

L'esempio del CILE - Cooperazione sanitaria con il Cile

Dopo il colpo di stato del 1973 l'Italia aveva interrotto le proprie relazioni diplomatiche con il Cile del dittatore Pinochet. Forti erano invece i legami che il nostro paese manteneva con il lontano, ma affine paese latinoamericano. L'appoggio alle forze di opposizione fu in gran parte canalizzato attraverso le iniziative delle Organizzazioni non governative che, in gran parte grazie ai contributi pubblici, realizzarono durante quegli anni diverse iniziative di assistenza alle popolazioni più bisognose che la politica neoliberista del dittatore aveva progressivamente privato dell'accesso ai servizi di base, oltre che della libertà.

Nel 1987, quando il ritorno della democrazia era ancora solo una remota speranza, una serie di occasioni ci permisero di iniziare un percorso che avrebbe in seguito permesso alla Cooperazione italiana di essere presente, direttamente e non solo attraverso programmi promossi da ONG, nei più delicati momenti del processo che da lì a tre anni avrebbe riportato il Cile sul cammino della transizione alla democrazia.

Il nostro nuovo incaricato d'affari, insediato da poco a Santiago, aveva deciso di essere maggiormente presente sulla scena cilena anche attraverso attività di cooperazione da lui direttamente gestite. Identificate due o tre iniziative in appoggio ad altrettante istituzioni private che aveva intenzione di favorire per diverse ragioni, non ultima quella dell'affinità di credo politico, il nostro incaricato d'affari inviò a Roma la richiesta di una missione tecnica che permettesse di definire (o meglio accogliere) alcune richieste da lui formulate. Giacché nella sua intenzione si trattava di appoggiare due centri di terapia familiare e quello della salute mentale era divenuto un problema molto sentito nel Cile della repressione militare, al responsabile dei programmi sanitari del Ministero fu affiancato uno dei massimi esperti italiani in salute mentale.

Era chiaro che, dato il momento storico, se avessimo scelto semplicemente di verificare e adattare gli aspetti tecnici delle scelte già operate dal nostro incaricato d'affari, la missione avrebbe avuto un valore del tutto marginale. In fin dei conti, agli esperti non si chiede di più, anzi, troppa creatività potrebbe sconfinare nelle "competenze politiche" e rovinare i giochi. In questo senso, la decisione di studiare un intervento sanitario più articolato e capace di appoggiare in maniera concreta quanti lavoravano per la costruzione di un futuro diverso, a partire proprio dai bisogni sanitari della popolazione fu del tutto autonoma. Progettare un intervento che da un lato prendesse spunto dalle "richieste" trasmesse dalla nostra Ambasciata e dall'altra guardasse ad orizzonti più ampi, non sarebbe stato certo facile ed avrebbe certamente richiesto dei compromessi.

Giungemmo a Santiago nell'aprile del 1987, subito dopo la discussa visita del Papa, che se da un lato aveva aperto qualche spiraglio di speranza, dall'altro aveva provocato violenti scontri tra la popolazione desiderosa di comunicare al Sommo Pontefice il suo stato di necessità e la forza repressiva del regime militare.

Tutti i nostri incontri erano stati predisposti dall'Ambasciata sulla base delle richieste che conoscevamo e di altre che ci furono presentate sul posto. Oltre ai due centri di terapia familiare, entrambi situati nelle zone "alte" di Santiago, la nostra attenzione fu diretta verso un Ospedale "parrocchiale", già favorito dalla nostra cooperazione attraverso un consistente finanziamento di emergenza alla Caritas, poi ad un piano di ampliamento dell'Università Cattolica, poi ancora ad una delle Cliniche private più lussuose di Santiago, considerata in un certo senso l'ospedale di riferimento della comunità italiana, ed infine ad un piccolo, ma efficiente centro sanitario di una associazione locale gestita da una attivissima infermiera

professionale di origine italiana. Per fortuna disponevamo di molteplici collegamenti con la realtà cilena e fummo in grado di intervallare le visite “guidate” ad altre dirette effettivamente alla raccolta degli elementi tecnici di cui avevamo bisogno.

Non fu difficile identificare la Chiesa, ed in particolare la Conferenza Episcopale del Cile, come l'unico interlocutore con sufficiente autorità a livello nazionale ed al tempo stesso impegnato in attività decentrate nelle aree più marginali del paese. Pensare ad un prossimo ritorno alla democrazia era in quel momento sicuramente un'utopia, ciononostante quel che ci premeva era poter lavorare in un contesto sufficientemente ampio da preparare il terreno per la riorganizzazione del sistema sanitario “nel futuro democratico”, sia attraverso la realizzazione di esperienze concrete di partecipazione ed organizzazione della popolazione intorno ai problemi sanitari, sia mediante l'apertura di spazi appropriati che, nonostante il clima di quegli anni, permettessero la discussione ed il confronto tra gli operatori sanitari impegnati su tutto il territorio nazionale in esperienze a volte molto significative, di assistenza sanitaria di base, ma senza la possibilità concreta di scambiarsi le idee.

Il programma si realizzò in gestione diretta, l'unica modalità possibile visti gli obiettivi “politici” che ci eravamo dati. Lo stesso incaricato d'affari, aveva suggerito la gestione diretta come modalità di esecuzione, ma in realtà per poter lui stesso gestire le operazioni a proprio vantaggio. Di fatto, il primo esperto a giungere in Cile per avviare il programma si vide negare dall'ambasciata l'uso dei fondi e l'iniziativa rimase così bloccata per molti mesi, tanto che l'esperto dovette provvedere ad una logistica minima a spese proprie. Con l'arrivo del secondo esperto l'ambasciata fu messa alle strette: o metteva a disposizione, secondo le indicazioni di Roma, le somme accreditate per la gestione del programma o gli esperti avrebbero presentato le dimissioni.

Tutta la fase di avvio del programma avvenne attraverso un continuo braccio di ferro tra gli interessi dell'ambasciata, quelli di diversi interlocutori locali abituati fino ad allora a concepire un programma di cooperazione solo come assistenza finanziaria senza alcun tipo di coinvolgimento del “donatore” e gli obiettivi di un programma capace di guardare al futuro e al di là degli spazi culturali ristretti in cui il Cile era stato obbligato a muoversi per molti anni.

Nonostante il costo, non solo economico, molto elevato di quella fase si riuscì a gettare le basi per una articolata collaborazione con le forze democratiche di quel paese.

D'accordo con la Conferenza Episcopale si lavorò con la “concertación” delle forze democratiche nella elaborazione delle strategie sanitarie per l'assistenza di base. Nel rispetto degli obiettivi del programma, una volta create le condizioni, con il ritorno alla democrazia, per una collaborazione diretta con le forze di governo, il programma avrebbe cambiato interlocutore principale.

Con la ripresa delle relazioni diplomatiche tra l'Italia e il Cile e l'accreditamento del nostro Ambasciatore, si poté finalmente contare anche con l'appoggio dell'ambasciata che riconosceva ora il significato strategico di un programma di cooperazione sanitaria che non si riduceva ad un inappropriato assistenzialismo, spesso paternalista o per giunta clientelare.

Si stabilirono di fatto relazioni di stretta collaborazione con i probabili quadri del futuro Ministero della Sanità che andarono al di là di quanto normalmente ci si aspetta da un programma di cooperazione; si trattava di percorrere insieme un cammino nuovo. Così ché, nell'aprile del 1990 quando Aylwin assunse la presidenza del Cile, la nostra cooperazione era già ufficialmente e concretamente presente in quel paese.

Oltre ad appoggiare le realtà comunitarie inizialmente indicate dalla Conferenza episcopale, si collaborò quindi al consolidamento della gestione di alcuni sistemi sanitari locali identificati dal nuovo governo come aree di valutazione, si produsse un sistema informatico per la gestione dei servizi per l'assistenza medica di base, si sostenne il processo di formazione degli operatori per la gestione sanitaria a livello nazionale, se ne assicurò

l'informazione ed il collegamento con il necessario supporto informativo, editoriale e di documentazione, si assicurò l'assistenza tecnica per la elaborazione delle nuove politiche per l'assistenza di base e la salute mentale, permettendo in questo ultimo settore la realizzazione della prima esperienza cilena di comunità terapeutica per la reintegrazione sociale ed economica dei malati di mente, si crearono importanti legami tra esperienze ed istituzioni italiane e cilene. Purtroppo, quei risultati non appartenevano alla politica estera italiana, ma a quelle poche persone che in quel processo si erano "giocati".

Mentre a cento giorni dal suo insediamento, nell'inaugurare nuovi servizi sanitari il Presidente Aylwin ricordava la concreta collaborazione della cooperazione italiana, i nostri politici si prodigavano in promesse che a tre anni di distanza ancora non si compiono, cancellando invece dai loro discorsi ogni riferimento alla presenza ed al lavoro svolto dai nostri esperti e dalla nostra cooperazione in "gestione diretta".