

La Cooperazione sanitaria italiana in campo materno-infantile

(paper presentato al 7° Congresso Nazionale del Gruppo di Studio di Pediatria Ospedaliera. Società Italiana di Pediatria, Roma 21-23.1.1999)

di Eduardo Missoni

Sebbene il Parlamento abbia ormai avviato il dibattito sulla Riforma del settore, la cooperazione dell'Italia con i Paesi in Via di Sviluppo è tuttora disciplinata dalla legge n.49 del 26 febbraio 1987,¹ che ne costituisce quindi il principale riferimento legislativo.

Al generico obiettivo di "solidarietà tra i popoli" già indicato nella legislazione precedente la legge n.49/87 associa la "*piena realizzazione dei diritti fondamentali dell'uomo*" come fondamentale obiettivo di sviluppo. In particolare, la legge finalizza la politica di cooperazione

"..al soddisfacimento dei bisogni primari e in primo luogo alla salvaguardia della vita umana , alla autosufficienza alimentare, alla valorizzazione delle risorse umane, alla conservazione del patrimonio ambientale, all'attuazione e al consolidamento dei processi di sviluppo endogeno e alla crescita economica, sociale e culturale dei paesi in via di sviluppo."

specificando che essa è inoltre destinata

"..al miglioramento della condizione femminile e dell'infanzia ed al sostegno della promozione della donna."

Per quanto concerne le modalità di attuazione delle iniziative , la legge n.49/87 le colloca

".. prioritariamente nell'ambito di programmi plurisettoriali concordati ..con i paesi beneficiari ..su base pluriennale e secondo criteri di concentrazione geografica."

Recuperando inoltre il concetto di intervento straordinario, già oggetto della precedente legge n.73/85, ne viene delimitato il raggio d'azione nel

"..fronteggiare casi di calamità e situazioni di denutrizione e di carenze igienico-sanitarie che minacciano la sopravvivenza di popolazioni."

La legge stabilì dunque che le iniziative di cooperazione dovessero essere inserite nell'ambito di programmi multisettoriali, su base pluriennale e secondo criteri di concentrazione geografica, da concordare con i paesi beneficiari in appositi incontri intergovernativi. Veniva dunque affermato il principio per cui l'iniziativa di cooperazione con un determinato Paese dovrebbe essere il risultato di un complesso esercizio di

¹ Legge 26 febbraio 1987, n.49, Nuova disciplina della cooperazione dell'Italia con i paesi in via di sviluppo, *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, n.23 S.O., del 28.2.1987

programmazione, basato sull'analisi dettagliata delle necessità di quel paese, delle sue strategie e piani di sviluppo, dell'insieme delle diverse iniziative di cooperazione bilaterali e multilaterali già in atto e così via. Si trattava in altre parole dell'affermazione del "Programma-paese" come quadro di riferimento dell'intervento bilaterale.

L'applicazione della nuova normativa avrebbe permesso alla nostra attività di cooperazione di essere più rispondente alle necessità dei PVS partner e di avere una certa organicità. Nella pratica, salvo recenti timidi tentativi, l'approccio per "programmi paese" non è di fatto entrato nella cultura della nostra cooperazione, nonostante i frequenti richiami a tale concetto, cui per la verità si attribuiscono significati spesso impropri.

Basta leggere il verbale di uno qualsiasi degli incontri intergovernativi di cooperazione sottoscritti in tutti questi anni: vere e proprie "liste della spesa" predisposte senza riferimento ad un qualsivoglia piano di sviluppo.

Negli anni passati, quelli delle grandi disponibilità finanziarie dell'APS italiano, il nostro Paese ha destinato una percentuale elevata dei finanziamenti alla realizzazione di grandi infrastrutture economiche (trasporti, comunicazioni, energia) ed alla industria, più che alle infrastrutture sociali e amministrative (educazione, sanità, pianificazione), alla agricoltura e agli aiuti alimentari, in apparente contrasto con le finalità prioritarie sancite dalla legge n.49/87.

La costruzione delle cosiddette "*cattedrali nel deserto*", ovvero di grandi opere infrastrutturali ed investimenti industriali isolati dal contesto socioeconomico e culturale del paese è stata più volte denunciata pure in sede parlamentare.

Nel 1987, nell'emanare i propri indirizzi, il Comitato Interministeriale per la Cooperazione allo Sviluppo (CICS) - poi soppresso e riassorbito nel CIPE (1993) - stabilì che nel campo della sanità la cooperazione italiana si sarebbe ispirata ai principi dell'assistenza sanitaria di base, in conformità con le scelte dell'OMS".²

Quell'indirizzo venne ripreso l'anno successivo nei principi guida della Cooperazione sanitaria.³

In quell'isolato "policy paper" della nostra cooperazione, si accoglieva la centralità dell'obiettivo di "Salute per tutti nell'anno 2000", fissato nel 1977 dall'Assemblea Mondiale della Sanità e della strategia di Assistenza Sanitaria di Base, indicata nella Dichiarazione di Alma Ata (1978).

In particolare, i "principi guida" definirono nel dettaglio le caratteristiche da ricercare nell'impostazione e nella conduzione delle iniziative di cooperazione sanitaria.

² Comitato Interministeriale per la Cooperazione allo Sviluppo, delibera n.17/87 del 8.9.1987

³ In realtà un analogo documento era stato pubblicato già nel 1984, curiosamente solo in lingua francese: Bertolaso, G., di Gennaro, M., Paganini, A. (1984) *La Cooperation au developpement dans le secteur de la santé*, Ministère Italien des affaires étrangères, Département pour la cooperation ai developpement, Roma

Recepito il valore del “distretto” come enunciato nella Conferenza di Harare, i Principi guida indicano che: *“la Cooperazione Sanitaria Italiana mira all’adeguato potenziamento dei servizi sanitari, non limitandosi alla promozione di singole attività. Esse devono essere integrate nei servizi sanitari e devono essere permanentemente sostenibili. Viene, dunque escluso l’appoggio a strutture e programmi che duplicano le funzioni o sono in concorrenza con i servizi sanitari nazionali. La Cooperazione Sanitaria Italiana privilegia il settore pubblico dei sistemi sanitari nazionali e ne promuove il riorientamento verso il traguardo della “salute per tutti”. Inoltre favorisce il processo di decentramento tecnico, finanziario ed amministrativo all’interno dei servizi sanitari che sostiene, con l’obiettivo di permettere l’adattamento delle strategie e dei programmi nazionali alle realtà locali”*. Come principi ispiratori vengono indicati: equità, enfasi sulla prevenzione, partecipazione della comunità, tecnologia appropriata, intersettorialità e promozione dell’autosufficienza.⁴

In particolare, anche per quanto riguarda la salute infantile si sottolineava la necessità di ricorrere a *servizi “resi permanentemente disponibili attraverso le strutture sanitarie”*, assicurando *“l’integrazione delle attività preventive e promotive con i servizi di diagnosi e cura”*. I programmi per l’infanzia sarebbero stati altresì integrati con le attività di promozione della salute materna. La promozione ed il recupero della salute nel più ampio contesto dirette al miglioramento delle condizioni di vita dei minori e delle loro famiglie avrebbe considerato congiuntamente i bisogni di alloggio, educazione, sicurezza e salute coinvolgendo i relativi servizi sociali, sanitari e scolastici.

Secondo i Principi guida della cooperazione sanitaria italiana anche le “campagne” di vaccinazione, portate alla ribalta dai programmi di “sopravvivenza infantile” promossi in ambito internazionale, potevano essere ammesse solo in particolari situazioni di emergenza promuovendo *invece “l’integrazione di tali azioni nei servizi sanitari nazionali”*. Allo stesso modo l’indispensabile integrazione nei servizi veniva richiamata a proposito dei programmi di lotta alle grandi endemie e delle attività nutrizionali, insistendo costantemente sulla necessità di una più ampia collaborazione con altri settori.

È interessante notare come la nostra Cooperazione si affacciava al nuovo decennio in evidente controtendenza rispetto alla prevalente “Agenda” internazionale. A più di dieci anni da Alma Ata, la Cooperazione Italiana ne confermava obiettivi e strategie e rifiutava esplicitamente quella tendenza “selettiva”, divenuta poi dominante che aveva tradotto l’innovativa visione di Alma Ata in un approccio riduttivo, centralista e verticale denominato *“Selective Primary Health Care”* basata sull’applicazione selettiva di misure “dirette a prevenire o trattare le poche malattie che sono responsabili della maggiore mortalità e morbosità nelle aree meno sviluppate e per le quali esistano interventi di provata efficacia”,⁵ allontanando in definitiva l’attenzione dalla salute, per focalizzarsi sul controllo di singole malattie.

⁴ Bertolaso, G., Di Gennaro, M., Guerra, R. e Missoni, E. (1989) *La Cooperazione sanitaria italiana. Principi guida*, Ministero degli Affari Esteri, Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo, Roma, pp. 21-22

⁵ Walsh J.A. e Warren K.S. (1979) Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *New England Journal of Medicine* 301, 967-974

Nel 1995 il CIPE emanò dei nuovi indirizzi in materia di politica di cooperazione allo sviluppo, ridefinendo le “*priorità settoriali*” della Cooperazione in aree tematiche d’azione piuttosto intersettoriali. Oltre che tra gli “*aiuti di emergenza*”, l’intervento sociosanitario sarebbe rientrato negli “*interventi di sviluppo umano integrato, nel quadro della lotta contro la povertà*”, nell’ambito delle azioni di “*Institution building*”, tra le azioni di “*formazione professionale ed assistenza tecnica*” e, “*nei limiti ridotti in cui lo consentono gli stanziamenti*” nel settore dove sono curiosamente associate le “*infrastrutture sociali o destinate allo sviluppo dell’economia di mercato*” (un segno dei tempi!)⁶

In realtà le aree tematiche identificate dal CIPE derivavano in gran parte proprio dall’attività della nostra cooperazione sanitaria, che coniugando le strategie della Salute per tutti, fatte proprie nei “Principi Guida” e modelli originali di intervento, propri dell’esperienza nazionale, aveva sviluppato un approccio che può essere così sintetizzato:

- il decentramento e supporto dei Sistemi Locali, privilegiando a quel livello l’intersettorialità degli interventi, il coinvolgimento e la partecipazione attiva della popolazione, l’equità e l’azione prioritaria sulle situazioni “a rischio”;
- il collegamento delle esperienze locali con lo sviluppo di politiche istituzionali ed il sostegno a livello nazionale dei sistemi sanitari e delle loro componenti “critiche” (sistema informativo e di sorveglianza epidemiologica; sistema farmaceutico; sistema di manutenzione);
- formazione delle risorse umane.

Seppure non omogeneamente interpretati e non completamente sviluppati nei diversi contesti geografici in cui si opera, tali elementi costituiscono un quadro di riferimento ormai piuttosto consolidato per la cooperazione sanitaria italiana.

Proprio alcuni interventi “socosanitari”, prevalentemente in America latina, hanno costituito i laboratori di messa a punto di metodologie di “sviluppo umano integrato” cui il citato documento di indirizzo del CIPE fa riferimento.⁷

Recentemente, poi, sono state varate le linee guida della cooperazione italiana sulla tematica minorile, che richiamandosi alle numerose risoluzioni, convenzioni e carte internazionali, a partire dalla “Convenzione ONU sui diritti del fanciullo” delineano la posizione dell’Italia in materia. La nutrizione e la sanità, sono indicate come aree di intervento prioritarie insieme alla protezione materno-infantile, l’educazione di base, la formazione e la lotta allo sfruttamento dei minori.⁸

⁶ Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica, “Indirizzi di una nuova politica di cooperazione allo sviluppo”, seduta del 23 giugno 1995

⁷ Cfr. Ministero degli Affari Esteri, Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo, “Relazione annuale sull’attuazione della politica di cooperazione allo sviluppo nel 1996”, vol.I., Roma, pp. 63-66

⁸ Comitato Direzionale per la Cooperazione allo Sviluppo, Linee Guida della cooperazione italiana sulla tematica minorile, riunione dle 26.11.1998, delibera n.180

E' interessante notare come in alcuni casi, le iniziative di sviluppo integrato a livello locale cui si è fatto riferimento, siano derivate dall'evoluzione di programmi in origine individuati come risposta a situazioni di disagio infantile. È il caso del cosiddetto Programma di prevenzione cura e riabilitazione dell'handicap in età evolutiva (PCREV) realizzato in Colombia. A partire dalla specifica problematica evocata dal titolo stesso dell'iniziativa - affrontata intervenendo tanto sul territorio nelle situazioni dove il rischio si produce (in particolare le realtà delle periferie urbane di Cali e Bogotà, con interventi di integrazione sociale e scolastica dei minori portatori di handicap ed in difficoltà), quanto attraverso il miglioramento degli specifici servizi sanitari (tra l'altro sostenendo lo sviluppo di tecnologie appropriate, quali l'introduzione del metodo "madre canguro") - il programma si è progressivamente sviluppato fino a coinvolgere la maggior parte delle istituzioni - pubbliche e private, nazionali ed internazionali - presenti su ciascun territorio in un intervento integrato di sviluppo.

Anche attraverso metodologie partecipative di pianificazione (elaborazione di mappe di risorse e dei bisogni) e la costituzione di veri e propri "Osservatori sociali" per l'identificazione delle priorità, l'attenzione si è così estesa oltre ai servizi sanitari, alla costituzione di asili nido gestiti da "madri comunitarie" e alloggi protetti per le madri nubili, spesso adolescenti; al sostegno alle istituzioni di difesa dei diritti dei minori; alla creazione di iniziative e spazi associativi, ricreativi e culturali per i giovani in aree di estremo degrado; alla promozione di imprese sociali destinate all'integrazione socioeconomica di giovani a rischio e di gruppi vulnerabili (portatori di handicap fisici e mentali); al risanamento ambientale delle zone più degradate.

In altri casi, pur senza evolvere in programmi di sviluppo articolati come quello ricordato, le iniziative specificamente dirette al miglioramento delle condizioni di vita di bambine/i in situazioni di particolare difficoltà (deistituzionalizzazione e reinserimento comunitario degli orfani, in Etiopia; programmi di recupero di bambine/i di strada, in Uruguay e Argentina) mantengono comunque, necessariamente, un approccio intersettoriale che include l'attenzione alla salute infantile ed azioni a carattere sanitario.⁹

Non sono più di una quindicina i programmi governativi in corso o recentemente conclusi realizzati dalla cooperazione italiana sul piano bilaterale o finanziati attraverso Organismi Internazionali, che affrontano sotto un profilo prevalentemente o esclusivamente sanitario la tematica dell'infanzia. Si tratta di interventi a sostegno dell'attività ospedaliera (inclusa la realizzazione o la riabilitazione delle strutture) (Eritrea, Gibuti, Albania, Giamaica), diretti fronteggiare situazioni epidemiche o comunque di emergenza e post-conflitto (Burundi, Etiopia, Ruanda, Albania), nonché a fornire assistenza di base (Niger, Territori Palestinesi, Sud Africa, Albania, Argentina, Giamaica).¹⁰

Più spesso però, nell'esperienza della cooperazione italiana allo sviluppo, l'intervento a favore dei minori non è identificabile come iniziativa a sé stante, ma è parte integrante di

⁹ Ministero degli Affari Esteri. Direzione generale per la Cooperazione allo Sviluppo. Relazione annuale sull'attuazione della politica di cooperazione allo sviluppo, 1997

¹⁰ Ministero degli Affari Esteri. Direzione generale per la Cooperazione allo Sviluppo. Relazione annuale sull'attuazione della politica di cooperazione allo sviluppo, Vol. II, anni 1996 e 1997.

interventi sociosanitari di promozione dell'assistenza di base o, più recentemente, a sostegno dei Sistemi sanitari locali. In questi casi l'attenzione alla problematica sociosanitaria minorile, seppure prioritaria è trasversale rispetto al più generale funzionamento del sistema sanitario. Così nell'impiantare il sistema di informazione sanitaria e vigilanza epidemiologica assumeranno rilevanza gli indicatori relativi alla salute e alle condizioni di vita dei minori; nell'assicurare il funzionamento del sistema di approvvigionamento e distribuzione di farmaci e materiali di consumo sanitario, si provvederà alla disponibilità prioritaria di vaccini e farmaci essenziali per fronteggiare le principali malattie endemiche e così via.

In margine, può essere interessante notare come alcune esperienze innovative sviluppate nel contesto di programmi di cooperazione allo sviluppo abbiano trovato poi applicazione anche in Italia. È il caso del già citato metodo "madre canguro" cui particolare attenzione ha dedicato l'Istituto Burlo Garofalo di Trieste e dell'adozione di Sistemi Informativi Geografici per la definizione delle priorità di intervento sociosanitario, introdotti per la prima volta in Brasile nel contesto di una iniziativa della nostra cooperazione allo sviluppo,¹¹ successivamente estesa ad altri paesi latinoamericani (Cile, Colombia, Repubblica Dominicana) e che hanno trovato finalmente applicazione in Italia (ad esempio a Viterbo e ad Arezzo) anche grazie al "trasferimento" mediato da alcuni operatori di cooperazione allo sviluppo rientrati. Considerata la natura di questo convegno merita di essere segnalato come il SIG costituirà un elemento portante dell'osservatorio per l'infanzia in fase di avvio nel Comune di Roma.

Infine, per completare il quadro dell'impegno della nostra cooperazione allo sviluppo nel settore che ci interessa, non possiamo trascurare il significativo appoggio dato dalla nostra Cooperazione ai programmi per la promozione della salute materno-infantile attraverso l'erogazione di contributi volontari agli Organismi Internazionali, ed in particolare alla OMS e all'UNICEF.

In conclusione, la Cooperazione Italiana allo Sviluppo tende a guardare alla promozione della salute infantile nel più ampio contesto del sostegno allo sviluppo dei servizi sociosanitari e, soprattutto a livello dei sistemi locali, promuovendo l'attenzione prioritaria ai minori attraverso un approccio integrato, intersettoriale, che tende a coinvolgere attivamente tutti gli attori istituzionali e della società civile presenti sul territorio di intervento.

D'altra parte oggi si sente forte l'esigenza di un maggiore coinvolgimento della società italiana nelle attività di cooperazione riconoscendo il valore aggiunto che ne può derivare; in questo senso, l'inserimento nel programma di un convegno di medicina ospedaliera uno spazio per riflettere sui possibili strumenti di partecipazione degli operatori sanitari italiani alle attività di cooperazione allo sviluppo rappresenta uno stimolo significativo.

¹¹ de Kadt, E.; Tasca, R., Promoting Equity: a new approach from the health sector, Panamerican Health Organization, Washington D.C., 1993

