



WEBINARS « LES MERCREDI-SANTÉ »

PROJET SEHATY-*Société civile active pour l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des services de santé de première ligne en Tunisie*

RAPPORTO SULLE ATTIVITÀ DI SCAMBIO DI BUONE PRATICHE tra società civile, personale sanitario e istituzioni pubbliche sanitarie italiane e tunisine.



INDICE

Il progetto Sehaty	2
Partner, obiettivi, attività.....	2
Il contesto della sanità pubblica in Tunisia.....	3
I tre webinar	4
Il primo webinar: Decentramento, gestione e salute nel periodo COVID e post COVID.....	4
Il secondo webinar: L'importanza dell 'accessibilità dei cittadini ai servizi di prima linea.....	7
Il terzo webinar: L'associazionismo e le relazioni pubblico-privato.....	9
Raccomandazioni.....	12

IL PROGETTO SEHATY

Partner, obiettivi, attività

Sehaty (“la mia salute” in arabo) è un progetto incentrato sul **diritto alla salute**, che promuove la **democrazia sanitaria** attraverso un approccio comunitario e il **dialogo multi-stakeholder**. Gli interventi sono finanziati dall’Unione Europea e si inseriscono nel più ampio programma *Essaha Aziza*, sviluppato dal Ministero della salute tunisino. Il progetto è in collaborazione con Medici del mondo (Belgio), capofila, e i partner l’ ONG COSPE, l’associazione Mourakiboun e la fondazione CIDEAL .

Dal suo lancio nella primavera del 2019, Sehaty ha fornito supporto tecnico e finanziario a **101 organizzazioni** della società civile nell’attuazione di **46 microprogetti** distribuiti nei 13 governatorati target.

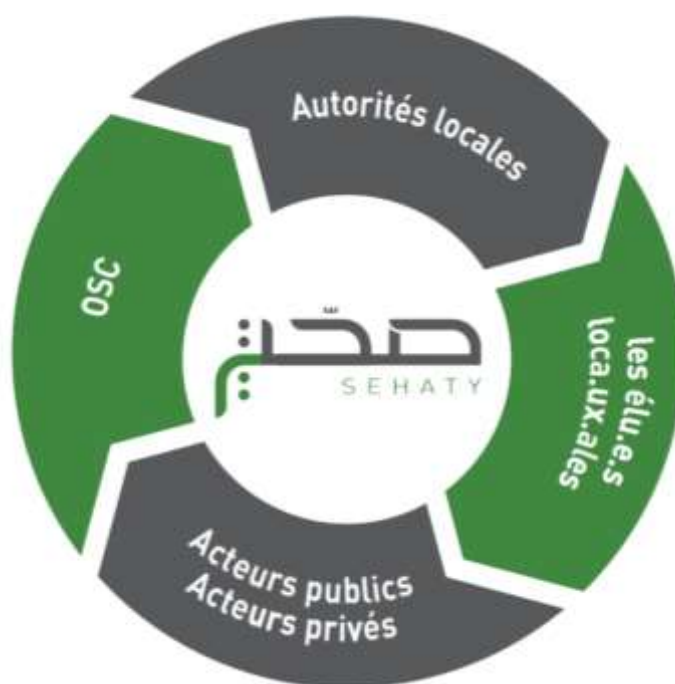
L’obiettivo è quello di sostenere il processo di decentramento avviato in Tunisia nel 2011, per contribuire ad una migliore governance locale e ad una migliore qualità e accessibilità dei servizi, in linea con i principali risultati attesi del programma *Essaha Aziza*.

L’azione di Sehaty si sviluppa attorno a **due pilastri**:

- Il sostegno al dialogo a livello locale tra società civile, autorità locali, funzionari locali, attori privati e pubblici del settore sanitario;
- Il rafforzamento della struttura e delle capacità delle organizzazioni delle società civili nelle aree target, per un intervento locale più efficace e incentrato sulla salute.

Il progetto si avvale di metodi innovativi nell’analisi dei bisogni, nel rafforzamento delle capacità e nella progettazione e della lunga esperienza dei partner nella mobilitazione della comunità, nella democrazia partecipativa e nell’integrazione di genere e dei gruppi vulnerabili. L’approccio partecipativo alla salute consente ai membri della comunità di stabilire insieme quali sono i loro bisogni e le loro priorità in ambito sanitario.

Per il rafforzamento delle organizzazioni della società civile (OSC) sono stati portati avanti due cicli di formazione, che hanno coinvolto 108 persone (di cui circa il 70% donne) e 41 associazioni. Lo scopo era quello di perfezionare le competenze in materia di scrittura di proposte progettuali, di elaborazione di budget e di conoscenza del ciclo di progettazione e dell’approccio di genere. Questi incontri formativi hanno dato vita a **87 proposte di progetto**, 21 delle quali sono state poi finanziate. I progetti selezionati sono incentrati sui temi emersi nei cicli di formazione ed hanno come tema la promozione della salute, la consapevolezza su abusi e violenza, la lotta all’inquinamento, etc. A questi 21 progetti se ne sono aggiunti 5 in risposta all’emergenza sanitaria a seguito della pandemia Covid scoppiata nella primavera del 2020.



Per promuovere invece il dialogo multi-stakeholder sulle esigenze di popolazioni locali in termini di salute, sono stati organizzati diversi workshop in presenza, a cui hanno partecipato **150 persone** provenienti da enti locali, unità sanitarie, funzionari locali e organizzazioni della società civile. I temi toccati hanno riguardato la salute e l'ambito sanitario; in particolare, si è parlato di diritti umani e di genere, della governance sanitaria, dell'importanza della comunicazione e della gestione dei conflitti e della advocacy.

A causa della pandemia e delle restrizioni sulla mobilità a partire dalla primavera del 2020 e per buona parte del 2021, l'attività di confronto e di scambio di buone pratiche, che avrebbe dovuto prevedere la visita di una delegazione tunisina in Toscana, non si è potuta svolgere in presenza, ma è stata comunque portata avanti online ed ha permesso agli attori e alle attrici coinvolti di instaurare sinergie e un dialogo partecipato sulle buone pratiche tra i due paesi. In totale, fra novembre e dicembre 2021 si sono tenuti tre webinar che hanno visto la partecipazione di oltre cento persone. I temi affrontati hanno riguardato il decentramento del sistema sanitario, l'accesso ai servizi sanitari per le categorie vulnerabili, il lavoro di prossimità e di promozione della salute nei servizi di prima linea e il ruolo della società civile in relazione ai servizi sanitari.

IL CONTESTO DELLA SANITÀ PUBBLICA IN TUNISIA

Negli ultimi trent'anni, la Tunisia è riuscita a migliorare continuamente i suoi indicatori di sviluppo umano, come evidenziato dal miglioramento delle condizioni di vita e del benessere. Nonostante questo, il tasso di povertà è rimasto relativamente alto (intorno al 7%) ed alcune questioni relative al genere e alla disuguaglianza incidono negativamente sullo sviluppo del paese (HDI, WEF).

Nel 2011 la Tunisia ha intrapreso un percorso di rinnovamento che è scaturito nell'approvazione della costituzione nel 2014. La nuova carta costituzionale ha introdotto alcuni elementi di innovazione in termini di decentramento del potere e di autonomia, ma queste riforme, ispirate alla Carta Europea delle Autonomie Locali, e che attribuiscono alle comunità locali un ruolo attivo nelle scelte politiche, hanno spesso incontrato delle forti resistenze alla loro attuazione pratica e sono state in parte disattese nella realtà dei fatti.

In ambito sanitario, non ha ancora avuto luogo un vero e proprio trasferimento di competenze, risorse tecniche e strumenti finanziari agli enti locali, che ad oggi operano sotto organico, con una forte dipendenza dallo Stato e risorse proprie insufficienti a sostenere i servizi sanitari.

Questo processo di *empowerment* delle comunità è stato inoltre rallentato dalla fragilità delle organizzazioni della società civile e dalla loro scarsa capacità in termini di advocacy, che le ha rese un debole interlocutore per le istituzioni, le quali hanno spesso preferito affidarsi al sistema sanitario privato senza condurre delle vere consultazioni con le comunità. Anche la poca conoscenza del tema del decentramento da parte delle autorità locali e la mancanza di trasparenza nel pubblico ha ostacolato il decentramento. Tutto questo ha



prodotto una generale debolezza del Sistema Sanitario Tunisino (SST), che non riesce rispondere ai bisogni della popolazione in termini di servizi offerti.

Il progetto Sehaty, attraverso i suoi due pilastri volti a sostenere il dialogo multi-stakeholder e a rafforzare le competenze, cerca proprio di intervenire su questi aspetti per migliorare le capacità di mettere in atto meccanismi **partecipativi** e **multisetoriali** efficaci da parte delle OSC e degli attori pubblici, migliori capacità di proporre risposte adeguate per favorire l'accesso ai servizi sanitari a livello locale e una advocacy più efficace.

I TRE WEBINAR

Vista l'impossibilità di incontrarsi in presenza per discutere dei temi portati avanti dal progetto Sehaty, l'ONG COSPE, presposabile dell'attività insieme al Centro di Salute Globale, associato del progetto, hanno deciso di riorganizzare l'attività in una serie di incontri virtuali per permettere agli attori e alle attrici coinvolti nel progetto di continuare il confronto sulle buone pratiche tra le due sponde del Mediterraneo.

Il primo webinar si è tenuto il 17 novembre del 2021 e si proponeva di riflettere sul decentramento dei servizi sanitari. È stato portato l'esempio del caso italiano e si è cercato di capire se il decentramento del sistema sanitario è stato veramente utile per rispondere in maniera adeguata ai bisogni della comunità in materia di salute e per presentare le *lesson learned* durante il processo di trasferimento di poteri e responsabilità a livello locale.

Nel secondo webinar, che si è tenuto il 24 novembre, si è discusso insieme di come migliorare l'accesso ai servizi sanitari per le categorie vulnerabili, in particolare per i giovani e per le donne. Sono state presentate delle buone pratiche adottate in Italia e in Tunisia in materia di lavoro di prossimità e di promozione della salute nei servizi di prima linea.

Infine, il terzo webinar si è tenuto il 1 dicembre e ha promosso una discussione sul ruolo della società civile in relazione ai servizi sanitari, in particolare sul ruolo complementare che il mondo associativo può giocare e sul rapporto tra settore pubblico e privato.

Il primo webinar:

Decentramento, gestione e salute nel periodo COVID e post COVID

Il primo webinar si è tenuto il 17 novembre 2021 e ha visto la partecipazione di 22 donne e 20 uomini. Il titolo dell'incontro era "Decentramento, gestione e salute nel periodo COVID e post COVID", e si proponeva appunto di riflettere sul decentramento dei servizi sanitari, portando come esempio e come base per una discussione il modello italiano e quello tunisino.

L'intervento del professor Niccolò Persiani

Il primo intervento è stato quello del professor Niccolò Persiani, economista sanitario che si occupa di problematiche connesse al regionalismo e al decentramento. Il professor Persiani insegna all'Università di Firenze e negli ultimi anni, insieme al Centro di Salute Globale, ha iniziato a frequentare la Tunisia per progetti legati al tema del management e al decentramento della sanità.

L'intervento è iniziato con una riflessione sui diversi modelli organizzativi che la parola "decentramento" può esprimere. Il professore ha poi proposto una possibile definizione condivisa del processo di decentramento:

il trasferimento di autorità e responsabilità nella pianificazione, gestione e processo decisionale pubblico dal livello di governo nazionale, o superiore, a livelli subnazionali, o inferiori, applicato ad una o più componenti dello Stato.

Quando si deve progettare un modello di decentramento è di fondamentale importanza l'analisi del contesto e delle sue specificità. Esistono delle pre-condizioni che riguardano aspetti storici, geografici, socio-demografici, i quali possono portare a modelli di decentramento profondamente diversi. Anche la struttura delle decisioni politiche e le strategie economico-finanziarie vanno prese in considerazione e possono determinare profonde differenze nella scelta di un modello di decentramento. Infine, va immaginato un sistema di *check and balance*, ovvero di equilibrio tra i poteri decisionali e quelli di controllo.

La decentralizzazione della sanità viene solitamente affrontata attraverso quattro modelli:

- Politico (devoluzione): devoluzione delle responsabilità politiche alle istituzioni locali;
- Amministrativo (burocratizzazione): gestione di determinati protocolli legislativi e normativi, dei piani di investimento, di budget etc a livello locale;
- Organizzativo (delega/autonomi): la gestione di alcune strutture viene affidata agli enti locali attraverso un sistema di deleghe;
- Privato (privatizzazione): è il modello anglo-sassone. Alcuni servizi non sono più prerogativa del pubblico ma vengono dati in gestione ad enti privati.

Ad esclusione del primo modello, quello politico, che riguarda aspetti costituzionali e di rappresentanza, tutti gli altri modelli invece sono di tipo tecnico ed hanno a che fare con il tema della gestione o del management. Il decentramento parte sempre quindi dalla formazione di un management consapevole. Non si può dunque decentralizzare se non passando ad una **logica manageriale e di gestione**.

Infine, bisogna tenere in considerazione le grandi differenze in ambito sociale, economico e sanitario che sussistono all'interno del paese. Un decentramento uniforme, con leggi uguali che però incidono su territori profondamente diversi, rischia di inasprire le disuguaglianze. Il decentramento può invece servire a **ridurre il divario** all'interno del paese, mettendo in pratica quello che in Italia viene chiamato il "**regionalismo differenziato**", cioè un trasferimento di poteri differenziato nel territorio, a seconda dei contesti demografici, sociali, economici e sanitari di un diverso distretto.

L'intervento del professor Hatem Kahloun

Il secondo intervento è stato quello del professor Hatem Kahloun, che ha descritto il funzionamento del sistema sanitario tunisino (SST). Il SST è strutturato secondo delle competenze territoriali, attribuite alle cosiddette circoscrizioni sanitarie (CS) di **prima, seconda e terza linea**. La prima linea è composta dai Centri sanitari di base, dai Centri di assistenza materna e infantile e dagli Ospedali di circoscrizione. La seconda linea è composta dagli ospedali regionali e, in via eccezionale, dai centri intermedi che hanno giurisdizione territoriale regionale di un governatorato o di più delegazioni. La terza linea è composta dalle Aziende sanitarie universitarie, che forniscono servizi specialistici, ambulatoriali e/o ospedalieri a competenza territoriale nazionale o interregionale.

La circoscrizione sanitaria è una struttura "decentrata", responsabile dell'attuazione della politica sanitaria statale e che funge da interfaccia tra il settore sanitario e i cittadini. Tale struttura, che dipende finanziariamente e amministrativamente dalla Direzione Regionale della Sanità, si inserisce in una logica pubblica di equità sociale che mira a promuovere l'accessibilità ai servizi di cura del territorio, attraverso unità sanitarie locali operative.

Nonostante l'importanza delle prerogative concesse alle CS, questo organismo non ha effetti reali sulle popolazioni e sul decentramento dei servizi. Le principali cause sono:

- La disparità significativa in termini di copertura sanitaria;
- La scarsa autonomia nei fatti;
- La mancanza di risorse umane e mezzi tecnici e materiali;
- La mancanza di un meccanismo di monitoraggio e valutazione e di trasparenza nella gestione delle risorse umane e materiali;
- L'assenza di dati digitali e affidabili sullo stato di salute in CS.

L'intervento della dottoressa María José Caldes Pinilla

L'ultimo intervento è stato quello della dottoressa María José Caldes, direttrice del Centro di Salute Globale della regione Toscana, che ha descritto il Servizio Sanitario Nazionale italiano.

Il SSN è **universale**, ossia è aperto a tutta la popolazione; è **globale**, nel senso che offre una gamma completa di servizi preventivi e curativi; è **gratuito** e finanziato con la fiscalità generale (ad eccezione di alcune forme di compartecipazione alle spese, il cosiddetto ticket); ed è organizzato su base **regionale**.

L'articolo 32 della costituzione italiana garantisce il diritto alla salute "come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività." Su questa base, nel 1978 si costituisce il SSN in Italia, con la legge 833, che stabilisce che "la tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana."

Le riforme che hanno dato luogo a un modello decentrato sono successive e risalgono al 1992/93. Nel 2001 un'ulteriore riforma della costituzione italiana ha stabilito che lo stato e le regioni condividono la responsabilità per l'assistenza sanitaria. Allo stato spetta definire tutti i servizi e le cure di base (livelli essenziali di assistenza, LEA, definiti annualmente), che devono essere regolarmente garantiti su tutto il territorio nazionale; le regioni invece sono responsabili della pianificazione, dell'organizzazione e dell'amministrazione del sistema sanitario.

Questo sistema ha portato molti vantaggi, avvicinando la sanità al cittadino e ai suoi bisogni, ma ha anche alcuni svantaggi, come è diventato evidente in questo periodo storico, nel quale l'autonomia decisionale delle regioni ha portato a divergenze sui criteri adottati e sulle misure prese per contrastare la diffusione del coronavirus, indebolendo di fatto la risposta alla pandemia.

Il SSN è quindi articolato su tre livelli: **nazionale, regionale e locale**.

A livello nazionale, il Ministero della salute definisce i LEA e stabilisce come verranno distribuite le risorse tra i diversi livelli di assistenza (assistenza ospedaliera, assistenza sanitaria di base, assistenza a livello distrettuale e servizi sanitari pubblici).

Il Ministero della Salute e tutti gli Assessorati delle regioni si siedono poi al tavolo della Commissione Sanità, all'interno della Commissione Stato-Regione, e insieme decidono come dividere per regione il budget complessivo stanziato per la sanità.

Il livello regionale è responsabile di portare avanti i piani fissati nel Piano Sanitario Nazionale e di garantire le prestazioni sanitarie alla propria popolazione, attraverso una rete di strutture sanitarie a servizio della popolazione (ASL) e ospedali pubblici e privati convenzionati.

Le ASL sono strutture sparse sul territorio e hanno il compito di valutare i bisogni sanitari e fornire un'assistenza sanitaria completa a una popolazione specifica.

A livello primario, le due figure centrali nel sistema sanitario sono quelle del medico di famiglia e del pediatra che hanno anche la funzione di filtro rispetto al bisogno di salute e i servizi secondari. Ogni cittadino residente in Italia ha l'obbligo di avere il medico di famiglia (o un pediatra se bambino).

Anche i servizi sociali per la comunità sono attivi a livello primario e sono responsabili per l'assistenza domiciliare dei pazienti che non si possono muovere dalla propria abitazione, perché anziani o per altre problematiche. Sempre a livello primario si trovano le cure palliative, i consultori (servizi sanitari materno-infantili), i servizi di salute mentale e i servizi per i migranti presenti nel territorio.

il Servizio Sanitario Nazionale italiano è finanziato principalmente da varie imposte applicate a livello regionale e nazionale (imposta nazionale sul reddito, imposta sulle società, IVA). I servizi sanitari regionali sono finanziati dal governo attraverso un sistema ponderato che tiene conto di diversi fattori, come l'età, la distribuzione geografica, l'esclusione sociale e lo stato di salute della popolazione.

La Regione Toscana

Il Servizio Sanitario toscano è costituito da tre unità sanitarie locali (Firenze, Siena, Pisa); quattro ospedali universitari, un Centro di ricerca e prevenzione sul cancro e una fondazione ospedaliera per la cardiologia e la cardiocirurgia dell'adulto e pediatrica.

Il sistema sanitario regionale sanitario decentrato gestisce la propria sanità con un budget di 7,4 miliardi di euro, con molto personale (circa 50.000 dipendenti), 2600 medici di famiglia e quasi 500 pediatri. I posti letto ospedalieri sono 10.663, circa 2,85 letti ogni 1000 abitanti. Fra pubblico e privato ci sono in totale 68 ospedali, 19 *hospice* per il fine vita e 322 case di riposo assistiti per persone anziane con problematiche croniche. Al termine dell'incontro, non ci sono state domande specifiche sull'argomento da parte dei partecipanti.

Il secondo webinar:

L'importanza dell'accessibilità dei cittadini ai servizi di prima linea

Il secondo webinar si è tenuto il 24 novembre ed ha promosso una discussione sull'accesso ai servizi sanitari per alcune categorie vulnerabili, in particolare per i giovani e per le donne, e su come migliorarlo. Anche durante questo incontro sono state condivise delle buone pratiche provenienti sia dall'Italia che dalla Tunisia. In totale, hanno partecipato all'incontro 40 persone (18 uomini e 22 donne).

L'intervento della dottoressa Marina Toschi

Il primo intervento è stato quello della dottoressa Marina Toschi, ginecologa, igienista ed esperta di servizi territoriali, che ha parlato della salute dei giovani. Nella sua presentazione, la dottoressa ha spiegato che da una parte il mondo delle e degli adolescenti è in rapida evoluzione e i ragazzi e le ragazze oggi hanno modi di espressione e di comunicazione molto diversi da quelli utilizzati dalle generazioni precedenti alla loro età, ma dall'altra i bisogni fondamentali (l'amore, l'affermazione del nuovo sé nascente, l'identificazione sessuale, l'essere riconosciuti e riconoscibili in un gruppo) sono invece sempre gli stessi e sono presenti anche nella vita degli adulti.

La dottoressa porta avanti diversi progetti nelle scuole italiane ed ha presentato durante l'incontro alcune buone pratiche, come quella di permettere ai giovani di "inventare" gli spazi di socialità in cui si incontrano, lasciandoli liberi di abbellirli tramite disegni o murali. In questo senso, la loro partecipazione alla gestione condivisa degli spazi va stimolata e il loro parere deve essere raccolto attraverso incontri o questionari. Il coinvolgimento dei giovani può però avvenire efficacemente solo adottando i loro canali comunicativi, ad

esempio whatsapp o altre app di messaggistica, che sono le più utilizzate dai giovani, che spesso alla comunicazione verbale preferiscono altri mezzi per esprimersi. In generale, va lasciato molto spazio a modi di comunicazione differenti alla fantasia e alla creatività, lasciando liberi i ragazzi di esprimersi non solo a parole.

I corsi sulla sessualità e sulla conoscenza di sé sono fondamentali perché ragazze e ragazzi devono essere accompagnati nel loro percorso di riflessione sul proprio corpo e sulla propria sessualità. In quest'ottica, è molto importante che si parli di questi temi non soltanto in termini di patologia e prevenzione, ma anche di **benessere**, imparando quindi a riflettere e ad esprimere (anche in maniera non verbale, ma ad esempio attraverso i disegni o altre forme di espressione) che cosa li "fa stare bene".

L'intervento della dottoressa Eleonora Bruni

Il secondo intervento è stato quello della dottoressa Eleonora Bruni, ostetrica, che ha lavorato molti anni in Afghanistan e in Sudan e che ora lavora soprattutto con donne richiedenti asilo o vittime di tratta in Italia, nei consultori della zona Toscana centro.

La sua presentazione si è incentrata sulle buone pratiche per favorire l'accesso delle donne nel percorso della salute riproduttiva. La medicina di primo livello rappresenta un elemento chiave in questo senso, perché le donne spesso affrontano dei percorsi all'interno del sistema sanitario (family planning, contraccezione) che non sono necessariamente legati ad eventi patologici e non devono essere trattati come tali. Il consultorio è infatti un modello di clinica territoriale, il cui approccio però non è solo clinico ma anche **sociale e psicologico**. Tra gli obiettivi del consultorio c'è il sostegno alla maternità e alla paternità responsabile, la tutela della salute della donna, della gravidanza e del bambino e l'interruzione volontaria di gravidanza.

Per garantire l'accesso a questo servizio è importante analizzare il contesto sociale (alcune soluzioni adottate in un contesto potrebbero non funzionare se applicate in un altro) ed eliminare possibili barriere (psicologiche, comunitarie, ma anche solamente orari di apertura non compatibili con gli orari di lavoro). Per garantire invece dei percorsi di qualità, i centri devono essere luoghi sicuri, il personale rispettoso e non giudicante e le diversità culturali devono essere prese in considerazione attraverso approcci mirati. È infine necessaria una **equipe multidisciplinare** che includa medico, ostetrica, infermiere, psicologo, educatore, assistente sociale e un mediatore culturale.

- Cinque sono i percorsi che si possono intraprendere:
- Gravidanza / Percorso del parto;
- Educazione alla salute;
- Pianificazione familiare e contraccezione, compreso il centro servizi socio-sanitari per i giovani;
- Malattie sessualmente trasmissibili e problemi ginecologici;
- Prevenzione del cancro.

Pur non essendoci, infine, una soluzione unica e valida per tutti per migliorare l'accesso delle donne ai servizi di primo livello, è importante tenere presente che alla base deve esserci un *behavioural change*, un lungo percorso cioè di cambiamento nel comportamento, che deve essere sostenuto dal monitoraggio e dalla valutazione degli interventi messi in atto, che devono essere modulati diversamente se dovessero risultare inefficaci.

L'intervento Amel Arbaoui, presidente dell'associazione Joussour e di Raouf Daasi, supervisore presso l'ospedale Sakiet Sidi Youssef

Gli ultimi interventi sono stati quelli di Amel Arbaoui, presidente dell'associazione Joussour, e di Raouf Daasi, supervisore presso l'ospedale Sakiet Sidi Youssef.

L'associazione Joussour, in consorzio con altre associazioni, ha portato avanti il progetto La nostra sicurezza è condivisa, implementato nell'ambito del progetto Sehaty. Il progetto ha cercato di fornire una risposta all'urgente bisogno di migliorare la qualità dei servizi di accoglienza in prima linea all'ospedale Sakiet Sidi Youssef, governatorato del Kef, Nord-ovest della Tunisia, che spesso è caratterizzato da ritmi frenetici e convulsi, che incidono negativamente sull'accoglienza dei pazienti ospedalieri, dei visitatori e degli accompagnatori. L'intervento si è distinto per il rafforzamento delle capacità della società civile locale di svolgere un ruolo efficace nel miglioramento della qualità dei servizi sanitari di prima linea.

Il webinar è poi stato arricchito dalle testimonianze di due professioniste presenti fra il pubblico, la **professoressa Zahra Marrakchi**, pediatra, neonatologa e presidente dell'associazione tunisina di neonatologia (STNN) e la **dottorressa Dorra Bousnina**.

La professoressa ha spiegato come in Tunisia il tasso di allattamento sia tra i più bassi al mondo. Per una serie di credenze culturali, religiose e di genere infatti il latte in polvere sostituisce sempre di più quello materno, a scapito della salute del bambino. Infine, ha evidenziato la scarsa conoscenza in materia di salute che ha riscontrato fra molte sue pazienti, che spesso si ritrovano ad essere madri con poca o nessuna conoscenza in materia, ribadendo inoltre l'importanza dell'educazione alla salute e alla maternità già in fase prenatale, durante la gravidanza.

La dottoressa Dorra Bousnina invece ha spiegato come stia cercando di potenziare il centro di protezione materna in Tunisia, lavorando in particolare su tre assi: i) la governance dei servizi, ii) il sistema informativo e iii) l'umanizzazione dei servizi con un approccio integrato e multidisciplinare. La dottoressa ha raccontato infine che le attività di prevenzione attivate nel centro, in particolare del cancro al seno attraverso screening, hanno avuto una grandissima risposta in termini di adesione.

Il terzo webinar:

L'associazionismo e le relazioni pubblico-privato

L'ultimo webinar, che si è tenuto il 1 dicembre, ha visto la partecipazione di 19 uomini e 20 donne. Il tema dell'incontro è stato quello della vita associativa e dell'importante ruolo delle organizzazioni della società civile e della relazione con istituzioni pubbliche e private in relazione ai servizi sanitari.

L'intervento del Dottor Antonio Annovi

Il primo intervento è stato quello del dottor Annovi, medico d'urgenza di Medici per i Diritti Umani (MEDU), una ONG che si propone di portare assistenza sanitaria alle popolazioni più vulnerabili ed allo stesso tempo di sviluppare all'interno della società civile spazi democratici e partecipativi per la promozione del diritto alla salute e dei diritti umani.

Il dottor Annovi è il coordinatore medico del progetto Clinica Mobile di Firenze - un camper attrezzato ad ambulatorio con strumentazione medica di base - che racchiude tutti gli obiettivi di MEDU: fornisce assistenza medica e orientamento ai diritti e ai servizi alle persone che vivono in contesti di marginalità o precarietà abitativa, usando un approccio di prossimità. Durante l'attività sul campo la clinica mobile può

offrire un primo supporto clinico di base e, grazie alla rete creata negli anni con il terzo settore e con il settore pubblico, riesce ad orientare verso servizi della sanità pubblica e della società civile le persone assistite.

Le persone a cui il progetto si rivolge hanno un bagaglio di vissuti, culture e di bisogni molto differenti tra loro e vengono spesso da rapporti fallimentari con i servizi pubblici, sia in termini di accesso ai diritti di base che di percorsi di accoglienza. Questo accade perché spesso il settore pubblico crea dei percorsi pensati per dei cittadini integrati.

L'obiettivo quindi è, da un lato, quello di raggiungere nell'immediato la popolazione marginale che non riesce ad accedere ai servizi pubblici, dall'altro quello di promuovere un confronto con il servizio pubblico segnalando i limiti del sistema e proponendo possibili soluzioni congiunte.

L'orientamento fornito agli assistiti è una parte centrale dell'iniziativa, che è incentrata sul principio di **sussidiarietà** e non vuole sostituirsi al servizio pubblico, ma lavorare in sinergia con esso.

In alcuni casi la collaborazione non è semplice e spesso i tempi per poter avviare o implementare un progetto sono molto lunghi. Ciò rischia di rendere inefficaci gli interventi, come nel caso del progetto "**Secondi**", ideato a novembre 2020 con l'obiettivo di eseguire una campagna di screening tramite test rapidi della positività al Covid19 nella popolazione marginale. La lunghezza degli iter burocratici ha ritardato l'inizio della campagna, che si è poi rivelata inadeguata rispetto al mutato scenario pandemico.

Altri 2 progetti portati avanti da MEDU sono il consultorio **Persefone**, dedicato alle donne migranti vittime di tratta, tortura o trattamenti inumani e degradanti; e il centro di salute mentale transculturale, un servizio di presa in carico integrata delle persone migranti che hanno vissuto traumi o vivono in condizioni di estrema vulnerabilità ai margini della società.

Da questa analisi è emerso che, per una fascia di popolazione, i Centri di Salute Mentale pubblici non erano in grado di dare risposte adeguate, a causa di impedimenti burocratici in ingresso al servizio, scarsa capacità di comprendere le problematiche connesse alla migrazione, estrema facilità alla medicalizzazione, taglio dei fondi del servizio pubblico e poco personale a disposizione. Anche per questa iniziativa è stato fondamentale non sostituirsi al servizio pubblico, evitando di inserire nel team uno psichiatra, ma orientando, quando necessario, verso i centri di salute mentale pubblici.

L'intervento di Serena Leoni

Il secondo intervento è stato quello di Serena Leoni, rappresentante MEDU Firenze, che ha spiegato come la sua organizzazione abbia deciso di non accettare finanziamenti dai comuni in cui opera. Questa restrizione, insieme ad altre linee di condotta molto stringenti è indispensabile per riuscire a rimanere fedeli al principio di **indipendenza** e criticare, quando necessario, l'operato della pubblica amministrazione. Testimoniare la difficoltà nell'accesso ai diritti della salute è infatti uno dei pilastri di MEDU.

Molte collaborazioni invece vengono portate avanti con il Centro di Salute Globale per la salute dei migranti. In generale però, MEDU ha riscontrato difficoltà nel reperire fondi, soprattutto per quanto riguarda le risorse umane. In questo senso, il progetto Persefone sulla salute mentale è una buona pratica che può essere replicata anche in altri ambiti, perché si tratta di una co-progettazione tra pubblico e privato e si fonda sull'attività congiunta a pari livello tra queste due parti.

L'intervento di Sara Albiani

Il terzo intervento è stato di Sara Albiani, che lavora sia per il Centro di Salute Globale della Regione Toscana sia per Oxfam Italia.

Il Centro di Salute Globale fa parte dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer di Firenze, che è responsabile dell'attuazione della strategia regionale per la Cooperazione Sanitaria Internazionale e si occupa anche di facilitare l'accesso ai servizi sanitari e migliorare i percorsi di prevenzione e cura per i cittadini migranti a livello regionale. Il CSG è quindi una struttura regionale che fa da ponte tra le esigenze, le criticità, le segnalazioni che vengono dal territorio e dal terzo settore con il livello politico regionale.

Oxfam Italia e il CSG collaborano dal 2011, prima nell'ambito della cooperazione internazionale, poi, dal 2015, nel campo della salute dei migranti.

Per poter rispondere in maniera adeguata alle esigenze di salute dei quasi 400 mila migranti presenti nella regione Toscana, il CSG e Oxfam hanno sviluppato diversi progetti al fine di migliorare la conoscenza dello stato di salute, dell'accesso e della fruizione dei servizi e delle condizioni di vita della popolazione immigrata, di garantire l'equità di accesso e la qualità dell'assistenza (superando spesso barriere formali e informali) e di lavorare sulla prevenzione e la promozione della salute.

Grazie alla **complementarietà** delle competenze messe in campo dal pubblico e dal privato (inteso come organizzazioni senza scopo di lucro) questi progetti sono stati in grado di generare un valore aggiunto che ha prodotto un cambiamento e un miglioramento dei servizi offerti in materia sanitaria.

Da una parte infatti il CSG ha potuto avvalersi dell'esperienza di Oxfam nel lavorare con le persone vulnerabili e marginalizzate, della sua capacità di innovare e del suo legame con il territorio. Dall'altra, Oxfam ha potuto beneficiare delle competenze in materia di salute del CSG e della sua visione globale in termini di servizi.

Il CSG ha potuto inoltre garantire la sostenibilità nel lungo termine delle iniziative intraprese, permettendo anche lo *scaling up*, ovvero la possibilità di replicare alcuni progetti sul territorio regionale e di adottarli come buone pratiche.

Infine, per garantire una collaborazione efficace, è importante che il settore pubblico mantenga il suo ruolo primario di gestione del servizio sanitario senza delegare le sue funzioni. Il settore non profit deve invece svolgere un ruolo di sostegno e innovazione, riconosciuto e valorizzato, senza però sostituirsi al settore pubblico nel fornire i servizi sanitari.

L'intervento di Anis Amaidia

A seguire, c'è stato l'intervento di Anis Amaidia, vicepresidente della municipalità di Mdhilla e presidente dell'associazione Smart Gafsa, che ha parlato dei due progetti portati avanti nella sua città, nella cornice del progetto Sehaty. La città di Mdhilla si trova nel sud ovest della Tunisia, nel governatorato di Gafsa, una regione mineraria con 2 poli industriali che trattano fosfato. La città è quindi molto inquinata e sono frequenti fra la cittadinanza patologie legate a questo elemento. Per far fronte a questo e ad altri problemi legati alla salute, è stato creato un consorzio composto da organizzazioni della società civile e dal settore pubblico. Sono stati poi organizzati dei cicli di formazione su temi legati alla salute e alla advocacy. Da questi incontri sono nati gli spunti per elaborare due progetti: "La mia sicurezza" e "Salute per tutti", che hanno lo scopo di promuovere il **dialogo multiattore** per la risoluzione dei conflitti nell'accesso ai servizi sanitari. Molte attività e formazioni sono state portate avanti al fine di diminuire il tasso di violenza nelle strutture sanitarie.

L'intervento di Essia Belabed

L'ultimo intervento è stato di Essia Belabed, della Mezzaluna Rossa di El Hamma, governatorato di Gabes, sud della Tunisia, che ha raccontato l'esperienza della sua organizzazione durante la pandemia COVID. La crisi pandemica ha portato ad un peggioramento della situazione sanitaria ad El Hamma, soprattutto nei centri di

salute pubblica, che erano sprovvisti di strumenti ed apparecchiature sanitarie adeguate. Tutti i settori della società civile presenti nel paese, come le organizzazioni non governative, le municipalità, gli impiegati della sanità, la protezione civile e i reparti della sicurezza si sono uniti per superare la crisi, cercando di trovare soluzioni per sopperire ai limiti del sistema sanitario e supportare i medici ed i paramedici.

La creazione di una unità di crisi nella quale sono confluite tutte queste diverse realtà ha fatto sì che, per la prima volta, le diverse organizzazioni siano riuscite a collaborare a beneficio della comunità.

I volontari sono stati divisi in gruppi nei vari centri postali e negli ospedali per aiutare nella gestione dei casi, per cercare di ridurre la gravità delle infezioni e limitare i contagi attraverso la distribuzione di mascherine.

Nel mese di agosto, quando a El Hamma è stata istituita la zona rossa, la comunità è riuscita a provvedere ai cittadini più vulnerabili con la distribuzione di alimenti e di beni di prima necessità. La distribuzione è proseguita anche durante il mese del Ramadan e ha coinvolto, fra i beneficiari, anche alcuni migranti arrivati in città dalla Libia e da Djerba.

Al termine degli interventi, la **dottoressa Amira Medimagh** ha posto una domanda sul partenariato tra pubblico e privato non profit che ha permesso ai relatori di ribadire l'importanza di collaborazione basata sulla complementarità, che porti il terzo settore a supportare il pubblico nel realizzare nei migliori dei modi le sue funzioni senza sostituirsi ad esso.

Serena Leoni di Medu ha portato un altro esempio concreto di questo rapporto di sussidiarietà, parlando della campagna di sensibilizzazione sull'HIV che la sua organizzazione sta portando avanti. La campagna, che consente a persone che sono ospiti di strutture di accoglienza di effettuare test rapidi HIV, è condotta in coordinamento con la sanità pubblica, che viene allertata nel caso in cui venissero riscontrate delle positività. Le persone che dovessero risultare positive vengono quindi inserite in percorsi di secondo livello individuati in precedenza, all'interno degli ospedali territoriali e dei dipartimenti di malattie infettive.

Anche in questo caso, Medu agisce come un ponte tra il servizio pubblico e le fasce più marginali della società, senza rendere questi ultimi dipendenti dai loro servizi. L'assenza di un percorso congiunto con il pubblico invaliderebbe la campagna che non riuscirebbe ad ottenere i risultati voluti.

RACCOMANDAZIONI

Dai 3 webinar sono emerse delle importanti raccomandazioni, utili a riflettere sul sistema sanitario tunisino in termini sempre più decentrato e partecipato.

In particolare, sulla base del modello italiano, è emersa l'importanza di rafforzare il sistema sanitario pubblico, che deve avere carattere **universale**, essere cioè aperto a tutti, **globale**, nel senso che deve offrire una gamma completa di servizi. Deve essere infine **gratuito**.

Per quanto riguarda il decentramento, è fondamentale tenere in considerazione il contesto e le grandi differenze in ambito sociale, economico e sanitario che sussistono all'interno del paese. Applicando un **regionalismo differenziato**, cioè un trasferimento di poteri differenziato nel territorio, si possono **ridurre le disuguaglianze** fra le regioni e allo stesso tempo offrire un servizio che risponda ai reali bisogni della popolazione. Il decentramento deve poi passare attraverso una logica manageriale consapevole, che mantenga però un equilibrio tra i poteri decisionali e quelli di controllo.

È emersa inoltre l'importanza di garantire alle donne l'accesso a **percorsi di salute riproduttiva**, eliminando tutte le possibili barriere psicologiche o culturali. La salute riproduttiva non si esaurisce nei suoi aspetti clinici e non deve essere trattata esclusivamente come un evento patologico. Devono quindi essere presi in considerazione i suoi aspetti psicologici, sociali e culturali. Le equipe devono essere perciò **multidisciplinari** e capaci di accogliere senza giudicare né colpevolizzare. Per quanto riguarda i servizi per i giovani, è importante che questi siano incentrati non solo sulla prevenzione delle patologie ma anche sul benessere e sulla conoscenza di sé.

Infine, l'importanza della **sinergia** fra le organizzazioni della società civile e il settore pubblico e il privato, prestando attenzione al rapporto di **complementarietà** fra le due realtà.

Gli interventi dell'associazionismo devono **orientare** i cittadini all'interno dei servizi sanitari pubblici, specialmente quelli delle fasce più vulnerabili e meno assistite e, quando necessario, sopperire alle mancanze nell'offerta di servizi sanitari, senza però innescare dei meccanismi di deresponsabilizzazione del settore pubblico che potrebbero portare l'iniziativa privata a sostituirsi al sistema sanitario nazionale.

Ringraziamenti

A tutte le persone che hanno partecipato, che sono intervenute, che hanno dialogato con noi, durante i tre incontri.

Le analisi, le opinioni e i punti di vista espressi sono quelli di COSPE e del Centro di Salute Globale, relativamente partner e associato del progetto Sehaty, e non riflettono necessariamente le posizioni o le politiche dell'Unione Europea.