

# **Il Console Onorario e le nuove Emergenze Sanitarie**

**Torino, Sabato 30 Aprile 2011**

**Cav. Prof. Dott. Guido Bastianelli**

**Console della Repubblica dello Yemen**

**Direttore Centro Studi UCOI**

**Vicedecano Corpo Consolare di Firenze**

## **Relazione**

Il Console Onorario viene sempre più frequentemente interpellato per occuparsi di politiche di Cooperazione Sanitaria Internazionale.

Le Regioni, i Comuni, le Provincie le numerose Onlus presenti nella Sua Circostrizione lo invitano ad interessarsi di tale argomento, ed il Console, nella maggioranza dei casi non medico, ha spesso difficoltà psicologiche ad occuparsi di tali problemi ritenendo di non poter riuscire a compiere bene il Suo Lavoro

La Cooperazione Sanitaria è quindi spesso limitata, ad esempio, all'invio, nel paese rappresentato, di missioni di medici dell'ospedale della città dove risiede il Console o all'accoglienza dei pazienti del paese rappresentato che sempre più numerosi giungono in Italia a curarsi, poiché il nostro Paese presenta delle realtà di assoluto livello internazionale. Infine, il Console si occupa spesso di organizzare l'accoglienza dei medici del Paese da lui rappresentato che arrivano in Italia per aggiornamenti, corsi, stages di apprendimento culturale e pratico in campo medico sanitario.

Tali aspetti rappresentano una parte fondamentale delle politiche sanitarie che sono di particolare rilievo tra i compiti Istituzionali dei Consolati, vista la grande importanza che le Istituzioni locali assegnano alla politica di Cooperazione Sanitaria.

Tuttavia, questo modus operandi non è l'unico possibile approccio alla Cooperazione Sanitaria Internazionale, come cercheremo di spiegare in dettaglio nel corso di questa breve relazione.

## **Le migrazioni**

Come ricordava giustamente D. Masrey nel 2002: "All'Alba del nuovo millennio tutte le nazioni sviluppate nel mondo vogliono o meno riconoscere tale fatto sono divenute paesi di immigrazione. Come conseguenza le politiche che governano i volumi le caratteristiche e le condizioni di ingresso degli stranieri hanno acquisito in tutto il mondo una grande rilevanza"

La mobilità umana, quindi, costituisce una delle manifestazioni dell'internazionalizzazione dell'economia, fenomeno destinato a riaffermarsi ed a divenire un carattere normale di una società sempre più globalizzata.

Tali considerazioni sono testimoniate dal fatto che il numero delle persone che si spostano ogni anno dal loro Paese di origine è vicino a un miliardo e mezzo di persone. Ecco, quindi, che si affacciano alla ribalta le motivazioni che spingono sempre in maggior numero le persone a migrare. La povertà, in aumento in tutti i paesi del mondo, ed in particolare l'estrema povertà sono la principale causa, ma non la sola. La disoccupazione, in particolare quella giovanile, e, come dimostrano i recenti tragici avvenimenti nel Mediterraneo, le aspettative di una vita migliore, non solo in termini economici ma anche di nuove possibilità, opportunità di un mondo con migliori diritti e prospettive, muovono, in condizioni spesso disperate, giovani alla ricerca di un mondo migliore.

Al fine di meglio comprendere la nostra relazione è dunque necessario introdurre la parola **Governance** .

La Governance è definita come un "insieme di regole introdotte mediante accordi bilaterali o multilaterali stipulati a livello locale, nazionale, regionale ,internazionale idoneo a controllare in qualche misura i flussi economici mondiali".

Inoltre, nel rapporto della Commissione ONU sul nostro Vicinato Globale, la **Global Governance**, che una volta si riteneva riguardasse primariamente le relazioni intergovernative oggi coinvolge non soltanto i governi e le istituzioni

intergovernative ma pure le istituzioni non governative, le corporazioni transnazionali, le Università, i mass media, e quindi naturalmente i Consolati.

Ed ecco quindi, che come sottolineava Kofi Annan Ex-Segretario Generale delle Nazioni Unite, la **Good Governance** è forse l'unico vero fattore fondamentale in grado di eliminare la povertà e promuovere lo sviluppo. Il Prof. Annan sottolineava, inoltre, che servono interventi più rapidi ed efficaci e che è necessario un nuovo approccio di Good Governance per affrontare il problema globale della povertà e della salute.

Affrontiamo ora il problema della salute. Per ben comprendere il Sistema Sanitario partiamo insieme dalla definizione di Sistema Sanitario:

Il Sistema Sanitario è l'insieme di tutte le organizzazioni pubbliche e private, dell'istituzioni e di tutte le risorse incaricate di migliorare, mantenere e/o ridare salute. I Sistemi Sanitari comprendono sia i servizi dedicati alla persona che alla popolazione in generale, sia tutte le attività che possono influenzare politiche e azioni verso i determinanti della salute: sociali, ambientali ed economici.

E dopo la definizione di Sistema Sanitario è necessario introdurre e definire il concetto di cosa siano i determinanti della salute Partiamo quindi dai meccanismi di esclusione sociale.

L'esclusione consiste in processi dinamici multidimensionali guidati da diverse forze, da ineguaglianze nelle relazioni di forza che interagiscono attraverso 4 dimensioni: economica, politica, sociale e culturale, e che, a differenti livelli, includono individui, gruppi, comunità e nazioni. Tutto questo risulta in un "continuum" di inclusione/esclusione, caratterizzato da dissimili possibilità di accesso alle risorse, alle capacità ed ai diritti, che portano inesorabilmente all'assoluta ineguaglianza sanitaria.

L'esclusione sociale è un processo dove alcuni individui, ed in particolare ci riferiamo agli extracomunitari, sono messi ai margini della società ed impediti alla piena partecipazione sociale a causa della loro povertà, per carenza di competenze di base e carenza di opportunità di apprendimento o anche come risultato di discriminazione. Tutto questo li tiene lontani dal lavoro, da un buon reddito, dall'educazione, dalle opportunità di apprendimento ed anche dai networks sociali e delle comunità. Questi soggetti, inoltre, hanno scarso accesso ai centri di potere ed ai corpi decisionali e pertanto si sentono privi di capacità

decisionali ed inabili ad influenzare le decisioni che riguardano la loro vita di ogni giorno.

Tali concetti introducono bene quindi i rischi di esclusione sociale che possiamo definire come segue:

1. Incompleti diritti di cittadinanza: migrant–friendliness. Società e nazioni con differenti migrant–friendliness
2. Discriminazione sociale “La discriminazione sulle basi di differenti identità sociali, culturali o razziali genera dei potenti processi di esclusione” (UE 2009)
3. Discriminazione individuale (attiva o cosciente): sesso, razza, età, etnicità, religione o nazionalità
4. Discriminazione istituzionale (passiva o indiretta): struttura delle Istituzioni in rapporto ai nuovi flussi migratori
5. Sistemi Sanitari tarati su un omogeneo gruppo nazionale

Se da un lato il Console è chiamato a contrastare quella che è la discriminazione individuale attiva o cosciente, spesso esasperata dai mass media o da gruppi con sentimenti xenofobi, è molto importante che l'Istituto Consolare si occupi di quella che è la discriminazione istituzionale. E' ovvio che la discriminazione istituzionale non sia un insieme di atti deliberati dalle Istituzioni per colpire i cittadini extracomunitari in maniera cosciente, ma derivi da un insieme di fattori, che ora esamineremo, che la rendono particolarmente dannosa per la realizzazione degli obiettivi della salute. L'interpretazione di tale concetto, iniziato dalla Corte Suprema di Giustizia degli Stati Uniti negli anni '70, adottato dal Regno Unito nella legislazione del 1990 ed incorporato nelle direttive EU del 2000, si basa sul fatto che quando una società, che era precedentemente omogenea, come ad esempio quella italiana, diviene multietnica e multiculturale fa fatica ad adattare leggi, convenzioni, Sistemi Sanitari e tutto il suo sistema burocratico (certamente il nostro non tra i più snelli) ai nuovi bisogni ed a differenti esigenze di cittadini extracomunitari, che hanno intrapreso il loro difficile percorso di integrazione sociale. Ecco quindi che la discriminazione sia attiva che passiva, o istituzionale pone i migranti in una posizione di svantaggio sociale sia di minore benessere e stato di salute. Tutti gli sforzi di migliorare la salute di nostri gruppi rappresentati devono aver come priorità dei

cambiamenti in meglio e dei miglioramenti della posizione sociale, attraverso un insieme ampio di settori, non solo nella sanità, ma anche nel lavoro, istruzione, protezione sociale, servizi sociali, diritti ed applicazione delle leggi. Tali misure quindi sono talmente interconnesse le une alle altre che l'esclusione in un settore influenza automaticamente gli altri, producendo una matrice sinergica di disparità sociali che portano alle ineguaglianze sanitarie.

Non dobbiamo dimenticare, inoltre, che nella definizione delle Nazioni Unite, le Comunità dei cittadini che noi rappresentiamo sono considerati come "gruppi vulnerabili", dove la vulnerabilità non è su base fisica, individuale o psicologica, ma sul fatto che paradossalmente le minoranze etniche devono essere più forti fisicamente e psicologicamente per combattere i rischi di esclusione sociale e gli altri stress e privazioni a cui sono quotidianamente esposti.

Occupiamoci adesso dello stato di salute dei nostri rappresentati, e partiamo dalla sintesi delle differenze principali delle caratteristiche generali della loro salute:

1. Aspettativa di vita: minori aspettative di vita
2. Condizioni "esotiche" di malattia: nuove malattie e loro impatto
3. Malattie non trasmissibili
  - Malattie cardio-vascolari: fattori di rischio
  - (alcool, fumo e alimentazione)
  - Tumori
  - Diabete di tipo II: differenti abitudini alimentari
4. Medicina del lavoro e sicurezza: lavori pericolosi e mancanza di sicurezza sul lavoro

Quando parliamo dei gruppi vulnerabili dobbiamo sottolineare il fatto che, nonostante la richiesta di particolari ottime condizioni di salute fisica e psichica che il cittadino extracomunitario sente di dover mantenere per ben integrarsi e combattere le battaglie della vita quotidiana per lui ed i figli, paradossalmente è esposto a dei fattori di rischi fisici che lo portano, come ben dimostrato da tutte le

casistiche dei Ministeri della Salute Europei, ad avere maggiori rischi per la sua salute. Il principale di questi rischi è legato al fatto che, se noi consideriamo l'importanza primaria della prevenzione in tutti i campi medici, ben difficilmente questo concetto può essere compreso nei suoi significati profondi dal cittadino extracomunitario. In primis poiché proviene da paesi spesso in piena emergenza sanitaria, in cui già è molto difficile curare i casi gravi e ben manifestati ed in cui, specie per problemi di risorse, poca attenzione viene posta alle politiche di prevenzione sanitaria. In secondo luogo poiché, specie per piccole malattie apparentemente in fase iniziale, o in particolare per problemi di tipo psichiatrico l'extracomunitario ha molto spesso una certa renitenza a farsi vedere "debole fisicamente o psicologicamente" sia nei confronti dei cittadini del paese ospitante sia nei confronti dello stesso gruppo etnico. Tali fattori, anche se le statistiche sono molti difficili da esaminare, portano però a delle chiare conclusioni, e che cioè il cittadino extracomunitario ha minori aspettative di vita rispetto al cittadino degli stati ospitanti. Tale fenomeno è legato, inoltre, alle due patologie considerate quali le prime cause di morte a livello planetario: malattie cardiovascolari e tumori. Per quanto concerne le malattie cardiovascolari molti cittadini extracomunitari non avendo mai avuto campagne di prevenzione sul fumo nel loro paese di origine hanno abitudini personali di abuso di fumo e spesso di alcool anche per combattere le situazioni stressanti e disagiate in cui vivono. Tali fattori ovviamente aumentano la possibilità di ammalarsi di tumore in associazione, sempre come prima descritto, alla poca percezione dei gruppi extracomunitari ad effettuare screenings o a rivolgersi prontamente al medico per una prima diagnosi. Non dimentichiamo, inoltre, l'aumento del diabete di tipo II, considerato in questo momento nel mondo come una vera emergenza sanitaria, e legato molto spesso, come le malattie cardiovascolari, ad un cambio repentino di alimentazione da parte dell'extracomunitario verso una dieta occidentale ad alto contenuto di grassi ed a volte a diete non ben bilanciate ed integrate per motivi di povertà. Per quanto concerne le malattie mentali, non vi è un aumento di incidenza legato a differenze individuali e genetiche tra cittadini extracomunitari e cittadini del paese ospitante ma sicuramente vi è un aumento dei disordini mentali legati a stress ed alla mancanza completa di prevenzione o di consultazione del medico all'apparire dei primi sintomi, ed, inoltre, ad una certa renitenza ad assumere psicofarmaci. Infine, come tutti noi ben conosciamo dalla stampa, vi è una grave incidenza di malattie professionali nei cittadini extracomunitari, questo deriva sia dal fatto che spesso vengono affidati agli

extracomunitari i lavori più gravosi e pericolosi sia perché il più delle volte, per mancanza di comprensione linguistica e di corretta informazione, non vengono applicate quelle politiche di prevenzione primaria fondamentali in medicina del lavoro per prevenire incidenti. Non dimentichiamo per ultime sia le malattie rare di nuovo in aumento, quali la tubercolosi, sia l'incidenza della malattie trasmissibili, quali epatiti A, B e C ed HIV, che sono più frequenti nei cittadini extracomunitari.

Ecco quindi che si apre il capitolo della funzione del Console nel migliorare la qualità sanitaria e di vita dei suoi assistiti.

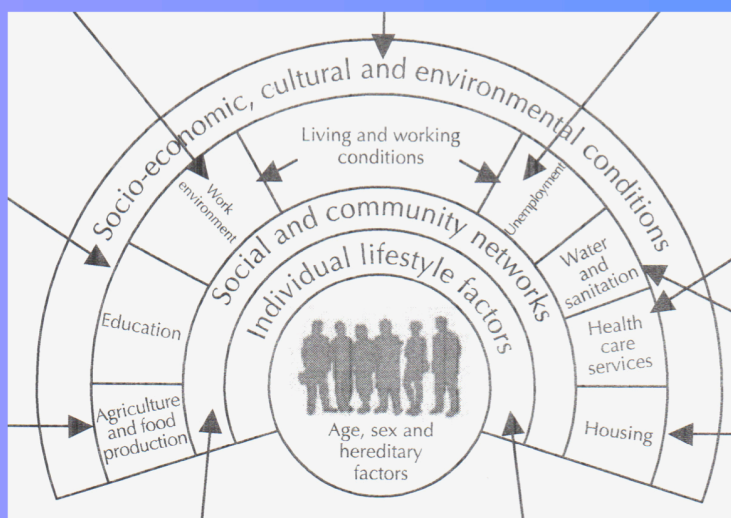
Strategie di intervento:

- 1: Il concetto di “matching”
2. Dai Sistemi Sanitari “one-size fits all” al “patient centered-care”
3. Accessibilità ai servizi sanitari
4. Diverse credenze sanitarie e comportamento della persona bisognosa
5. Percezione del Sistema Sanitario

Il concetto di **matching** o corrispondenza è il compito più importante per il Console. Va considerato il fatto che viene definito matching lo scopo di rendere il Sistema Sanitario più rispondente alle necessità, alle preferenze ed alle aspettative dei cittadini extracomunitari da lui rappresentati. Ed ecco quindi che, dato che il Sistema Sanitario Nazionale si sta trasformando da un sistema valido per tutti ad un sistema centrato sulla persona, solo il Console è in grado di conoscere tutto quello che è il sistema socio-culturale che determina le abitudini di vita del suo rappresentato. Al Console spetta naturalmente di rompere le barriere, prima tra tutte quella linguistica, per l'accessibilità ai Sistemi Sanitari e mediare per meglio ridurre le diverse credenze sanitarie ed i comportamenti della persona malata. Ed infine, il Console, conoscendo bene le leggi, i regolamenti e la filosofia del proprio Sistema Sanitario che lo ha seguito dall'infanzia fino all'età matura, può far bene percepire al suo rappresentato i valori, ma anche a volte le criticità dello stesso, avendo naturalmente i mezzi istituzionali per combatterne eventuali inefficienze.

Nella rappresentazione del Prof. N.Nair, WHO regional Office for South East Asia, riportiamo una summa delle misure richieste per combattere i determinanti sociali della salute per i cittadini extracomunitari.

## Misure per ridurre i determinanti sociali della salute per le comunità extra-nazionali



Come potete bene notare in questo schema, da qualunque parte lo si consideri, il Console ha la possibilità di interagire in maniera proficua per ridurre i determinati sociali della salute. Le considerazioni che abbiamo precedentemente descritto sono frutto di un grande interesse da parte di tanti Organismi Istituzionali, quali WHO, EU, Ministeri della Salute, che hanno portato negli ultimi 15-20 anni a considerare i determinati sociali della salute quali attori essenziali per la salvaguardia della salute, oltre al fatto medico-sanitario "per sé".

Naturalmente dall'esame di questi dati sono state stilate delle raccomandazioni per il buon funzionamento dei Sistemi Sanitari e per combattere le ineguaglianze



che sono stati causa di dati disastrosi, come precedentemente spiegato, in termini di qualità della salute dei nostri pazienti rappresentati.

## **Raccomandazioni per il buon funzionamento dei Sistemi Sanitari**

### Fornitura dei servizi:

1. Monitorare l'accessibilità e la qualità dei servizi sanitari per i migranti e le minoranze etniche
2. Identificare ed analizzare i problemi, predisporre rimedi e valutarne l'efficacia
3. Ridurre le barriere linguistiche predisponendo un servizio di interpreti e materiale cartaceo tradotto ove necessario
4. Ridurre le barriere amministrative e burocratiche per l'accesso al Servizio Sanitario
5. Adattare i servizi messi a disposizione alle differenze sociali e culturali, includendo credenze e comportamenti sanitari
6. Stanziare risorse in risposta all'incidenza ed alla gravità dei problemi di salute, e, laddove necessario, sviluppare nuove pratiche e competenze specialistiche
7. Utilizzare un approccio mirato per garantire ai migranti ed alle minoranze etniche di ricevere informazioni chiare e dettagliate sulla salute e sui Sistemi Sanitari
8. Adottare un approccio organizzativo globale per eliminare le discriminazioni istituzionali e per lo sviluppo della "competenza culturale"
9. Incrementare la cooperazione tra inter-settoriale con altri servizi, in particolare quelli inerenti all'assistenza sociale, educazione, immigrazione e integrazione
10. Favorire il coinvolgimento dei migranti e delle minoranze etniche nello sviluppo, miglioramento, monitoraggio e valutazione dei Sistemi Sanitari
11. Rafforzare la fornitura dell'assistenza sanitaria primaria e ridurre il ricorso inappropriato ai servizi di emergenza

12. Integrare i servizi sanitari per i migranti e per le minoranze etniche quanto più possibile con l'assistenza tradizionale per facilitare il controllo di qualità, garantire la sostenibilità ed evitare di istituzionalizzare l'esclusione sociale

### Generazione delle risorse

1. Sviluppare le competenze degli "addetti ai lavori" attraverso corsi di formazione ed educazione (prima e durante la messa in servizio) riguardanti migrazione, etnicità e salute. I programmi dovrebbero essere indirizzati non solo ai lavoratori nel campo della salute ma anche ai ricercatori, ai managers agli amministratori ed ai politici.

2. Istituire nuove figure, quali il mediatore culturale, gli interpreti sanitari o i lavoratori per lo sviluppo delle comunità, prestando attenzione alla formazione, agli standard professionali, alle risorse economiche disponibili ed al loro riposizionamento all'interno dei Sistemi Sanitari

3. Stabilire sistemi per creare e diffondere la conoscenza riguardo alla salute dei migranti e delle minoranze etniche

4. Rafforzare e consolidare le competenze dei ricercatori e dei lavoratori sanitari attraverso il miglioramento della cooperazione tra diverse discipline, professionalità e settori della sanità

### Amministrazione

1. Sviluppare un approccio multi-settoriale per eliminare i determinanti sociali della salute dei migranti e delle minoranze etniche, basato sul principio di "equità e salute in tutte le politiche"

2. Assicurare il diritto primario alla salute e le prospettive di salute pubblica in tutte le questioni politiche che riguardano il diritto dei migranti e delle minoranze etniche all'assistenza sanitaria

3. Costruire coalizioni per la salute dei migranti e delle minoranze etniche coinvolgendo tutti gli "attori" e gli azionisti rilevanti, e promuovere queste questioni sia nei dibattiti politici che sui mezzi di comunicazione

4. Favorire la cooperazione internazionale sui meccanismi di protezione della salute per i migranti e le minoranze etniche e su lo scambio di competenze e buona pratica
5. Assicurare la massima sinergia tra misure dirette a ridurre le ineguaglianze sanitarie correlate a etnicità e migrazione
6. Sviluppare interventi di rafforzamento delle reti sociali e dare più poteri ai migranti ed alle minoranze etniche, trattandoli come una risorsa risolutiva piuttosto che come un problema

### Risorse economiche

1. Ridurre le barriere economico-finanziarie all'assistenza sanitaria per i meno abbienti riducendo il ricorso all'assistenza sanitaria privata a pagamento e promuovendo l'introduzione di una copertura universale
2. Assicurarsi che i migranti e le minoranze etniche siano consapevoli dei loro diritti e che tali diritti siano rispettati dai fornitori del servizio
3. Investigare i costi economici delle diseguaglianze sanitarie, delle diagnosi errate, dei trattamenti inappropriati, degli errori medici, dell'abbandono della cura e della scarsa aderenza alla terapia che sono conseguenza di una scarsa fornitura di un appropriato servizio linguistico e culturale. Stimare l'impatto di un servizio sanitario equamente orientato per aiutare a capire meglio la relazione tra interventi politici, risultati sullo stato di salute, costi e benefici

I dati sopra citati sono tratti integralmente da una presentazione della Prof. Theadora Koller, nota esperta e studiosa del WHO: tale report dimostra che se noi Consoli esaminiamo a caso una qualunque delle raccomandazioni possiamo bene evidenziare come questa ci può chiamare direttamente in causa.

### **Conclusioni**

La cooperazione internazionale si basa su un lavoro a 360 gradi inteso come un flusso multidirezionale di mezzi, risorse umane e scientifiche. La Cooperazione Internazionale, come viene considerata oggi, è molto diversa da quella che era la sua interpretazione esclusivamente umanitaria degli anni '70-'80 in cui tutto

veniva lasciato alla buona volontà di inviare materiali e risorse nei paesi poveri. Tale filosofia oltre ad essere chiaramente zoppa diventava del tutto fallimentare quando non era supportata dalla sostenibilità dei progetti. Il nostro lavoro di Console, inteso come flusso continuo multidirezionale di risorse e conoscenze tra il nostro paese rappresentato e l'Italia, bene può e deve inserirsi a pieno titolo nella Cooperazione Sanitaria anche per la stabilità del Sistema Consolare che garantisce a livello istituzionale il buon fine di progetti e risorse finanziati. Oltre quindi allo sviluppo di Cooperazione Sanitaria verso i paesi da noi rappresentati è imperativa la necessità di occuparci attivamente della salvaguardia della salute dei nostri rappresentati utilizzando quando possibile risorse e competenze puramente sanitarie, ma in ogni modo le risorse istituzionali del Consolato per bene evidenziare e combattere le ineguaglianze create dai determinati sociali della salute, che rappresentano oggi le nuove vere emergenze sanitarie. Molto semplicemente quindi, il lavoro quotidiano del Console di buona volontà, che si occupa di tutti problemi connessi ai nostri rappresentati non solo migliora la loro salute ed il loro benessere ma in alcuni casi, più di quanti noi immaginiamo, salva delle vite.