

II CONVEGNO NAZIONALE SU MEDICINA DEL LAVORO E PAESI IN VIA DI SVILUPPO

SALUTE E PROCESSI PRODUTTIVI NEI PAESI IN VIA DI SVILUPPO: STRATEGIE DELLA COOPERAZIONE ITALIANA NELL' OTTICA DELLO SVILUPPO UMANO

di Eduardo Missoni

Appare evidente dalle relazioni dei colleghi che mi hanno preceduto che il problema della salute occupazionale nei Paesi in Via di Sviluppo non può essere analizzato separatamente da quello ambientale in genere. Così come quest'ultimo risulta indissolubilmente legato alla attuale struttura del sistema economico internazionale. Un sistema iniquo dove, mentre il 20% più ricco della popolazione usufruisce del 80% del reddito, i restanti quattro quinti devono sopravvivere con il 20% residuo. Infine, al 20% costituito dai più poveri dei poveri, non rimane che un misero 1,4% del reddito mondiale.

Una situazione, quella che ho sintetizzato rifacendomi ai dati dell'UNDP (1992)¹, legata tra l'altro, a politiche di sviluppo incapaci di assicurare sul mercato mondiale pari opportunità ai diversi paesi e sul mercato interno una equa opportunità di risolvere i propri bisogni fondamentali a tutti i cittadini. E' così, che mentre i paesi ricchi destinano solo lo 0,35% del loro PIL all'aiuto pubblico allo sviluppo (circa 50 miliardi di dollari all'anno), la disparità di accesso nel mercato internazionale costa ai paesi poveri, i cosiddetti "beneficiari", dieci volte il valore di quell' "aiuto", ovvero circa 500 miliardi di dollari. Allo stesso modo, le famiglie di un quartiere periferico di una grande città latinoamericana, dove l'acqua viene distribuita settimanalmente da autocisterne, pagano un litro d'acqua circa cento volte di più di quelle che, nella stessa città, vivono in quartieri forniti di rete idrica con distribuzione intradomiliare (senza parlare della qualità).

Abbiamo sentito come lo stesso sistema socio-economico che da un lato impone norme di sicurezza ambientale, promuove di fatto l'esportazione dei contaminanti verso i PVS dove, anche in presenza di un adeguato quadro legislativo per la protezione ambientale, le condizioni economiche, se non addirittura un impianto politico dipendente, obbligano ad accettare offerte eticamente inaccettabili, quali la destinazione di impianti di produzione altamente inquinanti, all'interno dei quali si vivono condizioni di lavoro simili a quelle di un secolo fa in Europa.²

¹UNDP, Human Development Report 1992, Oxford University Press, New York, 1992.

²Nel 1973 un diplomatico italiano nell'analizzare le possibilità di cooperazione con i paesi dell'America Latina scriveva:

“..la potente influenza del rigetto, nei paesi densamente popolati come l'Italia, di impianti con forte capacità di inquinamento, hanno un effetto di provvidenziale convergenza verso un punto comune di incontro dell'interesse delle due parti.

E' da tener presente che la situazione ecologica caratteristica delle aree di alcuni paesi latino-americani ove si progettano impianti siderurgici è tale da limitare grandemente deterioramenti dell'ambiente. Si pensi ad un altoforno nelle aree disabitate delle foci dell'Orinoco, in Venezuela: esso diventa, nell'immensità

Già il rapporto Brundtland segnalava come il problema ambientale non sia scindibile da quello dell'uguaglianza; come esso non possa essere risolto senza la partecipazione della gente, ovvero in assenza di democrazia reale; come l'approccio alle problematiche ambientali debba essere multisetoriale e multidisciplinare e, finalmente, come in questo settore non si possa prescindere da una attenta revisione della gestione economica.³ Oggi queste indicazioni sono ancora del tutto valide e vengono di fatto in gran parte riprese nella proposta per uno "Sviluppo Umano" lanciata dall' UNDP nel 1990, che chiede una maggiore attenzione ad alcune aree prioritarie per lo sviluppo umano, quali l'educazione e la sanità di base, le condizioni igienico-sanitarie, le opportunità di lavoro e diritti umani.

La proposta della Nazioni Unite ben si inquadra nella strategia da tempo adottata dalla cooperazione italiana nel settore socio-sanitario, tendente a favorire l'attenzione sui gruppi di popolazione a maggior rischio all'interno di aree geografiche definite, i cosiddetti Sistemi Locali, dove si ricerca e sviluppa un'azione intersettoriale ed interistituzionale, ivi inclusa l'organizzazione dei servizi sanitari.

In questo stesso contesto va ricercata la strategia della cooperazione italiana per quanto concerne la salute occupazionale.

Per quanto riguarda i servizi di medicina occupazionale, se ne promuove dunque l'adeguata integrazione nel contesto organizzativo e gestionale dei Sistemi Locali Sanitari cui appartengono, assicurandone il collegamento funzionale con tutti i livelli del sistema sanitario. Il più delle volte però simili servizi sono del tutto assenti. Si tratta allora di assicurare che i servizi di base siano preparati ad identificare e, possibilmente, risolvere le patologie più comuni. Solo un approccio territoriale e partecipativo permette in questo caso di focalizzare l'attenzione di tali servizi sui rischi effettivamente esistenti localmente e centrare l'azione e le risorse sugli aspetti, specifici di ogni singola realtà. In tal modo anche la programmazione sarà il risultato di un adeguato confronto tra bisogni locali e risorse disponibili e le azioni che ne risulteranno saranno finemente modulate sugli specifici contesti socio-economici-ambientali.⁴

Più che le problematiche del lavoro formale, i temi centrali divengono 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. E' così che l'intervento di cooperazione diretto a promuovere la salute della popolazione, se ben condotto supera la dimensione dei servizi sanitari e può giungere fino alla promozione dell'occupazione. 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.

La promozione della partecipazione attiva delle comunità nella identificazione di

della regione, trascurabile quanto il fumo di una sigaretta in una grande stanza."

Balboni, A. Prospettive per la Cooperazione Tecnica con l'America Latina. *Cooperazione*, 1973 (4), 4-5.

³Sundbrook, R. in: Salute, Ambiente e Sviluppo. La Cooperazione Sanitaria tra l'Italia, l'America Latina e i Caraibi. Un impegno per la solidarietà e la pace tra i popoli. Ministero degli Esteri, Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo - OMS/OPS, Roma, 1991, pp.213-215.

bisogni e risorse locali e successivamente nella definizione delle strade da percorrere per giungere a soluzioni possibili è un punto centrale dell'approccio metodologico della nostra cooperazione nel settore socio-sanitario.

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.

E' altresì centrale per noi assicurare il collegamento tra l'azione esercitata in ambiti e su tematiche specifiche e quella tesa ad incidere favorevolmente sul contesto sociale circostante. In questo senso, nella definizione delle iniziative di cooperazione, cerchiamo sempre di assicurare congiuntamente ad una specifica esperienza di sviluppo locale, la promozione di adeguate politiche nazionali appoggiando, ove necessario, anche il relativo processo di revisione legislativa. In quest'ambito la stretta collaborazione tra la cooperazione sanitaria italiana e gli Organismi Internazionali ha permesso in più occasioni l'estensione dell'azione anche livello internazionale.