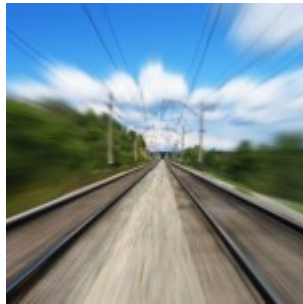


Gavino Maciocco



La salute globale attraverso la lente di una delle più autorevoli riviste mediche.

Firenze-Salerno e ritorno. 8 ore complessive di viaggio in treno, in compagnia dell'ultimo numero del *British Medical Journal* (BMJ) depositato nella cassetta della posta (n. 7760 del 19 giugno 2010). 8 ore dicevo: tutto il tempo (capita veramente di rado) per sfogliare la rivista con calma, per leggere interamente una decina di articoli, per meravigliarsi (una volta di più) di quanto spazio e attenzione le riviste mediche più autorevoli dedichino alle questioni della salute globale/internazionale.

Di seguito la sintesi di 4 articoli (che potrebbero rappresentare la traccia per lo sviluppo di altrettanti post di questo blog).

Crisi finanziaria mondiale e salute globale. A pagare sono sempre gli stessi

Tra le varie conseguenze della crisi finanziaria che si è recentemente abbattuta sull'economia mondiale c'è anche **la riduzione degli aiuti**, già risicatissimi, ai paesi più poveri[1]. L'editoriale cita ad esempio il caso della Spagna, il cui governo ha annunciato un taglio degli aiuti di 600 milioni di euro. Alleghiamo a parte un recentissimo **documento di Actionaid (in Risorse)** dove si legge: "Nel 2009, durante il vertice G8 a L'Aquila, i grandi della terra avevano promesso che avrebbero versato 20 miliardi di dollari in tre anni per sconfiggere la fame nel mondo. Ad oggi è stato versato meno del 10% di quanto dichiarato". (...) "Nell'anno di Presidenza G8, gli aiuti italiani si sono contratti complessivamente del 34% rispetto al 2008 arrivando a destinare all'aiuto solo lo 0,16% del PIL".

In alcuni paesi africani sono a rischio programmi come quello della somministrazione gratuita dei farmaci antiretrovirali per il trattamento dell'Hiv/Aids, come denuncia un **documento di Medici Senza Frontiere (in Risorse)** e, complessivamente, senza i

necessari finanziamenti per sostenere i fragili sistemi sanitari dei paesi in via di sviluppo il raggiungimento degli obiettivi del millennio diventa poco più che un lontano miraggio.

Tre le raccomandazioni contenute nell'editoriale:

1. In questo momento di grave crisi evitiamo lo spettacolo delle **liti tra vari programmi verticali** (Aids, Tb, Malaria, Vaccinazioni, ect), definiti con un termine particolarmente azzeccato "**silos**", per contendersi le scarse risorse a disposizione.
2. Le poche risorse disponibili vanno utilizzate in maniera efficace e razionale per soddisfare i bisogni fondamentali dei paesi beneficiari, **rispettando le loro priorità** (e non quelle dei donatori), secondo la [Paris Declaration on Aid Effectiveness](#).
3. Infine, questo è il momento di **una seria valutazione degli interventi** per assicurare che le azioni messe in atto siano veramente mirate al raggiungimento degli obiettivi del millennio.

L'editoriale si conclude con l'appello a non rimanere arroccati nei propri silos per non perdere l'opportunità di forgiare il sistema della salute globale in modo che questo sia in grado di offrire effettivamente la salute per tutti.

Haiti. Nessuno sviluppo dopo l'emergenza

BMJ dedica all'emergenza post-terremoto di Haiti ben 4 pagine (un ampio reportage[2] + la testimonianza-commento di tre volontari americani, chirurghi provenienti da varie università[3]). **L'evento catastrofico (con epicentro nelle vicinanze della capitale Port-au-Prince) si verificò il 12 gennaio 2010 provocando la morte di 230 mila persone e lo sfollamento di 1 milione e 300 mila abitanti.** Tutto ciò avveniva in uno dei paesi più poveri del mondo, dove le strutture di governo già debolissime (e corrotte) furono letteralmente spazzate via dal sisma. Malattie largamente endemiche come malaria, tubercolosi, tifoide e dengue hanno registrato una drammatica riaccensione. **La catastrofe ha richiamato sul momento un'enorme quantità di organizzazioni mediche internazionali: ce n'erano circa 350 a gennaio, ma ora sono rimaste sul campo solo 23** mettendo a nudo lo sfascio del sistema sanitario haitiano: pochi medici e mal pagati (180 \$ al mese), i migliori emigrano in Canada e Francia; poche e mal equipaggiate le strutture e le cure sono, sempre e comunque, a pagamento. Il reportage nota che per molti cittadini di Haiti il terremoto è stata l'occasione per essere curati da un medico, dato che per la prima volta qualcuno li visitava gratuitamente.

I medici americani riferiscono di aver prestato la loro opera nell'ospedale universitario di Port-au-Prince. Paradossalmente mentre tutt'intorno fiorivano iniziative di organizzazioni

straniere non governative, esperte in emergenza, efficienti e ricche di personale e di attrezzature, **la principale struttura sanitaria pubblica di Haiti riceveva pochissimi aiuti e tutt'ora, a distanza di sei mesi si trova in enormi difficoltà operative per mancanza di mezzi e di personale.** “La linea tra aiuto umanitario e aiuto per lo sviluppo deve essere eliminata – si afferma nell’articolo. Invece di competere o di ignorarsi vicendevolmente le organizzazioni specializzate in disastri dovrebbero lavorare con la comunità medica locale e con le ong locali. La risposta ai disastri non dovrebbe più essere finalizzata a fornire un’assistenza solo temporanea, ma dovrebbe rappresentare un’opportunità per cambiamenti significativi nelle parti più povere del mondo”.

Polonia. Le dolorose riforme di mercato[\[4\]](#)

Il **rapporto Eurobarometer** (in **Risorse**) pubblicato nell’aprile 2010 rileva che tra i sistemi sanitari europei quello polacco è tra i meno graditi alla propria popolazione (solo il 30% dei cittadini ne dà una valutazione positiva). **La crisi finanziaria internazionale ha ulteriormente aggravato una situazione che vede il settore sanitario pubblico fortemente sottofinanziato:** questo assorbe infatti meno del 4% del PIL, una percentuale inferiore a quella assegnata alla sanità durante il regime comunista. L’assicurazione sanitaria nazionale (la cassa mutua che ha sostituito il precedente sistema statalizzato) non ha risorse sufficienti per coprire le prestazioni richieste, con la conseguente crescita delle spese private, sia sotto forma di spese out-of-pocket che di acquisto di assicurazioni private. Fortemente penalizzati i gruppi più poveri e vulnerabili della popolazione: il 47% delle persone a basso reddito, il 43% dei disabili, il 26% degli anziani rinuncia per mancanza di soldi ad acquistare i farmaci di cui ha bisogno.

L’assicurazione sanitaria nazionale non riesce a rimborsare interamente neppure gli ospedali (il 93% dei quali sono pubblici) che anche a causa di ciò sono fortemente indebitati.

Il governo polacco punta alla privatizzazione degli ospedali e le prossime elezioni presidenziali (il ballottaggio si terrà il prossimo 4 luglio) si giocheranno anche su questo campo: il candidato liberale-europeista **Bronislaw Komorowski** è a favore della privatizzazione; il candidato conservatore-nazionalista **Jeroslaw Kacynski** (gemello del Presidente deceduto nell’incidente aereo dell’aprile scorso) è contrario.

Mutilazioni genitali femminili. Il rischio della medicalizzazione

A questo tema è dedicato l’ultimo editoriale del numero[\[5\]](#). L’occasione è offerta da una contestata (e subito dopo ritirata) proposta dell’Accademia Americana dei Pediatri. Si trattava di una proposta di legge che consentiva ai medici di praticare, su richiesta dei

genitori, una forma minima di circoncisione, attraverso una puntura o un piccolissimo taglietto sui genitali delle bambine. Il rationale era quello della “riduzione del danno”: evitare - attraverso un gesto poco più che simbolico - che una bambina venga sottoposta (clandestinamente negli USA o attraverso il ritorno al paese di origine) a pratiche devastanti per il fisico e pericolose per la salute.

Contro la proposta si sono espressi, oltre l’OMS, le organizzazioni per i diritti delle donne, e le associazioni dei pediatri e degli ostetrici inglesi. Anche se è stato ritrattato - conclude l’editoriale - l’episodio ha minato la credibilità delle iniziative locali, nazionali e internazionali contro le mutilazioni genitali femminili.

Nota. Con questo post vorremmo inaugurare una serie di contributi pensati-elaborati-prodotti in viaggio. In un luogo-tempo dove la mente è più libera, dove è più facile spaziare e concentrarsi nella lettura di una rivista o di un libro.

Risorse

1. **Act!onaid. L’Italia e la lotta alla povertà nel mondo Giugno 2010 2010: cala il sipario.** Rapporto annuale. Giugno 2010 [[PDF: 635 Kb](#)]
2. Lynch S, Mclean E. **Punishing Success? Early Signs of an International Retreat from Commitment to HIV/AIDS Care and Treatment.** Medici senza frontiere, Rapporto 2009. [[PDF: 630 Kb](#)]
3. European Opinion Research Group (EEIG). **Patient safety and quality of healthcare.** Rapporto Eurobarometer 2010 [[PDF: 2,39 Mb](#)]

Bibliografia

1. Feachem R, Yamey G, Schrade C. A momentum of truth for global health. *BMJ* 2010; 340:1316-17.
2. Arie S. What next for Haiti’s healthcare? *BMJ* 2010; 340:1332-35.
3. Aarabi S, Smithers CJ, Mukharjee J. Commentary: Don’t ignore home grown medical systems. *BMJ* 2010; 340:1335.
4. Watson P. Poland’s painful market reforms. *BMJ* 2010; 340:1336-37.
5. Bewley S, Creighton S, Momoh C. Female genital mutilation. *BMJ* 2010; 340:1317-18.