



ENRICO BOSSAN

SALUTE PER TUTTI UN IMPEGNO GLOBALE

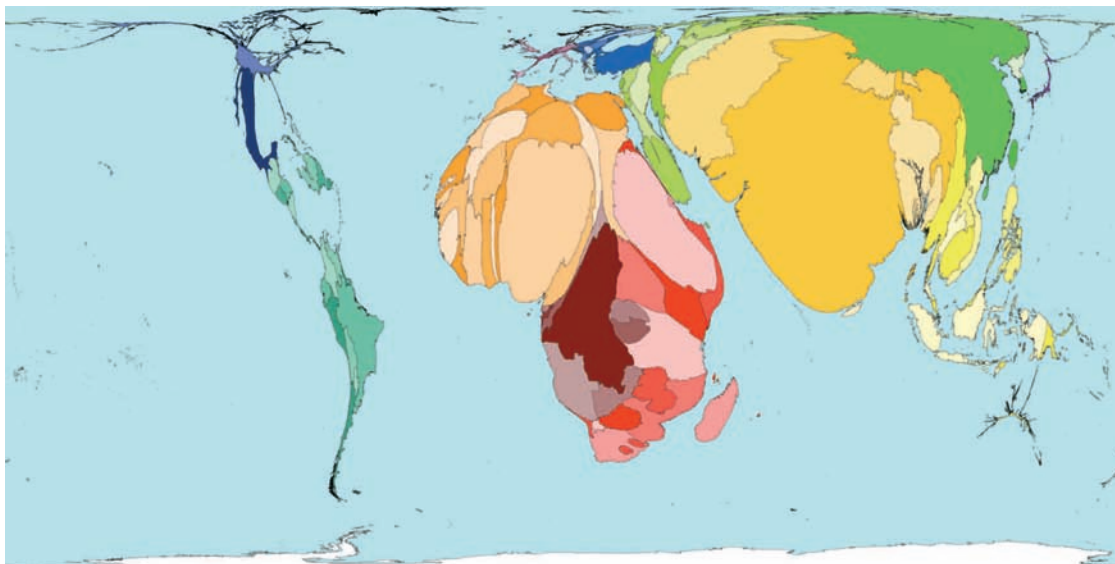
Solo per la fortuna di essere nato in Italia, Marco ha l'opportunità di vivere il doppio degli anni, studiare in scuole di qualità e accedere all'educazione secondaria, nutrirsi con maggiore quantità e varietà di cibo, disporre di cure appropriate e moderne più di quanto potrà fare Elmano suo coetaneo nato in Africa. Dobbiamo saperlo, lottare contro questa iniquità, e mettere a frutto i nostri privilegi per riequilibrare queste diseguglianze.

I NUMERI DELLA SALUTE UNA NUOVA GEOGRAFIA DEL PIANETA

Per guardare al mondo con occhi diversi, non seguendo i confini geografici ma quelli disegnati dai fenomeni che interessano i vari paesi.

Fonte: www.worldmapper.org

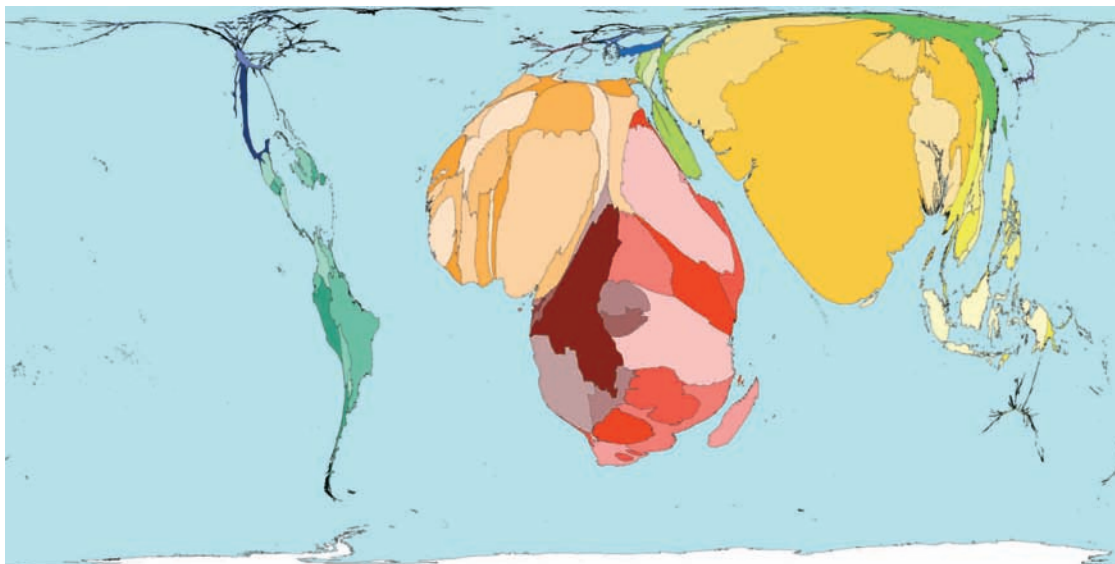
LA MORTALITÀ INFANTILE



La mortalità infantile indica i decessi entro il primo anno di vita. Nel 2002, a livello mondiale, si sono registrati 7,2 milioni di decessi, il 24% in India. Come si vede dalla cartina, l'Africa soffre molto di questo fenomeno, con ben 22 territori che registrano 1 morte ogni 10 nascite, con l'infelice primato alla Sierra Leone dove muoiono 16,5 bambini ogni 100 nascite. Morti sulle quali riflettere, in particolare considerando che la maggior parte di esse sono causate da malattie facilmente prevenibili tramite vaccini, zanzariere, misure igieniche e altre semplici forme di profilassi.

(Fonte: www.worldmapper.org)

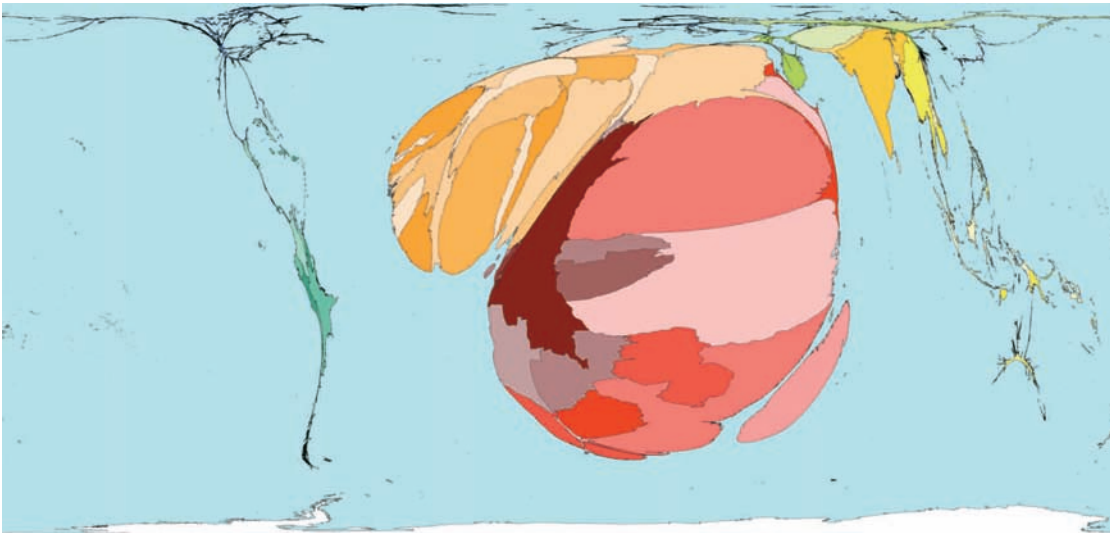
LA MORTALITÀ MATERNA



Ogni anno, più di 500.000 donne muoiono per complicazioni – facilmente prevenibili e curabili – legate alla gravidanza e al parto, l'85% delle quali in Asia e in Africa sub-Sahariana, dove le misure a tutela della salute riproduttiva sono scarse e il numero di parti non assistiti rimane alto, soprattutto nelle aree rurali.

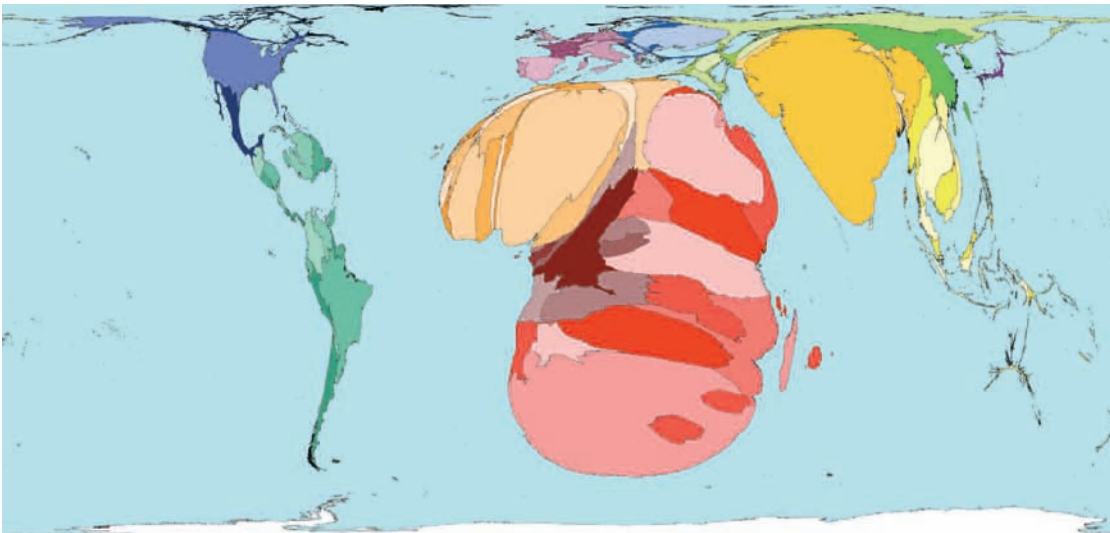
(Fonte: The Millennium Development Goals Report, 2006)

LA MALARIA



Più di un milione di persone muore di malaria ogni anno, soprattutto neonati, bambini e donne. Il continente africano è ancora una volta il più colpito: nel 2003 si è registrato il 92% dei casi di malaria e il 94% dei morti di malaria nel mondo. (Fonte: www.worldmapper.org)

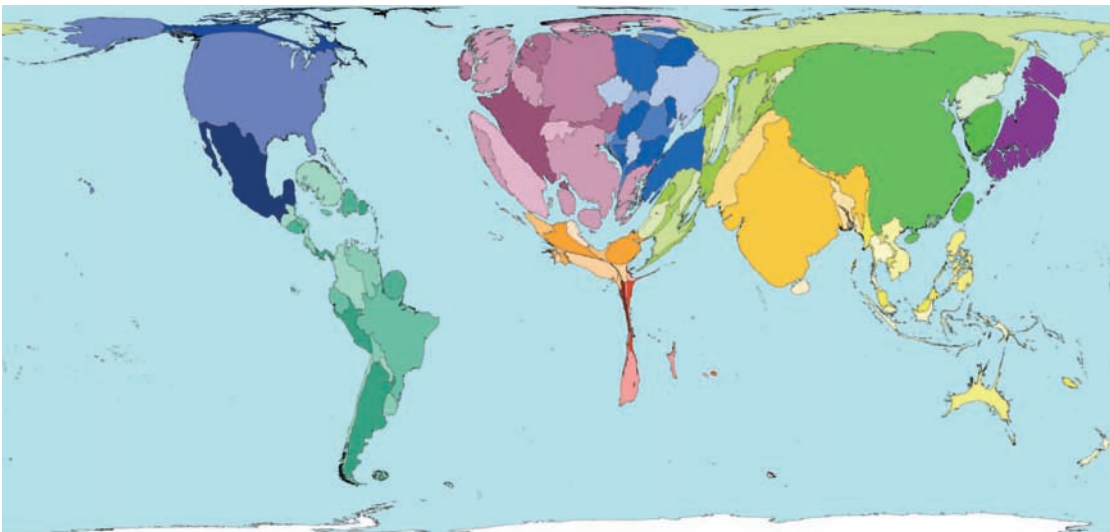
PREVALENZA HIV/AIDS



Dal 2003 al 2005 c'è stato un incremento delle persone affette da Hiv/Aids, dai 36,2 milioni del 2003 ai 38,6 milioni del 2005, così come delle morti riconducibili al virus, 2,8 milioni nel 2005. L'Hiv/Aids uccide soprattutto nell'Africa sub-Sahariana che, con poco più del 10% della popolazione mondiale, conta, sul totale, il 64% di sieropositivi e il 90% dei bambini fino ai 15 anni affetti dal virus. 12 milioni di bambini nell'Africa sub-Sahariana sono orfani e circa il 59% delle persone sieropositive – 13,2 milioni – è donna.

(Fonte: The Millennium Development Report)

MEDICI AL LAVORO



Nel 2004 c'erano 7,7 milioni di medici al lavoro nel mondo. Il 50% si trovava in territori con meno di 1/5 della popolazione mondiale, mentre le aree più povere e più popolate erano servite solo dal 2% dei medici disponibili a livello mondiale.

(Fonte: www.worldmapper.org)

IL PROBLEMA DIFFERENZE EVITABILI E INGIUSTE

IN UN MONDO GLOBALIZZATO, caratterizzato da intensi scambi di persone e merci, i confini nazionali non sono più ostacoli alla diffusione di salute e malattia. Indipendentemente da dove viviamo, quindi, il nostro benessere è fortemente condizionato dal modo in cui le questioni di salute vengono affrontate a livello internazionale. Pensiamo, ad esempio, alla diffusione di malattie infettive emergenti e riemergenti, a sistemi sanitari carenti e inefficienti, alle crisi naturali, alimentari e umanitarie, alle crescenti diseguaglianze. Sono dimensioni che hanno un importante impatto sulla salute di tutte le popolazioni del mondo.

Perché quindi parlare di Salute globale?

«Perché è un problema che riguarda tutti, da vicino, per sottolineare la comunanza delle problematiche collegate; perché desideriamo portare l'attenzione sulla necessità di un'azione collettiva; per difendere, proteggere e promuovere la salute, intesa come un diritto umano fondamentale, garantito dalla legislazione internazionale, uno stato essenziale per lo sviluppo economico e per la riduzione della povertà» risponde Serena Foresi, responsabile del settore Gruppi di Medici con l'Africa Cuamm e del progetto Equal opportunities for health: action for development.

E riprende: «Nella Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo si legge che "ciascuno ha il diritto a un livello di vita adeguato per la salute e il benessere suo e della sua famiglia, per quel che riguarda l'alimentazione, l'abbigliamento, l'alloggio, nonché l'assistenza medica e i servizi sociali necessari". Sempre di più, la salute deve essere intesa in senso ampio, non come mera assenza di malattia o infermità, ma come "diritto umano fondamentale, stato di benessere fisico, mentale e sociale", riprendendo la definizione elaborata dall'Organizzazione mondiale della sanità. Per questo, la difesa, la protezione e la promozione di una salute per tutti assume una valenza etica e morale. Per affrontare le sfide e cogliere le opportunità di un mondo globalizzato, il concetto e l'approccio alla salute devono diventare globali».

Si può parlare di una questione di giustizia?

«Certo. Nonostante si riconosca il diritto di



«Mi sono ammalato a causa della mia povertà». «Beh, io sono diventato povero a causa della mia malattia».

Fonte: M. Whitehead, et al, Equity and health sector reforms

ciascun individuo a godere del massimo *standard* di salute ottenibile e, a livello globale, si assista a un generale miglioramento delle condizioni di salute, aumentano le disparità non solo tra le varie nazioni, specialmente tra quelle appartenenti ai cosiddetti Nord e Sud del mondo, ma anche quelle interne alle nazioni stesse. Sono sufficienti pochi dati per comprendere ciò di cui stiamo parlando. Pensiamo ad esempio ai 48 anni di differenza nell'aspettativa di vita degli abitanti del Giappone e di quelli della Sierra Leone; agli 11 milioni di bambini al di sotto dei cinque anni che muoiono ogni anno prevalentemente nei Paesi in

via di sviluppo, spesso per malattie facilmente curabili e prevenibili, come la diarrea; al fatto che il 99% delle morti legate al parto avvenga nei Paesi in via di sviluppo, con una prevalenza di 900 morti per 100.000 nati vivi nell'Africa contro le 3,9 morti in Europa. Ancora, al fatto che in India e nelle Filippine le fasce benestanti della popolazione hanno possibilità tre volte superiori di accedere ai servizi sanitari rispetto a quelle più vulnerabili; che in Inghilterra un manovale vive in media sette anni in meno rispetto a un professionista; che in Italia le persone con un livello di istruzione superiore hanno una probabilità doppia di ricevere un trapianto di rene rispetto a quelle con livello di istruzione inferiore. Pochi esempi descrivono bene queste differenze evitabili, e quindi ingiuste sul piano etico e morale».

Povertà e medicina: si può parlare di una sorta di trappola...

«Purtroppo è così. Esiste una forte correlazione tra condizioni di salute precarie e povertà. Persone vulnerabili e svantaggiate da un punto di vista economico e sociale sono infatti più soggette alle malattie e hanno un accesso più limitato alle cure sanitarie, causando un loro ulteriore regresso e un accentuarsi della povertà. I poveri si trovano infatti spesso a comprare l'assistenza anche se questo mette a repentaglio la loro sussistenza a lungo termine, perché le spese mediche sono spesso dei pagamenti forzati. Le famiglie si indebitano, sono costrette a vendere il loro capitale (un pezzo di terra o gli animali), a prendere denaro in prestito o a rinunciare ad altre spese vitali, come l'educazione dei figli – riprende Foresi –. Impegnarsi perché la situazione cambi, perché questo circolo vizioso venga interrotto, per ridurre queste diseguaglianze e venire incontro ai bisogni fondamentali dell'uomo diventa dunque una questione di giustizia sociale che riguarda ciascuno di noi».

PER DARE A TUTTI LE STESSE OPPORTUNITÀ IN SALUTE

GOVERNI E *LEADER* MONDIALI hanno la responsabilità e il dovere di intraprendere delle azioni concrete e coraggiose affinché avvengano quei cambiamenti necessari per garantire a ogni uomo, donna, bambino un equo accesso all'assistenza sanitaria di base. Nel 2008 ricorre il trentesimo anniversario della Dichiarazione di Alma-Ata, il documento finale della Conferenza sull'Assistenza sanitaria di base, tenutasi nel 1978, nel quale si ribadisce che ciascun individuo ha diritto al massimo *standard* di salute possibile. Inoltre questo è l'anno di valutazione del progresso verso il raggiungimento degli Obiettivi del millennio. Ma la strada per tradurre lo slogan "salute per tutti" in realtà è ancora molto lunga.









Per questo motivo, ci impegniamo, a vari livelli, per sensibilizzare e informare sui temi della Salute globale e accrescere il sostegno politico e istituzionale necessario per elaborare politiche sanitarie più eque.

«La distinzione tra problemi di salute nazionali e internazionali non ha più senso»

Gro Harlem Brundtland
(Direttore dell'Organizzazione mondiale della sanità, 1998-2003)

GLI OBIETTIVI DEL MILLENNIO E LA SALUTE

Nel settembre 2000, al *Summit* del Millennio dell'Onu, i *leader* di 189 paesi ricchi e poveri, industrializzati e non, impegnarono le loro nazioni in un ambizioso partenariato globale per ridurre l'estrema povertà e le disuguaglianze attraverso gli otto Obiettivi di sviluppo del millennio (*Millennium Development Goals - MDGs*):

	MDG 1 Eliminare la povertà estrema e la fame		MDG 2 Raggiungere l'istruzione primaria universale		MDG 3 Promuovere l'uguaglianza di genere e l'empowerment delle donne		MDG 4 Ridurre la mortalità infantile
	MDG 5 Migliorare la salute materna		MDG 6 Combattere l'Hiv/Aids, la malaria e altre gravi malattie infettive		MDG 7 Garantire la sostenibilità ambientale		MDG 8 Sviluppare un partenariato globale per lo sviluppo

Come si vede, tre degli otto obiettivi sono direttamente correlati alla salute, ovvero: la riduzione di due terzi della mortalità dei bambini sotto i cinque anni entro il 2015, la riduzione di tre quarti della mortalità materna e la lotta contro la diffusione dell'Hiv/Aids nonché dell'incidenza della malaria e di altre malattie a larga diffusione. A questi si aggiungono altri obiettivi non strettamente sanitari, ma con un importante impatto sulla salute, come ad esempio la riduzione del numero di persone che soffre la fame e il miglioramento accesso a fonti di acqua potabile.



IL RUOLO DELLA SOCIETÀ CIVILE

La società civile gioca un ruolo fondamentale, attivo e responsabile, nella promozione del diritto alla salute. In particolare può impegnarsi sul fronte della diffusione di informazioni sui temi della Salute globale e dell'equità in salute, della sensibilizzazione e dell'educazione allo sviluppo. Mobilitando tutta l'opinione pubblica, la società civile si impegna in attività di *lobby* e *advocacy*, facendo così pressione sui decisori politici perché attuino politiche sanitarie che garantiscano una salute per tutti e perché vengano stanziati risorse finanziarie adeguate.

IL RUOLO DEL MEDICO: EFFICACI OPINION MAKER

Formare e aggiornare gli operatori sanitari sui temi della salute e dell'equità in salute è oggi fondamentale per acquisire le competenze necessarie ad affrontare le sfide di un mondo globalizzato, ad esempio trovandosi a curare pazienti di differenti provenienze geografiche o a trattare nuove o riemergenti malattie trasmissibili. Inoltre, considerando il loro ruolo sociale e professionale, gli operatori sanitari possono svolgere l'importante funzione di moltiplicatori di informazione e di *opinion maker*. Possono, in altre parole, agire come gruppo di pressione per la promozione di un approccio globale alla salute e per l'elaborazione di politiche sanitarie più eque, divenendo così attivisti per la promozione del diritto alla salute e per l'abbattimento di quei determinanti che impediscono la piena realizzazione di questo diritto.

LA COOPERAZIONE SANITARIA INTERNAZIONALE

La cooperazione sanitaria internazionale può contrastare le disuguaglianze nella salute e intervenire sui determinanti sanitari, affiancandosi, e non sostituendosi, ai sistemi sanitari locali per sostenere il loro rafforzamento, sia a livello di ospedale (nella *governance*, nella gestione, nella clinica), sia a livello di territorio e di strutture periferiche, di famiglie e comunità e di risorse umane.



LA PROPOSTA DIVENTARE AVVOCATI PER IL DIRITTO ALLA SALUTE

EQUAL OPPORTUNITIES FOR HEALTH: ACTION FOR DEVELOPMENT
UN IMPEGNO PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE GLOBALE

CHI SIAMO?

Una rete di **29 partner e associati rappresentativi della comunità medico-sanitaria** – tra cui università, centri di ricerca, aziende sanitarie e ospedaliere, ordini dei medici, organizzazioni non governative e associazioni – appartenenti a sei Stati europei (Italia, Germania, Polonia, Gran Bretagna, Belgio, Spagna).

QUAL È IL NOSTRO OBIETTIVO?

Operiamo in sinergia per mobilitare la società civile e gli operatori sanitari in particolare, e promuovere un movimento per il diritto alla salute a livello globale.

A CHI CI RIVOLGIAMO

Alla comunità medico-sanitaria in senso ampio, ovvero studenti e personale docente delle facoltà di Medicina e Chirurgia, rappresentanti di aziende sanitarie e ospedaliere e di centri di ricerca, società scientifiche e ordini di categoria medico-sanitari, nonché rappresentanti di organizzazioni non governative e associazioni impegnate per la promozione del diritto alla salute.

COSA FACCIAMO?

- > **Formazione**
 - Censimento dei corsi universitari in Salute globale e internazionale e analisi dei bisogni formativi
 - Elaborazione di un percorso di studi in Salute globale e dei materiali didattici relativi
 - Formazione di formatori in Salute globale
 - Attivazione di corsi opzionali in Salute globale nelle Facoltà di Medicina e Chirurgia
 - Seminari formativi sulla Salute globale presso le Aziende sanitarie e ospedaliere
 - Seminari informativi e di sensibilizzazione ai congressi delle società scientifiche
- > **Sensibilizzazione**
 - Formazione di promotori e attivisti
 - Realizzazione di eventi nelle università e nel territorio
- > **Lobby e advocacy**
 - Realizzazione di una conferenza internazionale per promuovere i temi al centro dell'iniziativa
- > **Comunicazione**
 - Realizzazione di un'area dedicata al progetto su www.mediciconlafrica.org/globalhealth
 - Produzione materiale informativo e didattico
 - Pubblicazioni

SIAMO CONVINTI CHE LA SALUTE NON È UN BENE DI CONSUMO, MA UN DIRITTO UMANO FONDAMENTALE. COME TALE NON PUÒ ESSERE VENDUTA E COMPRATA. SE LA SALUTE È UN DIRITTO, L'ACCESSO AI SERVIZI SANITARI NON PUÒ ESSERE UN PRIVILEGIO. SE LA SALUTE È UN DIRITTO, BATTERSI PER IL SUO RISPETTO UNIVERSALE È UN DOVERE.



In partenariato con:



Osservatorio
Italiano Salute
Globale (IT)



Dipartimento di Medicina e
Sanità Pubblica - Università
di Bologna (IT)



Dipartimento di Sanità
Pubblica - Università
di Firenze (IT)



Segretariato
Italiano Studenti
Medicina SISM (IT)



Nuffield Center for
International Health and
Development - Università
di Leeds (UK)



Fondazione
"Redemptoris Missio"
(PL)



action medeor e.V.
(DE)

In associazione con:

Istituto di medicina tropicale Prince Leopold di Anversa (BE); Medicus Mundi Spagna (ES); ONSP - Osservatorio nazionale specializzandi in pediatria (IT); Collegio IPASVI di Padova (IT); Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Padova (IT); Azienda ospedaliera di Padova (IT); Dipartimento di medicina ambientale e sanità pubblica dell'Università di Padova (IT); Dipartimento di sanità pubblica e microbiologia dell'Università di Torino (IT); Dipartimento di medicina interna e specialistica dell'Università di Catania (IT); Dipartimento di medicina sperimentale, ambientale e biotecnologie dell'Università di Milano (IT); IRCCS Burlo Garofolo di Trieste (IT); Gruppi di Medici con l'Africa Cuamm (IT).

www.mediciconlafrica.org/globalhealth

La presente pubblicazione è stata realizzata con il contributo dell'Unione europea. La responsabilità per il contenuto della presente pubblicazione, che non riflette in alcun modo le opinioni dell'Unione europea, spetta unicamente a Medici con l'Africa Cuamm.