti temi che come si può capire sono molto sensibili politicamente e che vanno ben al di là della realtà medica richiamando scenari in cui i principali attori in gioco sono le istituzioni locali, nazionali e internazionali, i governi le associazioni della società civile e soprattutto i cittadini comuni.

Una valutazione sbagliata una visione non pertinente dei problemi, interpretazioni non corrette possono essere gravi di conseguenze se non altro perché si dimostrano inefficaci a non interrompere la catena del dolore che opprime milioni di persone che vivono in paesi in via di sviluppo

Il filo conduttore comune è in fondo quello dell'affermazione della salute come un diritto universalmente sancito e riconosciuto.

Ecco allora spiegata la presenza della nostra istituzione FNOM-

CEO che considera la tutela della salute nella sua dimensione globale, oltre che riconoscimento di un fondamentale diritto umano, fattore indispensabile per uno sviluppo economico durevole favorente la riduzione delle disuguaglianze.

Una FNOMCEO con un fine etico di promozione di azioni politiche concrete che garantiscano equità, accessibilità, qualità e adattabilità degli interventi sanitari laddove povertà ed esclusione sociale si sommano allo svantaggio della malattia.

La FNOMCEO ha declinato nel *Manifesto sulla tutela della salute globale* i propri convincimenti e le intenzioni partendo da un concetto, ormai chiarissimo alla professione medica, sui significati dei determinanti della salute.

Povertà, sfruttamento, violenza e ingiustizia nonché fattori di ordine socio-economico, politico e culturale interni ed esterni alle società colpite favoriscono le disuguaglianze nella salute.

L'equità nella salute va perseguita eliminando differenze non necessarie ed evitabili, favorendo l'istruzione, la sicurezza e lo sviluppo sociale ed economico.

La tutela della salute richiede un ecosistema stabile ed equilibrato, uno sviluppo durevole dove l'istruzione, la giustizia, l'equità sociale possano svilupparsi quali conquiste etico-civili.

È dalla salute, che è bene indivisibile e diritto fondamentale del genere umano, scaturiscono le opportunità per una crescita economica quale moltiplicatore delle risorse umane.

1. Rivisitare il concetto di salute, aperta e culturalmente inclusiva, in modo da poter rappresentare al contempo tutte le popolazioni e tutte le diversità, con il chiaro riferimento al diritto alla salute che emerge dalla Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo.
2. Rivedere le strategie, prevalentemente verticali, che mirano all'ottenimento rapido di risultati quantitativamente

Obiettivi Fnomceo

te rilevanti e impediscono l'identificazione dei processi che generano patologia e disagio. Non agiscono sulle condizioni sociali ed economiche che determinano la malattia.

3. Rivedere come ovviare al ripetersi di interventi con priorità ed esigenze che prescindono dalla complessità dei bisogni delle popolazioni coinvolte nelle diverse iniziative.
4. Proposte organizzative della FNOMCEO sulla formazione e sullo sviluppo professionale permanente degli operatori sanitari

Argomenti

1. Universalismo, solidarietà ed equità delle cure e crisi dei sistemi sanitari.
2. Salute globale e assistenza sanitaria primaria.
3. La carenza di personale sanitario a livello globale: formazione professionale e migrazioni internazionali
4. Le disuguaglianze nella salute e il ruolo dell'epidemiologia.
5. Sviluppo professionale permanente degli operatori.

Proposte Fnomceo

1. Formazione e ricalibrazione di medici e operatori sanitari di paesi in via di sviluppo mediante stage in Italia presso dipartimenti universitari e ospedali pubblici
2. Costituzione di un albo nazionale di medici pensionati, volontari disponibili a operare per periodi da determinare presso strutture di paesi in via di sviluppo.
3. Coordinamento nazionale ai fini dell'indirizzo programmatico presso la FNOMCEO di tutte le organizzazioni di volontariato dirette da medici.
4. Promozione di iniziative regionali ai fini del riconoscimento giuridico ed economico dei distacchi di tutti gli operatori sanitari presso i paesi in via di sviluppo.

Le dimensioni e la complessità dei principali problemi che affliggono oggi la qualità di vita e il benessere umano, nel suo ambiente, sono enormemente diversi da quelli con cui si confrontavano le generazioni passate.

La globalizzazione – nel suo aspetto sanitario – costituisce un’opportunità per poter garantire a tutti equità nelle cure, basata sulla forza morale del diritto alla salute, politicamente disatteso.

Le forze che oggi minacciano l’uomo nella sua dignità e l’ambiente in cui vive sono sempre più globali, potenti, sofisticate e coordinate.

Esiste il bisogno urgente di una visione del concetto di sviluppo, nuova e alternativa, uno sviluppo che sia promotore di ricchezza equamente distribuita per promuovere la salute e il benessere dell’uomo nell’ambiente che lo circonda.

La comunità medica, per la sua parte ma anche tutti coloro che hanno il compito di produrre cultura, formazione e ricerca, hanno il dovere di affrontare in modo diffuso e sistematico i temi dell’equità, dell’accesso alle cure, della difesa della dignità e della vita degli uomini.

Questi temi spesso oggetto soltanto di trattative “a porte chiuse” nell’ambito di vertici internazionali o di reportage giornalistici, devono appartenere in realtà in toto allo “statuto della medicina” che non può sottrarsi a questa nuova sfida, forte del suo plurisecolare bilancio a tutela della vita umana.

Per giungere a questo si dovrà ampliare la propria ottica allargandola ad una visione globale di interdipendenza e di applicazione uniforme degli stessi concetti di salute e cura, prescindendo dai fattori sociali, culturali e territoriali fonte di discriminazione.

“Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft, und die Politik ist nichts weiter als Medizin im Großen” (La medicina è una scienza

za sociale e la politica non è altro che la medicina pensata in grande n.d.r.) ha affermato a fine ottocento Rudolf Virchow, grande clinico tedesco cui tutti noi medici dobbiamo molto anche sul piano scientifico.

A distanza di molto più di un secolo non posso che concordare!

Manifesto di Padova sulla Tutela della Salute Globale

La FNOMCEO nel considerare la tutela della salute nella sua dimensione globale quale riconoscimento di un fondamentale diritto umano e quale fattore indispensabile per uno sviluppo economico durevole favorente la riduzione delle disuguaglianze, al fine etico di promuovere azioni politiche concrete che garantiscano equità, accessibilità, qualità e adattabilità degli interventi sanitari laddove povertà ed esclusione sociale si sommano allo svantaggio della malattia,

AFFERMA I SEGUENTI PRINCIPI.

DIRITTO ALLA SALUTE

La salute è un bene indivisibile e un diritto fondamentale del genere umano.

È fondamento e finalità primaria di crescita economica quale moltiplicatore delle risorse umane.

La qualità di salute di una popolazione, la giustizia con cui la salute viene distribuita e il livello garantito di protezione alle situazioni di svantaggio derivate dalle malattie, condiziona il giudizio sullo sviluppo di una società.

DETERMINANTI DELLA SALUTE

Povertà, sfruttamento, violenza e ingiustizia nonché fattori di ordine socio-economico, politico e culturale interni ed esterni alle società colpite favoriscono le disuguaglianze nella salute.

L'equità nella salute va perseguita eliminando differenze non necessarie ed evitabili favorendo l'istruzione, la sicurezza e lo sviluppo sociale ed economico.

La tutela della salute richiede un ecosistema stabile ed equilibrato, uno sviluppo durevole dove l'istruzione, la giustizia, l'equità sociale possano svilupparsi quali conquiste etico-civili in un ecosistema stabile ed equilibrato.

RUOLO DEL MEDICO

Il medico deve garantire una corretta informazione ed educazione sanitaria per promuovere stili di vita che possano favorire la salute e ridurre l'asimmetria informativa con i cittadini.

Il medico promuove la partecipazione e la cooperazione per il mutuo benessere e il buon governo delle istituzioni per favorire qualità di vita, rendimento dei sistemi sanitari e salute dei cittadini.

La crescita costante, progressiva e consapevole delle potenzialità degli esseri umani, e delle comunità in termini di sviluppo civico e sociale, accompagnata da una corrispon-

dente crescita di autonomia ed assunzione di responsabilità è condizione imprescindibile per realizzare una reale partecipazione ai processi decisionali e come tale deve essere sostenuta dal medico e dai sistemi sanitari locali.

La formazione del medico deve essere in grado di consentire l'acquisizione di un senso di responsabilità etico-sociale per il paese di provenienza, deve consentire una correlazione tra conoscenze teoriche e formazione pratica che sia rispettosa della diversità negli stili di vita, del pensiero esistenziale e della comprensione critica della propria identità attraverso il paritario rapporto con l'alterità.

RUOLO DELLA COMUNITÀ INTERNAZIONALE E LOCALE

Alla comunità internazionale afferisce la responsabilità del ruolo guida nel definire politiche attive di promozione della salute e nel coordinare politiche intersettoriali idonee a contrastare i determinanti distali della stessa.

La comunità internazionale deve sostenere i sistemi sanitari nel loro ruolo di programmazione e regolazione dei servizi sanitari pubblici e privati per garantire la tutela della salute in un'ottica di universalità di accesso ai servizi.

La cooperazione internazionale deve favorire politiche che possano garantire la formazione e il mantenimento delle competenze nel tempo del personale sanitario, destinando adeguate risorse per una degna remunerazione e adeguate condizioni di lavoro che permettano la permanenza e l'integrazione nel sistema sanitario del paese di origine.

I servizi sanitari devono favorire l'accesso universale alle cure garantendo la loro gratuità e fruibilità.

I farmaci essenziali devono essere resi disponibili in una logica non economica ma di diritto. Le politiche di com-

partecipazione alla spesa devono essere rispettose dei bisogni differenziati espressi dai gruppi più vulnerabili delle comunità, donne e bambini, e favorire l'assistenza ai malati meno abbienti. Il medico deve adoperarsi per politiche di creazione e consolidamento di un legame fiduciario tra le comunità locali e sistemi sanitari privilegiando interventi di prevenzione e cura delle patologie a maggior carico di morbosità e mortalità.

PROFESSIONE MEDICA E COOPERAZIONE SANITARIA

Gli interventi di cooperazione internazionale in tema di salute devono realizzarsi in un'ottica di integrazione con i sistemi sanitari dei paesi interessati contribuendo al loro rafforzamento ed evitando competizioni.

Detti interventi devono essere prioritariamente indirizzati a sostenere la formazione di nuove risorse umane ad assicurare la ricerca in campo medico rivolta al bisogno per il superamento degli squilibri esistenti, evitando rafforzamenti artificiali e temporanei di erogazione di cure dedicate a malattie specifiche che non siano utili ad abbattere le barriere di accesso alla salute della popolazione.

La cooperazione internazionale portando a uno scambio di idee, di valori, di esperienze e di risorse può consentire di affrontare insieme il problema delle disuguaglianze nella salute attraverso il coinvolgimento dell'Uomo e delle comunità nelle decisioni che riguardano la salute e i sistemi sanitari.

PADOVA, 31 MAGGIO 2008

Medicina di genere: le iniziative degli Ordini

Come sta crescendo l'interesse verso la medicina di genere: il panorama italiano

Annarita Frullini

Coordinatrice dell'Osservatorio FNOMCEO

Professione medica e odontoiatrica al femminile

QUANTO E PERCHÉ cresce l'interesse verso la medicina di genere? Saranno forse gli Ordini a sviluppare sensibilità di genere, che significa percepire le differenze, le problematiche, le uguaglianze e disuguaglianze, e in base a ciò definire strategie e azioni?

Genere, come “differenze sociali tra donne e uomini, apprese e modificabili nel corso del tempo, con caratteristiche diverse entro e tra le culture”. Genere come realizzazione di sé suscettibile a continui mutamenti che tenga conto delle differenze entro il genere. Medicina di genere come strumento di appropriatezza clinica, principio di equità delle cure per i bisogni di salute della donna e dell'uomo.

Si parla di differenze di genere dal 1998, l'OMS ha chiesto da oltre un decennio che le considerazioni di genere diventino pratica nelle politiche sanitarie. In Italia è del 2005 il primo Progetto ministeriale per la salute della donna.

Luce Irigaray definiva la donna come un'immagine allo spec-

chio, contraria e opposta simmetrica.

Se di opposto si tratta la donna è un opposto ben complesso. Oltre le differenze visibili nella dimensione e nella composizione corporea, nella reazione agli stressor, fisici, chimici e psichici, molti altri parametri sono diversi: volumi plasmatici, flussi d'organo, metabolismi ossidativi, attività enzimatiche. Per le variazioni ormonali presenti nella ciclicità della vita femminile dobbiamo parlare di tanti modelli di donne nei quali farmacocinetica, farmacodinamica, efficacia e sicurezza hanno declinazioni diverse.

Non vi sono solo differenze legate all'influsso degli ormoni sessuali. Le linee cellulari mantengono caratteristiche e "memoria" della loro origine sessuale e stimoli epigenetici hanno effetti diversi.

Appaiono necessari studi clinici con dati disaggregati per genere e per fasce di età, nuovi modelli per realizzare terapie differenziate per sesso, verso cure personalizzate, dove la complessità della visione di genere riesca a dialogare con valutazioni comparative, innovazione e sostenibilità. Essenziale sarà il diffondere conoscenze intorno alla medicina di genere e portare tutto il contributo delle conoscenze scientifiche nelle decisioni di organizzazioni, operatori sanitari e pazienti.

Sarà anche necessario capire se quanto studiato su di un sesso sia trasferibile a beneficio dell'altro sesso. Il paradigma della medicina "testato sull'uomo, valido per tutta la popolazione" nel caso del Pap test e del "Modello HPV" è stato sovvertito. Grazie agli studi sulle donne, la scienza ha compreso i meccanismi di trasmissione di uno dei virus più diffusi in natura (il Papillomavirus - HPV) e riesce a prevenire neoplasia in donne e uomini. Il modello HPV da studio per le donne è diventato studio di genere.

La diffusione culturale della medicina di genere è da attribuire soprattutto a due donne medico: Flavia Franconi e Giovannella Baggio.

Giovanella Baggio, Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Medicina Generale dell'Azienda Ospedaliera di Padova e Presidente del Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere della Fondazione Giovanni Lorenzini, ha presieduto nel mese di ottobre il terzo Congresso nazionale sulla Medicina di Genere e il Corso interattivo sul "Sistema Diabete", con gli auspici e la collaborazione dell'Omceo di Padova nelle persone di Maurizio Benato e Antonella Agnello. Nel 2009 si era svolto a Padova il Primo congresso nazionale sulla medicina di genere.

Dice Baggio: "La medicina di genere non deve essere il femminismo della medicina. Abbiamo creato una rete che interagisce per progettare insieme, ottimizzare la prevenzione e la terapia delle malattie. Nelle malattie ad alta incidenza quali il diabete e le malattie cardiovascolari abbiamo raggiunto conoscenze che permettono percorsi differenziati. Anche la diagnostica fra uomini e donne può essere diversa: in cardiologia prove da sforzo e coronarografia non sono dirimenti per la donna. Il diabete è molto più aggressivo sulle arterie delle donne".

*La medicina di
genere in Italia:
Giovanella Baggio*

Sergio Pecorelli, presidente AIFA e co-presidente nel convegno di Padova, ha detto: "La medicina di genere è un'autentica rivoluzione copernicana per tutto il sistema delle cure, della ricerca, della sperimentazione, e anche della produzione farmaceutica. Oggi ci sono farmaci per intere aree terapeutiche in cui la popolazione prevalente è rappresentata da soggetti di sesso femminile, testati all'interno di trials in cui i pazienti coinvolti sono per lo più di sesso maschile. Il 65% della spesa mondiale in sanità è dedicata al mondo degli over 65, una fetta di popolazione dove il genere femminile è numericamente preminente".

Flavia Franconi, Professore ordinario Dipartimento di Scienze biomediche dell'Università di Sassari e Coordinatrice del Gruppo Farmacologia di genere SIF, è fiorentina, laureata in

medicina e chirurgia e specializzata in psichiatria all'università di Firenze.

Nel 2009 ha realizzato a Sassari il convegno *Genes, Drugs and Gender* e coordina il primo dottorato di farmacologia di genere in Europa.

Ha sempre coniugato salute e diritti nella prospettiva di genere: "La complessità femminile e quindi la conseguente variabilità (dovuta alle variazioni ormonali ed altro) deve essere studiata perché solo così è possibile conoscere la realtà. L'uso delle associazioni estro-progestiniche modifica numerosi parametri ematoclinici e cellulari. Alcuni di tali cambiamenti dipendono dal tipo di progestinico, il che implica la necessità di includere ulteriori gruppi e di non separare il genere dall'età. La discriminazione di genere inizia già in fase preclinica dei test, cioè quando si sperimenta la molecola sulle cavie, quasi sempre di sesso maschile. Quando usate, le cavie femmine sono prese troppo giovani, quando cioè non hanno mai avuto una gravidanza. Nella vita i farmaci, mediamente, sono prescritti soprattutto a donne adulte che hanno già avuto figli e la 'tempesta ormonale' che si verifica in seguito a una gravidanza modifica molto l'organismo femminile e la sua risposta ai farmaci. Quando si parla di genere bisognerà considerare non solo l'osservato, il paziente o l'oggetto della ricerca, ma anche la popolazione medica: la compliance rispetto alle indicazioni terapeutiche varia in relazione al rapporto con i medici e al loro genere".

Dedita alla Medicina di genere, la Commissione Donne Medico dell'OMCEO di Ferrara che dal 2008 ha organizzato, su questo argomento, incontri formativi e pubblicazioni sul Bollettino dell'Ordine, scaricabili online (si veda: <http://www.ordinemedicife.it/bollettino-on-line>) e in collaborazione con il Comune e l'Azienda USL, ha realizzato un progetto di prevenzione del rischio cardio-vascolare per le donne in menopausa.

*La Commissione
Donne Medico di
Ferrara*

Sempre a Ferrara Fulvia Signani, psicologa e sociologa della salute, presidente del CUG dell'Azienda USL, ha pubblicato il volume *La salute su misura. Medicina di genere non è medicina delle donne*, dove ricorda che il genere fu riconosciuto nel 2006, tra i fattori a scavalco tra sanità e sociale, come fattore strutturale della società grazie alla Commissione sui Determinanti sociali di salute dell'OMS, presieduta dall'inglese Michael Marmot.

*GISEG
Gruppo
italiano
salute e genere*

In Emilia Romagna si è svolta la campagna d'informazione *Fare salute partendo dal genere*, promossa dal GISEG - Gruppo Italiano Salute e Genere, con tappe a Piacenza, Reggio Emilia e Forlì.

In alcune regioni la medicina di genere è stata inclusa nel piano sanitario regionale e per la Toscana la Medicina di Genere è una delle priorità della Regione nel campo della salute. A Firenze si sono svolti sempre nel mese di novembre due importanti convegni, un terzo si svolgerà a dicembre sul tema Differenze di genere e lavoro, tra ritardi culturali e nuove opportunità, realizzato dall'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi in collaborazione con l'Università di Pisa e la Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale. Le donne sono entrate in ambienti di lavoro dove fino a poco tempo erano impiegati solo soggetti di sesso maschile ed è pertanto necessario ri-determinare i limiti d'esposizione e individuare indicatori di qualità sesso-stratificati per cure migliori. Inoltre particolare attenzione va posta ai determinanti di salute del genere femminile nella prevenzione dello stress lavoro correlato, come già fatto anche dall'INAIL.

La Medicina di Genere ha impatto anche nelle malattie autoimmuni, come la Sclerosi Multipla, malattia ad alta prevalenza femminile: Su questo tema si è svolto nel novembre scorso un incontro a Firenze, *Sclerosi multipla, un paradigma della medicina di genere*, dove la malattia altamente disabilitante è stata osservata con un'ottica di genere.

Qualche giorno prima era stato presentato un volume sulla Salute di Genere in Toscana, curato e pubblicato dall'Agenzia Regionale per la Sanità su iniziativa della Commissione Salute di Genere del Consiglio Sanitario Regionale.

Antonio Panti, vicepresidente Consiglio Sanitario e Presidente OMCEO di Firenze, nella premessa scrive: “Le conoscenze scientifiche sono aumentate in modo esponenziale e, con quelle, la consapevolezza che, al di là dei sessi o, meglio, del continuum della sessualità umana, fosse assai più appropriato parlare di identità di genere e approfondire bene le conseguenze che tale diversità apportava nelle conoscenze e nella prassi della medicina e nella costruzione del ‘sistema salute’. (...) il testo è una breve ma completa sintesi sulle conoscenze scientifiche attuali sui diversi comportamenti dei generi e quindi sull’incidenza di questi sulla salute e sulla malattia, dal punto di vista epidemiologico e medico”.

Sempre in questo periodo si è svolto all'Istituto Superiore di Sanità un convegno per presentare i lavori svolti nel Progetto Strategico Salute della Donna, finanziato dal Ministero della Salute e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità: *La medicina di genere come obiettivo strategico di sanità pubblica per la tutela della salute di tutti: qualità, appropriatezza e accesso alle cure*. Stefano Vella nel presentare i risultati ha rilanciato un nuovo tavolo di lavoro open call.

Inoltre, all'ISS è stato istituito un Reparto di Malattie degenerative, Invecchiamento e Medicina di genere coordinato da Walter Malorni. Sull’“appropriatezza” delle cure, l'ISS sta lavorando da anni, insieme con altre grandi agenzie nazionali, come l'AIFA e l'AGENAS, occupandosi di quelle popolazioni nelle quali le differenze mediche e di approccio socio-sanitario vanno valorizzate e personalizzate per mantenere il grado di efficacia, efficienza ed equità del nostro sistema sanitario verso anziani fragili, bambini, persone con polimor-

bidità e, appunto, le donne.

Stefano Vella ha ripetuto come sia medicina di genere anche occuparsi dei 20 milioni di persone che muoiono prematuramente (la metà dei quali, prima dei cinque anni) nei paesi in via di sviluppo per mancanza di un adeguato accesso alle cure sanitarie di base.

Rita Levi Montalcini in *Eva era africana* scriveva: “La differenza tra uomo e donna è epigenetica, ambientale. Il capitale cerebrale è lo stesso: in un caso è stato storicamente represso, nell’altro incoraggiato. Così pure tra popoli. È sempre un dato culturale. Per fortuna le donne stanno raggiungendo ciò che era stato loro precluso. Circa il 60 per cento di chi soffre la fame cronica, nel mondo, è donna. Ciò è dovuto al fatto che spesso le donne non hanno pari accesso alle risorse, all’istruzione e alla creazione di reddito, oltre ad avere un ruolo minore nei processi decisionali”.

*I contributi
di Aifa e Agenas*

Nell’incontro di fine ottobre all’ISS era presente anche Luca Pani, Direttore Generale AIFA, che ha detto: “L’Agenzia Italiana del Farmaco ritiene utile sensibilizzare le Aziende farmaceutiche che presentano dossier di registrazione di nuovi medicinali ad effettuare anche l’elaborazione dei dati disaggregati per genere, in maniera tale da evidenziare le eventuali differenze. Peraltro, nell’analisi della popolazione femminile, si potrebbe ulteriormente procedere ad una stratificazione per classi di età, essendo queste ultime, come noto, fonte di ampia variabilità di risposta alle terapie”.

L’AGENAS ha dedicato alla medicina di genere il primo Monitor “rosa” (n.12, 2005), e il numero 26, nel 2010. Sta ora studiando come inserire a livello di progettazione nei PDTA, Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali, strumenti di management clinico, il punto di vista di donne e uomini, ragazze e ragazzi. Bruno Rusticali, dell’AGENAS, ne ha spiegato l’obiettivo: ridurre la “scomposizione” del malato in singole patologie e consentire allo specialista, con l’introduzio-

ne dell'analisi di genere, una dimensione di conoscenza d'insieme che aiuti ad interpretare la realtà e pianificare, programmare e gestire i servizi sanitari al meglio.

L'Aula di Montecitorio ha approvato, il 27 marzo 2012, la mozione unitaria sulla medicina di genere, presentata da tutti i partiti politici. Una mozione unitaria impegna il governo ad assumere impegni precisi sulla materia, come inserire fra gli obiettivi strategici del prossimo piano sanitario nazionale la promozione ed il sostegno della medicina di genere.

*Il punto di vista
della politica sulla
medicina di genere*

Pierpaolo Vargiu presidente della Commissione Affari sociali, in questa XVII legislatura, ha presentato come primo firmatario, il 5 agosto 2013, la proposta di legge "Norme in materia di medicina di genere - Atto Camera: 1485". La proposta mira ad inserire la medicina di genere fra gli obiettivi del Piano sanitario nazionale, dare concreta attuazione alla mozione approvata dalla Camera nel marzo 2012 e diffondere una corretta informazione sulle diversità di genere, con redazione di specifiche linee guida. Ha detto: "Dobbiamo ipotizzare interventi strutturali per continuare a garantire i livelli d'assistenza. La libera circolazione europea imporrà di esseri attrattivi nell'offerta sanitaria, per evitare il crescere della mobilità passiva. Nella contrazione complessiva delle disponibilità di denaro la medicina di genere può essere nuova impostazione culturale. In sanità il non introdurre innovazioni diventa cattiva scelta".

La presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato, Emilia Grazia De Biasi vede la medicina di genere come strumento di sostenibilità del SSN e ne comprende i vantaggi: ridurre il livello di errore nella pratica medica; promuovere l'appropriatezza terapeutica; generare risparmi per il Servizio Sanitario Nazionale.

Le differenze di genere come fonte di disuguaglianze sociali

sono esaminate nel libro *Genere e Salute in Italia. Aspetti socioeconomici* (Carocci, 2013), realizzato da Antonio Sassu, Sergio Lodde, Anna Oppo e Maurizio Porcu. Nella ricerca è stata utilizzata la variabile “salute percepita”. La salute narrativa ha evidenziato il vissuto dell’esperienza di malattia e le conseguenze di questa nelle relazioni sociali e familiari. Sono emerse differenze rilevanti, fra uomini e donne, nelle narrazioni di malattia.

Giuseppe Costa, epidemiologo del Dipartimento Scienze Cliniche e Biologiche Università di Torino, si è chiesto come possano cambiare nel tempo le disuguaglianze di salute e ha scoperto che le uniche eccezioni alla “legge naturale”, che condanna lo svantaggio sociale ad influenzare negativamente la salute, siano le malattie correlate a stili di vita tipici delle persone “in carriera” (ad esempio i tumori femminili sono molto influenzati dal ritardo nell’età al primo figlio, tipico delle donne in carriera).

Un altro aspetto della medicina di genere riguarda la salute della popolazione femminile immigrata. Per il diritto di asilo l’Italia si rifa alla Convenzione di Ginevra del 1951, ratificata nel 1954, per la quale l’irregolarità non è ostativa alla richiesta d’asilo. Anche il diritto d’asilo ha come parametro l’esame di richiedenti asilo maschi. Nella convenzione di Ginevra non vi sono riferimenti al tema della protezione di genere. Il rifugiato era chi “eroicamente” cercava di affermare la propria individualità contro uno stato oppressivo. Le donne spesso sono scappate dai loro paesi per non obbedire a leggi discriminatorie o pratiche umilianti e dannose, non subire soprusi sessuali, non subire matrimoni forzati o mutilazioni. Giunte in Italia mancano di informazioni sufficienti per la richiesta di protezione. Oggi in Italia le donne sono il 47% dei rifugiati.

Va infine detto che nella medicina di genere rientra anche il settore della violenza, in genere e di genere.

In Italia non esistono studi sulle violenze domestiche, e dobbiamo far riferimento ai dati pubblicati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel giugno 2013, secondo i quali la violenza è ubiquitaria, diffusa in tutte le fasce sociali, con un gran sommerso.

La violenza, non solo fisica, può essere priva di evidenti segni esterni: gli abusi psicologici, fatti di storie ripetitive e cumulative, sono ancora più difficili da ammettere/accettare/rilevare.

Oggi, anche per l'aumentata presenza femminile nella popolazione medica, sono urgenti strategie per la riduzione della violenza, causata da quella asimmetria di genere che ancora persiste nelle relazioni, in quelle private come in quelle sociali. Sarà anche doveroso occuparsi della sicurezza e dignità sui luoghi della Sanità, per i medici, gli altri operatori e i pazienti stessi.

Va rilevato come la donna non sia per sua natura soggetto fragile, ma possa attraversare, nei percorsi di vita, condizioni di particolare vulnerabilità, con riduzione dei margini di autonomia.

Nello scegliere il tema della medicina di genere gli ordini di Palermo Torino e Pescara avranno avuto modo di sviluppare argomenti molteplici e interessanti.

Del convegno di Torino, voluto con presenza di relatori locali per dare voce e visibilità a competenze già esistenti sul territorio e favorire futuri gruppi di lavoro sulla medicina di genere, leggerete quanto scritto in questo numero della Professione da Gabriella Tantarri, responsabile scientifica, direttrice del corso e coordinatrice della Commissione Pari Opportunità dell'OMCEO di Torino.

La Medicina di genere oggi è il titolo del convegno di Palermo con il quale si è voluto "focalizzare l'interesse del mondo sanitario sul tema della Medicina di genere, fortemente

*Le iniziative
negli Omceo*

sostenuto dalle istituzioni nazionali ed internazionali preposte alla promozione dei nuovi indirizzi riguardanti le politiche sanitarie”. Nel convegno è stato anche affrontato il tema dell’uso appropriato dei farmaci nel bambino, nel campo della dermatologia pediatrica.

Dice Toti Amato, presidente dell’Ordine dei Medici di Palermo: “L’uomo e la donna non sono uguali. Sembra una considerazione scontata ma, per la scienza medica, non è stato sempre così. Nel mondo medico scientifico, inizia il suo cammino la Medicina di Genere che scinde nelle terapie applicate, la posologia terapeutica tra uomini e donne perché diversi sono specifici aspetti metabolici, oltre che gli evidenti aspetti esteriori. Questo distinguo biologico, in particolar modo per i farmaci, ha una grande importanza. Molti sanno che per la prevenzione dei disturbi vascolari è prescritta la cosiddetta aspirinetta che contiene 100 milligrammi di acido acetilsalicilico. Si è notato che, per avere lo stesso effetto terapeutico raggiunto nell’uomo, la donna dovrebbe assumerne una dose tre volte superiore. Chi lavora nel campo della salute – medici, ricercatori, aziende farmaceutiche, istituzioni pubbliche, società scientifiche – deve preoccuparsi che l’assistenza, le terapie e i farmaci siano sempre adeguati alle caratteristiche della persona, incluse quelle di genere.” Nel convegno di Pescara si è ricordato come nel 2003, in un incontro dal titolo Pari opportunità e salute: dalle leggi alle risorse, organizzato con la Commissione Nazionale per la parità e le pari opportunità tra uomo e donna e con la presenza dell’allora presidente FNOMCEO Giuseppe Del Barone, si presentò il volume edito dalla Presidenza del Consiglio dei ministri e dalla Commissione Nazionale per la Parità e le Pari opportunità tra uomo e donna: La mente, il cuore, le braccia e ... guida alla salute delle donne a cura del gruppo di lavoro coordinato da Elvira Reale. Era un primo approccio con le differenze di genere. I diversi capitoli era-

no titolati: Le malattie delle donne fra vecchi pregiudizi e nuove evidenze; Il corpo psichico, fisico, sessuato; Nuovi fattori di rischio: ambiente, violenza, lavoro; La valutazione del disagio nelle relazioni familiari e lavorative; Le donne i medici e le medicine.

Il corso di medicina di genere di Pescara si è caratterizzato per un approccio centrato sulla fisiologia della medicina di genere e nella interazione di medici del privato e del pubblico, medici del territorio, ospedalieri e universitari. Presenti anche due consiglieri dell'OMCEO di Chieti. In futuro si vorrà approfondire le differenze nella fisiologia e realizzare incontri aperti ai cittadini.

Dedicandosi agli aspetti fisiologici si è appreso come la permanenza ad alte quote mimici i meccanismi dell'invecchiamento sia a livello respiratorio sia urinario perché vi è correlazione fra esposizione ad ambienti ipossici e processi dell'invecchiamento. Nelle donne ad alta quota si sviluppano anche alterazioni di carattere ormonale. Camillo Di Giulio, del Dipartimento di Neuroscienze Sezione di Fisiologia e Fisiopatologia Università di Chieti-Pescara, ha affrontato la plasticità cerebrale come ragione biologica delle differenze di genere passando dalla lateralizzazione emisferica della funzione dell'amigdala al tasso metabolico di utilizzazione del glucosio all'influenza esercitata dagli ormoni sessuali nelle fasi di sviluppo cerebrale.

Annamaria Aloisi del Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Neuroscienze Università degli Studi di Siena e dell'Associazione Donne e Scienza ha trattato le correlazioni fra Ormoni gonadici e dolori valutando le differenze di genere nell'incidenza di molte sindromi dolorose. Informando di quanto, con l'uso di morfina e farmaci analoghi, vi sia diminuzione di livelli ormonali.

Biancamaria Guanieri, neurologa nel Centro di Medicina del Sonno Casa di Cura Villa Serena ha parlato di Il sonno

di Lei, il sonno di Lui dimostrando come il sonno di lei sia più spesso di cattiva qualità, con più sonnolenza diurna. La donna, rispetto agli uomini, soffre tre volte di più di insonnia e in menopausa ha maggiori disturbi respiratori nel sonno.

Fra i relatori Sabina Gallina, Coordinatrice Nazionale Gruppo di Studio sulle "Malattie Cardiovascolari di Genere" della Società Italiana di Cardiologia.

Infine, Patrizia Ballerini ha presentato studi recenti dove si dimostra come vi possa essere una minore efficacia nei trattamenti farmacologici con farmaci generici, se questi sono assunti da donne. Infatti se il farmaco generico è utilizzato anche da donne deve essere testato con potenza sufficiente perché l'elevata variabilità intrasoggetto nelle donne costringe ad un "pool size" più ampio.

E circa difficoltà e costi della sperimentazioni si può chiudere con una citazione: "Se pensate che la ricerca sia costosa, provate la patologia" (MARY WOODWARD LASKE)

Le Differenze ignorate: La Medicina di Genere, sfida e obiettivo strategico per la formazione medica

Gabriella Tanturri

coordinatrice della Commissione Pari Opportunità
dell'OMCEO di Torino

LA COMMISSIONE PARI OPPORTUNITÀ DELL'OMCEO di Torino, per il triennio 2012-2014, ha individuato come prioritarie (e proposto all'Ordine di Torino, che le ha accettate e condivise), le tematiche della Medicina di Genere e della violenza. I due temi sono strettamente correlati: la violenza condiziona pesantemente la salute delle donne che ne sono vittima, non solo con i suoi effetti diretti traumatici ma anche con gli effetti meno visibili. Inoltre, la violenza di genere si associa a malattie autoimmuni, dolori cronici, cefalee, infezioni sessualmente trasmesse, malattie gastriche e intestinali; provoca ansia e depressione, può ridurre le difese immunitarie; lo stupro è fattore di rischio per malattie cardiache.

Al di là della sfera riproduttiva, la donna, fino ai primi anni '90, non veniva presa in considerazione nei libri di testo o nei trial clinici: di fatto, non esisteva.

*Alcune tappe della
Medicina di genere*

Facciamo un esempio. La sindrome del Q-T lungo, condizione di rischio di torsione della punta, di sincope e di morte improvvisa, è caratterizzata dal prolungamento del tratto Q-T. È causa di ritiro dei farmaci dal mercato (cfr. Cisapride, ritirata dalla FDA nel 2000, e Terfenadina, nel 1997). Questa sindrome ha un'incidenza nettamente superiore nelle donne, perché il tratto Q-T dopo la pubertà è fisiologicamente più lungo di 20 msec; pertanto essere donna è considerato un fattore di rischio. Guardiamo un testo di medicina interna come l'Harrison: due volumi, quasi 3000 pagine. Ho in mano la prima edizione italiana della XII edizione originale: maggio 1992. Alle tachiaritmie sono dedicate 18 pagine. I pazienti sono sempre identificati come "il paziente", con il maschile sempre adoperato come "neutro". Non sono mai citate differenze tra maschi e femmine, in quanto non sono citate le femmine. Le donne compaiono nel capitolo successivo, sulle cardiopatie congenite, alla voce "complicanze nelle donne gravide". La stessa impostazione si ritrova nel capitolo sulla cardiopatia ischemica. La cultura medica non aveva conoscenza né coscienza di una specificità fisiologica e patologica degli organismi femminili. Come mai allora, a cavallo degli anni '90, si comincia a parlare di "Medicina di genere"?

La Medicina di genere

I fattori "scatenanti" sono stati probabilmente due: le problematiche culturali sollevate da numerosi e importanti gruppi di donne in America, e l'aumento delle laureate in Medicina, con l'arrivo di alcune presenze femminili negli alti livelli dirigenziali.

Nel 1988 la United States Public Health Service pubblica i risultati di una analisi condotta su quanto esisteva di conosciuto sulla fisiologia femminile. Il rapporto, dopo aver analizzato le pubblicazioni delle principali riviste mediche del mondo nei precedenti tre anni, conclude che, con l'eccezio-

ne della biologia riproduttiva, quasi nessuno studio clinico includeva le donne nelle coorti studiate. Era infatti universalmente assunto che la biologia umana fosse identica in entrambi i sessi. Gli uomini fornivano gruppi stabili e relativamente meno vulnerabili per l'investigazione clinica. I risultati erano estesi alle donne senza ulteriori modifiche o verifiche.

Nel 1990 iniziano significative e dirette indagini sulla normale fisiologia cardiaca e sulle malattie cardiovascolari nelle donne.

Nel 1991 Bernardine Healy, prima direttrice donna nella storia del più importante Ministero della Salute del mondo, l'U.S. National Institute of Health, sulla rivista *New England Journal of Medicine* parla di "Yentl Syndrome" a proposito del comportamento discriminante dei cardiologi nei confronti delle donne.

E nel 1993 la FDA (Food and Drug Administration) emette le linee guida, fissando le regole affinché entrambi i generi siano presi in considerazione durante le varie fasi di sviluppo dei farmaci e i risultati statistici siano valutati per genere (*Guidelines for the study and evaluation of gender differences in clinical evaluation of drugs*).

Così incomincia finalmente la raccolta dei dati e la ricerca anche sulle donne, prima in cardiologia e sugli effetti dei farmaci, poi poco per volta, a macchia di leopardo, su sempre più numerose patologie.

Si sa che le ricerche richiedono tempo, devono essere reiterate per avere dati sicuri, che confermino i risultati ottenuti. La cardiologia è partita per prima, alcuni risultati sono così consolidati da permettere la definizione di linee guida gender oriented. I dati sul diabete nelle donne sono così eclatanti da orientare la programmazione sanitaria. E queste informazioni si stanno lentamente trasformando in cambiamento culturale, stanno cominciando a "informare" la cul-

tura medica. Su molte patologie invece, pur in presenza di dati importanti (pensiamo solo al tumore al polmone, in riduzione negli uomini ma in pesante aumento nelle donne, o alla bronchite cronica) permane un “pregiudizio di genere” che, considerandole malattie prevalentemente maschili, condiziona la pratica clinica quotidiana. Così come l’osteoporosi è viziata da un pregiudizio di genere che può comportare diagnosi e terapie tardive negli uomini.

Ecco il perché di questo corso: è stato un corso impegnativo, articolato in due giornate (due sabati), che ha affrontato solo alcune delle patologie su cui sono state avviate ricerche di genere. Sono stati scelti gli argomenti su cui al momento vi sono maggiori certezze, o il cui impatto permetteva di fornire ai 50 colleghi iscritti al corso particolari stimoli clinici e critici. Lo stesso titolo del corso, che può parere provocatorio (Differenze ignorate? Ma chi è che si permette di darmi dell’ignorante?) è stato perfettamente compreso, grazie a relazioni di alto contenuto tecnico, dai corsisti, con un dibattito partecipato o e prolungato sui temi relazionati. Tutto il pomeriggio del secondo giorno è stato concentrato sul peso che le diseguaglianze economiche e di genere hanno nel condizionare i determinanti di salute, e sull’importanza della violenza, sui luoghi in cui agisce, sugli strumenti per riconoscerla e gestirla.

*Il contributo
della
Commissione*

Si può dire che è stato davvero un grande lavoro corale. Certo, alcune persone avevano una maggiore preparazione e formazione, ma basti dire che la Commissione ha partecipato, oltre che attraverso il mio ruolo di Direzione Scientifica, con sei relatori/relatrici e due moderatrici. Una collega ha partecipato come corsista, due colleghe sono venute come uditrici. Abbiamo avuto l’onore e il piacere di un saluto personale da parte del Presidente Bianco, e di un intervento straordinario e apprezzatissimo della senatrice De Biasi.

Se le donne vengono riconosciute come persone, cresce la cultura del rispetto verso le donne. E verso le anziane e gli anziani, le bambine e i bambini. È più facile, in un clima di rispetto e di riconoscimento della identità e della diversità, anche prevenire la sopraffazione e la violenza. Se entrambe i generi vengono curati avendo informazioni precise su come si presentano le patologie in un genere o nell'altro, quale efficacia e quali reazioni un farmaco può provocare in una donna e non in un uomo, il nostro compito di medici sarà svolto in modo più etico, professionalmente soddisfacente e questo ci permetterà anche di evitare errori o ritardi diagnostici e terapeutici.

Sarà meraviglioso il giorno in cui potremo dire: “è inutile parlare di pari opportunità, oramai le opportunità sono simili per tutti e tutte”.

I vantaggi immediati e tardivi di una maggiore formazione della classe medica su queste tematiche

LA PROFESSIONE

MEDICINA, SCIENZA, ETICA E SOCIETÀ

*Trimestrale della Federazione nazionale
degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri*

ANNO XIV • NUMERO II - MMXIII

Presidente
Amedeo Bianco

Direttore responsabile
Eva Antoniotti

Gruppo di lavoro "Area della comunicazione"
Cosimo Nume (coordinatore, presidente Omceo Taranto)
Nicolino D'Autilia (referente C.C., presidente Omceo Modena)
Giancarlo Aulizio (consigliere Omceo Forlì Cesena)
Anna Rita Ecca (consigliere Omceo Cagliari)
Fausto Fiorile (consigliere Omceo Trento)
Bartolomeo Griffa (consigliere Cao Torino)
Alessandro Innocenti (presidente Omceo Sondrio)
Santo Monastra (consigliere Omceo Napoli)

Editore
FNOMCEO
Piazza Cola di Rienzo 80/A,
00192 Roma



Redazione
EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION
Via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma
Tel. 06.594461
Fax 06.59446228



Edizioni Health Communication
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Finito di stampare nel mese di dicembre 2013 con i tipi e gli impianti della
C.G. Edizioni Medico Scientifiche s.r.l. da Alma Tipografica - Villanova Mondovì (Cn)

Le variazioni di indirizzo vanno comunicate per posta alla sede della FNOMCEO:

FNOMCEO
Centro elaborazione dati
Piazza Cola di Rienzo 80/A,
00192 Roma