

Beatrice Sgorbissa

Un'autentica Salute globale deve diventare sempre più locale, prendendosi cura delle popolazioni che studia. È urgente che questo dibattito raggiunga le istituzioni e il mondo della ricerca anche nel nostro Paese.

**Per una Salute che sia effettivamente Globale, la ricostruzione delle sue fondamenta deve prevedere un'analisi approfondita delle reali cause che ostacolano il raggiungimento universale della salute**, con un approccio intersezionale e multidisciplinare che svisceri le contraddizioni della nostra contemporaneità, a partire dal neoliberismo, dal neocolonialismo, dalla disparità di genere, alla crisi ambientale, fino a meccanismi complessi come il filantropocapitalismo e il biocapitalismo. [27,28] Non si può parlare di una Salute davvero Globale senza un processo di (auto)analisi e (auto)critica. [4,5,6,7] E affinché tutto questo non si traduca in cambiamenti di facciata, **è fondamentale che la salute come diritto umano torni al centro dei dibattiti e degli obiettivi globali, processo che non è raggiungibile senza un adeguato focus sulla giustizia sociale**, sull'uguaglianza e l'equità. [3,5] Nella prospettiva di un cambio di rotta, adottare nelle policies interne strategie di diversità e inclusione (*Diversity and Inclusion strategies*) non basta. Strumenti come *work-team trainings*, sondaggi sulle esperienze lavorative, workshop sull'inclusione, assunzioni simboliche ed enfaticizzazione dei colleghi appartenenti alle minoranze, rischiano di essere solo metafore: soluzioni di facciata con la funzione di "assolvere" lo stesso sistema dalla sua "*white guilt*" invece che produrre effettivi cambiamenti alla radice. La *Diversity and Inclusion* deve essere integrata all'interno delle politiche e delle istituzioni assieme a veri cambiamenti strutturali che favoriscano il raggiungimento di posizioni strategiche da parte di voci davvero diverse e che questi possano prendere parte in modo pro attivo ai processi decisionali. [3,4,5]

**Sono state proposte delle roadmap per orientare organizzazioni e istituzioni con l'obiettivo di convertire la retorica in riforme effettive e per evitare che la leadership della Global Health sfugga alle proprie responsabilità.** Nella Tabella seguente, tratta dal un recente articolo pubblicato su *BMJ Global Health*, sono indicati alcuni esempi di modalità che perpetuano le disuguaglianze e le necessarie contromisure per superarle[6].

BMJ Global Health	
Esempi di modalità attraverso cui le organizzazioni di salute globale in Paesi ad Alto Reddito perpetuano le disuguaglianze e i cambiamenti sistemici necessari.	
Esempi di modalità che perpetuano le disuguaglianze	Esempi di cambiamenti necessari
Partecipazione limitata di esperti provenienti dai LMICs e di rappresentanti delle comunità sia nelle strutture di governance, sia negli organi consultivi delle organizzazioni che si occupano di migliorare la salute nei paesi LMICs	I direttivi e gli organi decisionali dovrebbero essere occupati da persone dei contesti su cui l'organizzazione si concentra, con le relative competenze ed esperienza diretta delle principali questioni sanitarie. Gli organi direttivi dovrebbero prevedere diversità di pensiero, genere, estrazione sociale, geografica ed etnica. Le persone dovrebbero essere selezionati in modo trasparente con il contributo degli stakeholder locali.
Scelta arbitraria di interventi e ambiti di ricerca, minima coordinazione e coinvolgimento con le persone target che comportano programmi sanitari in modalità "top-down" (dall'alto verso il basso) che non garantiscono sostenibilità futura e perpetuano disuguaglianze nelle comunità.	Decentramento dell'allocazione delle risorse e della progettazione del programma per coinvolgere meglio le comunità destinatarie. Mantenere lo staff delocalizzato all'estero in veste di consulenti tecnici e coordinatori piuttosto che come decisori, favorendo la sovranità dei pazienti e delle comunità e sostenendo l'apprendimento reciproco. Discostarsi da un modello biomedico dei programmi per includere e integrare le conoscenze locali, "indigenizzare" le valutazioni e le soluzioni, seguire i leader delle comunità nella valutazione dei loro problemi e l'applicazione appropriata delle evidenze mediche e di salute pubblica alle loro situazioni.
"Esperti" Europei o Nord Americani collocati in posizione di leader pur avendo minima esperienza lavorativa nel settore dei progetti sanitari, seguiti da uno staff che a sua volta presuppone la superiorità delle loro capacità rispetto alle competenze di persone locali o indigene.	Assicurarsi che le selezioni siano fatte sulla base di una serie di caratteristiche di rilievo, compreso un livello minimo di "intelligenza locale" che può essere giudicato considerando fattori quali: anni di vita e di lavoro nel paese o nella regione; conoscenza della lingua locale; risultati di collaborazioni a lungo termine.
Staff, uffici e risorse presenti nei HICs invece che nei LMICs (dove potrebbero generare opportunità di lavoro e risorse).	Una più equa concentrazione locale delle risorse - compreso il personale e gli uffici - e del potere decisionale, che rifletta il focus geografico del lavoro delle organizzazioni.
Gruppi di valutazione delle domande di finanziamento senza o con una limitata rappresentanza delle comunità interessate o delle parti in causa in cui verrà svolto il lavoro; sovvenzioni concesse senza la dovuta considerazione per l'etica del partenariato.	Una gamma più ampia di esperti in posizioni decisionali per le valutazioni delle sovvenzioni e valutazioni più trasparenti; le agenzie di finanziamento dovrebbero sviluppare e fornire quadri di riferimento per partenariati etici ed equi; i finanziamenti dovrebbero essere condizionati all'impegno (commitment), e alla dimostrazione di pratiche di partenariato etiche ed eque.

**L'argomento però è delicato e serve un approccio che coinvolga non solo l'ambito sanitario ma anche economico, politico, culturale e ambientale.** Infatti, un altro articolo mette in guardia dal rischio che le proposte di riforma si trasformino anch'esse in metafore, soprattutto se utilizzano strumenti di audit e metriche costruiti da e per il sistema stesso e finalizzati a non sovvertirlo davvero.[2] Riformare può anche significare ricostruire qualcosa che, in fondo, rimane sempre uguale. [6,7] Diverse critiche sono state mosse allo stesso movimento di decolonizzazione della salute globale definendolo un grande movimento in stile *white-washing* (riprendendo il concetto di *green washing*, [neologismo](#) inglese che generalmente viene tradotto come ecologismo di facciata o ambientalismo di facciata). [29]

**Come ci immaginiamo dunque il futuro della salute globale?** Seye Abimbola, capo editore del *BMJ Global Health*, prova a dare una risposta: “Nella terra promessa che immaginiamo, la salute globale accademica sembra molto diversa. Lo squilibrio all’interno delle partnership tra HCI (*High Income Countries*) e LMIC (*Low and Middle Income Countries*) è un ricordo del passato. I giornali sono stati trasformati. Le piattaforme di conoscenza sono ora decentralizzate e democratizzate. Riviste occidentali non più esclusive e ad alto impatto ora esistono in una moltitudine di luoghi di riferimento, la maggior parte dei quali ora ha sede nel Sud del mondo. Nel nostro mondo reinventato, la mentalità tradizionale nella salute globale, ovvero l’esperienza che fluisce dagli HIC agli LMIC, è un ricordo del passato. Molte istituzioni accademiche del Sud del mondo sono influenti quanto quelle del Nord del mondo, con la chiara missione di servire le persone svantaggiate in entrambi i contesti. Non c’è dipendenza, solo apprendimento reciproco. I tirocinanti degli HIC sono desiderosi di studiare la salute globale nei LMIC per imparare direttamente da esperti che sono più vicini ai problemi e più vicini alle soluzioni. I titoli di studio in salute globale sono accessibili a coloro che ne hanno più bisogno e vengono insegnati da coloro che sono in prima linea. Si tratta di un mondo diverso. Le segnalazioni di razzismo nelle organizzazioni sanitarie globali sono un ricordo del passato. Queste organizzazioni non sono più istituzioni guidate dai bianchi e dominate dai bianchi provenienti dai HIC, ma hanno riorientato i loro interventi per essere più vicine e responsabili nei confronti delle persone che servono. Sono gestite da persone che sono vicine rispetto ai problemi locali e la conoscenza locale assume la preminenza. Governate in modo inclusivo e reattivo, queste organizzazioni ora si concentrano sui cambiamenti strutturali. Piuttosto che vedere la salute globale come beneficenza, cercano di spingere per la salute come un diritto umano fondamentale, a livello locale e globale”.<sup>[4]</sup>

**Alla luce di quanto abbiamo visto sembra più urgente che mai che il dibattito raggiunga le istituzioni e il mondo della ricerca anche nel nostro panorama nazionale.** La Salute Globale nella nostra contemporaneità dovrebbe fare i conti con tutto questo per definirsi davvero tale. La sfida è guardare ad un concetto di salute che già preveda una dimensione globale, senza accezioni distorte, dando valore ai contesti locali e riconoscendone la ricchezza, affinché essi diventino paradigmi da considerare, su cui riflettere, da cui partire per intavolare una discussione che sia davvero collettiva e alla pari.

***“To make global health truly global is to make global health truly local”.***

S.Abimbola

Beatrice Sgorbissa, Specializzanda di Igiene e Medicina Preventiva, Università di Padova.  
Co-Fondatrice di [Strada SiCura](#)

Leggi anche la prima parte di questo post - "[Salute Globale. Coloniale](#)"

## Bibliografia

1. Seye Abimbola. [On the meaning of global health and the role of global health journals](#). International Health 2018; 10(2):63-65 <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihy010>
2. Eichbaum QG, Adams LV, Evert J, Ho MJ, Semali IA, van Schalkwyk SC. [Decolonizing Global Health Education: Rethinking Institutional Partnerships and Approaches](#). Acad Med. 2021 Mar 1;96(3):329-335. doi: 10.1097/ACM.0000000000003473
3. Hirsch LA. Is it possible to decolonise global health institutions? Lancet. 2021 Jan 16;397(10270):189-190. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32763-X. PMID: 33453772.
4. Abimbola S, Pai M. Will global health survive its decolonisation? Lancet. 2020 Nov 21;396(10263):1627-1628. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32417-X.
5. Besson EK. Confronting whiteness and decolonising global health institutions. Lancet. 2021 Jun 19;397(10292):2328-2329. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01321-0
6. Khan M, Abimbola S, Aloudat T, Capobianco E, Hawkes S, Rahman-Shepherd A. [Decolonising global health in 2021: a roadmap to move from rhetoric to reform](#). BMJ Glob Health. 2021 Mar;6(3):e005604.
7. Büyüm AM, Kenney C, Koris A, Mkumba L, Raveendran Y. [Decolonising global health: if not now, when?](#) BMJ Glob Health. 2020 Aug;5(8):e003394. doi: 10.1136/bmjgh-2020-003394.
8. [Global Health 50/50 Report](#)
9. Felix Willuweit. [De-constructing the 'White Saviour Syndrome': A Manifestation of Neo-Imperialism](#). E International Relations, 13.07.2020
10. Daniel Reynolds. [Racism Is a Health Crisis. Why Aren't We Treating It Like One?](#) Healthline, 23.06.2020
11. Decolonization of knowledge, epistemicide, participatory research and higher education - Budd L. Hall, Rajesh Tandon - Co-Holders, UNESCO Chair in Community-Based Research and Social Responsibility in Higher Education, School of Public Administration, University of Victoria, Canada and the Society for Participatory Research in Asia - Research for all - 2017
12. Svadzian A, Vasquez NA, Abimbola S, Pai M. [Global health degrees: at what cost?](#) BMJ Glob Health. 2020 Aug;5(8):e003310. doi: 10.1136/bmjgh-2020-003310.
13. Bliziotis IA, Paraschakis K, Vergidis PI, Karavasiou AI, Falagas ME. [Worldwide trends in quantity and quality of published articles in the field of infectious diseases](#). BMC Infect Dis. 2005 Mar 21;5:16. doi: 10.1186/1471-2334-5-16.
14. Mohamedbhai G. Promoting Developmental Research - a Challenge for African Universities. Journal of Learning for Development 2014; 1(2). Retrieved from

<https://j14d.org/index.php/ej14d/article/view/65>

15. Yarmoshuk AN, Cole DC, Mwangi M et al. [Reciprocity in international interuniversity global health partnerships](#). High Educ 2020; 79, 395-414.  
<https://doi.org/10.1007/s10734-019-00416-1>
16. Lawrence DS, Hirsch LA. [Decolonising global health: transnational research partnerships under the spotlight](#). International Health 2020; 12(6):518-523
17. Boum II Y, Burns BF, Siedner M, et al. [Advancing equitable global health research partnerships in Africa](#). BMJ Global Health 2018;3:e000868.
18. Hedt-Gauthier B, Airhihenbuwa CO, Bawah AA, et al. Academic promotion policies and equity in global health collaborations. Lancet. 2018 Nov 3;392(10158):1607-1609. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32345-6.
19. Chersich MF, Blaauw D, Dumbaugh M, et al. [Local and foreign authorship of maternal health interventional research in low- and middle-income countries: systematic mapping of publications 2000-2012](#). Global Health. 2016 Jun 23;12(1):35. doi: 10.1186/s12992-016-0172-x.
20. Rees CA, Lukolyo H, Keating EM, Dearden KA, Luboga SA, Schutze GE, Kazembe PN. [Authorship in paediatric research conducted in low- and middle-income countries: parity or parasitism?](#) Trop Med Int Health. 2017 Nov;22(11):1362-1370. doi: 10.1111/tmi.12966
21. Schneider H, Maleka N. [Patterns of authorship on community health workers in low- and middle-income countries: an analysis of publications \(2012-2016\)](#). BMJ Global Health 2018;3:e000797.
22. Mbaye R, Gebeyehu R, Hossmann S, et al. [Who is telling the story? A systematic review of authorship for infectious disease research conducted in Africa, 1980-2016](#). BMJ Global Health 2019;4:e001855.
23. [Lessons in humility](#). The Lancet Editorial 2021; 9(7):E880
24. Abimbola S. [The foreign gaze: authorship in academic global health](#). BMJ Global Health 2019;4:e002068.
25. The Lancet Global Health. [Closing the door on parachutes and parasites](#). Lancet Glob Health. 2018 Jun;6(6):e593. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30239-0.
26. Hommes F, Monzó HB, Ferrand RA, Harris M, Hirsch LA, Besson EK, Manton J, Togun T, Roy RB. [The words we choose matter: recognising the importance of language in decolonising global health](#). Lancet Glob Health. 2021 Jul;9(7):e897-e898. doi: 10.1016/S2214-109X(21)00197-2.
27. Baru RV, Mohan M. [Globalisation and neoliberalism as structural drivers of health inequities](#). Health Res Policy Sys 2018; 16, 91
28. Chaudhuri MM, Mkumba L, Raveendran Y, Smith RD. [Decolonising global health: beyond 'reformative' roadmaps and towards decolonial thought](#). BMJ Glob Health.

2021 Jul;6(7):e006371. doi: 10.1136/bmjgh-2021-006371

29. Madhukar Pai. [Decolonizing Global Health: A Moment To Reflect On A Movement](#). The Forbes, 22.07.2021
30. Tervalon M, Murray-García J. Cultural humility versus cultural competence: a critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. J Health Care Poor Underserved. 1998 May;9(2):117-25. doi: 10.1353/hpu.2010.0233.
31. Ng SL, Kinsella EA, Friesen F, Hodges B. [Reclaiming a theoretical orientation to reflection in medical education research: a critical narrative review](#). Med Educ. 2015 May;49(5):461-75. doi: 10.1111/medu.12680
32. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet. 2010 Dec 4;376(9756):1923-58. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5