

L'ACP e la cooperazione internazionale: storie di un rapporto circolare

Giorgio Tamburlini

Centro per la Salute del Bambino, Trieste

European School for Maternal Newborn Child and Adolescent Health, Trieste

La storia della Pediatria nel mondo è storia di persone. Alcune storie stanno fra due mondi: quello dei poveri e quello dei ricchi che hanno contribuito a fare ricca di stimoli l'ACP. In queste storie personali c'è una parte di noi e sono storie importanti. Cominciamo da quella di Giorgio Tamburlini. Continueremo con una rubrica dedicata ai "Pediatri fra due mondi".

Nell'agosto del 1967 mi sono trovato su una nave (ricordo si chiamava SS Waterman), assieme a circa 800 altri ragazzi di 50 Paesi, in partenza per l'America. Siamo arrivati a New York dopo 7 giorni di vita in comune. Abbiamo visitato l'ONU. Nel "palazzo di vetro" si incontravano personaggi variamente vestiti, tra opere d'arte provenienti da tutti i continenti. Quel viaggio e quella visita mi hanno segnato: quasi una "chiamata alle armi", per me. Conservo una statuina africana acquistata allo store dell'ONU. Poi, l'anno negli Stati Uniti – e che anno! – ha certo contribuito: le *Black Panthers*; l'assassinio di Martin Luther King e quello di Robert Kennedy; il mio migliore amico, Joe Seale, afroamericano e di famiglia povera, al contrario di me, ospite nella famiglia di un neurochirurgo, democratico, ma del Sud, per cui... Joe non poteva venire a casa.

Joe mi ha avvicinato a molte cose, oltre che al *rhythm and blues* di Aretha e Otis. È morto due anni fa, ho una sua foto assieme a me, attorno a un mappamondo. Sono tornato in Italia nell'estate del '68. Un paio di anni prima, su indicazione di una compagna di scuola, avevo preso parte a un progetto di alfabetizzazione presso una comunità rom a Udine, la mia città natale.

Queste sono le radici, se volete poi arricchite dalle letture, da Franz Fanon a Che Guevara. Ma, nelle motivazioni, le emozioni vengono prima dei ragionamenti. Venendo a questi ultimi, una volta scelta medicina, mi ero rivolto alla salute pubblica, su cui volevo fare la tesi. Il docen-

te di Igiene era odioso e quello di Pediatria (Franco Panizon) magnifico, per cui l'ho fatta in Pediatria (ma su un argomento di salute pubblica, la medicina scolastica). Poi ho lavorato in clinica, mi sono occupato "fin da piccolo" (1976) dell'ACP e di *M&B* dalla sua nascita, ho fatto la tesi di specialità sulla nascente Pediatria di famiglia.

Anche queste sono radici. Mi interessavo allora – non ho mai smesso – di formazione, e attraverso queste attività sono entrato in contatto con ONG che lavoravano "nel terzo mondo", come si diceva allora. In ACP si parlava allora di "fare meglio con meno" e alle ONG serviva una formazione improntata a questo approccio.

Ho proposto al mio ospedale, il Burlo Garofolo, di interessarsene: perché non trasferire conoscenze dove avrebbero fatto la differenza? Sergio Nordio mi ha aiutato; Guido Bertolaso, allora a capo della cooperazione italiana, ha trovato la strada: siamo partiti nel 1985 con un progetto in Mozambico di assistenza e formazione in campo materno-infantile.

La prima missione, per scrivere il progetto, l'ho fatta con un tizio del CUAMM, messomi accanto dal Ministero perché in Mozambico aveva lavorato per quattro anni: Adriano Cattaneo. L'inizio di un sodalizio che dura tuttora. L'impatto con l'Africa è stato molto forte: a colpirmi è stato un diverso senso della vita, preponderante e assoluto, nonostante la morte fosse dietro l'angolo, per la guerra, la povertà e le malattie. Il progetto è durato sei anni. Facevo la spola tra Trieste e Maputo.

Nel frattempo ho studiato, preso contatti, svolto missioni in altri Paesi, dato vita a un Centro di salute internazionale presso il Burlo, che poi è diventato centro collaboratore OMS. L'attività clinica è andata progressivamente riducendosi a favore di quella internazionale. Il lavoro sul campo, inizialmente focalizzato sui protocolli clinici e sulla formazione, si è progres-

sivamente indirizzato sui piani e i programmi. L'idea centrale, quasi una ossessione, era quella di contribuire dove e come potesse essere più utile, dove si potesse fare la differenza.

Ma passare dalla dimensione micro e temporanea a quella macro e duratura non è esente da rischi: intanto, i risultati li vedi a distanza di anni. Poi, a volte tutto viene cancellato da una crisi politica o semplicemente da un cambio di referenti. E lavorare per le organizzazioni internazionali ha le sue contraddizioni: dal mio lavoro per l'OMS, ma anche per la Banca Mondiale, e per l'UNICEF, ho ricavato un atteggiamento critico verso queste Agenzie, e tuttavia la convinzione che averle sia meglio che non averle. Del resto, nemmeno le ONG, con le loro idiosincrasie, gelosie, autoreferenzialità sono esenti da limiti, chi più chi meno. Ho lavorato in più di 30 Paesi, in tutti i continenti; ultimamente con maggiore frequenza nei Paesi ex URSS e nei Balcani, dove il contesto generale è di solito meno drammatico, ma il cambiamento più difficile. Ho promosso gemellaggi e collaborazioni tra istituzioni del Nord e del Sud; ci ho sempre creduto e ho avuto poche delusioni: portano frutti anche con pochi denari e sono costruite su rapporti personali che sono più duraturi (e piacevoli) di quelli con i funzionari ministeriali.

Nella transizione dalla clinica all'organizzazione e alla formazione, poi ai piani e alle strategie, ho mantenuto interesse per la questione della qualità delle cure, che mi ha sempre appassionato: perché in un posto si fa tanto meglio che in un altro con lo stesso personale, attrezzature, farmaci? E, conoscendone le ragioni, si può fare qualcosa? Ora ne sono convinto, ma c'è ancora molto da provare e riprovare: le strade sono diverse in contesti diversi; alcuni principi guida, quali la centralità della motivazione, restano. Ma non ho qui lo spazio per entrare nei dettagli: sarà per un'altra volta.

Per corrispondenza:

Giorgio Tamburlini

e-mail: tamburli@burlo.trieste.it

editoriale

Questa la storia. Mi si chiede di tentare un bilancio generale. Alla fine, cosa ha funzionato di più? E c'è un messaggio generale da trarne? E ancora: perché dedicare energie al lavoro in altri Paesi? Aiutare è possibile? Alcune risposte credo di poterle dare, altre sono ancora molto incerte.

Cominciamo dalla prima questione. Se penso a due o tre cose che hanno funzionato bene (il lavoro prima di analisi e poi di proposta sulle cure ospedaliere al bambino nei Paesi poveri, e quindi il "Pocket Book" dell'OMS, i gemellaggi tra istituti, il lavoro di formazione), non individuo facilmente minimi comuni denominatori, se non forse l'esistenza di rapporti professionali e personali forti. Alla fine, infatti, la validità di un messaggio non sta tanto in sé, ma nel come lo proponi e come l'altro lo riceve.

Il tutto non è casuale, ma certo molto contestuale.

Per quanto riguarda le motivazioni, ve ne sono due o tre principali, e probabilmente il loro peso varia tra persone diverse e anche in tempi e circostanze diversi. La componente ideale, che si sostanzia nell'afflato solidaristico, umanitario e nel desiderio di giustizia, è un punto di partenza fondamentale. Questa ispirazione si unisce però a motivazioni che hanno piuttosto a che fare con se stessi, come il desiderio di spendersi dove c'è più bisogno, e con la ricerca del piacere, che senza dubbio si trova nelle sfide professionali e personali. Personalmente sono molto attratto dal viaggio e dalle conoscenze: il fatto di avere amici in tante parti del mondo, con cui si condividono idee e progetti, è in sé una cosa che dà senso.

E si torna dunque alle radici, agli imprinting precoci.

Infine, l'ho detto in molte occasioni, aiutare è possibile, ma l'effetto non è scontato. Si possono combinare guai, anche quando animati da buone intenzioni. Occorre evitare la presunzione di sapere, e confrontarsi, meglio se all'interno di un gruppo o di una associazione che si propone di farlo, e lo fa con sistematicità. Apprendere da quello che ha o non ha funzionato è importante. E non è cosa che venga facile se fatta da soli, senza qualche contributo esterno.

Infine, continuo a pensare che ci siano molte cose da fare in questo nostro Paese, anche per aiutare quelli che stanno "di là" e, a maggior ragione, quelli che sono venuti "di qua". In alcuni casi (forse molti) le esperienze in Paesi poveri aiutano a capire meglio la realtà nostra e ad avere un metro per il valore delle cose. Quello che ancora mi sfugge è se, come qualcuno sostiene, il cooperare con altri abbia un senso in sé, a prescindere. Oppure se ce l'abbia, come tendo a pensare, con molti dubbi, solo se si producono risultati tangibili.

Certo, le relazioni instaurate, oltre che un fattore facilitante, sono un valore. Ma se a questo valore in sé si aggiunge quello del risultato, e se entrambi vengono riconosciuti come tali dagli altri, se questi sentono di aver potuto fare qualcosa grazie al tuo aiuto, e se te lo fanno capire, allora hai la sensazione che il cerchio si chiuda, che ne sia valsa la pena. Naturalmente, possono sbagliare anche loro, ingannarsi. Ma, al di là dei numeri, dei "prodotti", degli indicatori di salute che cambiano – e del cui cambiamento molti si industriano ad attribuirsi il merito – forse la misura vera del tuo lavoro è proprio quella che ti possono dare gli altri, e che qualche volta ti è dato conoscere. Allora sì che è festa. Anche se non è Africa. ♦

ALLARME PER LA RESISTENZA AGLI ANTIBIOTICI

Secondo un articolo su *Lancet* (2011; 378:369-70) è alto il rischio di una vicina inefficacia degli antibiotici dovuta al loro sovrauso.

Si dovrebbe invece tenere conto che nessuno di essi possiede un'efficacia inesauribile. Inevitabilmente essi sono destinati a suscitare resistenze sia per l'uso umano che per quello sempre più esteso sugli animali.

Fra i Gram positivi lo *Staphylococcus aureus* è diventato meticillino-resistente e sta scivolando anche verso una resistenza ai glicopeptidi e anche ai recenti daptomicina e oxalidini. Ceppi di Enterococchi sono stati riscontrati, in molti Paesi, essere resistenti ai glicopeptidi.

I comuni Gonococchi finora trattati con antibiotici standard stanno diventando resistenti ai fluorochinoni e alle cefalosporine.

Le Salmonelle stanno diventando insensibili a molti antibiotici. Una crescente resistenza ai fluorochinoni e alle cefalosporine di terza generazione (molto usati fra gli animali e quindi presenti nella carne di pollo) viene continuamente registrata fra le Enterobatteriacee come *E. coli* e *Klebsiella*, che complica il trattamento delle comuni infezioni di comunità: in alcuni Paesi d'Europa la resistenza alla *E. coli* supera il 50% dei ceppi, mentre qualche anno fa era attorno al 5%. Contro *Pseudomonas* e *Acinetobacter* stanno spuntando le armi ceftazidime, fluorochinoni e carbapenemici. Questi ultimi, una classe di betalattamici a largo spettro e ultimo strumento contro molti Gram negativi, sono usati diffusamente per terapie empiriche e stanno diventando, purtroppo, farmaci di prima linea nella comunità.

Quali i rimedi? Certamente un uso più oculato dei farmaci; ma come arrivarci? Ci sono state campagne più o meno convinte, sia verso i cittadini che verso i medici, degli organi istituzionali e scientifici a livello europeo con ricadute diverse nei vari Paesi e il cui successo è difficile da valutare. Le industrie farmaceutiche sono "ferme" nella ricerca di nuovi farmaci antibatterici.

Occorre quindi richiamarsi alla responsabilità personale e collettiva dei medici, ai principi della professione medica e ai doveri dello Stato di controllare l'uso dei farmaci nell'allevamento degli animali.

Finora questo rischio di non possedere più antibatterici efficaci è passato sotto troppo silenzio.