

## **La Cooperazione italiana allo sviluppo e la prevenzione in medicina del lavoro il punto di vista del Ministero degli Esteri**

Intervento di Eduardo Missoni, esperto sanitario dell'Unità Tecnica Centrale della Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo, Ministero degli Affari Esteri

Convegno Nazionale Medicina del Lavoro e Cooperazione Internazionale  
Milano, 28 ottobre 1991

Dal titolo del mio intervento sembrerebbe che il Ministero degli Esteri, cui come è noto viene demandata la responsabilità della Cooperazione allo Sviluppo (che è per legge "parte integrante della politica estera" del nostro paese) abbia definito specifiche politiche settoriali in merito alla cooperazione nel campo della medicina del lavoro e che io possa quindi essere, in tal senso, il portavoce di un siffatto "punto di vista". In realtà, il Comitato Interministeriale per la Cooperazione allo Sviluppo (l'organo cui la Legge demanda il compito di fissare gli indirizzi della Cooperazione), peraltro con una lettura riduttiva del testo della Legge n.49 del 1987, si è limitato a includere la sanità tra le priorità settoriali indicando come principio ispiratore l'Assistenza sanitaria di base. Privilegiando

*"l'assistenza alle popolazioni rurali dei PVS, attuata anche tramite il trasferimento di tecnologie appropriate, la formazione di personale sanitario (medico o paramedico) e il rafforzamento delle capacità locali di studio e di risoluzione delle problematiche sanitarie di quelle popolazioni"*.

Forse perché influenzato da una decennale, prevalente esperienza "africana" della Cooperazione italiana, l'estensore di tali indirizzi ha tra l'altro lasciato in secondo piano il problema - principalmente asiatico e latinoamericano - della inarrestabile urbanizzazione della popolazione mondiale, indissolubilmente legato ad un importante processo di industrializzazione di quei paesi.

Nella pratica poi, se andiamo a vedere le iniziative che vengono più volentieri accolte a livello politico, ci accorgiamo che lo stesso principio ispiratore dell'Assistenza sanitaria di base viene ripetutamente tradito, e solo un estenuante confronto tra criteri tecnici e interessi "politici" fa sì che si riesca finalmente a "*cavare un pó di sangue dalle rape*" riconducendo iniziative che nulla hanno a che vedere con lo sviluppo e l'assistenza di base (ma che rendono "politicamente" di più) a più accettabili esperienze di cooperazione allo sviluppo.

E' quindi solo dall'esperienza che posso trarre elementi per delineare qui una prospettiva futura per i nostri interventi di cooperazione nel campo della medicina del lavoro o, meglio, per quelle iniziative che promuovono una migliore relazione tra salute e lavoro.

Va innanzitutto sottolineato che poche sono le iniziative di cooperazione dedicate in modo esclusivo o prevalente alla "medicina del lavoro", di esse la maggior parte nascono dalle proposte delle Organizzazioni Non Governative (ONG) in particolare, come è naturale, di quelle sindacali. Vi è infatti una costante ricerca alla impostazione di programmi "integrati" a partire proprio dall'elemento salute e quindi, dall'intervento socio-sanitario. Le iniziative di cooperazione sono in tal senso dirette alle popolazioni che risiedono in aree geograficamente ed amministrativamente definite in base alla specificità delle realtà locali che in generale identifichiamo come *Sistemi Locali*, a loro volta coincidenti con *Sistemi Locali Sanitari* (SILOS), Sistemi locali educativi, Sistemi locali produttivi, etc..

Seppure in partenza le richieste di cooperazione sembrano lontane da questo approccio - ed in tal senso è sufficiente far riferimento ai titoli delle iniziative inserite nei protocolli delle Commissioni Miste<sup>1</sup> (costruzioni, forniture dall'Italia, etc.) - l'impostazione a cui cerchiamo di riportarle è sempre la medesima: la stretta connessione con realtà territoriali e, di lì, la sistematizzazione dell'esperienza, per la riproducibilità dei suoi elementi più positivi e l'appoggio alla formulazione di politiche sanitarie nazionali ed internazionali. In tal senso non è indifferente l'impegno italiano a fianco di importanti Organismi internazionali (Es.: il programma PRODERE per l'integrazione sociale di rifugiati e sfollati in Cetroamerica, realizzato con diversi Organismi Internazionali, tra cui la UNDP, l'OPS/OMS, l'ACNUR, etc.; il programma SMALP "Salute, ambiente e lotta contro la povertà, basato su di un approccio globale a livello di Sistemi locali in molti paesi latinoamericani, realizzato con la OPS/OMS).

All'interno poi dei Sistemi locali ai quali si rivolge la nostra attenzione, vengono di volta in volta identificate alcune micro-realtà di massima priorità. Si tratta evidentemente dei gruppi di popolazione socio-economicamente più deboli, più emarginati ed in genere più vulnerabili, a maggior rischio (definendo il rischio come la conseguenza della sproporzione tra bisogni e risorse disponibili).

E' a questo livello che possiamo evidenziare come la Cooperazione italiana ha saputo trasferire nella realizzazione di iniziative socio-sanitarie alcuni aspetti metodologici propri dell'esperienza italiana di medicina del lavoro, quali l'approccio per *gruppi omogenei* e la *validazione consensuale*, e strumenti ampiamente testati in Italia quali le *mappe di rischio*, che abbiamo trasformato piuttosto in mappe dei bisogni e delle risorse.

Evidentemente la realtà alla quale ci affacciamo nei PVS è molto diversa da quella che ha dato vita in Italia alle citate metodologie, anche se in alcuni casi, soprattutto in America Latina troviamo innumerevoli similitudini. Nella maggiorparte dei casi prima di poter occupare dei problemi della salute connessi al lavoro, dobbiamo affrontare il dramma della malattie della miseria e della disoccupazione. Più che le problematiche del lavoro formale, i temi centrali del nostro operato sono allora spesso il lavoro informale, la sopravvivenza e quindi il lavoro minorile, la prostituzione - anche infantile -, la criminalità. Di qui la necessità di una visione integrale, intersettoriale ed interistituzionale che assicuri l'adeguato coinvolgimento di potenziali agenti di trasformazione sociale. Incentrando la nostra attenzione sui problemi del territorio, è altresì evidente che in aree ad alta concentrazione industriale dovremo affrontare problemi ben diversi da quelli con i quali ci imbattiamo nelle aree rurali.

---

<sup>1</sup> La *Commissione Mista* è l'incontro tra le autorità del nostro Ministero degli Esteri e quelle del Governo del paese destinatario delle nostre iniziative di cooperazione, nel corso del quale viene stabilito il programma di cooperazione. Questo che per legge dovrebbe essere identificato in un articolato *Programma Paese* basato su di una accurata analisi della realtà socioeconomica locale e quindi delle priorità generali e settoriali nell'ambito del piano di sviluppo locale, si identifica per lo più in una "lista della spesa" di progetti concordati tra le parti politiche e spesso indotti da interessi italiani.

Volta per volta i nostri gruppi omogenei sono le madri di famiglia casalinghe, i bambini della strada, le prostitute, gli stracciaroli, i tossicodipendenti, i lavoratori stagionali che migrano dall'altipiano andino alla selva amazzonica,<sup>2</sup> etc. dipendendo dalle realtà in cui ci muoviamo. Molto spesso il fattore di omogeneità è proprio il tipo di occupazione o la situazione di disoccupazione.

La cosiddetta *partecipazione comunitaria*, troppo spesso intesa come mano d'opera a basso prezzo e passivo coinvolgimento della popolazione, è per noi momento centrale di ogni processo decisionale, anche se nella realtà i sistemi sociali nei quali ci muoviamo non facilitano quest'approccio.

Ma per noi, la cooperazione deve servire anche alla democraticizzazione dei sistemi sociali dei paesi nei quali operiamo, e quindi la ricerca del collegamento tra l'azione esercitata in ambiti e su tematiche specifiche e quella tesa ad incidere sulla realtà sociale circostante rimane un momento fondamentale nella definizione di ogni iniziativa di cooperazione allo sviluppo.

In quanto poi alla dinamica di cooperazione questa si sta trasformando rapidamente, almeno in America latina, in un costruttivo confronto tra l'esperienza italiana e quella dei paesi con i quali collaboriamo. La dimensione di *aiuto allo sviluppo* è ormai ampiamente superata (meno ovviamente per quanto riguarda l'aspetto strettamente finanziario), mentre cerchiamo di favorire un sistematico interscambio di opinioni su problemi e soluzioni concrete, tanto su temi molto circostanziati, come sulle politiche e le strategie settoriali. La crescita reciproca è alla base di relazioni sempre più intense tra le istituzioni locali e quelle italiane che siamo riusciti a coinvolgere, spesso a partire dalla collaborazione di un singolo esperto.

In definitiva parte della sostenibilità delle iniziative di cooperazione è proprio legata alla nostra capacità di aprire gli orizzonti di comunità tradizionalmente emarginate e stabilire solide **reti** di comunicazione con le persone e le istituzioni più sensibili in Italia e, soprattutto attraverso la collaborazione multilaterale, nel resto del mondo economicamente più avvantaggiato.

Ho utilizzato il termine "reti di comunicazione" e non "canali di comunicazione", proprio perché credo che esista una tendenza da parte delle istituzioni coinvolte ad appropriarsi dell'esperienza maturata attraverso le iniziative di cooperazione, invece di ricercare attivamente il confronto, la partecipazione e la crescita comune, che solo si possono realizzare attraverso la comunicazione in rete e l'identificazione di "nodi" di elaborazione e smistamento.<sup>3</sup>

In questo senso vediamo con molta speranza incontri, come quello di oggi, che promuovono un dibattito nazionale su esperienze e temi "forti" della cooperazione italiana (medicina del lavoro, salute mentale e integrazione sociale dei gruppi a rischio, sistemi sanitari locali, etc.) rimasti fino ad ora patrimonio solo di singole istituzioni e dei loro

---

<sup>2</sup>molti di questi lavoratori al loro rientro sono affetti da patologie proprie della selva (es. leishmaniosi). In Perù è sorta persino una associazione di malati di leishmaniosi.

<sup>3</sup> L'utilizzazione del modello telematico ci permette di immaginare una rete dove ogni nodo è virtualmente collegato con tutti gli altri.

partner d'oltremare.