

Angelo Stefanini

È in aumento la consapevolezza che il ricco “Nord” abbia qualcosa da imparare da contesti a risorse limitate. È stato infatti coniato il termine “*Reverse Innovation*” per riferirsi a qualsiasi innovazione che nasce nel mondo in via di sviluppo prima di diffondersi al mondo sviluppato.

**Catapultato in un remoto ospedale rurale dell’Uganda da un impeto giovanile di ribellione a un futuro professionale di “super-specialista”, la mia vita di medico ha seguito un percorso migratorio sia in senso geografico** (Africa - Gran Bretagna - Medio Oriente - Italia) **che professionale** (dalla clinica alla sanità pubblica, dal lavoro sul campo all’accademia). Una volta rientrato in Italia mi aspettava un totale disinteresse all’esperienza professionale e umana acquisita in luoghi che il mondo benestante percepisce come miseri e lontani, ma alla cui storia e cultura non mostra alcuna attenzione. Agli occhi dei colleghi intenti a scalare, o a tenere saldamente le vette raggiunte, la mia carriera professionale non poteva che apparire “orizzontale”, anche se con indubbi tocchi di esotismo. Dall’Africa o dal Sud del mondo, pozzo di malattie e arretratezza, leggevo nei loro occhi, cosa può mai venire ad arricchire la nostra scienza e pratica medica?

**Al contrario, entrato nel vivo del mondo sanitario, sia accademico sia dei servizi, mi era subito chiaro quanto della mia “umile” esperienza avrei potuto mettere a frutto.** Un sistema sanitario ormai consapevole dell’inefficacia e insostenibilità dell’approccio ospedale-centrico e dell’imperante medicalizzazione della vita ancora ignorava la storia, il messaggio e le esperienze ispirate dalla Dichiarazione di Alma Ata,<sup>[1]</sup> coetanea del SSN. Il suo contenuto era troppo eversivo perché il *Medical-Industrial Complex* non reagisse con forza: istituzioni globali come Banca Mondiale e importanti università riuscivano nel capolavoro di marketing di spacciare una robusta strategia sociale per raggiungere la Salute per Tutti, qual era la Dichiarazione, in “roba da Terzo Mondo”.

**Associare un’idea profondamente innovativa e accompagnata da entusiasmanti esperienze all’immagine di miseria e arretratezza tecnologica fu la mossa vincente per minarne legittimità e credibilità.** Veniva in questo modo rafforzato il paradigma di uno “sviluppo” cui il Sud del mondo può aspirare soltanto adottando idee, tecnologie e soluzioni provenienti dai paesi ricchi. L’eventualità che anche il percorso inverso possa essere possibile non era concepibile.

**“Sentono ‘Africa’ e pensano che da lì non possa venire niente di nuovo”<sup>[2]</sup> titola un**

**articolo che indaga i principali ostacoli all'accettazione di modelli di innovazione.**

Le ricerche di mercato mostrano come il paese di origine di un prodotto (espresso nel "Made in... ") ne influenzi grandemente il gradimento da parte del consumatore. L'uso di stereotipi semplifica una valutazione complessa di qualcosa o qualcuno sulla base della presenza di alcune caratteristiche rilevanti, come ad es. il reddito pro capite o il PIL. I professionisti attivi all'interno d'istituzioni come un Servizio Sanitario Nazionale o Regionale sono prevedibilmente più ricettivi agli interventi attuati in un paese "simile", a prescindere da come si esprime tale somiglianza che spesso è la risultante, appunto, di generalizzazioni stereotipate.

**Invertire il flusso**

**In un recente convegno sulla Salute Globale, una sessione dal titolo "L'innovazione capovolta, Ingegno e creatività al servizio del Sud del mondo"** [corsivo mio] è raffigurata dall'immagine di un giovane di pelle bianca in camice bianco che scruta un ecografo assieme a colleghi africani. In un mondo in cui le innovazioni vanno ineluttabilmente dal Nord al Sud, si potrebbe sostenere che capovolgere il percorso dell'innovazione significa che sono i paesi poveri a essere *al servizio del Nord del mondo*, trasmettendogli conoscenze, pratiche o tecnologie.

**È in aumento, in effetti, la consapevolezza che il prodigo "Nord" abbia qualcosa da imparare da contesti a risorse limitate.** Govindarajan e Trimble[3] hanno coniato il termine "*Reverse Innovation*" per riferirsi a qualsiasi innovazione che nasce nel mondo in via di sviluppo prima di diffondersi al mondo sviluppato. Fiutando affari redditizi, il settore privato ha da tempo abbracciato l'idea e le società multinazionali, tra le prime la General Electric,[4] stanno promuovendo la diffusione di innovazioni in questa direzione. Anche nel settore sanitario è nato un interesse genuino a considerare i paesi poveri come partner, piuttosto che solo come beneficiari o potenziali consumatori delle "nostre" idee e tecnologie. Un ampio movimento trans-disciplinare sta cercando non soltanto di introdurre nel Nord innovazioni sanitarie ideate in paesi del Sud, ma anche di creare un flusso bi-direzionale di conoscenze e competenze che possa condurre a un arricchimento reciproco.

**Leader di paesi poveri, con scarse risorse e liberi da prassi consolidate dei paesi ricchi, hanno ideato nuovi modi di affrontare vecchi problemi.** L'ex-DG del National Health Service britannico, Lord Nigel Crisp, ha documentato[5] numerosi casi di efficace trasferimento di conoscenze e pratiche nelle due direzioni per la promozione della salute globale. Alcune delle esperienze riportate comprendono, ad esempio, metodi sviluppati in Africa, e ora ampiamente diffusi, per il trattamento di condizioni differenti come l'HIV/AIDS o il piede torto; lenti create per i poveri in India utilizzate in operazioni di cataratta in tutto

il mondo. **Il programma *Oportunidades* del Messico, inteso a portare servizi alle parti più povere della popolazione fornendo denaro contante alle famiglie in cambio di frequenza scolastica regolare**, visite ai centri sanitari e supporto nutrizionale, è stato esplicitamente riprodotto dalla municipalità di New York City nel 2007. Altri paesi che hanno istituito simili programmi includono il Brasile, Perù, Honduras, Giamaica, Cile, Malawi e Zambia. In paesi diversi come India e Uganda esponenti di punta della società stanno utilizzando risorse locali informali, come il senso di comunità e il desiderio di auto-determinazione, per promuovere la salute e fornire assistenza sanitaria. Puntano sulle donne come leader naturali per promuovere la salute, collegano programmi di micro-finanziamento a forme di assicurazione sanitaria e trovano modi per conciliare la medicina tradizionale locale con la cultura scientifica occidentale.

### **Innovazione nella formazione e nell'impiego del personale**

**Nel settore delle risorse umane, molti paesi del Sud del mondo stanno sviluppando propri metodi di formazione e impiego del personale sanitario per soddisfare le esigenze del paese** (e non solo quelle delle professioni).[6] Operatori sanitari di medio livello, chiamati *Clinical Officers* o *Técnicos de Cirugía* in Africa, sono formati in periodi relativamente brevi per svolgere compiti specifici, come tagli cesarei o operazioni di cataratta, che altrove richiedono una formazione professionale completa. In alcuni casi questi tecnici sono diventati il cardine del servizio sanitario del Paese nelle aree rurali offrendo prestazioni con risultati, come ben documentato, non dissimili rispetto ai medici convenzionali. Essi non solo forniscono un servizio molto meno costoso ma sono anche molto più propensi a rimanere nella zona in cui sono stati reclutati. Lavorare al fianco di un simile collaboratore durante il mio servizio nell'Isola di Pemba (Tanzania) ha messo in profonda discussione il significato del mio lungo e costoso percorso di formazione medico-chirurgica.

**Altri paesi potrebbero raccontare storie simili come il Pakistan con le *Lady Health Workers*, o il Malawi con gli *Health Extension Workers*, o la mia stessa esperienza nel Nord Uganda con gli *Health Educators* e le *Traditional Birth Attendants*,**[7]

quadri di operatori di comunità punto di contatto più periferico con il servizio sanitario, che offrono consigli per la promozione della salute e forniscono alcuni trattamenti essenziali. Le disposizioni specifiche variano da paese a paese, ma in tutti i casi si tratta di utilizzare le risorse della comunità locale, e in particolare le donne locali, per promuovere la salute rifacendosi a esperienze storiche che hanno ispirato la strategia della *Primary Health Care*. [8]

**Cina, Iran e Tanzania hanno sperimentato modelli innovativi per la cura della depressione attraverso l'uso di "operatori sanitari di villaggio" e "case della salute"**

in cui personale sanitario adeguatamente formato attende ai bisogni medici e psichiatrici generali delle comunità.[9] Alcuni paesi hanno aperto alla medicina alternativa attraverso modelli di politiche in cui la medicina moderna e quella tradizionale sono integrate nel percorso formativo e nella pratica medica.[10]

**Il fatto che simili pratiche siano ancora sottovalutate nel Nord rimane una sfida fondamentale nell'allargamento del sistema sanitario alla partecipazione delle comunità.** Accrescere la copertura dell'assistenza sanitaria utilizzando queste figure è stato in genere considerato come un'opzione "da paesi sottosviluppati" con un numero inadeguato di professionisti sanitari qualificati. All'opposto, Johnson et al.[11] descrivono come il Regno Unito stia imparando dalla strategia brasiliana di "attenzione primaria in salute" del Brasile, a partire da un progetto pilota nel Galles del Nord. Lo stesso sta succedendo da alcuni anni in Emilia-Romagna grazie al "Laboratorio italo-brasiliano di formazione, ricerca e pratiche in salute collettiva".[12]

### **Innovazione nella cura**

**Nonostante grandi difficoltà, i paesi poveri producono beni e trattamenti sanitari sostitutivi efficienti ed efficaci.** La frugalità delle risorse non solo stimola la creatività, ma fornisce anche contesti utili a formare il personale a creare e utilizzare prodotti per migliorare la salute. Ad esempio, in Bangladesh, dove, come negli altri paesi poveri, i distanziatori per la terapia bronco-dilatatoria distribuiti commercialmente sono generalmente non disponibili o troppo costosi, hanno prodotto distanziatori "fatti in casa" consentendo alle famiglie bisognose di gestire l'asma nei bambini.[13] Ancora in Bangladesh negli anni '70 fu sperimentata la terapia di reidratazione orale, un trattamento semplice per la diarrea fatto semplicemente di zucchero e sale da cucina, che ha salvato milioni di vite in tutto il mondo.[14] Degli stessi anni ma di un altro continente è la pratica del *Kangaroo Mother Care* che utilizza il continuo contatto pelle con pelle tra madre e bambino, introdotto negli ospedali di Bogotá, Colombia, come alternativa agli incubatori per trattare neonati prematuri e con peso inferiore alla nascita.[15]

### **Innovazione nelle idee**

**L'attenzione all'innovazione che viene dal Sud non implica solo concentrarsi sui problemi di quel contesto, ma richiede anche di fare uso dei punti di forza del pensiero teorico-metodologico in esso elaborato.** In un mondo sempre più globalizzato e con crescenti asimmetrie di potere, la tendenza nel pensiero dominante di applicare acriticamente le cornici concettuali ed epistemologiche prevalenti nell'emisfero settentrionale ha trascurato le intuizioni emerse in quello meridionale. Lo stereotipo "Sud

del Mondo” non richiama soltanto l’immagine dell’Africa povera e malata, ma anche l’autoritarismo politico e la disuguaglianza sociale dell’America Latina, così come la crescente ingiustizia dell’economia mondiale. **È da tali condizioni socio-politiche che in quel sub-continente è nata la cultura della critica sociale e il corrispondente movimento di riforma accademica collegato alla ricerca sanitaria** che ha posto esplicitamente la giustizia sociale e l’azione a essa associata al centro del lavoro scientifico. Non a caso questa tendenza è andata parallela alle innovazioni in campo educativo introdotte da Paolo Freire.[16]

**È lungo questa traiettoria controversa che si è sviluppato lo studio e la pratica della salute in America Latina dalla fine degli anni '70 con la nascita di movimenti come la medicina sociale e l'epidemiologia critica, a lungo sconosciute nel Nord.** Un esempio dell’incontro fecondo dell’epidemiologia convenzionale del Nord con la teoria epistemologica e gli approfondimenti concettuali della sanità collettiva latino-americana è dato dalla nozione di “Determinazione sociale della salute”. Secondo questo paradigma la salute dipende da “molto più di una raccolta di ‘fattori determinanti’ frammentati e isolati che, da un punto di vista riduzionista, sono associati ai classici fattori di rischio e ai singoli stili di vita. Non dobbiamo permettere che il concetto di determinanti sociali della salute diventi banale, cooptato o ridotto al solo fumo, comportamento sedentario e cattiva alimentazione, quando ciò di cui abbiamo bisogno è riconoscere che dietro questi sintomi ed effetti si trova una costruzione sociale basata sulla logica di una cultura egemonica globalizzata il cui fine ultimo è la commercializzazione della vita stessa.” [17]

## Conclusioni

**Il libro di Maurice King *Medical care in developing countries: a primer on the medicine of poverty*,[18] atti della omonima conferenza tenuta a Kampala, Uganda nel 1966** (poi seguito da altri su temi specifici[19]) raccoglie una quantità di esempi di “innovazioni” sanitarie sia tecnologiche che organizzative da cui il ricco Nord sta tuttora mutuando. Uno fra tutti il modello di *Health Centre* che le Case della Salute[20] dell’Emilia-Romagna sembrano riprodurre almeno in filosofia e obiettivi. Di fronte a questa realtà sorge spontanea una domanda, “Come superare la presuntuosa riluttanza dei professionisti della salute nei paesi ricchi a imparare da altri paesi meno dotati di risorse economiche e tecnologiche, ma non necessariamente intellettuali?” E di converso: “Come risolvere la mancanza di fiducia nelle proprie potenzialità che serpeggia tra le persone nei paesi poveri?”

**Una possibile risposta è di mostrare esempi pratici dell’applicazione di queste idee nella formazione professionale**, come raccomandato dalla *Lancet Commission* sul futuro

della formazione professionale.[21] Abbiamo bisogno di vedere scambi più efficacemente organizzati tra istituzioni e paesi. È il momento di sviluppare sistemi per apprendere insieme e sfruttare il potenziale per farlo nei paesi dove è presente uno spazio maggiore per creatività e innovazione. Esiste oggi un intero compendio di approcci diversi alla salute che vanno riconosciuti come distintamente asiatici, africani o sudamericani. È importante che non ci limitiamo a vedere queste misure come temporanee e destinate a essere sostituite, una volta che le risorse lo permettano, con approcci e sistemi sviluppati nei paesi più ricchi.

**Come commentano A. Martino e C.F. Guimaraes, riguardo al potenziale insito nel programma di collaborazione Italia-Brasile di cui fanno parte,** "... la discussione di idee, lo scambio di esperienze tra realtà differenti e la cooperazione si sono costituiti come elementi chiave per indurre spostamenti nei modi di osservare e di intendere i problemi attuali dei sistemi sanitari, e gli effetti legati ai processi di globalizzazione. Tali pratiche funzionano da dispositivi catalizzatori di nuove forme di lotta per il diritto alla salute in tutto il mondo." [22]

Angelo Stefanini, Centro di Salute Internazionale (CSI), Università di Bologna

## Bibliografia

1. [Dichiarazione di Alma-Ata sulla Primary Health Care](#) [PDF: 144 Kb]
2. Harris, Matthew, et al. "They hear "Africa" and they think that there can't be any good services'-perceived context in cross-national learning: a qualitative study of the barriers to Reverse Innovation." *Globalization and health* 2015; 11.1: 45.
3. Govindarajan, Vijay, and Chris Trimble. "Reverse innovation: create far from home." *Win Everywhere*, Boston (2012).
4. Immelt J, Govindarajan V, Trimble C: How GE is disrupting itself. *Harvard Bus Rev* 2009, 87:56-65. Citato in Syed et al. [Globalization and Health](#) 2013; 9:36.
5. Crisp, N. *Turning the world upside down - the search for global health in the 21st Century*, Hodder Education, 2010.
6. Syed, Shamsuzzoha B., et al. Developed-developing country partnerships: benefits to developed countries? *Globalization and health* 2012; 8.1: 17.
7. Stefanini A. *Primary Health Care: un'esperienza con le Traditional Birth Attendants nel Nord Uganda*, Tesi di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Bologna, 1986.
8. Newell, Kenneth W., and World Health Organization. *Health by the people*. Geneva: World Health Organization, 1975.
9. Swartz HA, Rollman BL. Managing the global burden of depression: lessons from the developing world. *World Psychiatry* 2003; 2:162-163.

10. Bodekar G. Lessons on integration from the developing world's experience. *BMJ* 2001, 322:164-167
11. Johnson et al. [Learning from the Brazilian Community Health Worker Model in North Wales](#). *Globalization and Health* 2013; 9:25
12. [Laboratorio italo-brasiliano di formazione, ricerca e pratiche in salute collettiva](#). Dispositivo di cooperazione inter-istituzionale tra Emilia-Romagna e Brasile
13. Zar HJ, et al. Home-made spacers for bronchodilator therapy in children with acute asthma: a randomised trial. *The Lancet* 1999; 354:9183: 979-982.
14. Chowdhury AMR, Cash RA. A simple solution: teaching millions to treat diarrhoea at home. Dhaka: University Academic Press; 1996.
15. Cattaneo A, et al. Recommendations for the implementation of kangaroo mother care for low birthweight infants. *Acta Paediatrica* 1998;87(4): 440-445.
16. Freire P. La pedagogia degli oppressi. Milano: Mondadori, 1971. Ultima edizione italiana Edizioni Gruppo Abele, 2018.
17. ALAMES, CEBES, CUT (Brasil), Medicos del Mundo, CTA (Argentina), World Social Forum et al. El debate y la acción sobre la determinación social de la salud: Posición desde los movimientos sociales Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2011.
18. King M. Medical Care in Developing Countries. Nairobi: Oxford University Press, 1966.
19. Pellis G. [A proposito di Primary Surgery](#). *Salute Internazionale*, 12.2009
20. Brambilla A, Maciocco G. Le Case della Salute. Innovazione e buone pratiche. Carocci Faber Editore, 2016
21. [Medical education for the 21st century](#)
22. Martino A e Guimaraes CF. Introduzione, in A cura di Alcindo Antônio Ferla, Angelo Stefanini, Ardigò Martino, *Salute Globale In Una Prospettiva Comparata Tra Brasile E Italia*, 1° Edizione Porto Alegre, Brasile/Bologna, Italia - 2016 Rede UNIDA/CSI-Unibo.