

Globalizzazione e salute

Documento di riflessione e proposta di iniziativa Snop, su cui si e' richiesto il contributo delle altre società scientifiche di Sanità Pubblica (SItI, AIE, ISDE, SIMeVep, SIMLII)

Salute globale, allargare gli orizzonti professionali

La crescente accelerazione dei processi di globalizzazione sta rapidamente mutando il mondo. Tali processi riguardano sfere sempre più estese della vita individuale e collettiva, e hanno radicalmente trasformato il modo in cui si comunica, si commercia, ci si sposta, il cibo che si mangia e l'ambiente di vita e di lavoro. Non da ultimo, stanno modificando i confini e gli orizzonti della pratica professionale degli operatori della prevenzione e sanità pubblica. La globalizzazione delle comunicazioni, della finanza e dell'economia, il numero crescente di lavoratori migranti, la stretta interdipendenza tra Paesi per la produzione e l'utilizzo delle fonti energetiche, le crisi globali dell'acqua e dei prodotti alimentari, i cambiamenti climatici sono solo alcuni esempi di un mondo in cui gli stati nazione e i confini nazionali non sono più criteri idonei a definire comunità omogenee con caratteristiche definite. L'impatto di questa interdipendenza globale sui determinanti di salute, e le politiche nazionali e internazionali messe in atto come strategie di risposta, necessitano di approcci nuovi anche e soprattutto da parte dei professionisti coinvolti nella promozione e nella tutela della salute. Tuttavia, mentre ci si trova ampiamente d'accordo sull'urgenza delle sfide globali da affrontare, l'ambito disciplinare in cui si tenta di elaborare delle risposte – che va sotto il nome di “salute globale” – ha confini decisamente meno chiari e univoci. Si cercherà di seguito di rendere ragione della sua esistenza, per definirne poi la cornice concettuale e il contesto operativo, partendo da un assunto semplice: salute globale significa, né più né meno, salute senza confini.

I confini nazionali non sono più una barriera per la diffusione delle malattie

In questa accezione, la salute è “globale” fin da quando i primi esseri umani hanno cominciato ad abitare il pianeta, e forse anche da prima se si prendono in considerazione le patologie animali. Senza bisogno di arrivare a menzionare i recenti casi legati all'HIV o alla SARS, è noto che virus e batteri non si fermano di fronte ai confini nazionali. Allo stesso modo, gli inquinanti prodotti a ritmo crescente come conseguenza dell'attività umana hanno effetti su tutto il pianeta e non solamente sui Paesi maggiormente responsabili della loro immissione nell'ambiente. Anche altri fattori, apparentemente più “immateriali”, presentano le medesime caratteristiche di diffusione: basti pensare agli stili di vita responsabili dell'attuale diffusione di obesità, malattie cardiovascolari e neoplasie. Perfino le cause di morte e malattia classificate come di origine traumatica o accidentale hanno spesso fattori causali che trascendono il posto in cui accadono: un contadino afghano viene ucciso da una bomba costruita in Louisiana, un muratore polacco ha un infortunio sul lavoro mentre costruisce una casa a Lisbona, un turista italiano è vittima di un incidente stradale in Mali. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), e ancora prima il Comitato per la Salute della Società delle Nazioni, hanno tentato di stabilire una serie di regole e norme internazionali per arrestare o limitare la diffusione delle malattie. Ma per ogni arbovirus o metallo pesante o colorante per pellame e tessuti, per cui esiste un regolamento che ne limita la circolazione, ce ne sono decine che facilmente viaggiano attraverso i continenti. E' chiaro dunque che solo politiche globali, concordate e messe in atto da tutti gli attori coinvolti, possono giungere a contrastare efficacemente e a contenere malattie e fattori di rischio a diffusione globale. Tali politiche non sono solo quelle che stabiliscono leggi e regolamenti nazionali e sovra-nazionali standard di prodotto, criteri e procedure comportamentali (tipo quelle che stabiliscono parametri minimi a cui devono rispondere i sistemi di auto-controllo delle aziende: ad esempio, i sistemi HACCP riguardo a igiene degli alimenti e salute e sicurezza dei consumatori nonché i Sistemi di Gestione della Sicurezza – SGS – di cui anche all'art. 30 del DLgs 81/08 riguardo a salute e sicurezza dei lavoratori in Italia), ma anche e per certi versi soprattutto quelle che garantiscono

condizioni di controllo reale da parte di organismi pubblici nazionali e sovra-nazionali (ad esempio per l'attuazione del sistema europeo REACH) e di consultazione / partecipazione reale dei lavoratori e di ogni altro cittadino. Il diritto alla cittadinanza globale è anche sapere quali garanzie di sicurezza e salute vengono riservate dal mezzo di trasporto con cui ci si reca al lavoro (se è un treno italiano, quanti macchinisti ci sono a guidarlo), la scuola a cui si mandano i propri figli (se è una scuola italiana, come essa si comporta in caso di terremoto), il cibo che si mangia (da dove viene e, se viene da molto lontano, cosa è stato fatto per prepararlo e conservarlo), il ponteggio su cui si sale in quanto lavoratori edili, la postazione di lavoro (personal computer + stampante) che si usa in quanto impiegati d'ufficio, la presso-piegatrice se si è metalmeccanici, la postazione per preparare gli antiblastici se si è infermieri ospedalieri e così via. Il diritto alla cittadinanza globale è anche, dopo che si è riusciti a sapere, poter esprimere una propria scelta e farla pesare, anche solo tramite una buona azione di lobby: non comprare il prodotto insalubre e/o iniquo potendo peraltro acquistarne uno migliore, rifiutare la scuola pericolosa potendo peraltro usufruire di un'altra migliore, non salire sul ponteggio pericoloso finché non sia stato messo in sicurezza, non entrare nei silos o nel serbatoio pericoloso finché non sia stato messo in sicurezza.

I confini nazionali non sono più una barriera per la diffusione dei determinanti di salute

Come si è visto, le cause prossimali di morte e malattia (batteri, agenti chimici, traumi ecc.) non hanno confini. Vale lo stesso anche per i cosiddetti "determinanti distali" di salute, molti dei comportamenti individuali legati alla salute sono chiaramente fenomeni a diffusione globale: fumo, abitudini alimentari, sedentarietà, consumo di sostanze, sessualità... Qualunque comportamento umano si prenda in considerazione, appare evidente quanto i fattori che lo influenzano trascendano inevitabilmente i confini nazionali. La Commissione sui Determinanti Sociali dell'OMS afferma che anche i determinanti sociali di salute sono senza confini: reddito, povertà, occupazione, politiche sociali, cittadinanza, genere, stato socio-culturale ed economico, razzismo, potere, discriminazione, agricoltura, urbanizzazione, sviluppo infantile, industria alimentare, cambiamenti climatici, servizi finanziari, educazione, condizioni di vita. Come illustrato nella Figura 1, tratta da uno dei documenti di lavoro della Commissione, la globalizzazione opera simultaneamente su diversi gruppi di determinanti di salute, influenzando il rischio di ammalarsi, gli esiti e le disuguaglianze in salute.

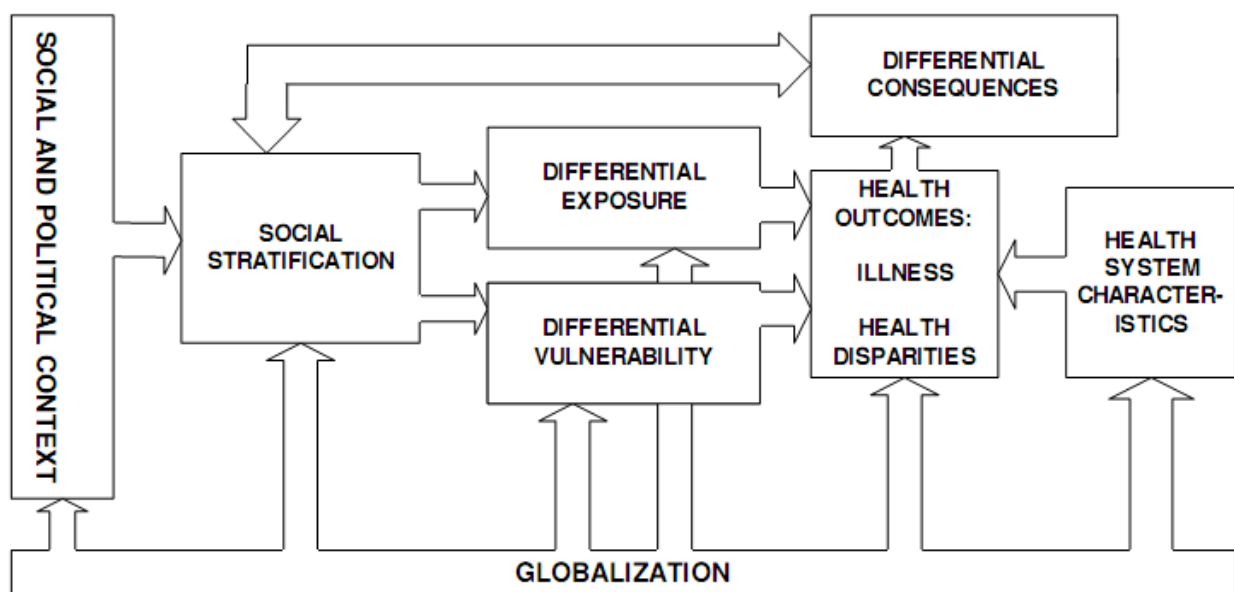


Figura 1 Globalizzazione e determinanti sociali di salute.

I confini nazionali non sono più una barriera per la diffusione dell'assistenza sanitaria e delle politiche in salute

Il riquadro all'estrema destra nella figura mostra che la globalizzazione ha un impatto anche sulle caratteristiche dei sistemi sanitari. Ciò non sorprende: da quando il Fondo Monetario Internazionale (FMI) ha iniziato a imporre i piani di aggiustamento strutturale e la Banca Mondiale (BM) ha pubblicato il rapporto "Investire in salute", i sistemi sanitari e i servizi nel mondo, e particolarmente nei Paesi indebitati, sono stati trasformati e riconfigurati in base a modelli e standard globali. L'introduzione di forme di compartecipazione alla spesa è divenuta una prassi universale, così come la privatizzazione dei servizi pubblici. Pacchetti essenziali di servizi sanitari vengono pianificati a livello internazionale nell'ambito delle cosiddette "iniziative globali", ed erogati secondo modelli standard dall'Angola al Tajikistan. Anche la formazione dei professionisti sanitari a livello mondiale, soprattutto per quanto concerne l'applicazione delle suddette iniziative sanitarie globali, avviene per opera di formatori "standard" che utilizzano tutti i medesimi strumenti didattici. Frotte di consulenti globali viaggiano per il mondo per analizzare le situazioni e realizzare piani di intervento, spesso copiando l'uno dall'altro. Infine, il ben protetto monopolio nell'ambito della ricerca scientifica consente a poche compagnie transnazionali di controllare il mercato globale di farmaci, vaccini e strumenti diagnostici e terapeutici.

La globalizzazione, d'altro canto, può anche favorire la disseminazione di buone pratiche e politiche. Per esempio, l'Iniziativa Ospedali Amici dei Bambini è stata implementata in centinaia di Paesi e ha contribuito ad aumentare il tasso di allattamento al seno, o per lo meno ad arrestare e invertire la tendenza al suo abbandono.

La rivista The Lancet ha promosso diverse iniziative per migliorare la realizzazione di interventi efficaci per la salute materna, neonatale e infantile. Vi sono politiche di protezione ambientale che si stanno diffondendo, anche se a un ritmo inferiore rispetto alle reali necessità, in molte Regioni del Mondo. Tuttavia, la condivisione di buone politiche è ancora fortemente limitata da una grande frammentazione. Decine delle succitate "iniziative globali" elaborano e sviluppano politiche per la prevenzione e il controllo di specifiche condizioni e malattie, o per la promozione della salute, ma tutte tendono a concentrarsi sul proprio limitato campo d'azione. Non vi è un'adeguata consapevolezza che solo mediante sistemi sanitari e sociali forti e sostenibili, e attraverso la partecipazione delle comunità coinvolte, tali buone politiche potranno avere una chance di essere realmente applicate e avere successo.

I confini nazionali non sono più una barriera per la circolazione dei professionisti sanitari

Migliaia di professionisti sanitari dai Paesi a reddito elevato, spesso – anche se non sempre – mossi da ideali umanitari, migrano nei Paesi poveri per supportare sistemi e servizi sanitari in perenne crisi di personale. Al tempo stesso, centinaia di migliaia di professionisti sanitari si muovono nella direzione opposta, cercando migliori condizioni di vita e di lavoro per se stessi e per le proprie famiglie.

I Paesi a basso reddito investono proporzioni rilevanti dei propri esigui budget per formare risorse umane in salute, solo per vedere buona parte di questo investimento svanire in un paradossale con-tributo versato al welfare e al prodotto interno lordo dei Paesi ad alto reddito. La preoccupazione per questa crescente fuga di cervelli è generale e diffusa: l'OMS ha dedicato il Rapporto sulla Salute nel Mondo del 2006 a questa problematica, ed è stata perfino creata una Alleanza Globale per il Personale Sanitario. Tuttavia, nessuno è finora stato in grado di disegnare e mettere in atto una politica capace almeno di compensare i Paesi a basso reddito per le loro perdite, e auspicabilmente di iniziare a riequilibrare la distribuzione del personale sanitario a livello globale.

I confini nazionali non sono più una barriera per le violazioni dei diritti umani

La guerra al terrorismo, la riemersione della tortura come strumento per garantire la sicurezza, la creazione di centri di detenzione in luoghi dove i diritti umani sono meno esigibili (Guantanamo, le prigioni segrete in Paesi terzi, i centri di detenzione extraterritoriali per immigrati, ecc.) sono questioni che hanno grande e crescente impatto anche sulla professione sanitaria, e con i quali è impossibile confrontarsi restando all'interno dei confini nazionali. La retorica ormai ubiquitaria della "sicurezza", unita alla maggiore mobilità del personale sanitario, espone i professionisti a nuovi scenari che richiedono analisi attente e approfondite, così come la definizione di nuove strategie operative comuni. Contesti e sistemi che limitano i diritti umani e ne rendono sempre più difficili la tutela e l'esigibilità pongono sotto seria minaccia la responsabilità e il dovere dei professionisti sanitari nei confronti dei pazienti e della comunità. Servono dunque nuovi strumenti, da un lato indirizzati a coinvolgere direttamente i professionisti sanitari, attraverso l'elaborazione e la disseminazione di conoscenze specifiche in materia di etica medica e difesa dei diritti umani, così come di strumenti per rilevare e affrontare adeguatamente i casi di discriminazione, violazione dei diritti e tortura; dall'altro lato, volti a promuovere una trasformazione globale delle istituzioni predisposte a controllare il rispetto del codice deontologico e delle convenzioni internazionali, al fine di garantire ai professionisti sanitari supporto e assistenza (o, vice versa, sanzioni) in ogni luogo e contesto in cui essi possono essere chiamati a operare.

I confini nazionali non dovrebbero più essere una barriera per la diffusione della salute

La salute è ben lungi dall'essere globale. Le disuguaglianze sono ampie e in crescita. Si tratta di differenze crudeli e inaccettabili: viaggiamo tutti sulla stessa nave (il Titanic?), ma il divario tra i pochi passeggeri di prima classe e i molti di terza è talmente grande che pochissimi tra questi ultimi riescono a sfuggire a una vita gravata da miseria, fame e malattia. La salute non migliorerà a livello globale se non viene elaborato un nuovo paradigma per lo sviluppo: le attività bancarie e finanziarie devono essere regolate, il clima e l'ambiente devono essere protetti, l'energia deve essere prodotta e utilizzata con saggezza, serve un accordo su nuove regole per il commercio internazionale e i diritti di proprietà intellettuale, così come su politiche agricole e industriali diverse e su ogni altro ambito che ricade tra i determinanti sociali della salute. Al tempo stesso, i servizi sociali e sanitari devono essere rafforzati, sulla base del principio che l'assistenza sanitaria è un diritto e non un bene commerciale.

Il nuovo paradigma della salute globale

Come fin qui argomentato, serve un paradigma completamente nuovo per abbattere le esistenti barriere alla salute globale. Gli ambiti della medicina tropicale e della salute internazionale, tradizionalmente indirizzati ad affrontare le problematiche relative alla salute nei Paesi poveri e il ruolo degli organismi internazionali nel farvi fronte, appaiono oggi privi di strumenti di analisi e di risposta efficaci. L'emergente ambito della "salute globale" potrebbe invece – se adeguatamente letto ed interpretato – essere il terreno culturale, sociale, scientifico e intellettuale in cui elaborare strumenti adeguati ad affrontare le nuove sfide che si pongono di fronte agli operatori sanitari, tanto a livello internazionale quanto nell'ambito dei singoli Paesi.

Secondo la definizione recentemente elaborata in seno alla Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale, questa rappresenta "un nuovo paradigma per la salute^a e l'assistenza sanitaria, radicato nell'approccio teorico dei determinanti sociali di salute e nei principi enunciati nella Dichiarazione di Alma Ata^b e sostanziato da ampie evidenze^c scientifiche". Tale paradigma, valido

a "La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la mera assenza di malattia o infermità" (Preambolo alla Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, 1948).

b In particolare: salute come diritto umano fondamentale e legato allo sviluppo sociale ed economico; assistenza

per la protezione, promozione e tutela della salute a livello individuale e di comunità, “pone particolare attenzione all'analisi dello stato di salute e dei bisogni *reali* della popolazione mondiale, e alle influenze che su di essi esercitano i determinanti socio-economici, politici, demografici, giuridici ed ambientali, esplicitando le interconnessioni tra globalizzazione e salute in termini di equità, diritti umani, sostenibilità, diplomazia e collaborazioni internazionali”. Ancora, questa visione “globale” della salute adotta un'ottica transnazionale per mettere in evidenza le disuguaglianze in salute sia all'interno che tra i Paesi, analizzandole attraverso la lente della giustizia sociale. Data la complessità del campo di interesse, la salute globale richiede e prevede un approccio transdisciplinare e multi-metodologico, che si avvale del contributo sia delle scienze sociali e umane che di quelle naturali e biomediche. Infine, la salute globale non è intesa come ambito meramente accademico: promuovendo un'etica di responsabilità sociale sia per le istituzioni che per i professionisti coinvolti, essa “abbraccia i campi della ricerca, della formazione e della pratica, e mira a generare reali cambiamenti sia nella comunità che nell'intera società, colmando il divario esistente tra evidenza scientifica e decisioni operative^d”.

Il nuovo paradigma della salute globale sta richiamando attenzione un po' ovunque nel mondo, a partire dagli ambienti più inclini alla trasformazione e al cambiamento quali quelli studenteschi. E dunque la formazione, tanto pre laurea che professionale e continua, appare come l'ambito privilegiato in cui iniziare ad affrontare le problematiche di salute – locali e internazionali – in ottica “globale”, nel suo significato *ampio* di lettura transnazionale dei processi di salute e malattia e in quello *profondo* orientato ad analizzare e affrontare le cause distali che ne sono l'origine.

sanitaria primaria (primary health care) come strumento per raggiungere un livello accettabile di salute per tutti; partecipazione comunitaria (Dichiarazione di Alma Ata, Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria Primaria, Alma Ata, USSR, 6-12 settembre 1978).

- c Come suggerito dalla Commissione sui Determinanti Sociali di Salute (Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health, Geneva: WHO, 2008. Pp. 186-7), le evidenze derivano da ricerche e metodi valutativi propri di diverse scienze naturali e sociali, così come dalla raccolta sistematica di conoscenze ed esperienze dei protagonisti principali coinvolti nelle realtà prese in esame.
- d Tale divario, definito in letteratura “know-do gap”, è la differenza esistente tra ciò che è conosciuto e ciò che viene applicato e realizzato nella pratica: sia quindi tra ricerca e politiche/decisioni operative, sia tra conoscenza e consapevolezza e azione/modifiche nei comportamenti (http://www.who.int/kms/events/Know_do_gap_APablos.pdf).

Crisi alimentare, mercato e salute globale: accesso al cibo e produzioni animali

Caratteristiche del problema

La quantità di cereali necessaria a riempire, per una sola volta, il serbatoio di un'auto di grossa cilindrata (240 Kg. di mais per produrre 100 litri di etanolo) è sufficiente a nutrire una persona per un anno. Questa la constatazione di una condizione che, per realismo, violenza ed iniquità, rende intollerabili molti aspetti della nostra società dei consumi. L'attuale tumultuoso rincaro dei prezzi dei prodotti alimentari sui mercati mondiali richiama, con forza, l'esigenza di ragionare sugli effetti devastanti che tale situazione ha sulla capacità dei Paesi in via di sviluppo di approvvigionarsi di scorte indispensabili a far fronte alle strutturali insufficienze produttive interne: il 2007/2008 ed il 2010 hanno registrato un progressivo ed insostenibile rincaro di tutti i prodotti agricoli che sta, in particolare, affliggendo le classi povere di Africa, Asia ed America centro-meridionale e che conferma i timori e le ipotesi catastrofiche proposte da molti analisti e Centri di ricerca. Alla base degli straordinari rincari dei prezzi vi è un complesso di cause interdipendenti che possono essere identificate in:

- l'aumento impazzito dei prezzi del petrolio,
- la progressiva sottrazione di suolo, su base mondiale, alla produzione di cibo per destinarlo a coltivazioni per biocombustibili,
- un forte impegno economico dei Governi degli Stati Uniti d'America e dell'Unione Europea per erogare sussidi ed incentivi agli agricoltori che coltivano cereali a fini bioenergetici,
- la rapida e generalizzata crescita, a livello mondiale, della richiesta di cibo in tutte le sue varietà e tipologie,
- un'imponente crescita economica in molti Paesi in via di sviluppo, ma soprattutto in quelli asiatici, che ha innalzato il potere di acquisto di queste comunità facendo, tra l'altro, virare i consumi verso alimenti pregiati come carne e latte,
- il cambiamento del clima con generalizzate forme di inaridimento ed erosione dei suoli coltivabili
- la forte volatilità dei prezzi che ha acuito le difficoltà di programmazione degli acquisti e della costituzione di stock alimentari da parte dei Paesi economicamente non sviluppati,
- le speculazioni economiche, prontamente verificatesi su molti dei segmenti commerciali e sull'acquisizione di materie prime e servizi.

Come si può quindi continuare ad ignorare la contraddizione insita nel perdurare delle disuguaglianze tra le persone che vivono nei Paesi non sviluppati economicamente e le altre che, pur essendo il 20% della popolazione mondiale, dispongono dell'80% delle risorse. Se si è, infatti, sempre più portati ad interrogarsi su come un mondo, capace di offrire a miliardi di persone beni e consumi di ogni tipo, non sia in grado di assicurarne l'accesso e la disponibilità a centinaia di milioni di donne e uomini aggrediti ogni giorno dalla fame, dalla malattia, dalla miseria, ci si deve anche chiedere quanto tempo i "privilegiati" ritengano di poter resistere se non viene affrontato il problema della liberazione di queste enormi masse di persone dal bisogno?

Il tema si pone, sempre più e non solo in termini solidaristici o facenti riferimento ad una complessiva visione attenta alle disuguaglianze bensì anche per motivazioni di difesa dei livelli di sviluppo e degli stili di vita raggiunti dai Paesi economicamente avanzati: è ormai un dato acquisito che una delle principali cause di generazione dei movimenti terroristici armati e delle massicce migrazioni dalle aree critiche del globo è rappresentata dal perdurare di situazioni di povertà, fame, privilegio e sfruttamento.

Tra i diritti fondamentali delle persone – assieme a lavoro, casa, servizi sanitari di base – un'adeguata alimentazione costituisce prerequisito per svolgere una soddisfacente vita lavorativa, sociale, riproduttiva nonché fattore di sviluppo.

Un "accesso effettivo a un'alimentazione in quantità e qualità sufficiente per una vita produttiva ed in salute per tutti gli individui" definibile, in accordo con le Nazioni Unite *Sicurezza Alimentare* non è un diritto diffuso equamente nel mondo: sempre l'80% della popolazione mondiale, infatti, non ha la possibilità di alimentarsi in quantità adeguata e di disporre di fonti di acqua sicura sul piano sanitario e quantitativamente sufficiente al bisogno.

Tale diseguale situazione ha indotto la Comunità Internazionale ad impegnarsi nel suo superamento perseguendo gli Obiettivi del Millennio che prevedono un complesso sistema di interventi la cui efficacia può scaturire unicamente dalla realizzazione di azioni di aiuto

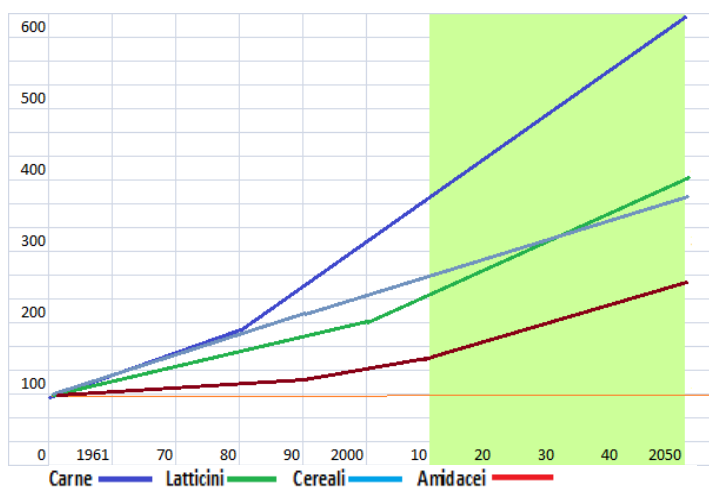
d'emergenza, cooperazione e sostegno allo sviluppo invece che da interventi caritatevoli, a preponderante componente di visibilità esterna, noncuranti dei processi di rafforzamento delle comunità locali.

Quest'insieme di azioni trova una sua paradigmatica applicazione in agricoltura costituendo, così, una forte motivazione perché essa non debba rientrare tra le materie di regolamentazione dell'Organizzazione Mondiale del Commercio (WTO) *"il cibo resta, in ogni caso, un bene assolutamente e fundamentalmente diverso da qualunque altra merce per la sua natura, la sua origine, i suoi modi e mezzi di produzione"*.

Come la globalizzazione influisce nel modificare le caratteristiche del problema

I dati provenienti dalle più recenti analisi di produzioni, scambi e consumi mondiali evidenziano come sia in atto una rivoluzione nell'agricoltura globale, che ha profonde implicazioni con la salute umana, i mezzi di sussistenza e l'ambiente (Figura 2). Nei Paesi economicamente svantaggiati l'incremento demografico, l'urbanizzazione e la crescita interna stanno alimentando un massiccio aumento della domanda di alimenti di origine animale.

Figura 2 Domanda alimentare globale 1961 – 2050



Tale cambiamento nella dieta di miliardi di persone ha in sé tutte le potenzialità per produrre una sostanziale modificazione delle condizioni di vita di molte persone povere che vivono in ambito rurale.

In questo contesto gli impegni assunti dalla Comunità Internazionale, finalizzati al rendere disponibili risorse ed a convogliare le iniziative necessarie per dare risposta ai bisogni di Sicurezza Alimentare prioritari, si stanno rivelando sempre più irraggiungibili tanto che, nell'Ottobre 2007, Jacques Diouf - Direttore Generale della FAO - lanciava un grido d'allarme *"le riserve di cibo sono al più basso livello mai raggiunto dagli anni '80, come effetto della conversione della produzione agricola per soddisfare la domanda di bioenergia, il tutto aggravato dalle speculazioni"*.

A fianco delle scelte politiche che andrebbero tempestivamente assunte e di aggiustamenti strutturali (aumento della produzione agricola, rafforzamento delle capacità finanziarie, crescita economica attraverso l'ampliamento dell'accesso ai mercati, a migliori infrastrutture e ad una maggior competitività commerciale) per le aree a basso livello di urbanizzazione o rurali dei Paesi in via di sviluppo, dai quali proviene grande parte degli alimenti consumati dai poveri, vengono proposte, da parte di autorevoli Istituzioni Sovranazionali di ricerca sulle politiche alimentari, alcune azioni di sistema finalizzate all'aiuto per le Nazioni più vulnerabili per stabilizzare i prezzi degli alimenti nel breve periodo ed aumentare la produzione agricola nel lungo termine:

- o i Governi dei Paesi in via di sviluppo dovrebbero ampliare i programmi di protezione sociale per i poveri, in ambiente urbano e rurale, con particolare attenzione a quelli mirati a facilitare l'importazione di cibo ed a sostenere la prima infanzia sul piano nutrizionale. I poveri, purtroppo, non sono ben collegati ai mercati e questo influisce, in maniera determinante, sulla loro capacità di acquisto;

- i Paesi economicamente sviluppati dovrebbero abolire sussidi alle culture interne per la produzione di biocarburanti ed aprire i mercati ai biocombustibili provenienti dal Brasile. Le sovvenzioni alle culture bioenergetiche costituiscono, di fatto, una tassa sugli alimenti di base (riso, mais, frumento, orzo, manioca...) da cui i poveri dipendono per la maggior parte della loro dieta. Gli agricoltori dei Paesi sviluppati dovranno, di conseguenza, decidere cosa coltivare sulla base delle richieste di mercato e non sotto la spinta dei finanziamenti compensativi;
- le Nazioni industrialmente avanzate dovrebbero cogliere l'occasione per abolire le barriere commerciali sui prodotti agricoli. Sebbene siano stati fatti alcuni progressi nella riduzione dei sussidi in agricoltura, e di altri meccanismi di distorsione dei prezzi, molto resta da fare e i Paesi in via di sviluppo non possono competere con un impianto protezionistico di tale misura;
- i Governi degli Stati economicamente meno avanzati dovrebbero, per conseguire obiettivi di sviluppo agricolo a lungo termine, aumentare - con il sostegno consistente di U.S.A., Canada, U.E., Giappone, Paesi Arabi e Russia - gli investimenti per la ricerca in agricoltura, l'estensione rurale, la modernizzazione delle infrastrutture (uso di tecnologie appropriate) e l'accesso ai mercati da parte dei piccoli agricoltori;
- i cittadini dei Paesi industrializzati vanno "accompagnati" nell'acquisire consapevolezza che ci si trova di fronte alla minaccia "terrorismo" e che il percorso di uscita dalla condizione di vulnerabilità delle popolazioni povere rappresenta l'arma più efficace di lotta contro attacchi violenti finalizzati a destabilizzare le società del Nord del mondo.

Ruolo della sanità pubblica locale in un contesto globale

La Sanità Pubblica Veterinaria - attraverso le sue componenti, sia pubblica che privata - può fornire sostanziali contributi alla salvaguardia ed al rispetto del diritto fondamentale ad una alimentazione quantitativamente adeguata, "priva" di contaminanti chimico-fisici ed esente da patogeni di natura microbiologica o parassitaria e, di conseguenza, al miglioramento delle condizioni di vita delle persone.

E' inequivocabile che l'incremento delle produzioni animali nei Paesi economicamente svantaggiati, costituisce un obiettivo tecnico e politico finalizzato direttamente allo sviluppo umano.

Le principali criticità riscontrate sono aggregabili in alcune considerazioni:

- una bassa produttività in agricoltura significa anche inadeguati servizi di assistenza zoonosanitaria, insufficienti piani di profilassi delle malattie contagiose, mancata ricerca per la selezione di razze e tipologie di animali appropriati alle avverse condizioni locali; il tutto è causa di mancate produzioni zootecniche (latte, carne, forza lavoro da trazione animale, lana);
- l'altissima incidenza di malattie contagiose grava pesantemente sulle possibilità di sviluppo limitando produzioni e rese; inoltre la lotta alle patologie trasmissibili dagli animali all'uomo (la Tuberculosis, caso emblematico, è una delle tre malattie individuate dal "Global Fund") non può prescindere da un approccio interdisciplinare medico e veterinario;
- una lenta/assente diffusione di tecnologie innovative, seppure appropriate al contesto locale, è causa di approfondimento delle disuguaglianze; l'inadeguata riqualificazione e formazione dei, pur insufficienti, quadri tecnici provoca il mancato raggiungimento di obiettivi vantaggiosi sia per la popolazione umana che per quella animale.

L'allevamento di animali, per molte fasce di popolazione l'unico mezzo di produzione di reddito disponibile, contribuisce a contrastare la povertà consentendo sia l'utilizzo che lo scambio di prodotti di origine animale e, di conseguenza, migliorando i redditi familiari. Non va sottaciuto, d'altro canto, come inadeguatezze o pratiche errate (elevato carico animale sul terreno, utilizzo di aree non vocate alle pratiche zootecniche, introduzione di specie e/o razze inadeguate, uso di metodologie di allevamento inappropriate, mancata formazione e/o riqualificazione dei quadri tecnici locali...) rappresentino un fattore di compromissione od irreversibile rottura degli equilibri ambientali. I governi e l'industria devono, di conseguenza, attrezzarsi per stare al passo con questa "rivoluzione continua", adottando politiche ed investimenti a medio-lungo termine che possano soddisfare la domanda crescente, il miglioramento dell'alimentazione senza trascurare gli effetti dell'impatto ambientale dell'allevamento. A questo riguardo alcuni Stati stanno riconsiderando, con eccessiva lentezza, alcuni aspetti delle politiche, "imposte" dalla Banca

Mondiale e dal Fondo Monetario Internazionale con il concetto di “aggiustamento strutturale”, in cui tutto poteva essere risolto tramite il ricorso alle privatizzazioni nella convinzione che “i servizi pubblici non funzionano mai o solo raramente”, mentre “quelli privati sono sempre efficienti”. Ecco allora, in specifico riferimento alle produzioni animali, alcune aree di lavoro per contribuire al superamento degli ostacoli per un equo accesso al cibo e, più in definitiva, per concorrere all'ampio sforzo globale di lotta alla povertà:

- ricercare meccanismi di responsabilizzazione di allevatori e detentori di animali da reddito e di promozione della loro partecipazione attiva all'elaborazione delle politiche e dei programmi di sviluppo agricolo/rurale, alla gestione delle risorse naturali e dei servizi necessari;
- promuovere il dialogo tra i vari attori del processo produttivo, la creazione dei quadri di concertazione nazionali e locali ed il rafforzamento istituzionale oltreché delle capacità delle Organizzazioni espressioni della società civile con particolare attenzione per le Organizzazioni Non Governative;
- individuare i meccanismi e le strategie più efficaci per la promozione dello sviluppo produttivo e sostenibile dell'agricoltura familiare nel contesto delle politiche di liberalizzazione delle economie nazionali e di mondializzazione degli scambi commerciali. Sbagliate ed ingiuste sono le politiche neoliberiste che, oltre a scaricare sulle fasce più deboli i costi folli della competitività globale, esacerbando le disuguaglianze, hanno annientato la ricchezza dei mercati locali (l'evoluzione della Convenzione di Lomè, tra Paesi ACP e UE, negli Accordi di Partenariato Economico “EPA” del 2008, rappresenta il paradigma di un sistema a scambio ineguale dei prodotti agricoli e della penalizzazione dei loro produttori) oltre ad aver danneggiato l'ambiente in un contesto in cui viene spesso disertato ogni principio di biosicurezza degli alimenti;
- promuovere studi mirati, non solo per lo sviluppo di progetti puntuali, ma anche e soprattutto per indurre l'adozione di politiche capaci di contribuire al miglioramento e ampliamento dello scambio di informazioni ed al rafforzamento dei rapporti con movimenti della società civile nel Nord, in particolare con le organizzazioni professionali agricole.

Salute e sicurezza dei lavoratori di fronte alla globalizzazione

Si è visto che il processo di globalizzazione degli ultimi anni può essere letto almeno su quattro assi, che valgono fortemente anche in materia di sicurezza e salute dei lavoratori:

- il cambiamento delle regole economiche, non solo con la scomparsa di molte delle tradizionali barriere doganali e di alcuni “muri” tra aree separate e contrapposte del mondo, ma anche con la creazione di nuovi organismi regolatori (in primo luogo la Banca Mondiale e il WTO, *altri* dagli Stati nazionali e dalle Organizzazioni sovranazionali degli Stati) e di vincoli nuovi e fortissimi (ad esempio, il NAFTA, il GATT, il TLC);
- l'impressionante accelerazione della circolazione globale delle informazioni (in ampia parte tramite la diffusione di Internet);
- l'impressionante accelerazione della diffusione globale delle merci (macchinari, materie prime, know-how ...) e la scarsa prevedibilità (almeno con gli strumenti conoscitivi tradizionali) della direzione e dei tempi dei loro movimenti;
- l'accelerazione della circolazione delle persone, su numeri forse meno importanti di quanto non sia avvenuto in altri periodi storici ma che comunque mobilita molti degli equilibri consolidati del passato anche recente (come per le merci, vi è scarsa prevedibilità della direzione e dei tempi di tali flussi).

Unitamente allo sconvolgimento degli assetti sociali e politici verificatosi a partire dagli anni '80 del secolo scorso, tutto ciò obbliga a leggere i temi della sicurezza e della salute sulla base di informazioni e di un'ottica anch'esse globali. Per quanto riguarda l'Italia si pensi al fatto che, se già dalla fine '800 si è abituati a pensare che ci sono lavoratori italiani all'estero (pur dimenticando spesso di considerare ciò che la cosa ha voluto e vuol dire in tema di salute e sicurezza sul lavoro), solo da una decina di anni è consueto constatare che i lavoratori in Italia sono, sempre di più, lavoratori non-italiani, che questo sconvolge i modelli classici di formazione e comunicazione, che anche questo modifica il profilo epidemiologico degli infortuni lavorativi e delle malattie professionali. Pescatori tunisini non solo a Mazara del Vallo ma anche sull'Adriatico, minatori polacchi sulle Alpi, pastori macedoni sull'Appennino, imprenditori indiani nella siderurgia bresciana, domestiche e badanti sudamericane e slave pressoché ovunque in Italia, manodopera di tutti i Paesi dell'Africa nell'agricoltura meridionale, manodopera nordafricana e albanese in tutto il comparto delle costruzioni in Italia, manodopera e imprenditori cinesi in posizioni importanti nei comparti pellettiero e calzaturiero italiani (come del resto manodopera cinese in Romania e muratori portoghesi a Berlino e così via), chi lo avrebbe previsto non più di una quindicina di anni fa ? Si consideri inoltre che:

- l'Italia ha esportato una buona parte di molte delle sue produzioni “critiche”, tanto sotto il profilo della salute e della sicurezza occupazionale quanto dal punto di vista ambientale, ad esempio siderurgia, chimica di base, conciario e tessile;
- del resto, alcuni rischi rientrano in Italia tramite proprio il commercio globale di materie prime, semilavorati ed anche prodotti finiti.

Qualunque strategia “ampia” per la promozione della salute e della sicurezza dei lavoratori deve tener conto di tutto questo: se le radici dei problemi si trovano spesso in uno o più Paesi diversi da quello/i in cui esplodono, se persone, informazioni e cose si muovono massivamente e in modo almeno apparentemente caotico, la scala degli interventi che vogliono andare verso la sostanza dei problemi assume facilmente una dimensione trans-nazionale, quanto meno su altri quattro assi:

- la spinta allo sviluppo di regole internazionali o quanto meno internazionalmente coordinate e condivise che vadano oltre le mere enunciazioni di principio e stabiliscano criteri per l'individuazione e la valutazione dei rischi (fino ad affermare concretamente che un dato agente vada abolito, come è avvenuto con i vari “asbestos ban” adottati in vari Paesi di tutti i continenti) e definiscano le responsabilità per governarli prevedendo organizzazioni d'impresa (“sistemi di gestione” ma anche altro), reti di relazioni che comprendano una consultazione reale dei lavoratori, sistemi pubblici di controllo (quelli privati si definiscono già largamente per conto proprio);

- la promozione di un ruolo attivo dei lavoratori, anche tramite il rafforzamento (o la costituzione, dove non c'è nulla) delle loro organizzazioni sindacali e delle loro rappresentanze di comparto, di distretto e aziendali;
- il contrasto alla povertà, quale presupposto indispensabile all'esistenza e al rispetto dei diritti dei lavoratori anche in tema di salute e sicurezza;
- la cooperazione inter-nazionale che diviene, in igiene e sicurezza del lavoro, non solo uno strumento operativo ma un modo pressoché ineludibile di acquisire e condividere informazioni (anche tramite la ricerca di base e applicata in medicina del lavoro, in epidemiologia e in igiene industriale), conoscere a fondo (anche tramite la diffusione di protocolli e report di interventi di risk assessment e bonifica), ragionare, stabilire rapporti, definire obiettivi.

Che nelle diverse parti del mondo i lavoratori non siano uguali (nel senso non di identici, ma di garantiti per pari condizioni di lavoro e pari tutele) è cosa scontata, ma assai poco effettivamente conosciuta. Non è facile avere un'immagine documentata e una quantificazione (misura o stima) di cosa ciò significhi realmente: ma colmare tale vuoto conoscitivo è anch'esso ineludibile¹ Gli organismi internazionali (ILO-BIT in testa) possono statuire degli standard internazionali di riferimento, per la salute e la sicurezza non diversamente che per le retribuzioni e le tutele sindacali; ma appare chiaro che degli standard globali per il lavoro, così come per gli ambienti di vita, hanno senso se esistono parametri e strumenti di misura e interpretazione per confrontare condizioni diverse in contesti diversi, a indicatori quali i guadagni di un lavoratore, la disponibilità di acqua ad uso umano per la famiglie e l'incidenza di determinate patologie infettive vanno quindi affiancati anche indicatori di altra natura quali la misura / stima delle esposizioni ad agenti chimici, fisici e biologici rilevanti, la valutazione dei rischi occupazionali e ambientali, la rilevazione di end point sanitari significativi in tema di patologie sia acute sia cronico-degenerative. La disponibilità e l'uso di tali strumenti di lettura e interpretazione delle realtà locali, anche nei contesti poveri, sono uno strumento potente e in ogni caso indispensabile di equità.

Se l'equità è un obiettivo rilevante, dei programmi di reale co-operazione internazionale devono prevedere, tra i loro risultati critici, la riduzione della povertà e della dipendenza sia economica sia culturale dei Paesi a basso reddito rispetto all'estero. Questo vuol dire che riflessioni e rapporti devono intercorrere non solo tra le istituzioni, ma anche tra altri soggetti meno abituati a dialogare su grandi distanze: operatori della prevenzione, lavoratori e loro rappresentanti, organizzazioni di cittadini e così via.

Una menzione particolare merita la questione degli strumenti utili per raggiungere gli obiettivi di progetti di cooperazione che mirino a promuovere la salute e la sicurezza in un contesto di crescente autonomia del Paese più povero. Il ruolo, in tal senso, della formazione alla salute ed alla sicurezza per i lavoratori e le popolazioni in generale è stato largamente riconosciuto anche nella letteratura scientifica recente²; anche se l'interesse è stato in genere maggiormente mirato alla formazione di formatori e di personale tecnico-professionale locale nei Paesi poveri.

In condizioni estreme o anche soltanto molto critiche, gli obiettivi di promozione della salute e della sicurezza possono essere anche collocati su livelli veramente minimi, purché siano eticamente corretti, scientificamente validi e nella pratica raggiungibili. Si citano ad esempio la "filosofia di fondo" e l'esperienza della rete NATs (Ninos y Adolescentes Trabajadores) costituita da organizzazioni autogestite da bambini e adolescenti lavoratori che, iniziando in Perù nel 1976, operano oggi pressoché in tutta l'America Latina, il loro scopo non è, perché non vi sono le condizioni affinché sia, l'abolizione del lavoro infantile e adolescenziale, ma l'ottenimento di una riduzione delle condizioni di peggiore sfruttamento, maggior disagio e maggior rischio, nel rispetto di alcuni diritti umani fondamentali e nella prospettiva di una visione d'insieme il cui il minore sia protagonista della propria vita.

L'Italia è coinvolta in diverse esperienze di cooperazione internazionale sui temi della sicurezza e della salute in campo sia occupazionale sia ambientale e tra queste, diverse riguardano l'America

¹ Un buon punto di partenza per provarci è il testo curato da Jody HEYMANN e pubblicato da Oxford nel 2003 il cui titolo "Ineguaglianze globali sul lavoro" è ben completato dal sottotitolo "Impatto del lavoro sulla salute degli individui, delle famiglie e delle società".

² Largo spazio dedica a tale materia, già da alcuni anni, l'autorevole rivista International Journal of occupational and Environmental Health diretta da Joseph LADOU.

Latina, in particolare Brasile, Argentina, Nicaragua ed Ecuador, con quest'ultimo Paese di grande interesse l'accordo di cooperazione tecnico-scientifica nel settore degli studi su ambiente e salute³. L'epidemiologia occupazionale (e ambientale in genere) studia in larga prevalenza situazioni di Paesi da lungo tempo industrializzati e classificabili come "ricchi" (anche quando, studiando ad esempio i lavoratori siderurgici o quelli "chimici", valuta alcune tra le frazioni meno favorite e più a rischio della popolazione di tali Paesi). Nei Paesi di recente industrializzazione e/o a basso reddito complessivo il panorama istituzionale e sociale è diverso, i rischi sono meno conosciuti, più difficilmente conoscibili e verosimilmente, almeno in parte, anch'essi diversi. Soprattutto, con le risorse a disposizione in Paesi tutt'altro che ricchi, i parametri metodologici normalmente richiesti per l'epidemiologia nei Paesi ad alto reddito complessivo possono risultare troppo severi, tanto da scoraggiare o finanche impedire la ricerca eziologica.

Servono, quindi, strumenti di determinazione delle esposizioni e di analisi delle ricadute di Sanità Pubblica specifici (o specificamente ri-pensati e adattati) che a un rigore scientifico adeguato affianchino, da un lato, la rispondenza alle esigenze locali effettive dei Paesi che li devono utilizzare, dall'altro, i costi organizzativi e finanziari contenuti.

Non si deve dimenticare che in buona parte del mondo costituiscono un rischio significativo attuale anche agenti, come il quarzo e l'amianto, che in Europa si tende a considerare "del passato".

Un esempio emblematico: alcuni anni fa in alcune località d'Italia si "sabbiano" i jeans per andare incontro alle esigenze della moda che chiede pantaloni di aspetto "vissuto" e quindi logorati fino alla consunzione; l'operazione veniva eseguita a mano da lavoratori che, mediante un tubo in cui veniva immessa aria compressa, "sparavano" sul tessuto un forte getto di sabbia di quarzo. Emerso che ciò determinava esposizioni elevate a polveri di silice libera cristallina, in Italia questa operazione è rapidamente scomparsa per ricomparire in Turchia. In Turchia la sabbatura dei jeans, correntemente eseguita in locali angusti e privi non solo di aspirazioni localizzate ma anche dell'aerazione naturale che può essere garantita da normali finestrate, ha rapidamente determinato almeno 40 morti per silicosi acuta, essendo ciò venuto alla luce tramite le segnalazioni di alcuni medici locali e l'interessamento delle Organizzazioni Sindacali internazionali dei lavoratori tessili, ecco un nuovo, subitaneo trasferimento della lavorazione verso Paesi ancora più poveri e meno controllati.

Va però evidenziata una novità rilevante nata da questa storia: quelle stesse Organizzazioni Sindacali hanno poi ottenuto un protocollo di garanzia sottoscritto da alcune delle maggiori multinazionali del jeans, così da proscrivere il trattamento con sabbia di quarzo in tutte le aziende che per tali multinazionali lavorano. E' ovvio che ora la sfida sta tutta nell'assicurare la reale applicazione del protocollo, nell'estenderlo a tutto il comparto della produzione dei jeans, in generale nell'assicurare condizioni operative decenti a tutti i lavoratori tessili nel mondo.

Questi rischi "del passato" tendono a ripresentarsi anche laddove si ritenevano sorpassati, ad esempio, con il peggiorare della condizione economica generale in Italia, il rischio di silicosi torna d'attualità nel comprensorio delle ceramiche sanitarie di Civita Castellana VT mentre nelle demolizioni dei tetti in cemento-amianto tornano a comparire, in tutto il Paese, lavoratori autonomi e piccolissime imprese che *in nero* e a costi abbattuti tendono ad eseguire in sub-appalto le lavorazioni non sufficientemente attraenti per le imprese più attrezzate e almeno formalmente "regolari".

Prima o poi, infine, ci si dovrà occupare delle imprese agricole, edili, manifatturiere, di manutenzione e pulizia che, regolarmente costituite in Italia, vedono tutto, ma tutto, il proprio personale proveniente da altri Paesi, dal datore di lavoro all'ultimo dipendente: cinesi, pakistani, indiani e così via. Ancora per un po' si farà finta di non vedere i loro infortuni lavorativi, le loro malattie professionali, il loro disagio occupazionale, scaricati sulla Previdenza Sociale italiana ammesso che su qualche istituzione siano scaricati, e non solo sulle famiglie e dalle comunità etniche locali.

³ L'11 novembre 2004 è stato siglato a Roma un fra l'Istituto Superiore di Sanità italiano e l'IFA (Corporacion para el Desarrollo de la Producción y el Medio Ambiente Laboral) di Quito (Ecuador), le cui applicazioni sono consultabili nei volumi "El ambiente y la salud. Epidemiología ambiental" curato da Raül HARARI e Pietro COMBA Philip LANDRIGAN, Morando SOFFRITTI, Raül HARARI, Pietro COMBA e Homero HARARI Salud Ocupacional y ambiental: realidades diversas, nonché nelle successive produzioni relative all'amianto.

Possibili obiettivi di un programma di lavoro su salute e sicurezza dei lavoratori di fronte alla globalizzazione anche nei contesti "poveri"

- Sensibilizzazione e motivazione dei lavoratori, dei loro sindacati, delle istituzioni e delle aziende per affrontare in modo efficace i problemi di salute e sicurezza occupazionale e ambientale.
- Formazione in igiene industriale e ambientale, medicina del lavoro, epidemiologia occupazionale e ambientale, in loco.
- Formazione specifica alla conduzione di interviste anamnestiche strutturate mediante questionari strutturati in loco.
- Progettazione e conduzione di campagne di igiene industriale e ambientale a impatto economico contenuto per la determinazione delle esposizioni maggiormente significative e la valutazione dei rischi, con focus sui comparti tradizionalmente meno conosciuti e meno controllati: agricoltura; estrazione, trasporto e lavorazione del petrolio; estrazione e lavorazione dell'amianto; costruzioni; industrie manifatturiere a bassa composizione organica di capitale come quella delle confezioni tessili e delle calzature (non escluse quelle più o meno strutturate sul modello latino-americano delle maquilladoras o comunque situate in "zone franche" non solo dal punto di vista delle tassazioni statali, ma anche della vigenza di contratti e regole di garanzia) e con approfondimenti mirati su alcune lavorazioni particolari dei contesti "poveri" (ad esempio la demolizione di navi e rotabili ferroviari dismessi e il recupero di materie prime seconde dalle discariche).
- Progettazione e conduzione di interventi di bonifica industriale e ambientale a impatto economico contenuto e limitato impatto tecnologico;
- Sviluppo di una produzione editoriale tecnico-scientifica e di una manualistica divulgativa (ma non per questo semplicistica) ad impiego diffuso sui rischi occupazionali e ambientali, sui sistemi di sorveglianza sanitaria degli esposti ed ex-esposti, sullo sviluppo di indagini di epidemiologia occupazionale e ambientale mirata alle esigenze specifiche di Paesi "a basso reddito" e contesti poveri in genere.
- Sviluppo di sistemi informativi utilizzabili in loco, evitando la costruzione di iniziative parallele e non comunicanti ("a canne d'organo").
- Sviluppo di interventi adattati alle esigenze locali per la comunicazione del rischio occupazionale e ambientale e per la promozione di comportamenti adeguati, con particolare attenzione per la protezione della prole anche prima della nascita.
- Evoluzione della percezione dei rischi occupazionali e ambientali e del senso della responsabilità d'impresa per le aziende, soprattutto se in qualche modo vincolate ad accordi internazionali con gli organismi certificatori della qualità, le Organizzazioni Sindacali dei Lavoratori, alla valutazione delle organizzazioni dei consumatori.

Ma un programma del genere è così radicalmente diverso da quello che può risultare utile anche per i lavoratori stranieri in Italia ? Ed alla fine, è così radicalmente diverso da ciò che occorre per i lavoratori italiani più disagiati dal punto di vista della provenienza geografica (molte aree del Sud, ma non solo), del basso livello di scolarizzazione, della insufficiente se non assente tutela sindacale e della parte pubblica ? L'ISTAT dice che all'inizio del 2009 erano presenti in Italia quasi 4 milioni di stranieri, circa il 6.5 % dei residenti, con un incremento pari a mezzo milione di unità rispetto all'anno precedente: una presenza complessiva più che raddoppiata tra il 2001 e il 2008. E' una popolazione complessivamente molto più giovane di quella italiana, ma con una presenza non trascurabile di non-giovani: sempre per il 2009, poco meno di 750.000 persone con 14 anni di età o meno, ma anche più di 650.000 persone tra i 45 e i 64 anni di età e quasi 85.000 persone di 65 anni di età o più. Dei suddetti quasi 4 milioni, circa 3 milioni sono lavoratori in qualche modo assicurati dall'INAIL, il 34 % in più rispetto al 2005. Per il 2008 l'INAIL ha avuto notizia di 143.000 eventi infortunistici occorsi a lavoratori migranti, per lo più giovani e appartenenti a tre comunità nazionali (marocchina, albanese e rumena) con un aumento complessivo del 15.1 % rispetto al 2005: di questi eventi, 189 sono risultati mortali. Gli infortuni mortali riguardano anch'essi principalmente gli appartenenti a tre comunità nazionali: marocchina, albanese, rumena (nel 2008, ogni quattro stranieri che risultano deceduti per infortunio lavorativo, uno è rumeno). Per oltre il 57 % delle denunce di infortuni occorsi a lavoratori nati fuori dall'Italia la casistica si concentra in tre Regioni: Lombardia, Emilia Romagna e Veneto. Tale dato riflette senz'altro l'elevata presenza

locale di tali lavoratori, ma del tutto verosimilmente consegue anche a una forte evasione dell'obbligo di denuncia nel Centro-Sud e nelle Isole. Inoltre, è verosimile che appaiano così poco altri gruppi etnici come i Pakistani, gli Africani di colore e soprattutto i Cinesi ? Si deve iniziare a pensare anche al non-visibile e a lavorare su di esso.

Delle malattie professionali dei lavoratori nati fuori dall'Italia si sa ben poco, ma è necessario che si cominci a comprendere almeno le cose essenziali. Si parla di lavoratori che spesso si portano dietro esperienza di lavoro pesanti nei Paesi d'origine, ma molti di loro sono ormai in Italia da una decina d'anni o più, e in questo Paese spesso hanno accumulato un ulteriore carico di esposizioni rilevanti. Si può immaginare che tra di loro siano diffuse le patologie da sovraccarico biomeccanico cronico degli arti e del rachide, ma anche le patologie respiratorie e cutanee non dovrebbero essere eccezionali, così come i tumori professionali. Oltre ai *tradizionali* fattori di rischio fisico, chimico e biologico vanno considerati quelli organizzativi e relazionali: lo stress lavoro-correlato non può che essere potenziato dalle motivazioni stesse dell'emigrazione (povertà, disoccupazione, guerre, situazioni persecutorie di qualsiasi natura) e dalle conseguenze dirette e indirette dello sradicamento, dello spaesamento, della difficoltà di inserirsi in un territorio in cui si parla una lingua diversa e diverse sono le abitudini di vita e di lavoro.

Insetti vettori di patologie infettive, cambiamenti climatici

In molti studi condotti in tutto il Mondo, è stato evidenziato il ruolo dei fattori climatici nel condizionare la comparsa o la ricomparsa di malattie infettive in alcune aree geografiche dove prima erano scomparse o assenti. È anche chiaro, però, che tali cambiamenti avvengono sempre in interazione con altri fattori di carattere biologico, socio-economico, ecologico. Il rapporto "Cambiamenti climatici ed eventi estremi: rischi per la salute in Italia", risultato di una collaborazione tra l'APAT (Agenzia per la protezione dell'ambiente e per i servizi tecnici) e il Centro Europeo per Salute e Ambiente dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ha messo in risalto i possibili effetti dei cambiamenti climatici sulla diffusione delle malattie infettive, soprattutto di quelle trasmesse da vettori, ritenute più suscettibili ai cambiamenti climatici stessi e in particolare all'aumento della temperatura media. Leggendo quanto riportato nel quarto rapporto del Comitato Intergovernativo sul Cambiamento (IPCC), costituito nel 1988 dalle Nazioni Unite, dalla World Meteorological Organization (WMO) e dall'United Nations Environment Programme (UNEP) allo scopo di studiare il riscaldamento globale, si trova scritto con estrema chiarezza e senza mezzi termini: *"il riscaldamento del clima globale è ormai inequivocabile e risulta evidente dall'aumento della temperatura dell'aria e degli oceani, dallo scioglimento dei ghiacciai, dalla crescita del livello dei mari"*.

Si assiste ogni giorno da molti anni a fenomeni di migrazioni di popolazioni che per motivazioni socio-economiche coinvolgono l'Italia proprio per la sua particolare posizione geografica che appare come un ponte ideale tra l'Europa e l'Africa. Per la medesima ragione in molti pensano che proprio in Italia si potrebbe assistere, con l'aumento previsto della temperatura media, a un'amplificazione della densità dei vettori delle malattie infettive, come zanzare, zecche, pappataci e a variazioni significative nella loro distribuzione geografica. Non si deve dimenticare, però, che le frontiere geografiche sono linee virtuali tracciate dall'uomo per definire i propri spazi amministrativi. Proprio per questa loro caratteristica di virtualità non sono facilmente individuabili da altri esseri viventi che, con le strategie o le casualità più stravaganti, riescono a superarle sempre più frequentemente e con grande rapidità. Si parla di organismi animali e vegetali, virus, batteri, ecc., che in alcuni casi riescono ad insediarsi nei nuovi ambienti moltiplicandosi e costituendo così popolazioni nuove definite dagli studiosi "non autoctone". La presenza di nuove entità biologiche innesca nel territorio delle modificazioni sempre importanti, ma quando la colonizzazione avviene da parte di specie che con la loro presenza innescano meccanismi capaci di modificare le relazioni già esistenti in quel contesto, ciò che ne consegue non è sempre facilmente prevedibile e immaginabile. Fino a prima della rivoluzione industriale, e per alcune decine di anni che seguirono questa epoca caratterizzata da una serie stravolgente di innovazioni tecnologiche, gli spostamenti di uomini e merci avvenivano raramente e con tempi troppo lunghi per consentire trasporti di organismi *clandestini* da una parte all'altra del Globo.

Oggi tutto è più semplice, basti pensare alla enorme quantità di merci scambiate e di persone che ogni anno si spostano dall'Europa agli altri Continenti e viceversa. I movimenti internazionali di massa sono una peculiarità della nostra epoca. Si parla di circa 500 milioni di persone che ogni anno varcano i confini europei per le ragioni più disparate: vacanze, lavoro, migrazioni sociali. Di questi circa il 10%, pari a non meno di 50 milioni di persone, si dirige da Paesi industrializzati verso Paesi meno sviluppati, il fenomeno riguarda anche cittadini italiani che scelgono mete esotiche per le loro vacanze e quelli impegnati in attività lavorative o in progetti di cooperazione. Se si prende in esame una delle malattie virali trasmesse da vettori che più di tutte ha fatto parlare di sé negli ultimi 4 anni, ovvero la Chikungunya (malattia virale di origine tropicale trasmessa da zanzara tigre, *Aedes albopictus*, che nel 2007 ha causato una epidemia con 247 casi in Emilia-Romagna), ci si rende subito conto di come sia stata una casualità annunciata (prevista dagli studiosi del settore!) che poteva avere conseguenze molto più gravi di quanto non si sia verificato proprio per l'elevata presenza di questa specie di zanzara nel territorio. Per fornire alcuni dati di riflessione si deve considerare questo evento leggendolo attraverso i numeri diffusi dall'OMS: circa 1,5 miliardi di persone sono attualmente esposte nel mondo alla Chikungunya, ci sono alcuni milioni di ammalati/anno e una recrudescenza epidemica.

Ma il rischio più elevato è sempre dietro l'angolo, anche perché un'altra malattia, la Dengue (nota anche come febbre spaccaossa) e veicolata con la puntura di zanzare del genere *Aedes*, colpisce circa 2,5 miliardi di persone esposte nel mondo con 50 milioni di ammalati ogni anno. Poiché molti di questi ammalati vivono proprio in quelle località dove i viaggiatori si recano con maggiore

frequenza, è facile comprendere come il rischio che una persona venga a contatto con questa malattia sia molto elevato. Se a questo si aggiunge il fatto che tali località si raggiungono con meno di 12 ore di aereo, il quadro del rischio diventa ancora più chiaro ed evidente, secondo la formula $R = P \times G$ (R = rischio; P = probabilità che un evento si manifesti; G = gravità o magnitudo del danno). Un altro fenomeno che è salito recentemente alla ribalta è quello della circolazione in Italia del virus della West Nile Disease (WND), arbovirosi (ABD = arthropod borne diseases) che ha come serbatoio numerose specie dell'avifauna selvatica. Nel 2008 lo studio della zanzara comune (*Culex pipiens*), accertato vettore di WND, ha evidenziato la necessità della prevenzione. È importante porre l'attenzione sul fatto che, mentre per la Chikungunya gli interventi di lotta al vettore possono essere localizzati attorno all'abitazione dei soggetti colpiti, seguendo un protocollo condiviso a livello europeo dal gruppo di lavoro della Regione Emilia-Romagna, per la WND le cose sono complicate dal fatto che gli uccelli si spostano da un luogo all'altro in maniera rapida e incontrollata. Con essi anche la trasmissione del virus della WND diventa di difficile controllo.

Questi sono solo alcuni esempi per concentrare l'attenzione su episodi concreti, ma molte altre ipotesi possono e devono portare a fare riflessioni di carattere generale per aprire la strada a ulteriori approfondimenti e a nuove regole con le quali gli Stati dovrebbero attuare politiche capaci di intercettare precocemente gli organismi *estranei* prima che questi possano giungere nei territori di loro competenza. Anche perché le conoscenze sono ancora troppo limitate e chi si occupa di politica della prevenzione fa fatica a ricevere strumenti legislativi adeguati e risorse necessarie in quantità sufficiente a fronteggiare tali cambiamenti e di conseguenza i rischi ad essi correlati. Si devono tenere in grande considerazione quegli studi recenti che testimoniano come i cambiamenti climatici non solo hanno modificato i comportamenti di molte specie animali, che hanno cominciato a spostare più a nord le loro migrazioni o a riprodursi in anticipo nella stagione primaverile, bensì su come ciò abbia influito sulle modificazioni del patrimonio genetico e su come ciò influisca sul governo dei fenomeni evolutivi di talune specie. I dati raccolti a livello mondiale indicano le arbovirosi come responsabili di circa il 17% del numero totale di casi di malattie infettive nell'uomo in tutto il mondo e che l'incidenza di alcune di esse (malaria, leishmaniosi e dengue) è destinata ad aumentare soprattutto come effetto delle modificazioni ecologiche, dell'introduzione di nuovi vettori in zone indenni e dei cambiamenti climatici.

Le relazioni che si stabiliscono tra artropode vettore ed agente patogeno costituiscono uno degli aspetti più interessanti per conoscere la diffusione delle arbovirosi, i rischi correlati alla loro presenza in diversi ambienti dovrebbero guidare nel pianificare strategie per il loro controllo. Gli artropodi vettori hanno sviluppato nel corso della loro storia biologica una serie di meccanismi comportamentali, biochimici ed ecologici che li rendono "organismi perfetti" nel trasmettere patogeni. Le relazioni tra artropode vettore, animale recettivo ed agente patogeno sono alla base di complesse interazioni che permettono il mantenimento delle ABD e sullo studio di queste relazioni si dovranno concentrare le nuove strategie di controllo senza trascurare le politiche per la riduzione dei fattori che influenzano il riscaldamento globale.

Case insalubri e insicure, fattori di rischio per la salute

La relazione tra ambiente domestico e salute è profonda e multidimensionale. Esistono molti aspetti della condizione abitativa capaci di influire direttamente sulla salute e la sicurezza, quali la struttura fisica della casa (qualità degli impianti, illuminazione e ventilazione) ed il clima indoor (umidità, temperatura ed inquinanti). Esistono anche effetti sulla salute indirettamente mediati dalle caratteristiche dell'abitazione e legati a fattori di stress psicologico ed esclusione sociale, associati alla casa come indicatore di status sociale ed alla sicurezza e piacevolezza del quartiere di vita. Quando la condizione abitativa diviene causa di insoddisfazione e sofferenza per le persone che vi abitano, si parla di *disagio abitativo*. Di esso vengono comunemente analizzate tre dimensioni principali: lo stress economico derivante dal costo di accesso alla casa o dal suo mantenimento; l'inadeguatezza dello spazio abitativo, determinata dai problemi di sovraffollamento; l'inidoneità abitativa, risultante dal livello di dotazioni fondamentali dell'alloggio o dal degrado dell'edificio e dei locali. Le fasce di popolazione più esposte a forme di disagio abitativo sono quelle che passano più tempo in casa, come i bambini e gli anziani, e quelle socialmente più fragili, quali lavoratori precari, anziani, immigrati, famiglie unipersonali o monogenitoriali,

La salubrità delle abitazioni è uno degli ambiti più classici di studio e intervento della Sanità Pubblica, nata nella prima metà dell'Ottocento non a seguito di nuove acquisizioni scientifiche circa l'origine delle malattie, ma per le profonde trasformazioni sociali, culturali e politiche generate da eventi quali la rivoluzione francese e la rivoluzione industriale. In questo quadro storico, la condizione abitativa si rivelò da subito profondamente correlata a fenomeni sociali ed economici ed a forme di sofferenza determinate da iniquità sociale. Tale relazione, confermata e rafforzata nel tempo, fa della condizione abitativa uno dei principali fattori attraverso cui le disuguaglianze sociali si traducono in disuguaglianze in salute, e rende ragione di come anche fenomeni apparentemente lontani, quali quelli connessi alla globalizzazione, possano avere ricadute concrete sulla qualità degli ambienti di vita di singoli nuclei familiari.

Lo studio dei fattori che determinano la salute è stato recentemente arricchito da un nuovo modello che integra i determinanti di salute ai meccanismi generatori di disuguaglianze, ovvero differenze ingiuste nella distribuzione delle malattie legate a condizioni socioeconomiche, e quindi evitabili attraverso interventi mirati ad una maggior equità nella distribuzione delle risorse all'interno della popolazione. Il nuovo modello distingue i determinanti sociali di salute in strutturali ed intermedi: i determinanti strutturali sono quei fattori che generano la stratificazione sociale e la posizione assunta da un individuo all'interno di essa; i fattori intermedi, rappresentati dalle condizioni di vita e di lavoro, dagli stili di vita e dalla presenza ed accessibilità dei servizi esistenti, sono quelli che trasformano in disuguaglianze in salute le differenze determinate dalla stratificazione sociale. Il nuovo modello guarda quindi ai determinanti sociali di salute come ad una catena di fattori in cui i determinanti strutturali «*sono i primi anelli di una catena di cause; una catena fatta di altri anelli, di ulteriori fattori causali la cui azione è più direttamente legata all'insorgenza di una malattia (determinanti intermedi)*» (Maciocco G. 2009).

La globalizzazione entra in questa concatenazione di cause agendo attraverso fattori endogeni, ovvero caratteristici del fenomeno e solo marginalmente influenzati da politiche pubbliche (cambiamenti negli stili di consumo, diffusione di tecnologie sanitarie, diffusione di stili di vita, migrazioni), e fattori esogeni o determinati dalla politica, esemplificati dalla diffusione e dall'influenza globale delle politiche neoliberiste negli anni '80 del secolo scorso. Seguendo questo schema di analisi, la globalizzazione è entrata nella questione abitativa attraverso diversi fenomeni endogeni, quali i flussi migratori, ed esogeni, quali l'attuale crisi economica e finanziaria e la crisi dei sistemi di welfare. Tali fenomeni hanno profondamente modificato le caratteristiche della domanda di alloggi e la possibilità degli individui di sostenerne i costi, in un momento di scarsa disponibilità di ammortizzatori sociali capaci di far fronte ad un'alta richiesta di edilizia pubblica e di sostegni economici. La casa è uno dei primi bisogni a cui un immigrato deve trovare risposta quando giunge in un nuovo Paese ed è un primo strumento di integrazione sociale. Il rapporto tra immigrati e casa si modifica nel tempo in relazione al progetto migratorio, e può essere semplificato in quattro fasi successive: la prima, detta fase dell'accoglienza, riguarda individui privi di informazioni su opportunità e servizi del territorio, senza un valido lavoro che possa permettere il loro sostentamento e quello della propria famiglia; segue la fase dell'accesso che riguarda gli individui con lavoro più o meno stabile che accedono al mercato della locazione assieme a

compagni di immigrazione; la terza fase è caratterizzata dalla ricerca di un alloggio autonomo in cui ricongiungersi con la famiglia lontana; in ultimo, vi è la fase dell'acquisto di immobili.

Queste diverse fasi di bisogno si scontrano con un mercato immobiliare dagli elevati costi, con una normativa che lega il rilascio del permesso di soggiorno, ma anche il lavoro, alla disponibilità di un alloggio con precise caratteristiche, con una generale ostilità verso la concessione di immobili a persone immigrate e con la presenza di forme di sfruttamento dell'immigrazione che portano a cedere in locazione alloggi fatiscenti che non verrebbero altrimenti immessi nel mercato degli affitti, spesso ad un numero di persone elevato, generando fenomeni di sovraffollamento. La crisi che sta investendo l'economia mondiale dal 2009 ha peggiorato le condizioni di disagio economico di molte famiglie portando persone che vivevano già forme di disagio ad aggravare la propria condizione, e famiglie in fasce di vulnerabilità sociale, per l'equilibrio precario tra i costi dell'abitazione ed il reddito familiare, a condizioni di franco disagio sociale ed abitativo. La stessa Organizzazione Mondiale della Sanità ha lanciato un appello a prestare la dovuta attenzione al rischio connesso all'utilizzo di sistemi di riscaldamento e combustibili economici all'interno delle abitazioni per calmierare i prezzi dei consumi, con un aumento del rischio di intossicazioni da monossido di carbonio.

Pensare Globalmente, Agire Localmente

Le trasformazioni avvenute dagli anni '80 nella composizione delle famiglie e della popolazione generale, associate ai cambiamenti nel mercato del lavoro e dei sistemi di tutela sociale, orientano la Sanità Pubblica ad interrogarsi sul proprio ruolo di tutela e promozione della salute collettiva nell'ottica dell'equità. Le disuguaglianze in salute sono infatti tra le maggiori sfide per i sistemi sanitari dei paesi economicamente avanzati, in quanto miglioramenti nella salute della popolazione generale non possono essere raggiunti senza sforzi aggiuntivi per ridurre le iniquità sociali nella salute. Questa prospettiva impone che anche i tradizionali interventi dei Servizi di prevenzione vengano arricchiti di strumenti e programmi utili ad andare in questa direzione.

L'intervento dei Servizi di Prevenzione e Sanità Pubblica nel settore dell'igiene edilizia si è storicamente limitato, e lo è tuttora, alla certificazione delle caratteristiche igienico-sanitarie degli alloggi a seguito di sopralluoghi richiesti prevalentemente da privati per ragioni amministrative (rilascio del permesso di soggiorno, inserimento lavorativo, ricongiungimento familiare) o per la certificazione di antigienicità dell'alloggio finalizzata alla partecipazione al bando di assegnazione degli alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica – ERP. Questa attività tuttavia rappresenta un osservatorio privilegiato delle condizioni di disagio abitativo presenti nel territorio, e può diventare una fonte informativa utile ed un'opportunità per sviluppare interventi mirati al miglioramento della condizione degli alloggi offerti sul mercato degli affitti. L'idea di orientare parte delle attività di Sanità pubblica al miglioramento delle condizioni di igiene e sicurezza della casa nasce dall'esigenza di promuovere, laddove è possibile, il recupero delle abitazioni malsane e insicure al fine di tutelare la salute degli occupanti, attribuendo un significato nuovo ad una attività non più solo burocratica ma orientata alla tutela e promozione della salute. Questo approccio trova le sue fondamenta in una nuova idea di Sanità Pubblica non limitata alla sola certificazione dello stato di fatto, ma rivolta alla promozione della salute ed alla progettazione delle sue attività sulla base dei bisogni e problemi di salute rilevati, promuovendo l'integrazione professionale e sociale, sviluppando azioni di dimostrata efficacia. In quest'ottica, un intervento nel settore del disagio abitativo deve cercare di coinvolgere diversi soggetti professionali, sociali ed istituzionali per definire azioni finalizzate alla rilevazione del rischio, alla partecipazione attiva sia dei proprietari che degli affittuari degli alloggi nella gestione e nel mantenimento della qualità degli ambienti di vita, sino all'eventuale prescrizione di interventi di risanamento e messa in sicurezza dell'abitazione.

Non sempre l'insalubrità o insicurezza di un alloggio dipendono da problemi strutturali; sono frequenti i casi di alloggi resi insalubri ed insicuri dalla cattiva gestione ordinaria degli affittuari, dovuta a problemi economici (es. uso di sistemi di riscaldamento impropri per contenere i costi delle bollette del gas) o per particolari abitudini di vita (es. asciugatura del bucato in casa, mancata ventilazione dei locali). In questi casi vanno sviluppati interventi di sostegno economico e di comunicazione/informazione (creazione di opuscoli multilingua, incontri informativi in centri di aggregazione informali) mirati a mettere gli affittuari nella condizione di compiere scelte consapevoli per tutelare la propria salute. Interventi come questi prevedono una profonda trasformazione delle attività degli operatori dei servizi di Prevenzione e Sanità pubblica che non

possono prescindere da una adeguata integrazione della formazione tecnica con elementi di comunicazione e relazione, anche in ambito interculturale.

Redazione e bibliografia

Salute globale, allargare gli orizzonti professionali

Stefanini Angelo, Bodini Chiara

Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale, Università di Bologna

World Health Organization. *The world health report 2007. A safer future: global public health security in the 21st century*. Geneva, WHO, 2007

World Health Organization. *The World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. WHO, Geneva, 2002

WHO Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva, WHO, 2008

Globalization and health knowledge network. *Towards health-equitable globalisation: rights, regulation and redistribution. Final report to the Commission on Social Determinants of Health*. Institute of Population Health, University of Ottawa, 2008

World Bank. *World Development Report 1993: investing in health*. Oxford University Press, Oxford, 1993

People's Health Movement, Global Equity Gauge Alliance, Medact. *Global health watch 2: an alternative World Health Report*. Zed Books, London, 2008

UNICEF/WHO. *Innocenti Declaration on Infant and Young Child Feeding*. UNICEF, Florence, 2005

Countdown to 2015: a report card on maternal, newborn, and child survival. Lancet. 2008

World Health Organization. *Protecting health from climate change. World Health Day 2008*. WHO, Geneva, 2008

Italian Global Health Watch. *From Alma Ata to the Global Fund: the history of international health policy*. Social Medicine. 2008

World Health Organization. *The World Health Report 2006: working together for health*. WHO, Geneva, 2006

Global Health Workforce Alliance. *Scaling up, saving lives*. WHO, Geneva, 2008

Osservatorio Italiano sulla Salute Globale. *A caro prezzo: le disuguaglianze nella salute*. Edizioni ETS, Pisa, 2006

Osservatorio Italiano sulla Salute Globale. *Salute globale e aiuti allo sviluppo: diritti, ideologie, inganni*. Edizioni ETS, Pisa, 2008

Crisi alimentare, mercato e salute globale

Venturi Luciano ^(a) & Shaukat Ali Yusufazi ^(b)

^(a) Facoltà di Medicina Veterinaria, Alma Mater Studiorum - Università di Bologna I

^(b) Riphah College of Rehabilitation Sciences, Riphah International University, Islamabad PK

C. Delgado et al., *Livestock to 2020: The next food revolution*. IFPRI/FAO/ILRI. Discussion Paper n°28, May 1999

C. Delgado et al., *Livestock to 2020: The revolution continues*. IFPRI. Paper presented at the annual meeting of IATRC, Auckland, January 18-21, 2001

International Food Policy Research Institute, "A Way Forward", from the 2020 Africa Conference: "Assuring food and nutrition security in Africa by 2020". Kampala, April 1-3, 2004

Le Monde Diplomatique/Il Manifesto, *L'Atlante*. 2006

Le Monde Diplomatique/Il Manifesto, *L'Atlante: un mondo capovolto*. 2009

W. Maathai, *La sfida dell'Africa*. Nuovi Mondi, 2010

G. Maciocco e A. Cattaneo (a cura di), *Salute globale e aiuti allo sviluppo*. ETS, 2008

A. Mantovani, *Fattori deprimenti le produzioni animali come cause di povertà e fame nel mondo*. Rivista SNOP, n°64, Febbraio 2005

J.D. Sachs, *La fine della povertà*. Mondadori, 2005

J. Stiglitz, *La globalizzazione e i suoi oppositori*. Einaudi, Torino, 2002

United Nations Development Programme, *Annual Human Development Reports*. 1990-2010

United Nations General Assembly, *Fifty-ninth Session, Report of the Secretary-General, Implementation of the United Nations Millennium Declaration*. 27 August 2004

United Nations Millennium Project, www.unmillenniumproject.org

L. Venturi, La minaccia che viene dall' EPA. Rivista SNOP, n°72, Settembre 2007

F. Roiatti, *Il nuovo colonialismo*. Università Bocconi Editore, 2010

J.D. Sachs, *Il bene comune*. Mondadori, 2010

L. Venturi, Sicurezza alimentare e povertà. Rivista SNOP, n° 65, Agosto 2005

J. von Braun, Food and Financial Crises: Implications for Agriculture and the Poor. IFPRI Food Policy Report, December 2008

J. von Braun, Responding to the world food crisis - Getting on the Right Track. IFPRI, 2008

Salute e sicurezza dei lavoratori di fronte alla globalizzazione

Calisti Roberto

Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPreSAL)

ASUR Marche – zona territoriale n. 8 – Civitanova Marche MC

HEYMANN J (2003) Global inequalities at work. Work's impact on the health of individuals, families and societies. New York, Oxford University Press

HRYHORCZUK D (2006) Building global environmental health capacity through international scientific cooperation and partnerships. *Int J Occup Environ Health*, 12: 295-299

DAL CORSO M (2006) A rua dos meninos: l'adolescente in conflitto con la legge. Il segno

HARARI R, COMBA P (editors) (2004) El ambiente y la salud. *Epidemiologia ambiental*. Quito, IFA – Roma, Istituto Superiore di Sanità

LANDRIGAN P, SOFFRITTI M, HARARI R, COMBA P, HARARI H (2006) Salud ocupacional y ambiental: realidades diversas. Quito, IFA, Collegium Ramazzini, CONASA, Istituto Superiore di Sanità

CAPPUCCIO S, TOTI M (editors) (2010) Jeans da morire – Jeans to die for. Roma, Ediesse

MARSILI D, COMBA P, BRUNO C, CALISTI R, MARINACCIO A, MIRABELLI D, PAPA L, HARARI R (2010) La prevenciòn de las patologias del asbesto: pesrepectivas operativas de la cooperaciòn italiana con los paìses de América Latina. *Rev Salud Pùblica*

NIEUWENHUIJSEN MJ (editor) (2003) Exposure assessment in occupational and environmental epidemiology. New York, Oxford University Press

CHECKOWAY H, PEARCE N, KRIEBEL D (2004) Research methods in occupational epidemiology. New York, Okford University Press

MASSACESI S (2006) Approccio con il paziente e la famiglia nella conduzione dell'intervista per l'accertamento dell'esziologia dei tumori. in *Rapporti ISTISAN 06/01* Roma, Istituto Superiore di Sanità, 109-116

CALISTI R, STOPPONI R (2006) Stima delle esposizioni e dei rischi occupazionali e ambientali: modelli a basso impatto tecnologico ed economico. in *Rapporti ISTISAN 06/01* Roma, Istituto Superiore di Sanità, 89-108

Insetti vettori di patologie infettive, cambiamenti climatici

Venturelli Claudio

DSP AUSL Cesena

Xavier Bonnefoy, Helge Kampen, Kevin Sweeney, WHO, Public Health Significance of Urban Pests

Rapporto APAT/OMS "Cambiamenti Climatici ed eventi estremi: rischi per la salute in Italia".(2007)

Patz JA et al. (1996). Global climate change and emerging infectious diseases. *JAMA*, 275 (3):217-223.

Romi R, Di Luca M, Majori G (1999). Current status of *Aedes albopictus* and *Aedes atropalpus* in Italy. *Journal of the American Mosquito Control Association*, 15 (3):425-427.

Romi R et al. (2004). Potential vectors of West Nile Virus following an equine disease outbreak in Italy. *Medical and Veterinary Entomology*, 18 (1):14-19.

Romi R, Sabatinelli G, Pontuale G (1997). *Aedes atropalpus*, a new mosquito introduced by discarded tires in Italy. *Parasite-Journal De La Societe Francaise De Parasitologie*, 4 (4):343-349.

Romi R et al. (1997). Identification of a north American mosquito species, *Aedes atropalpus* (Diptera: Culicidae), in Italy. *Journal of the American Mosquito Control Association*, 13 (3):245-246.

Romi R, Severini F, Toma L (2006). Cold acclimation and overwintering of female *Aedes albopictus* in Roma. *Journal of the American Mosquito Control Association*, 22 (1):149-151.

Romi R et al. (2003). Susceptibility of Italian populations of *Aedes albopictus* to temephos and to other insecticides. *Journal of the American Mosquito Control Association*, 19 (4):419-423.

Albieri A., Carrieri M., Angelini P., Baldacchini F., Venturelli C., Mascali Zeo S, Bellini R.

Quantitative monitoring of *Aedes albopictus* in Emilia-Romagna, Northern Italy: cluster investigation and geostatistical analysis. *Bulletin of Insectology* 63 (2): 209-216, 2010 ISSN 1721-8861

Mascali Zeo S., Baldacchini F., Carrieri M., Albieri A., Angelini P., Bellini R., Venturelli C., Macini P. La lotta alla zanzara tigre in Emilia-Romagna. *Ecoscienza Rivista di Arpa* N°1 luglio 2010

Venturelli C., Mascali Zeo S., La comunicazione nelle strategie per la lotta alla zanzara tigre *Arpa rivista* n.2 marzo-aprile 2008

Venturelli C., Mascali Zeo S., La zanzara che venne dal caldo *Snop* n. 73 pp.7-8.

Palazzi M., Venturelli C., Prima epidemia di Chikungunya in Europa *Quaderni Acp* 2007; 14(6): 247-250

Venturelli C., Mascali Zeo S., La zanzara tigre: come difenderci *Quaderni Acp* 2007; 14(6): 247-250

Dottori M., Bonilauri P., Bellini R., Cordioli P., Tamba M., Sambri V., Calzolari M., Angelini P., Macini P., Venturi L., Angelini R., Lavazza A., Martini E., Finarelli C.A, Venturelli C., Vecchi G. 2008. Primo focolaio europeo autoctono di malattia tropicale trasmessa da vettori in Romagna. *Praxis Vet.* 29: 2-10

Case insalubri e insicure, fattori di rischio per la salute

Salizzato Luigi, Reali Chiara

DSP AUSL Cesena

Shaw, M. Housing and Public Health. *Annu. Rev. Public Health*; 2004. 25:397-418.

Braubach M, Savelsberg J. Social inequalities and their influence on housing risk factors and health. A data based on the WHO LARES database. WHO Regional Office for Europe, 2009.
www.euro.who.int/envhealth/topics/20090706_1

Howden-Champman P. Housing standards: a glossary of housing and health. *J Epidemiol Community Health* 2004;58:162-168.

Tosi A. La casa: il rischio e l'esclusione. Rapporto Irs sul disagio abitativo in Italia. Milano: Angeli;1994

Maciocco G. I determinanti della salute: una nuova originale cornice concettuale. Redazione SI, 25 gennaio 2009 www.saluteinternazionale.it visitato il 11/04/2011

Globalization and Health knowledge network. Towards health-equitable globalization: rights, regulation and redistribution. Final Report to the Commission on Social Determinants of Health. Institute of Population Health, University of Ottawa, 2008

Harrison M, Ian Law I, Phillips D. "Migrants, minorities and housing: Exclusion, discrimination and anti-discrimination in 15 member states of the European union" – EUMC, 2005.

Caritas/Migrantes. Immigrazione. Dossier statistico 2010. XX Rapporto sull'immigrazione. 1991-2010: per una cultura dell'altro. Roma, 2010. www.dossierimmigrazione.it

Nomisma. La condizione abitativa in Italia. Dalle esperienze di housing sociale alla risposta del Piano Nazionale di Edilizia Abitativa e del Piano Casa. 2° Rapporto Nomisma. Roma, 2010.

Ranci C. Le nuove disuguaglianze sociali in Italia. Bologna:il Mulino; 2002

De Noni L, Manservigi S. Popolazione disagiata e interventi sulle popolazioni malsane a Verona. *SNOP*; 2005. 64:29-31.