



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Dottorato di Ricerca in Malattie infettive, Microbiologia e Sanità Pubblica

XXXIV Ciclo

**LA FORMAZIONE UNIVERSITARIA
IN SALUTE GLOBALE
COME STRATEGIA DI CONTRASTO
DELLE DISEGUAGLIANZE IN SALUTE**

Dottoranda
Giulia Civitelli

Relatori
Prof. Maurizio Marceca
Prof. Gianfranco Tarsitani

A.A. 2020-2021

*A Ayedi, Chokry, Ismail, Maria, Sefi, Tafil,
a tutti coloro che pagano nel corpo e con la loro vita
le conseguenze delle diseguaglianze.*

*A Adelia, Grazia, p. Gabriele,
Gianfranco, Maurizio,
Bianca, Gonzalo, Salvatore,
Antonella, Giusy, Marica,
a tutti coloro che ad ogni età
continuano a sognare.*

*A Ahmadou, Federico, Gennaro, Jamil, Josè, Martina,
a tutti i giovani che si mettono in ricerca
per portare avanti il sogno di un mondo migliore.*

*“Perché nel mondo ci sono persone che vivono cinque anni e altre che ne vivono novanta?
Perché muoiono i bambini? Perché ci sono ingiustizie e violenze?
Ho passato tutta la notte chiedendo questo a Dio.
Ho pensato che mi stessi ribellando contro di lui.
Ho capito invece che stavo pregando.”
Sokol, 8 febbraio 2022*

*Confidate nel Signore sempre,
perché il Signore è una roccia eterna,
perché egli ha abbattuto
coloro che abitavano in alto,
ha rovesciato la città eccelsa,
l'ha rovesciata fino a terra,
l'ha rasa al suolo.
I piedi la calpestano:
sono i piedi degli oppressi,
i passi dei poveri.
(Is 26,4-6)*

*Ha rovesciato i potenti dai troni,
ha innalzato gli umili;
ha ricolmato di beni gli affamati,
ha rimandato i ricchi a mani vuote.
(Lc 1,52-53)*

*Quando stendete le mani,
io distolgo gli occhi da voi.
Lavatevi, purificatevi,
allontanate dai miei occhi il male delle
vostre azioni.
Cessate di fare il male,
imparate a fare il bene,
cercate la giustizia,
soccorrete l'oppresso,
rendete giustizia all'orfano,
difendete la causa della vedova".
(Is 1,15-17)*

*Qualsiasi cosa vi dica, fatela.
(Gv 2,5)*

LA FORMAZIONE UNIVERSITARIA IN SALUTE GLOBALE COME STRATEGIA DI CONTRASTO DELLE DISEGUAGLIANZE IN SALUTE

Indice

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1: LA FORMAZIONE IN SALUTE GLOBALE NEL MONDO	5
1.1 Introduzione alla Salute Globale: definizioni	5
1.2 La formazione in Salute Globale a livello internazionale	12
1.2.1 Introduzione e metodologia della ricerca bibliografica	12
1.2.2 Risultati e focus sulle <i>Global Health Competencies</i>	13
1.2.3 Discussione	33
1.3 Intervista a Michael Marmot	37
CAPITOLO 2: LA FORMAZIONE IN SALUTE GLOBALE IN ITALIA	41
2.1 Lo sviluppo della formazione in Salute Globale in Italia	41
2.2 I corsi in Salute Globale in Italia	44
2.2.1 Contenuti/ obiettivi formativi	44
2.2.2. Metodologie didattiche e di valutazione	55
2.3 Le palestre in Salute Globale	56
2.4 Il documento “Ripensare la formazione medica”: dalla formazione in Salute Globale alla formazione in salute	59
CAPITOLO 3: LO STATO ATTUALE DELLA FORMAZIONE IN SALUTE GLOBALE IN ITALIA	65
3.1 Una recente mappatura dei corsi in Salute Globale in Italia	65
3.1.1 Metodologia della mappatura.....	65
3.1.2 Risultati.....	68
3.1.3 Discussione dei risultati.....	70
3.2 L’esperienza del Corso Elettivo e delle Palestre in Salute Globale presso la Sapienza Università di Roma	71
3.2.1 Introduzione	71
3.2.2 Metodologia	74
3.2.3 Risultati.....	75
3.2.4 Discussione dei risultati.....	81

3.3 Il tirocinio presso il Poliambulatorio della Caritas Diocesana di Roma	83
3.3.1 Descrizione del tirocinio	83
3.3.2 Metodologia	85
3.3.3 Risultati.....	86
3.3.4 Discussione dei risultati.....	91
CAPITOLO 4: CENNI SULL’ATTUALE CONTESTO CULTURALE	95
4.1 La Salute Globale e la visione dell’ecologia integrale	95
4.2 La formazione in Salute Globale, il <i>Global Compact on Education</i> e la visione di Papa Francesco sul tema della formazione	113
4.3 La formazione in Salute Globale e gli Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile (<i>Sustainable Development Goals</i>)	122
4.4 La formazione in Salute Globale e la Terza Missione dell’università	128
4.5 Il contesto della pandemia da SARS CoV-2 e le diseguglianze ad essa collegate	130
CONCLUSIONI E PROPOSTE	133
RINGRAZIAMENTI E NOTE PERSONALI A CONCLUSIONE DELLA TESI	137
BIBLIOGRAFIA	141
ALLEGATO 1: ELENCO DEGLI ARTICOLI RELATIVI ALLA FORMAZIONE IN SALUTE GLOBALE INDIVIDUATI ATTRAVERSO LA RICERCA BIBLIOGRAFICA	157
ALLEGATO 2: ARTICOLI SCIENTIFICI PUBBLICATI NEL CORSO DEL DOTTORATO DI RICERCA	185

INTRODUZIONE

Per quale motivo esistono differenze nell'aspettativa di vita tra persone nate in Paesi e continenti diversi, o tra persone che abitano in quartieri diversi di una stessa città? Come mai le persone con un livello inferiore di istruzione hanno un rischio maggiore di andare incontro a complicanze e a mortalità precoce a causa di malattie croniche? In che modo lo status sociale influenza gli esiti di salute di una persona? Come mai le persone migranti sono state esposte ad un maggior rischio di ospedalizzazione per l'infezione da Sars-CoV-2? Le diseguaglianze in salute, vale a dire quelle differenze sistematiche, prodotte socialmente (dunque evitabili e modificabili, quindi ingiuste) presenti tra diversi gruppi di popolazione sia all'interno di una nazione che tra nazioni (Whitehead 1992; Acheson 1998; Braveman 2003; Marmot 2016), sono ormai diffuse in tutto il mondo e risultano abbondantemente documentate con evidenze scientifiche. Le loro cause sono da ricercare non in fattori genetici o biologici, ma in quelli che vengono chiamati i determinanti sociali di salute, vale a dire tutti quei fattori sociali, economici, politici, culturali, ambientali che influenzano la salute delle persone (Dahlgren 1991; CSDH 2008). Parlare di diseguaglianze significa aggiungere un significato morale al termine differenze, dunque provocare ad una presa di posizione in particolare da parte di coloro che lavorano in ambito sanitario e socio-sanitario.

Tale lavoro di tesi del Dottorato di Ricerca in "Malattie infettive, Microbiologia e Sanità Pubblica" parte dal presupposto che *"pensare alla medicina semplicemente come a una scienza o a un'attività scientifica è non soltanto riduttivo ma sostanzialmente sbagliato. La medicina, in quanto pratica, prevede azioni che esprimono una trama di significati e fini. Gli aspetti etici non possono essere visti come giustapposti, ma debbono essere considerati intrinseci a essa. Ogni decisione e ogni azione portate avanti in questo settore non sono neutrali, cioè non possono prescindere dalla dimensione etica; ciò significa che la natura della medicina deve essere studiata e insegnata a partire da una prospettiva etica."*¹

Il presente elaborato non entrerà nel merito della teoria sui determinanti sociali di salute, né nella descrizione delle diseguaglianze in salute e nell'assistenza sanitaria abbondantemente documentate a livello di letteratura.² Consapevole della loro esistenza, che non può essere semplicemente studiata o messa in evidenza attraverso dati epidemiologici ma rispetto alla quale è necessario prendere posizione (Heath 2010), tale lavoro approfondisce l'ambito della formazione universitaria (in particolare degli studenti delle

¹ Dal Documento della RIISG – Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale – "Ripensare la formazione medica" (vedi paragrafo 2.4)

² Per questo si rimanda ai riferimenti presenti in bibliografia. In particolare, per avere un'introduzione al tema, si raccomanda il libro di Gavino Maciocco "La Salute Globale" (Maciocco 2014), il libro di Michael Marmot "La salute diseguale. La sfida di un mondo ingiusto" (Marmot 2016) ed il corso online in "Salute Globale ed Equità in Salute" disponibile alla URL:

http://educationglobalhealth.eu/corsoonline/accesso/?redirect_to=http%3A%2F%2Feducationglobalhealth.eu%2Fcorsoonline%2F (vedi paragrafo 2.2.1)

professioni sanitarie e socio-sanitarie) considerandolo uno dei punti fondamentali su cui fare leva per agire un reale cambiamento nella società, contrastare efficacemente le diseguaglianze in salute e impegnarsi per una maggiore giustizia sociale.

Si è partiti dunque da alcune domande sullo stato attuale dei Corsi di Laurea per professionisti sanitari e sociosanitari: *tali corsi sono in grado di formare professionisti capaci di rispondere ai bisogni di salute delle persone e delle comunità che andranno a servire? Come rispondono alle sfide che l'epoca della globalizzazione e della complessità pone? Come affrontano il tema della responsabilità sociale (in altre parole, che ruolo intendono assumere nei confronti dell'ingiustizia sociale e il suo impatto sulla salute)?*³

I contenuti e le modalità con le quali la formazione viene portata avanti possono infatti perpetuare o addirittura aggravare le diseguaglianze presenti se non si tiene conto della loro esistenza, dei loro meccanismi di generazione e della necessità di agire per promuovere una maggiore equità; appare dunque necessario un profondo rinnovamento culturale.

In modo significativo anche Papa Francesco ha innescato un processo a livello mondiale sul tema della formazione che coinvolge i diversi livelli educativi, comprese le università, e che porterà all'elaborazione di un "Patto Globale sull'Educazione" (*Global Compact on Education*).

"Nella storia esistono momenti in cui è necessario prendere decisioni fondanti, che diano non solo un'impronta al nostro modo di vivere, ma specialmente una determinata posizione davanti ai possibili scenari futuri. Nella presente situazione di crisi sanitaria — gravida di sconforto e smarrimento — riteniamo che sia questo il tempo di sottoscrivere un patto educativo globale per e con le giovani generazioni, che impegni le famiglie, le comunità, le scuole e le università, le istituzioni, le religioni, i governanti, l'umanità intera, nel formare persone mature.

*Oggi ci è richiesta la parresia necessaria per andare oltre visioni estrinsecistiche dei processi educativi, per superare le semplificazioni eccessive appiattite sull'utilità, sul risultato (standardizzato), sulla funzionalità e sulla burocrazia che confondono educazione con istruzione e finiscono per atomizzare le nostre culture; piuttosto ci è chiesto di perseguire una cultura integrale, partecipativa e poliedrica. Ci serve il coraggio di generare processi che assumano consapevolmente la frammentazione esistente e le contrapposizioni che di fatto portiamo con noi; il coraggio di ricreare il tessuto di relazioni in favore di un'umanità capace di parlare la lingua della fraternità. Il valore delle nostre pratiche educative non sarà misurato semplicemente dal superamento di prove standardizzate, bensì dalla capacità di incidere sul cuore di una società e di dar vita a una nuova cultura."*⁴

³ Dal Documento della RIISG "Ripensare la formazione medica" (vedi paragrafo 2.4)

⁴ Papa Francesco. Videomessaggio in occasione dell'incontro promosso e organizzato dalla congregazione per l'educazione cattolica: "Global Compact on Education. together to look beyond" del 15 ottobre 2020. Disponibile alla URL: https://www.vatican.va/content/francesco/it/messages/pont-messages/2020/documents/papa-francesco_20201015_videomessaggio-global-compact.html

Attraverso tale elaborato ci si propone da un lato di sintetizzare e sistematizzare quello che è stato il percorso di riflessione e di azione portato avanti negli ultimi anni in Italia sul tema della formazione in Salute Globale, (paradigma della salute basato sulla teoria dei determinanti sociali, che si pone l'obiettivo di contrastare le disuguaglianze e promuovere una maggiore giustizia sociale), dall'altro di dare a tale approccio formativo nuovo impulso arrivando ad elaborare proposte che possano essere valutate e accolte a livello accademico.

Il primo capitolo espone il quadro presente a livello internazionale relativo alla formazione in Salute Globale. Dopo aver sinteticamente descritto cosa si intende con il termine Salute Globale, riassumendo le definizioni presenti in letteratura, vengono esposti i risultati di una ricerca bibliografica relativa al tema della "formazione in Salute Globale", con un focus specifico sulla formazione universitaria di base (vale a dire durante i Corsi di Laurea). Nel capitolo ci si sofferma in modo particolare sul tema delle "competenze" in Salute Globale (*Global Health Competencies*), descrivendo i principali stimoli e lavori pubblicati sul tema. Viene inoltre riportato il trascritto dell'intervista all'epidemiologo Michael Marmot sul tema della formazione in Salute Globale. Tale intervista è stata realizzata nel corso del presente Dottorato.

Il secondo capitolo descrive quanto avvenuto in Italia relativamente al tema della formazione in Salute Globale, a partire dalla costituzione della RIISG – Rete Italiana per l'Insegnamento in Salute Globale – e dalla definizione che tale rete ha fornito del termine "Salute Globale". Pur nella consapevolezza che la Salute Globale non costituisce una disciplina a parte con i suoi specifici argomenti ma piuttosto un approccio applicabile nei diversi contesti in cui si ha a che fare con la salute, si è scelto di riprendere e riproporre i lavori della RIISG relativi ai contenuti/ obiettivi dei corsi, alle metodologie didattiche e alla valutazione. Viene inoltre definito il termine di "Palestra di Salute Globale", relativo a quelle esperienze formative che avvengono al di fuori delle aule universitarie e che spesso hanno sugli studenti un impatto maggiore rispetto a quello della didattica frontale. A conclusione del capitolo viene riportato il *paper* elaborato dalla RIISG nel 2015 "Ripensare la formazione medica", nel quale i fondamenti relativi alla visione della salute e alla visione pedagogica della RIISG.

Nello terzo capitolo vengono descritte alcune esperienze formative, portate avanti in aula e al di fuori del contesto universitario, che sono state oggetto di indagine e valutazione (relativamente all'impatto a medio e lungo termine) nel corso del presente Dottorato di Ricerca; si tratta in particolare del Corso Elettivo in 'Salute Globale ed Equità in Salute' offerto dal Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive dall'Anno Accademico (A.A.) 2008-2009, delle palestre di Salute Globale proposte agli studenti, del tirocinio offerto da oltre venti anni agli studenti di medicina presso il Poliambulatorio della Caritas Diocesana di Roma. I risultati di tali indagini vengono presentati nel capitolo. Sono inoltre esposti i dati dell'ultima mappatura dei Corsi in Salute Globale che vengono attualmente svolti in Italia, realizzata sempre nel corso del Dottorato per l'A.A. 2018-2019.

Il quarto capitolo affronta nei suoi diversi paragrafi alcuni riferimenti del contesto culturale nel quale ci si trova, con lo scopo di mettere in evidenza come l'approccio di Salute Globale e la formazione ad essa relativa sia coerente con diversi input presenti a livello della società: importanti documenti ed iniziative proposte da Papa Francesco – in collaborazione con i leader delle altre grandi religioni monoteistiche e in dialogo con ogni persona - sulle tematiche dell'ecologia integrale, della fratellanza umana e dell'educazione; gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile proposti dalle Nazioni Unite; la tematica della Terza Missione dell'Università; il contesto della pandemia da SARS-CoV-2 con le disuguaglianze ad essa connesse. La descrizione di tali tematiche conferma l'attualità e la necessità di tale approccio, che vuole essere in linea anche con quanto affermato dalla Rettore della Sapienza Università di Roma Antonella Polimeni nella sua prolusione per l'inaugurazione dell'A.A. 2020-2021 dal titolo: *Diseguaglianze, mobilità sociale e istruzione: quale ruolo per l'Università? "Abbiamo sempre più bisogno di università pubbliche che si pongano al servizio di tutti gli esseri umani, nella didattica nella ricerca e nella Terza missione.... a disposizione di questo progetto complessivo, questa che chiamerei la Quarta missione dell'Università: la missione volta a favorire la crescita delle persone, anche e soprattutto, a favorire la crescita di chi è più svantaggiato, di chi è nell'angolo, a favorire un pluralismo vero ed esteso, che sia capace di porre tutte e tutti, finalmente e sostanzialmente, su uno stesso piano di potenzialità, di opportunità e di meriti".*⁵

Nelle conclusioni vengono formulate proposte per portare avanti e diffondere l'approccio formativo in Salute Globale a livello universitario in Italia.

⁵ Prolusione della Rettore Antonella Polimeni per l'Inaugurazione dell'A.A. 2020-2021. Disponibile alla URL: https://www.uniroma1.it/sites/default/files/field_file_allegati/libretto_inaugurazioneaa2021_25feb21.pdf

CAPITOLO 1: LA FORMAZIONE IN SALUTE GLOBALE NEL MONDO

1.1 Introduzione alla Salute Globale: definizioni

La presente tesi di Dottorato tratta il tema, spesso misconosciuto e ancora poco attenzionato, almeno in Italia, della formazione dei futuri professionisti socio-sanitari come strumento per il contrasto delle diseguaglianze in salute, e in particolare della formazione in Salute Globale (SG). Prima di approfondire tale argomento appare però necessario partire da un linguaggio comune ed introdurre brevemente il termine 'Salute Globale', rispetto al quale sono state date diverse definizioni a livello internazionale e nazionale. Una di quelle che ha conosciuto maggiore diffusione è stata data da Koplan e colleghi nel 2009, dove le parole chiave possono essere considerate equità, transnazionalità e interdisciplinarietà.

“Global Health (GH) is an area for study, research, and practice that places a priority on improving health and achieving equity in health for all people worldwide. Global health emphasizes transnational health issues, determinants, and solutions; involves many disciplines within and beyond the health sciences and promotes interdisciplinary collaboration; and is a synthesis of population-based prevention with individual-level clinical care” (Koplan 2009)

Una definizione più breve ma nella quale si ritrovano gli aspetti sopra evidenziati dell'equità e della transnazionalità è quella data da Beaglehole e colleghi:

(Global health is) collaborative trans-national research and action for promoting health for all. (Beaglehole 2010)

Bozorgmehr sottolinea come il termine 'globale' possa essere inteso in diversi modi: 'diffuso in tutto il mondo', 'che supera i confini nazionali', 'olistico' e 'sopraterritoriale', intendendo con questo ultimo termine – a seconda dell'autore più appropriato - i collegamenti tra i determinanti sociali di salute delle persone ovunque nel mondo (Bozorgmehr 2010).

La *Lancet Commission* sul tema della formazione dei professionisti sanitari nel 21° secolo riconosce che, rispetto all'ambito della SG, esiste un consenso rispetto ai suoi principi fondamentali: universalismo, prospettiva globale nella ricerca e nelle applicazioni pratiche, inclusione di una visione ampia dei determinanti di salute, approccio interdisciplinare, framework onnicomprensivo (Frenk 2010).

Macfarlane et al. hanno descritto la SG come campo relativo al miglioramento mondiale della salute, una riduzione delle diseguaglianze ed una protezione contro le minacce presenti a livello globale (Macfarlane 2008).

Anche altri articoli sottolineano come parlare di SG significhi parlare di argomenti e aspetti legati alla salute che hanno un impatto globale e per i quali è necessario trovare una soluzione a livello globale. La SG così intesa riguarda dunque le diverse popolazioni nei vari paesi e coinvolge diversi settori, non solo quello sanitario, anche se la ricerca in SG e le pratiche che da questa scaturiscono possono essere condotte a livello locale. Un “motto” della SG diventa quello che così si esprime: pensare globalmente e agire localmente, intendendo un modo di pensare e di agire che impara gli uni dagli altri comprendendo e risolvendo i problemi sanitari con la più ampia prospettiva possibile e adottando soluzioni che si sono rivelate già efficaci in altri ambienti comparabili. (Chen 2020)

Alcuni autori hanno inoltre affermato che la SG implica la considerazione dei bisogni di salute delle persone presenti su tutto il pianeta, andando oltre gli interessi di una particolare nazione. In questo senso, parlare di formazione in SG significa aumentare l’attenzione sulla responsabilità sociale connessa con la formazione medica (Liu 2015).

A differenza della salute internazionale che si occupa delle problematiche sanitarie che oltrepassano le frontiere nazionali con un focus particolare sui paesi in via di sviluppo, la SG riguarda quelle problematiche sanitarie che sono influenzate da determinanti transnazionali, come il cambiamento climatico o l’urbanizzazione e le cui soluzioni possono avere origine e impatto a livello globale. La parola globale non è dunque riferita alla localizzazione dei problemi ma alla loro portata più ampia e che coinvolge i determinanti di salute in senso più ampio. (Rosso A 2012).

Rispetto al rapporto esistente tra sanità pubblica e SG, alcuni autori hanno sottolineato come questa e la SG costituiscano un unico ambito di ricerca e azione (Fried LP 2010) e come sia sempre più necessario formare i professionisti della salute pubblica con un approccio di SG (Hogan H, 2011).

Si è anche affermato che il fatto che non esista una definizione condivisa a livello internazionale di SG può portare come conseguenza un utilizzo del termine per coprire a livello discorsivo diversi tipi di politiche promosse da singoli stati o da istituzioni multinazionali che si rivelano nella realtà inique e con interessi privati. Con il progressivo indebolimento del ruolo a livello internazionale dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS – WHO *World Health Organization*) e dunque in carenza di un singolo attore globale autorizzato a mediare il tema della SG, questa può essere determinata dai singoli attori in base ai relativi interessi⁶ (Taylor 2018).

⁶ Sono significative in tal senso le parole pronunciate dall’allora Direttore Generale dell’OMS, Margaret Chan, in occasione dell’ottava Conferenza Globale sulla Promozione della Salute: *“Efforts to prevent noncommunicable diseases go against the business interests of powerful economic operators. In my view, this is one of the biggest challenges facing health promotion...it is not just Big Tobacco anymore. Public health must also contend with Big Food, Big Soda, and Big Alcohol. I am deeply concerned by two recent trends. The first relates to trade agreements. Governments introducing measures to protect the health of their citizens are being taken to court, and challenged in litigation. This is dangerous.*

Ultimamente è stata sollevata la necessità di “decolonizzare” il termine SG, input attivato da gruppi di studenti diffusi in diversi paesi⁷, che hanno ricevuto un’importante spinta dal movimento *Black Lives Matter*, diffusosi in tutto il mondo a seguito dell’ingiusta uccisione di George Floyd, cittadino statunitense di origini africane. Coloro che criticano l’approccio coloniale della SG fanno notare come la quasi totalità delle agenzie e accademie che si occupano di SG siano state fondate nei paesi ad alto reddito, come la leadership delle istituzioni della SG sia rappresentata da uomini bianchi nati in questi paesi, come vengano spesso manifestati pregiudizi nei confronti delle conoscenze indigene. Sottolineano anche che la maggioranza dei corsi e delle scuole in SG si trova in paesi ad alto reddito, con una possibilità di accesso legato allo status socio-economico; inoltre, la maggior parte delle riviste di SG ha sede nel Nord del mondo e gli autori sono soprattutto affiliati alle accademie occidentali (Sgorbissa 2021). L’obiettivo di questo movimento di studenti è quello di fornire alla SG un approccio integrato che riguardi le complesse interdipendenze tra la storia del colonialismo e la salute, lo sviluppo economico, la governance e i diritti umani. Tale movimento è un monito per mettere in atto i seguenti cambiamenti:

- cambiamento di paradigma, ripolitizzando la SG fondandola su un *framework* di giustizia sociale consapevole di come il colonialismo, il razzismo, la discriminazione di genere, il capitalismo e altri estremismi siano importanti minacce alla salute;
- cambiamento di leadership, dando maggiore spazio e rappresentanza al “sud globale” e alle donne;
- cambiamento di conoscenze, permettendo agli studenti di approfondire le disuguaglianze in salute in maniera critica, collegandone anche alle tematiche di razzismo e colonialismo e contrastando le disuguaglianze presenti anche in termini di formazione in SG.

Le risposte messe fino ad ora in atto per contrastare la pandemia da SARS-CoV-2, secondo alcuni, hanno rivelato con chiarezza che l’attuale paradigma dell’equità in SG è insufficiente per contrastare l’oppressione presente a livello strutturale, poiché si concentra sui fattori di rischio individuali e concentra i fondi sul contrasto della malattia ignorando come la salute sia strutturalmente influenzata dalle politiche e leggi relative ad esempio al commercio e all’immigrazione, alla discriminazione razziale, alla violenza di genere (Büyüm 2020).

The second is efforts by industry to shape the public health policies and strategies that affect their products. When industry is involved in policy-making, rest assured that the most effective control measures will be downplayed or left out entirely. This, too, is well documented, and dangerous.” (Disponibile alla URL: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-addresses-health-promotion-conference>)

N.B. L’ultima consultazione di ogni collegamento ipertestuale presente in bibliografia e nel testo della mail risale a ottobre 2021.

⁷ Si veda a titolo di esempio:

- Duke Decolonizing global health Working group (<https://sites.duke.edu/dukedgh/>)
- Harvard Chan Student Committee for the Decolonization of Public Health (<https://www.hsph.harvard.edu/decolonizing-global-health-so/>)
- Karolinska Decolonizing Global Health (<https://twitter.com/karolinskadgh>)
- Decolonizing public health teach-in (<https://umsphteachin.weebly.com/>)

Alcuni autori hanno anche recentemente affermato, ponendo la questione in modo critico, che la SG può essere definita come una ‘sanità pubblica’ che riguarda luoghi diversi da quelli in cui ci si trova (“*public health somewhere else*”) (King 2020). Tale definizione è stata proposta proprio con lo scopo di “decolonizzare” il termine SG e di portare i professionisti in essa coinvolti a domandarsi: perché lavorare in contesti diversi da quelli di origine? Questo potrebbe comportare diverse problematiche: partire da un presupposta superiorità di conoscenze ed esperienze, avere una diversa percezione dei problemi rispetto a quella delle comunità locali, rilevare problemi di valutazione dell’efficacia ed efficienza degli interventi. Queste considerazioni sono state però subito criticate sottolineando ancora una volta come il termine ‘globale’ riguardi la portata, e non la localizzazione dei problemi; può dunque essere utilizzato un approccio di SG anche nel proprio paese di origine e non necessariamente professionisti sanitari che lavorano in paesi stranieri si riconoscono in un approccio di SG. La definizione precedente escluderebbe la possibilità ad esempio per attori e comunità di paesi a basso reddito di riconoscersi in un approccio di SG, potrebbe aumentare le diseguglianze perché attribuirebbe il titolo di “ricercatore in SG” solo a chi può accedere a fondi che gli permettano di lavorare altrove sottintenderebbe in ogni caso un giudizio negativo sul lavoro in un paese diverso da quello di origine. La “decolonizzazione” della SG è necessaria, ma deve essere portata avanti attraverso programmi formativi che insegnino la riflessività, l’approccio critico, la necessità di partnership eque e responsabili, con una corretta *accountability* ed una modalità partecipativa (Turcotte-Tremblay 2020).

Per il 2021 è stato proposto di passare dalla retorica alla reale riforma della SG, nella direzione della decolonizzazione, seguendo alcune fasi:

- identificare le modalità specifiche attraverso le quali le organizzazioni attive nel settore della SG possono perpetuare (e non contrastare) le diseguglianze (ad esempio scegliendo arbitrariamente gli ambiti di intervento, o coinvolgendo poco le comunità locali);
- pubblicare una lista di riforme necessarie per decolonizzare le pratiche di SG;
- sviluppare indicatori per valutare i progressi nella direzione indicata dalle riforme;

L’appello è quello di coordinarsi in un’azione per decolonizzare la SG (*Action to Decolonise Global Health - ActDGH*), azione per la quale viene riconosciuto il ruolo dei professionisti del settore perché si realizzi una trasformazione culturale necessaria per modificare l’approccio colonialista dominante, che cerca di assimilare altre culture in modo occidentale-centrico. Per fare questo sono necessari onestà, dialogo, capacità di accettare e vivere conflitti e disaccordi (Khan 2021).

È stata recentemente pubblicata una revisione sistematica relativa alla definizione di SG (Salm 2021). Tale revisione ha individuato 78 articoli rilevanti, pubblicati prevalentemente da autori dell’America del Nord, seguiti da quelli dei paesi europei. Trentaquattro articoli presentano una definizione descrittiva di SG formulata dagli autori e presentata come originale, senza riferimenti diretti ad altre definizioni. Tali

definizioni sono state aggregate in nove ambiti tematici, raggruppati a loro volta in quattro categorie analitiche più ampie.

- 1 La SG è un approccio molteplice volto al miglioramento della salute a livello mondiale, insegnato e perseguito attraverso istituzioni di ricerca.
 - 1.1 La SG è un ambito di ricerca, formazione teorica e sul campo, assistenza inter o transdisciplinare, caratterizzato necessariamente dalla collaborazione tra diverse discipline.
 - 1.2 La SG è poliedrica (a livello di discipline, di settori, culturale e nazionale)
- 2 La SG è un'iniziativa di tipo etico guidata da principi di giustizia sociale.
 - 2.1 La SG è radicata nei valori dell'equità e della giustizia sociale. Molte definizioni fanno riferimento a questi due valori, anche se non sembra chiaro se gli autori delle definizioni condividano lo stesso significato di equità.
- 3 La SG è una forma di governance che influenza a livello nazionale, internazionale, transnazionale e sopranazionale attraverso un processo politico di *decision making*, l'identificazione dei problemi, l'allocazione e lo scambio delle risorse attraverso i confini.
 - 3.1 La SG è un campo politico che include le relazioni di potere a diversi livelli.
 - 3.2 La SG è determinata dalla globalizzazione e dall'interdipendenza internazionale.
 - 3.3 Le tematiche di SG vanno oltre i confini nazionali.
 - 3.4 La SG è orientata ai problemi
- 4 La SG è un concetto polisemico con antefatti storici e un futuro emergente
 - 4.1 La SG è concettualmente dis/simile alla salute pubblica, alla salute internazionale e alla medicina tropicale.
 - 4.2 La SG è ancora definita in modo vago.

Tra il 2009 ed il 2019, la SG è stata più comunemente definita in letteratura in termini ampi e generali, come un'area di ricerca e pratica caratterizzata da un approccio multidisciplinare, multisettoriale e sensibile alle diverse culture, che va oltre i confini nazionali e si pone come obiettivo di ridurre le disuguaglianze in salute. Le definizioni più precise e specifiche presenti in letteratura servivano a particolari funzioni e rispecchiavano le priorità di coloro che le hanno date. Gli autori si auspicano che la revisione sistematica possa contribuire al futuro dibattito su quale sia la definizione di SG più usata o utile, partendo più che dalla domanda sul contenuto della definizione, da quella relativa a chi fornisce la definizione di SG e con quale scopo.

Accanto alla definizione di Salute Globale, è interessante almeno citare quelle di *One Health* e di *Planetary Health*, che si stanno attualmente diffondendo.

Per quanto riguarda la *One Health*⁸, è maturata nel tempo la consapevolezza del fatto che non si potranno perseguire adeguatamente gli obiettivi di salute e benessere se non si terrà conto delle relazioni tra salute umana e salute del mondo animale e vegetale, della globalità necessaria nell'affrontare una salute sempre più condizionata dalle interconnessioni a livello mondiale, dell'importanza dei determinanti sociali ed economici del benessere e della stessa salute, della necessaria integrazione tra sociale e sanitario e tra diversi soggetti e corpi sociali del sistema della salute e del welfare, della necessità di una governance multilivello rispetto a tutte le istituzioni interessate. In particolare l'approccio di *One Health* si pone l'obiettivo di valutare l'interconnessione e l'interdipendenza fra tutte le specie viventi e l'ambiente ed è stato assunto da diverse agenzie internazionali (tra le quali il WHO). Tale approccio è stato però anche criticato perché focalizzato eccessivamente sulle zoonosi e perché non ha inglobato in modo adeguato i concetti e l'esperienza di chi si occupa di ambiente, degli aspetti sociali e comportamentali della salute e della governance sanitaria globale. Molta letteratura usa l'approccio di *One Health* solo per considerare l'interazione tra l'uomo e gli animali, trascurando l'interazione tra salute e ambiente (Rabinowitz 2018). Il giornale *The Lancet* (Amuasi 2020) ha dato inizio ad una commissione specifica sul tema che sta portando attualmente avanti i suoi lavori per sintetizzare le evidenze a supporto dell'approccio di *One Health* per migliorare la salute all'interno di un ambiente condiviso tra uomo e animale. La Commissione arriverà a proporre raccomandazioni politiche e di governance e enfatizzerà le dimensioni sociopolitiche della salute, cruciali per educare e coinvolgere le comunità.

Relativamente alla *Planetary Health*, una prospettiva planetaria che esplicita un'attenzione preminente all'equilibrio di sistema tra ambiente e salute umana e alle reciproche interazioni, tale visione è stata formulata nel 2015 da una sinergia tra la Fondazione Rockefeller e la *Lancet Commission on Planetary Health* (Whitmee et al. 2015). Essa si fonda sull'assunto che la salute e le civiltà umane dipendono da (eco)sistemi naturali vitali e rigogliosi, che vivono oggi una degradazione senza precedenti nella storia dell'umanità. La definizione di "salute planetaria", così come formulata nel rapporto della Commissione, è "il raggiungimento del più alto livello possibile di salute, benessere ed equità al mondo attraverso un'attenzione giudiziosa ai sistemi umani – politico, economico e sociale – che plasmano il futuro dell'umanità, e ai sistemi naturali della Terra, che definiscono i limiti ambientali di sicurezza all'interno dei quali l'umanità può prosperare". Oltre a porre attenzione ai sistemi sociali creati dall'uomo che influenzano la salute umana, tale approccio pone attenzione ai sistemi naturali che consentono l'esistenza della specie umana (Horton e Lo 2015) e ai limiti che, se superati, la mettono a serio rischio. Si fa riferimento in particolare al concetto di "limiti planetari"

⁸ Il paradigma One-Health, coniato nel 2004 nella Conferenza *Manhattan Principles on One World, One Health: Building Interdisciplinary Bridges to Health in a Globalized World*

introdotto nel 2009 da Johan Rockström. Ne sono stati identificati nove⁹, e di questi tre sono già stati superati oltre la soglia di sicurezza (cambiamento climatico, biodiversità, ciclo globale dell'azoto). Secondo Rockström, il superamento di uno o più limiti comporta una deviazione delle traiettorie ambientali dal loro corso naturale, con un impatto sui sistemi planetari tanto severo da minacciare la sopravvivenza umana (Rockström et al. 2009).

L'approccio di salute planetaria individua tre categorie di sfide che è urgente affrontare, arrivando a proporre concrete strategie di azione per ciascuna di esse.

- In primo luogo un problema concettuale o di immaginario, legato all'utilizzo del prodotto interno lordo come principale misura del progresso, senza tener conto delle implicazioni sulla salute e sull'ambiente (anche nel futuro) e del fatto che queste riguardano in modo diseguale le persone povere e quelle che vivono in Paesi a basso reddito.
- In secondo luogo, un problema di conoscenza, legato al fallimento nell'affrontare in modo efficace i determinanti sociali e ambientali della salute, la storica carenza di (fondi per la) ricerca transdisciplinare, e la mancata volontà o capacità di gestire l'incertezza all'interno di cornici decisionali.
- Infine, un problema di *governance*, ovvero i ritardi di governi e istituzioni nel riconoscere e rispondere alle minacce, specialmente quelle caratterizzate da incertezza, necessità di risorse condivise e latenza temporale tra azione ed effetto.

Per quanto riguarda le trasformazioni necessarie in campo economico, la commissione indica come prioritaria la necessità di ridurre sprechi e rifiuti mediante la creazione di prodotti più durevoli e la cui produzione richiede meno energia e materiali, l'incentivo a riciclare, riutilizzare e riparare, e la sostituzione di materiali tossici e pericolosi con alternative più sicure (Whitmee et al. 2015).

Non sono mancate le critiche all'approccio promosso dalla *Lancet Commission on Planetary Health*, relative in particolare al fatto che essa non nomina tra le cause dei problemi evidenziati l'attuale modello di sviluppo economico di tipo capitalista, così come non è messo in discussione il paradigma della crescita economica. I critici affermano che il rapporto non prende in analisi la dimensione del potere e gli interessi a preservarlo ed accrescerlo che ne rappresentano il motore. "Benché dunque la proposta di salute planetaria sia valida perché ammette la responsabilità umana e soprattutto la contempla nel quadro di analisi nelle sue dimensioni anche strutturali, e interessante perché propone uno sguardo compless(iv)o su salute ambientale e umana con approccio fortemente transdisciplinare e attenzione ai limiti concettuali da rimuovere (per esempio, l'utilizzo di misure di sviluppo economico o sanitario che non contemplano il

⁹ Acidificazione degli oceani, flussi biogeochimici (azoto e fosforo), riduzione delle riserve di acqua dolce, cambiamento nei sistemi terrestri (integrità delle foreste), integrità della biosfera (estinzioni), cambiamento climatico, deplezione di ozono nella stratosfera, aerosol nell'atmosfera, entità nuove.

prezzo pagato in termini di degrado ambientale attuale o futuro), essa rimane comunque gravemente carente nell'analisi dei processi causali e dunque dei principali ostacoli da affrontare e rimuovere.”¹⁰

1.2 La formazione in Salute Globale a livello internazionale

1.2.1 Introduzione e metodologia della ricerca bibliografica

Rispetto al tema della formazione in SG, è stata condotta una ricerca bibliografica sui principali motori di ricerca per individuare le teorie e le pratiche ad essa relative diffuse a livello internazionale

Lo scopo era quello di inquadrare lo stato dell'arte presente in letteratura relativamente alla *Global Health Education (GHE)*, in particolare a livello prelaurea (*undergraduate*). Una particolare attenzione è stata posta alle esperienze di formazione relative alla *Migrant Health* e alla *Refugee Health*.

I motori di ricerca interrogati sono stati Pubmed, Scopus e Web of Science (WOS).

Le stringhe di ricerca utilizzate sono state le seguenti:

✓ Per **Pubmed**

("Global Health"[Mesh] OR "Transients and Migrants" [Mesh] OR "Global health" OR "International health" OR "Health Inequity" OR "Ethnic minority" OR "migrant" OR "refugee" OR "Right to health" OR "poverty" OR "cultural competence") AND ("Education, Medical, Undergraduate"[Mesh] OR "undergraduate education" OR "university education" OR "health professional education" OR "interprofessional education")

A dicembre 2020 risultavano 704 risultati totali

✓ Per **Scopus e Web of Science**

("Global Health" OR "Health Inequity" OR "Right to health" OR "social determinant of health" OR "cultural competence" OR "migrant health" OR "refugee health") AND ("undergraduate medical education" OR "health professional education" OR "academic education")

A dicembre 2020 risultavano 325 risultati totali in Scopus e 70 risultati totali in WOS.

¹⁰ Tratto da: Bodini 2018

Sono stati inseriti nell'analisi bibliografica articoli sia relativi al racconto di esperienze formative sia di elaborazioni teoriche relative alla formazione:

- ✓ riguardanti le tematiche della *Global Health*, *Social Determinants of Health*, *Migrant and refugee health*, *Health Equity*, *Cultural competence*, *Global Health ethics*, *international health electives*;
- ✓ svolte durante i corsi di laurea o i corsi di specializzazione;

Alcuni articoli sono stati individuati tramite *snowball research*. Sono stati inoltre inseriti documenti/rapporti disponibili sul WEB (*grey literature*) relativi al tema. È stato creato un file Excel all'interno del quale sono stati inseriti i lavori di maggiore interesse.

Gli articoli sono stati catalogati in base a:

- ✓ anno di pubblicazione;
- ✓ giornale di pubblicazione;
- ✓ paese di provenienza degli autori;
- ✓ importanza (attribuendo punteggio 0 alle esperienze locali di basso interesse per chi scrive e punteggio 1 agli articoli con inquadramento teorico, mappature a livello nazionale, esperienze locali di alto interesse per chi scrive);
- ✓ trattamento delle *GH Competencies*¹¹;
- ✓ trattamento di aspetti relativi a corsi in SG o sui *Social Determinants of Health/ Health Equity*;
- ✓ mappature di corsi di SG a livello nazionale;
- ✓ aspetto degli *International Health Elective*;
- ✓ aspetto della formazione interprofessionale;
- ✓ aspetto della *Cultural Competence*;
- ✓ aspetto della *Migrant and Refugee's Health*;
- ✓ presenza di metodologie didattiche innovative;
- ✓ presenza di metodologie di valutazione degli studenti;
- ✓ tipologia di articolo (se teorico o di ricerca).

1.2.2 Risultati e focus sulle *Global Health Competencies*

Sono stati selezionati un totale di 241 articoli scientifici (vedi allegato 1) e 10 pubblicazioni rilevanti di altro tipo (rapporti, letteratura grigia) relative alla formazione in SG. Il 56% degli articoli scientifici sono stati

¹¹ Le *competencies* nell'ambito della formazione medica vengono definite da Jason ed altri (Jason 2010) come "osservabili abilità di un professionista sanitario, che integrano diversi componenti come conoscenze, capacità, valori e attitudini".

pubblicati tra il 2014 e il 2018. Oltre il 53% (128) degli articoli sono stati inoltre pubblicati da autori statunitensi.

15 pubblicazioni sono quelle relative alla mappatura di offerte formative in SG a livello di diversi paesi (Izadnegahdar 2008; Rowson 2012; Khan 2013; Harmer 2015; Ehn 2015; Bessette 2016; Kaffes 2016; Hau 2017; Velden 2017; Pati 2017; Al-Shakarchi 2019; Clarke 2019; Matthes 2020; Jacobsen 2020; Lewis 2020) e 23 sono quelle che trattano il tema delle *GH Competencies*.

Un focus specifico può essere fatto sugli articoli che trattano le *GH Competencies*, di cui si riportano i più significativi.

Nel 2006 a livello degli Stati Uniti e del Canada viene pubblicata una guida per sviluppare curricula formativi relativi alla SG, con la collaborazione del *Global Health Education Consortium*, dell'associazione *Ride for the World Health*, delle associazioni studentesche IFMSA-USA (*International Federation of Medical Students' Associations-USA*), dell'AMSA (*American Medical Student Association Global Health Action Committee*). (Evert 2006)

Gli argomenti del curriculum formativo che vengono evidenziati sono riportati di seguito.

- I diritti umani, con riferimento a:
 - o la dichiarazione universale dei diritti umani;
 - o il *framework* su diritti umani e salute;
 - o etica e diritti umani;
 - o legge e diritti umani.
- I determinanti sociali di salute, e in particolare:
 - o fondamenti di economia e salute;
 - o povertà e salute;
 - o disuguaglianza di reddito e salute.
- Politica, commercio e salute:
 - o Il ruolo del WHO (*World Health Organization* - Organizzazione Mondiale della Sanità) e dell'UNAIDS (*Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* - il Programma Congiunto delle Nazioni Unite su HIV e AIDS);
 - o il ruolo del WTO (*World Trade Organization* - Organizzazione Mondiale del Commercio), della WB (*World Bank* - Banca Mondiale), del IMF (*International Monetary Fund* - Fondo Monetario Internazionale), GATT (*General Agreement on Tariffs and Trade* - Accordo generale sulle tariffe doganali ed il commercio), i TRIPS (*the Agreement on Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights* - Accordo sugli aspetti commerciali dei diritti di proprietà), gli altri accordi commerciali;
 - o il ruolo delle Organizzazioni Non Governative;

- il ruolo dei governi.
- Il *Global Burden of Disease*, con particolare riferimento a:
 - accesso all'acqua, alimentazione e salute infantile;
 - HIV/AIDS/TB;
 - malattie trasmissibili;
 - patologie croniche, incidenti e violenze;
 - come misurare la salute della popolazione.
- I sistemi sanitari:
 - i modelli occidentali di sistemi sanitari;
 - i modelli di assistenza sanitaria basati sulla comunità;
 - la partecipazione e l'*empowerment*;
 - la ricerca *evidence based* relativa all'accesso all'assistenza sanitaria e alla salute;
 - gli interventi di sanità pubblica: vaccinazioni, eradicazioni, approcci di popolazione.
- Ambiente e salute:
 - i disastri naturali e il soccorso in contesti di disastri naturali;
 - i disastri provocati dall'uomo: le guerre, violenze, il carico delle tossine globali;
 - le migrazioni, i viaggi e le interazioni globali.

Sanson-Fisher, Williams e Outram evidenziano sulla rivista *Medical Teacher* nel 2008 (Sanson Fisher 2008) la necessità di far impegnare le scuole di medicina nell'ambito del contrasto alle diseguaglianze in salute. Gli autori individuano in particolare 5 aspetti su cui intervenire:

1. la selezione degli studenti, con attenzione a scegliere gli studenti da vari *background* proprio per ragioni di equità sociale;
2. i contenuti del curriculum formativo (con particolare riferimento alla possibilità di fare esperienza di contesti di marginalità sociale che potrebbero stimolare gli studenti a diventare attivisti della salute);
3. la possibilità di sperimentare contesti di assistenza sanitaria primaria o di comunità;
4. la ricerca nel settore delle diseguaglianze in salute;
5. la presenza di un numero proporzionato di ricercatori e professori che si occupino delle diseguaglianze in salute.

Gli autori propongono di classificare i Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia in base a questi criteri e alle loro azioni in questi ambiti

Una delle prime revisioni di letteratura relativa al tema delle *GH Competencies* è quella pubblicata nel 2010 da Battat e colleghi (Battat 2010). Dagli 11 articoli selezionati che affrontavano tale aspetto sono state individuate quindici *Competencies*, di cui le seguenti nominate in più di un articolo:

- comprensione del *Global Burden of Disease*;
- medicina dei viaggi;
- diseguaglianze nell'assistenza sanitaria tra paesi;
- salute e migrazione;
- assistenza sanitaria di base in diversi contesti culturali;
- capacità di interagire con popolazioni, culture e sistemi sanitari diversi.

Altre *Competencies* erano menzionate solo da un articolo:

- sviluppare un senso di responsabilità sociale;
- saper riconoscere il contrasto tra l'erogazione dell'assistenza sanitaria e le aspettative dei pazienti;
- umanesimo;
- saper riconoscere le conseguenze scientifiche e sociali dei cambiamenti globali;
- argomenti di governance globale;
- costo del cambiamento ambientale;
- imparare a raccogliere anamnesi e ad effettuare l'esame obiettivo in paesi a basso reddito;
- imparare ad effettuare diagnosi senza il supporto di tecnologie avanzate.

L'articolo mette anche in evidenza le diverse metodologie didattiche utilizzate, sia a livello nazionale che per esperienze internazionali.

Nel 2010 il *Royal College of Physicians* inglese pubblica un documento dal titolo: *How doctors can close the gap. Tackling the social determinants of health through culture change, advocacy and education* (Atkinson 2011). Nel testo vengono esposte specifiche raccomandazioni elaborate per il contrasto delle diseguaglianze in salute da parte degli operatori sanitari. Tali raccomandazioni seguono tre specifici assi di intervento:

- cambiare le prospettive: si sottolinea la necessità, da un lato un cambiamento culturale volto a riconsiderare il ruolo del singolo medico, che da semplice "tecnico del corpo umano" deve diventare soggetto attivo nella promozione e protezione della salute, anche attraverso la lotta alle disuguaglianze. Dall'altro, è richiesta un'attiva collaborazione e una forte interazione tra i professionisti appartenenti ai settori sanitari e sociali, per sviluppare insieme, grazie alla condivisione di informazioni ed esperienze, efficaci strategie di contrasto.
- Cambiare il sistema: i professionisti sanitari dovrebbero coinvolgersi maggiormente in quegli interventi non strettamente di tipo sanitario che influiscono sulle diseguaglianze in salute, sia a livello del singolo paziente sia a livello delle politiche.
- Cambiare la formazione: Gli studenti dovrebbero essere in grado di leggere gli eventi patologici anche attraverso la lente dei determinanti di salute e individuare così le loro cause più remote. Questo deve essere realizzato mediante un approccio metodologico che combini l'apprendimento teorico con

esperienze pratiche sul campo, così che gli studenti possano conoscere e sperimentare le diverse condizioni che influenzano lo stato di salute di individui e comunità.

Nel 2011 Bozorgmehr ed altri autori hanno proposto un *framework* per la formazione in SG (Bozorgmehr 2011) descrivendo i seguenti campi:

- **OBIETTIVI:** approfondire le forze sociali, economiche, politiche e culturali che influenza la salute nel mondo, conoscere i bisogni di salute nei paesi a basso reddito, approfondire l'impatto della globalizzazione.
- **ORIENTAMENTO:** verso la salute per tutti e l'equità in salute.
- **METODOLOGIA:** interdisciplinare, bottom-up e orientata sui problemi.
- **OUTCOME:** formare professionisti che comprendano come il loro lavoro a livello locale può essere collegato con azioni più ampie per avere un impatto sui determinanti sociali di salute a diversi livelli.

Rowson e colleghi (Rowson, Willot 2012) si sono chiesti se le definizioni fino ad allora disponibili di SG esaurivano il dibattito sul tema ed hanno individuato tre ambiti nei quali era necessario fare chiarezza.

Il primo riguarda l'oggetto della conoscenza nel campo della SG sia in termini di portata geografica sia in termini di argomenti. In particolare gli autori si sono chiesti quali siano gli argomenti di SG che riguardano più nazioni, così come indicato nella definizione di SG di Koplan (Koplan). Certamente si fa riferimento agli aspetti correlati al *Global Burden of Disease* ma questa visione potrebbe essere limitata. Come già scritto da altri (Bozorgmehr 2010) si possono individuare i determinanti di salute sopraterritoriali che possono avere influenza in molti contesti, anche se in modi diversi. Dunque, oltre agli aspetti globali comuni, uno spazio dovrebbe essere lasciato anche per le specificità dei diversi contesti locali; inoltre si può affermare che l'obiettivo della conoscenza in SG può cambiare anche in base alla posizione e all'interesse delle persone coinvolte.

Il secondo ambito su cui fare chiarezza riguarda il tipo di conoscenza, come questa implichi un'esperienza sul campo anche con un approccio interdisciplinare ed interprofessionale, superando una visione che poggia esclusivamente sulla sanità pubblica. Viene sottolineato come sia vitale che la SG non veda gli interventi tecnici come delle bacchette magiche per migliorare la vita delle persone nel mondo. Per questo discipline come la sociologia, l'economia, le scienze politiche, l'antropologia dovrebbero essere coinvolte nella riflessione sulla SG per sfidare i pregiudizi esistenti sulle diverse forme di conoscenza. Tale approccio interdisciplinare è importante non solo nel campo della ricerca e della pratica ma anche in quello dell'insegnamento della SG, per comprendere come diversi fattori a livello individuale e a livello di popolazione siano collegati con la salute.

Il terzo ambito da approfondire è relativo allo scopo della conoscenza in SG e dunque agli obiettivi e ai valori correlati con una visione di SG. Gli autori sottolineano come spesso lo scopo della SG sia correlato con la riduzione delle disuguaglianze e il raggiungimento dell'equità in salute. A loro avviso questo non dovrebbe

essere preso come un dato di fatto ma dovrebbe essere oggetto di dibattito, lasciando la definizione di SG neutrale rispetto a tali valori. Questo dovrebbe avvenire anche allo scopo di favorire lo sviluppo dello spirito critico e di riflessione degli studenti

Rowson e colleghi (Rowson 2012) hanno inoltre individuato tre categorie di medici impegnati nell'ambito della SG:

- ✓ “medico globalizzato”, che riguarda tutti i professionisti;
- ✓ “medico umanitario” che riguarda quanti sono interessati ad impegnarsi in contesti diversi da quello di origine;
- ✓ “medico politico”, per coloro che desiderano impegnarsi a livello nazionale in istituzioni come i Ministeri della Salute o in istituzioni internazionali su temi della ricerca in SG, dell'aiuto, della governance.

Per la formazione di base gli autori suggeriscono di inserire all'interno del core curriculum argomenti quali i profili di salute e di malattia a livello globale, la globalizzazione e i suoi effetti sulla salute e sui sistemi sanitari, la comparazione di diversi tipi di sistemi sanitari. Un ruolo importante può anche essere svolto dai moduli a scelta dello studente e da esperienze a livello internazionale.

Sempre nel 2012 Peluso ed altri autori hanno riportato in un articolo (Peluso 2012) i cinque temi centrali di cui si era discusso in un primo meeting svoltosi a Bellagio nel 2008 relativo alla formazione in SG. I temi individuati erano:

- definizione e ambiti della SG;
- competenze in SG nella formazione prelaurea;
- relazioni tra i Corsi di Laurea in Medicina con programmi internazionali;
- principi guida per il posizionamento internazionale degli studenti di medicina;
- valutazione delle esperienze in SG.

Per quanto riguarda la definizione di SG, sono state individuate alcune componenti chiave che dovrebbero essere inclusi in tale definizione:

- il principio dell'equità in salute, e della salute per tutti;
- l'implementazione a livello globale della medicina preventiva, di un approccio di sanità pubblica e di *primary care*;
- l'interazione tra diverse branche della medicina, le professioni sanitarie, la sanità pubblica e gli aspetti amministrativi;
- l'applicazione di un approccio cross-culturale che:
 - è legato ad una conoscenza di base che coinvolge diverse discipline (antropologia medica, geografia, medicina, medicina tropicale);
 - comprende la capacità di lavorare con esperti di diverse discipline (ad es. ingegneria, agricoltura).

È stata inoltre sottolineata l'importanza di distinguere la SG dalla 'salute internazionale', legata più al confronto tra i sistemi sanitari di diversi paesi.

Per quanto riguarda le competenze in SG, vengono distinte quelle a livello generale e quelle a livello locale.

Per quelle di tipo generale, applicabili in ogni paese, si distinguono:

- *competenze individuali:*
 - competenza cross-culturale;
 - abilità di comunicazione e linguistiche;
 - comprensione del *Burden of Disease*;
 - capacità di *problem solving* con risorse limitate;
 - capacità di identificare i determinanti sociali e ambientali della salute;
 - capacità di riconoscere le disuguaglianze in salute e i loro effetti a livello della salute individuale;
 - capacità di lavorare in équipe;
 - professionalità e comportamento guidato da principi etici;
 - consapevolezza dei requisiti richiesti a chi lavora nell'ambito della SG;
- *competenze di comunità:*
 - capacità di condurre uno studio di popolazione;
 - capacità di applicare conoscenze relative alla medicina preventiva;
 - comprendere l'impatto della migrazione e della marginalità sociale sulla salute;
 - comprendere il ruolo e chi sono i principali attori di SG;

Per le competenze a livello locale sono state individuate:

- conoscenza della storia locale, della cultura, delle strutture sociali, della politica;
- conoscenza del servizio sanitario;
- conoscenza della terminologia medica locale.

Tutti i partecipanti al meeting hanno concordato che la più importante competenza di SG è avere un approccio di umiltà culturale, che consiste nel rispetto e nella curiosità verso le altre culture, da vivere sia nella relazione tra *caregiver* e paziente sia nella relazione tra professionisti di diverse culture.

Per quanto riguarda l'aspetto della valutazione delle esperienze di SG, si sottolinea come la valutazione dovrebbe coinvolgere sia l'aspetto individuale, che l'intero programma e l'impatto che il programma ha avuto. Dovrebbe essere fatta inoltre una valutazione dei partecipanti con metodi qualitativi, come forme di riflessione o di medicina narrativa. Le competenze di SG dovrebbero essere collegate con gli *outcomes* e gli obiettivi formativi che si vorrebbero raggiungere, e tali obiettivi, con relativi indicatori, dovrebbero essere adattati al contesto locale.

Nel 2012 in un articolo pubblicato su Lancet (Johnson 2012) sono stati proposti gli obiettivi formativi in SG da inserire obbligatoriamente nel curriculum formativo di tutti gli studenti di medicina. Tali obiettivi formativi sono elencati di seguito:

✓ *Global burden of disease:*

- conoscere la diffusione globale delle patologie croniche e delle patologie trasmissibili;
- conoscere l'impatto dei viaggi internazionali e delle migrazioni sulla salute delle popolazioni;
- conoscere le cause e le modalità di controllo delle epidemie globali.

✓ *Determinanti socioeconomici e ambientali di salute:*

- acquisire consapevolezza dei determinanti di salute non clinici, incluse le disuguaglianze sociali, politiche, ambientali e di genere;
- saper riconoscere le disuguaglianze in salute presenti a livello locale e globale;
- descrivere come l'ambiente e la salute interagiscono a livello globale.

✓ *Sistemi sanitari:*

- conoscere i componenti essenziali di un sistema sanitario;
- conoscere i diversi modelli di sistemi sanitari a livello mondiale;
- conoscere le cause e le dimensioni delle disuguaglianze nella distribuzione degli operatori sanitari a livello mondiale.

✓ *Governance di salute globale:*

- acquisire consapevolezza della complessità della governance di SG, incluso il ruolo delle organizzazioni internazionali, il settore commerciale e la società civile;
- discutere il ruolo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità come organismo internazionale rappresentativo nel campo della salute per i diversi governi nazionali;
- discutere come la ricerca correlata alla salute è condotta e governata a livello globale.

✓ *Diritti umani e aspetti etici:*

- rispettare la dignità e i diritti di ogni persona senza discriminazioni e fornire assistenza "compassionevole" per tutti;
- esaminare come i framework legali internazionali hanno impatto sulle modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria a livello nazionale;
- discutere criticamente il concetto di diritto alla salute;
- descrivere i bisogni sanitari dei gruppi vulnerabili e dei migranti;
- discutere il ruolo dei medici come portavoce/ difensori dei pazienti, inclusa l'importanza di rendere i bisogni di salute prioritari rispetto ad altre preoccupazioni ed aderire ai codici professionali di condotta.

✓ *Diversità culturale e salute:*

- dimostrare di comprendere che la cultura è importante e può influenzare il comportamento e nello stesso tempo essere consapevoli del rischio di pensare che qualcuno di un certo gruppo sociale si comporterà certamente in un certo modo;
- comunicare in maniera efficace con le persone di diversi background etnici, religiosi e sociali, usando aiuti esterni dove necessario;
- saper lavorare in modo efficace con i colleghi di diversi background etnici, religiosi e sociali.

Negli obiettivi formativi individuati dal *General Medical Council* (GMC 2018) e pubblicati nel 2018 non sono stati inseriti in toto gli obiettivi sopra elencati, ma nel documento è possibile ritrovarne alcuni. Il documento, evidenziando l'importanza per i futuri medici di applicare i principi delle scienze sociali, sottolinea come sia necessario "riconoscere i fattori sociali che influenzano l'*illness*, il decorso della patologia a livello clinico ed il successo del trattamento e saper applicare questo all'assistenza dei pazienti. È inoltre importante includere aspetti correlati con i determinanti sociali di salute, le disuguaglianze in salute, il legame tra lavoro e salute e gli effetti della povertà e della ricchezza". Parlando poi della prevenzione e della promozione della salute, si sottolinea come i futuri medici debbano saper valutare i determinanti di salute e malattia e i cambiamenti nell'erogazione dell'assistenza sanitaria e nella pratica medica in una prospettiva globale e spiegare l'impatto che i cambiamenti globali possono avere a livello della salute e del benessere locale.

Nel 2015 Jogerst (Jogerts 2015) e colleghi avevano evidenziato quattro diversi livelli di competenza relativi alla SG ed esposto la prima edizione del *Global Health Education Competencies Toolkit*, rivisto poi nel 2018.

I livelli di competenza individuati sono stati:

- ✓ livello I del "cittadino globale" relativo a tutti gli studenti universitari che incrociano ambiti di azione relativi alla SG;
- ✓ livello II "esplorativo" di chi si sta iniziando ad interessare alla SG;
- ✓ livello III "operativo di base" per chi vuole impegnarsi per un certo periodo di tempo ma non pensa ad una carriera in SG;
- ✓ livello IV "avanzato" di chi pensa di impegnarsi professionalmente a livello di SG.

Nel 2018 il *Consortium of Universities for Global Health* (CUGH) ha pubblicato la seconda edizione del *Global Health Education Competencies Toolkit* (CUGH 2018) nel quale vengono individuati 11 ambiti principali, per ciascuno dei quali vengono individuate competenze specifiche.

Le competenze individuate per il livello di "cittadino globale" (che dovrebbero essere raggiunte da tutti) sono segnate nella colonna a sinistra. (vedi tabella 1)

Tabella 1: *Global Health Education Competencies* individuate dal CUGH per il livello del Cittadino globale

² 11 AMBITI DI GLOBAL HEALTH E RELATIVE COMPETENZE – <i>Global Health Education Competencies Toolkit</i>	Livello del cittadino globale
Ambito 1: Il carico globale delle malattie (<i>Global Burden of Diseases</i>)	
1.A Descrivere le principali cause di morbidità e di mortalità nel mondo, e come il rischio varia nelle diverse regioni del mondo	X
1.B Descrivere i principali sforzi di sanità pubblica per ridurre le disuguaglianze in salute (come gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile e il <i>Global Fund</i> per combattere AIDS, TB e Malaria)	X
1.C Valutare lo stato di salute della popolazione utilizzando i dati disponibili	
Ambito 2: Globalizzazione della salute e dell'assistenza sanitaria	
2.A Descrivere i differenti modelli di sistemi sanitari e il loro effetto sulla salute e sulla spesa per l'assistenza sanitaria	
2.B Descrivere come gli andamenti globali nella pratica dell'assistenza sanitaria, nel commercio, nella cultura, negli accordi e nelle organizzazioni multinazionali contribuiscono alla qualità e disponibilità della salute e dell'assistenza sanitaria a livello locale e internazionale.	
2.C Descrivere come i viaggi e il commercio contribuiscono alla diffusione delle malattie trasmissibili e delle croniche	X
2.D Descrivere l'andamento globale della disponibilità e dei movimenti dei lavoratori nel campo dell'assistenza sanitaria	
Ambito 3: I determinanti sociali ed ambientali della salute	
3.A Descrivere come il contesto culturale influenza la percezione della salute e della malattia	X
3.B Elencare i principali determinanti sociali ed economici della salute e il loro impatto sull'accesso e sulla qualità dei servizi sanitari e sulle differenze di mortalità e morbidità tra paesi e all'interno dei paesi	X
3.C Descrivere la relazione tra l'accesso e la qualità dell'acqua, degli impianti igienici, del cibo e dell'aria sulla salute della popolazione	X
Ambito 4: Rafforzamento delle capacità	
4.A Collaborare con i partner per valutare la capacità operativa dell'organizzazione	
4.B Progettare con la comunità strategie per rafforzare le capacità comunitarie e contribuire alla riduzione delle disuguaglianze in salute e al miglioramento della salute comunitaria	
4.C Integrare i beni e le risorse comunitarie per migliorare la salute degli individui e della popolazione	
Ambito 5: Collaborazione, lavorare in partnership, comunicazione	
5.A Includere rappresentanti di diverse realtà nelle partnership comunitarie e incoraggiare con i partner l'apprendimento interattivo	
5.B Sviluppare la diplomazia e costruire la fiducia con i partner comunitari	
5.C Comunicare lezioni congiunte apprese ai partner comunitari	
5.D Conseguire capacità comunicative e di collaborazione interprofessionale che dimostrano rispetto e consapevolezza delle singole culture, valori, ruoli, responsabilità ed esperienze degli altri professionisti nei gruppi di lavoro in salute globale	X
5.E Conoscere i limiti delle proprie capacità, conoscenze e abilità	
5.F Applicare le pratiche della leadership per supportare pratiche collaborative e l'efficacia del team.	

Ambito 6: etica	
6.A Dimostrare una comprensione e un'abilità di risolvere i comuni problemi etici e le sfide che nascono lavorando in diversi contesti economici, politici e culturali così come nel lavorare con popolazioni vulnerabili ed in luoghi con scarse risorse	
6.B Dimostrare consapevolezza dei codici etici nazionali e locali rilevanti per l'ambiente di lavoro	
6.C Applicare come principio fondamentale gli standard internazionali per la protezione delle persone umane in diversi contesti culturali	
Ambito 7: pratica professionale	
7.A Dimostrare integrità, considerazione e rispetto per gli altri in tutti gli aspetti della pratica professionale	
7.B Individuare le barriere per la salute e l'assistenza sanitaria in contesti a scarse risorse, a livello locale e internazionale	X
7.C Dimostrare abilità nell'adattare la clinica o le abilità e la pratica specifiche delle diverse discipline in contesti a scarse risorse	
Ambito 8: equità in salute e giustizia sociale	
8.A Applicare i principi della giustizia sociale e dei diritti umani nell'affrontare i problemi di salute globale	
8.B Implementare strategie per coinvolgere le popolazioni vulnerabili e ai margini nel prendere decisioni relative alla loro salute e al loro benessere	
8.C Dimostrare una comprensione di base della relazione tra salute, diritti umani e disuguaglianze globali	X
8.D Descrivere il ruolo del WHO nel collegare la salute e i diritti umani, la dichiarazione universale dei diritti umani e le Linee Guida Etiche internazionali per la ricerca biomedica che coinvolge la persona umana	
8.E Dimostrare un impegno di responsabilità sociale	X
8.F Sviluppare una comprensione e consapevolezza della crisi degli operatori sanitari nei paesi in via di sviluppo, i fattori che la causano e le strategie per affrontare il problema	
Ambito 9: Management della programmazione	
9.A Pianificare, implementare e valutare programmi evidence based	
9.B Applicare le tecniche di project management attraverso le pianificazioni dei programmi, l'implementazione e la valutazione	
Ambito 10: consapevolezza socioculturale e politica	
10.A Descrivere i ruoli e le relazioni delle principali entità che influenzano la salute globale e lo sviluppo dei popoli	X
Ambito 11: analisi strategica	
11.A Identificare come i fattori demografici e altri fattori principali possono influenzare andamenti di morbidità, mortalità e disabilità in determinate popolazioni	
11.B Condurre una valutazione dei bisogni di salute di una comunità	
11.C Condurre un'analisi situazionale in diversi contesti culturali, economici e sanitari	
11.D Progettare interventi sanitari specifici in base all'analisi situazionale	

Stuhlmiller e Tolchard (Stuhlmiller 2018) hanno elaborato una scala di autovalutazione per gli studenti rispetto alla conoscenza degli 11 ambiti individuati dal CUGH, per ognuno dei quali sono state individuate due domande. Le risposte sono date utilizzando una scala di Likert a 4 punti, che va dal non essere per niente in grado (1) all'essere completamente in grado di rispondere all'item indicato. La scala è composta come mostrato in tabella 2.

Tabella 2: scala di autovalutazione per gli studenti rispetto alla conoscenza degli 11 ambiti individuati dal CUGH

SCALA DI AUTOVALUTAZIONE PER GLI STUDENTI RISPETTO AGLI 11 AMBITI DI GH COMPETENCIES
Ambito 1. Il carico globale delle malattie (<i>Global Burden of Diseases</i>):
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sono in grado di descrivere le principali cause di morbidità e di mortalità nel mondo e le loro variazioni nei paesi ad alto, medio e basso reddito e dove si colloca in questo contesto la popolazione con la quale mi impegno; ✓ Sono in grado di descrivere i principali sforzi di sanità pubblica per ridurre le diseguaglianze in salute, in particolare per la popolazione con la quale mi impegno.
Ambito 2. Globalizzazione della salute e dell'assistenza sanitaria:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sono in grado di descrivere i principali modelli di sistemi sanitari e il loro effetto sulla salute, ed in particolare il sistema sanitario presente nel contesto dove opero. ✓ Sono in grado di descrivere l'andamento globale della disponibilità e dei movimenti dei lavoratori nel campo dell'assistenza sanitaria in particolare per il contesto nel quale opero.
Ambito 3. i determinanti di salute sociali ed ambientali:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sono in grado di elencare i principali determinanti sociali ed economici della salute e il loro impatto sull'accesso e sulla qualità dei servizi sanitari e sulle differenze di mortalità e morbidità tra paesi e all'interno dei paesi, in particolare per la popolazione con la quale mi impegno. ✓ Sono in grado di descrivere come il contesto culturale influenza la percezione della salute e della malattia, sia in generale sia nella popolazione nella quale opero.
Ambito 4. Rafforzamento delle capacità:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sono in grado di collaborare con il paese ospite e con i partner per valutare le conoscenze, le abilità e le risorse necessarie per rafforzare la capacità operativa dell'organizzazione. ✓ Sono in grado di identificare e progettare con la comunità strategie per rafforzare le capacità comunitarie e contribuire alla riduzione delle diseguaglianze in salute.
Ambito 5. Collaborazione, lavorare in partnership, comunicazione:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sono in grado di favorire la fiducia, comunicare e lavorare in modo efficace con i partner e all'interno del team. ✓ Sono in grado di avere valori e abilità che dimostrano rispetto e consapevolezza delle singole culture, valori, ruoli, responsabilità ed esperienze degli altri professionisti e gruppi che lavorano nell'ambito della salute globale e per la popolazione nella quale mi impegno.

Ambito 6. Etica:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sono in grado di dimostrare una comprensione e un'abilità di risolvere i comuni problemi etici e le sfide che nascono lavorando in diversi contesti economici, politici e culturali così come nel lavorare con popolazioni vulnerabili ed in luoghi con scarse risorse. ✓ Sono in grado di dimostrare consapevolezza dei codici etici nazionali e locali rilevanti per l'ambiente di lavoro.
Ambito 7. Pratica professionale:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sono in grado di individuare le barriere per la salute e l'assistenza sanitaria in contesti a scarse risorse, a livello locale e internazionale. ✓ Sono in grado di adattare la clinica o le abilità e la pratica specifiche delle diverse discipline in contesti a scarse risorse.
Ambito 8. Equità in salute e giustizia sociale:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sono in grado di coinvolgere le popolazioni vulnerabili e ai margini nel prendere decisioni relative alla loro salute e al loro benessere. ✓ Sono in grado di identificare e valutare i trend economici globali, le forze e le politiche che influenzano gli indicatori di salute globale.
Ambito 9. Management della programmazione:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sono in grado di pianificare, implementare e valutare programmi <i>evidence based</i>. ✓ Sono in grado di applicare le tecniche di project management attraverso le pianificazioni dei programmi, l'implementazione e la valutazione.
Ambito 10. Consapevolezza socioculturale e politica:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sono in grado di descrivere i ruoli e le relazioni delle principali entità che influenzano la salute globale e lo sviluppo dei popoli. ✓ Sono in grado di identificare e valutare potenziali cause (micro e macro) dell'emarginazione e delle disuguaglianze legate alla salute globale.
Ambito 11. Analisi strategica:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sono in grado di condurre una valutazione dei bisogni di salute di una comunità. ✓ Sono in grado di condurre un'analisi situazionale in diversi contesti culturali, economici e sanitari e di progettare interventi sanitari specifici in base all'analisi situazionale.

Nel 2015 si sono riuniti a Bellagio esponenti di diverse università da paesi a basso, medio ed alto reddito per partecipare alla *Bellagio Global Health Education Initiative (BGHEI)* (Peluso 2017). L'obiettivo dell'iniziativa era quello di aiutare i formatori ad ampliare le proprie conoscenze e stimolarli a riconoscere l'importanza e la priorità da dare alla formazione in SG. Un obiettivo specifico era quello di individuare argomenti fondamentali del curriculum in SG che potessero essere validi in ogni paese. L'obiettivo a medio-lungo termine era quello di supportare lo sviluppo di opportunità eque ed etiche per coinvolgere studenti di medicina in tutto il mondo sulle tematiche relative alla SG favorendone l'inserimento a livello dei Corsi di Laurea. Per SG in tale iniziativa veniva inteso un campo dell'assistenza sanitaria che aveva le sue radici nel concetto di equità in salute, collaborazione e pratica multidisciplinare e interazione cross-culturale.

Una prima indicazione data dalla BGHEI è stata di distinguere le attività in SG svolte nel proprio contesto di formazione (*home site*) e quelle svolte in un contesto diverso dal proprio (*away site*). I partecipanti hanno

sottolineato inoltre la necessità di valorizzare l'esperienza dei professionisti nei paesi a basso e medio reddito per individuare i contenuti di un curriculum universale in SG; è stato evidenziato che le decisioni relative ai curricula universitari devono tenere conto delle pratiche e degli input locali. È stato inoltre condiviso come l'approccio alla SG basato solo su brevi esperienze fatte a scelta dagli studenti sia insufficiente, sia perché non viene riconosciuto che alcuni principi visti come unici e specifici per la SG (come l'impatto delle disuguaglianze in salute o la capacità di comunicare con pazienti di diverse culture) sono entrati ora al centro della pratica medica sia perché esperienze di questo tipo sono insufficienti per chi vuole avere una carriera in SG. I Corsi di Laurea in Medicina dovrebbero venire incontro ad entrambi i tipi di studenti, distinguendo per ogni argomento di SG un livello di conoscenze di base ed un livello di conoscenze specialistico. I partecipanti hanno riconosciuto l'importanza del protagonismo degli studenti e del curriculum nascosto che possono sperimentare nei diversi contesti di SG. È stato inoltre riconosciuto il potenziale trasformativo della formazione in SG per sviluppare agenti di cambiamento. Per quanto riguarda la valutazione delle esperienze di SG, è stata sottolineata l'importanza della riflessione e di momenti di debriefing e condivisione. L'apprendimento basato sulla riflessione (che può avvenire ad esempio invitando a tenere un diario dell'esperienza) incoraggia e rafforza gli studenti ad analizzare criticamente le loro aspettative ed esperienze. Alcune domande sono rimaste aperte: come è possibile includere partner da paesi a medio e basso reddito per elaborare i curricula relativi alla formazione in SG? Come è possibile coinvolgere ed integrare aspetti interdisciplinari all'interno di questi curricula? Come distinguere tra studenti che vogliono perseguire una carriera in SG e studenti che non sono interessati a questo? Quale è il modo migliore per strutturare metodi di valutazione basati sulla riflessione e sui momenti di debriefing, e come valutarli effettivamente?

Nel 2017 White e colleghi (White 2017) attraverso una revisione narrativa della letteratura hanno indicato alcune competenze essenziali per gli studenti che sono coinvolti nelle *Short Term Experience in Global Health*, tirocini elettivi generalmente di breve durata per studenti, neolaureati e specializzandi (in particolare per alcune specializzazioni). Gli ambiti individuati sono sei, ognuno dei quali comprende da due a cinque competenze (per un totale di 20) che possono essere formalmente insegnate: il contesto di ricerca, la domanda della ricerca e il metodo stesso della ricerca, l'etica della ricerca, la conduzione della ricerca, la disseminazione dei risultati e la sostenibilità.

Drain e colleghi (Drain 2017) hanno condotto una revisione sistematica sui programmi universitari esistenti che offrivano un *bachelor* in SG. Sono state individuate sette università che nel 2016 offrivano a studenti non laureati una tale offerta formativa. Da una valutazione dei programmi e da un focus group con i rappresentanti di sei dei sette corsi sono emerse le raccomandazioni espresse di seguito.

- ✓ Indicare obiettivi formativi chiari fin dall'inizio del programma, che dovrebbero includere:
 1. Formare gli studenti ai principali concetti, strumenti e *frameworks* concettuali di SG;

2. preparare gli studenti a lavorare con diversi tipi di organizzazione o a partecipare a programmi formativi postlaurea relativi alla SG;
 3. rendere capaci gli studenti di comprendere le implicazioni degli eventi internazionali e le condizioni correlate alle diseguaglianze in salute e ai determinanti sociali di salute;
 4. sviluppare le capacità degli studenti di analizzare la crescente complessità e interrelazione della globalizzazione, del cambiamento climatico, dello sviluppo economico, delle forze politiche che influenzano la SG;
 5. incoraggiare gli studenti a partecipare a iniziative appropriate e sostenibili il cui obiettivo è di far crescere gli standard di vita, migliorare la salute e in benessere e ridurre le diseguaglianze nella propria nazione di origine e a livello internazionale.
- ✓ Costruire programmi formativi partendo da un livello di formazione pari ad un *certificate* o un *minor degree*¹².
 - ✓ Considerare le sfide logistiche e di programmazione collegate alla collaborazione tra dipartimenti universitari.
 - ✓ Rafforzare le partnership in SG sia a livello locale che a livello internazionale, dal momento che è importante fare esperienza per gli studenti di entrambi i contesti, nei quali si possono sperimentare le diseguaglianze in salute.
 - ✓ Facilitare ed incoraggiare esperienze di tirocinio per gli studenti, in diversi contesti.
 - ✓ Considerare il rapporto rischio/beneficio esistente nell'offrire agli studenti esperienze formative internazionali (in particolare quando tali esperienze non sono accompagnate da una supervisione).
 - ✓ Assicurare una consapevolezza legata alle tematiche etiche e la promozione di pratiche etiche. Gli studenti dovrebbero essere incoraggiati a mantenere un senso di umiltà nel dialogo interculturale.

Adams e colleghi (Adams 2016) hanno sottolineato come il campo della SG sia soprattutto centrato attorno al tema delle diseguaglianze in salute e come queste siano presenti non solo a livello internazionale, ma anche nel paese dove ciascuno vive. Per questo motivo è necessario assicurarsi che gli studenti comprendano bene il concetto di diseguaglianza e di equità in salute. Secondo l'opinione degli autori, la maggioranza degli studenti è mossa dal desiderio di raggiungere l'equità in salute per tutti ed in un futuro il termine "equità in salute" genererà un entusiasmo maggiore del termine SG.

Focalizzandosi poi soprattutto sulla formazione in SG con una prospettiva di esperienze internazionali, gli autori hanno individuato quello che dovrebbero essere i componenti principali di un'equa pratica formativa:

- ✓ coinvolgere team interdisciplinari e preparare ad un lavoro di rispetto e collaborazione;

¹² Un *minor degree* viene definito come un corso su uno specifico argomento al quale vengono riconosciuti tra i 18 e i 30 crediti universitari. Un *certificate* è un insieme di lezioni su uno specifico tema al quale vengono riconosciuti tra i 15 e i 21 crediti universitari.

- ✓ sviluppare partnership eque, con leadership condivise e definite ed obiettivi comuni;
- ✓ allineare le priorità e le agende di ricerca individuate dai partners nei paesi a medio e basso reddito;
- ✓ dove possibile, assicurare che sia il partner nel paese a medio e basso reddito a definire il management del programma, il *problem solving* e, dove possibile, il piano finanziario;
- ✓ formare in modo prioritario gli studenti e i professionisti dei paesi a medio e basso reddito;
- ✓ scrivere insieme progetti di ricerca e valutare insieme opportunità di finanziamento;
- ✓ condurre insieme la ricerca con una condivisione dei ruoli di ogni componente del team ed una diffusione ampia dei risultati attraverso pubblicazioni in giornali *open-access*.

Le sopracitate attenzioni dovrebbero formare ad un approccio di tipo “anticoloniale” e preparare a lavorare con le popolazioni che si trovano ai margini della società indipendentemente da dove vivono.

Nel 2016 la *National Academies of Sciences Engineering and Medicine* ha pubblicato un ‘*framework* per educare i professionisti sanitari ad affrontare i determinanti sociali della salute’ (*National Academies of Sciences Engineering and Medicine 2016*). Il *framework* individuato indica tre componenti fondamentali che contribuiscono ad una formazione continua sul tema: l’educazione, la comunità e le organizzazioni.

Dal punto di vista formativo quattro dovrebbero essere le componenti fondamentali:

- apprendimento esperienziale;
- apprendimento collaborativo;
- curriculum integrato;
- sviluppo professionale continuo.

Per quanto riguarda la comunità:

- impegno reciproco;
- priorità comunitarie;
- coinvolgimento comunitario.

Per quanto riguarda le organizzazioni (governi e singoli ministeri, associazioni formative e di professionisti sanitari, organizzazioni, gruppi di comunità):

- visione e impegno nella formazione sui determinanti sociali di salute;
- ambiente organizzativo di supporto.

Il framework, con queste tre componenti, si propone di contribuire a formare operatori che sappiano riconoscere ed affrontare il tema dei determinanti sociali di salute per avere un impatto sul contrasto delle disuguaglianze in salute e sul benessere della comunità. Ogni azione di valutazione degli approcci formativi dovrebbe essere indirizzata a valutare questi aspetti a lungo termine, relativi all’equità e alla salute della popolazione.

Nel 2017 Eichbaum (*Eichbaum 2017*), evidenziando la problematica connessa con la definizione e la valutazione delle competenze in SG, specialmente quando si tratta di preparare studenti di paesi ad altro

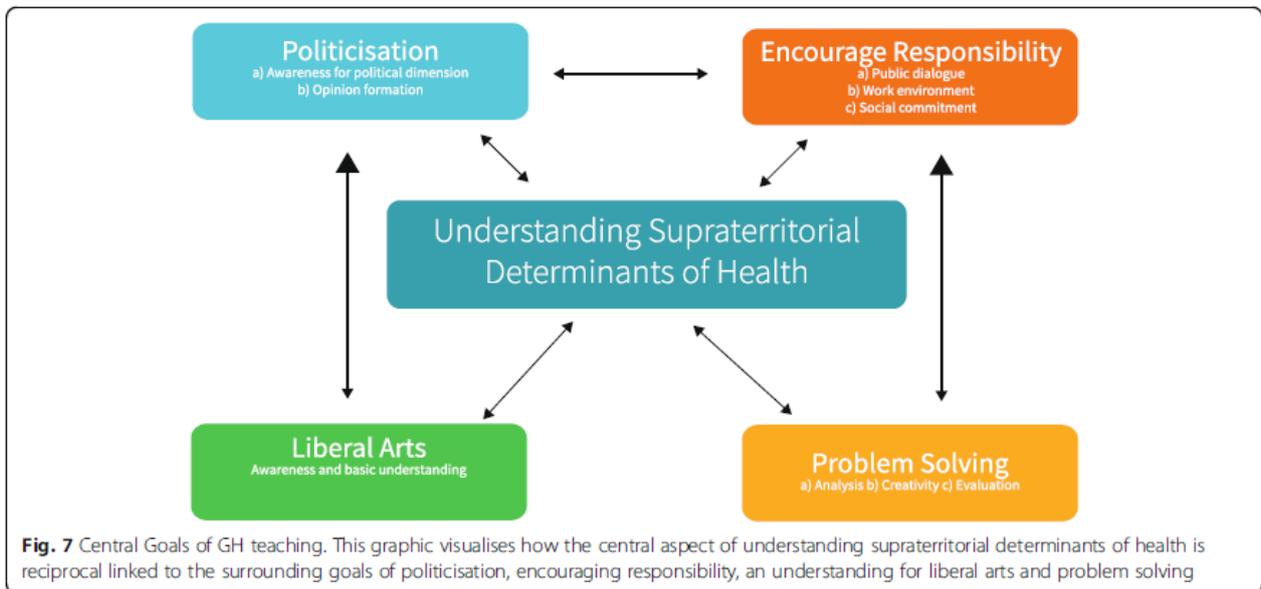
reddito per esperienze in paesi a medio e basso reddito, ha proposto di sviluppare in particolare tre ambiti di competenze:

- promuovere un apprendimento “intraprendente”, individuando anche alcune “desiderabili difficoltà” nei contesti di apprendimento che potrebbero motivare lo studente a cercare in modo proattivo soluzioni e a sviluppare capacità di adattamento ai contesti, capacità di affrontare l’incertezza, di riconoscere l’ambiguità, di praticare la flessibilità cognitiva, di lavorare in team;
- sviluppare l’apprendimento trasformativo e la capacità di lavorare con altre professioni;
- aumentare la consapevolezza e la conoscenza degli ambiti connessi con l’equità in salute e con la giustizia sociale.

Havemann e Bösner (Havemann 2018) hanno condotto nel 2018 undici interviste approfondite con persone impegnate nell’insegnamento della *Global Health*. In tale articolo viene proposto di interpretare il termine *Global Health* come un termine ad ombrello, con degli aspetti principali, relativi al core curriculum, e aspetti più estesi. Alcuni argomenti sono intersecati alla *Tropical Medicine*, alla *Public Health* e alla *International Health*.

La figura 1 riportata dall’articolo citato mostra i principali obiettivi della SG e come questi si collegano gli uni agli altri.

Figura 1: principali obiettivi della formazione in SG. Questo grafico permette di visualizzare come l'aspetto centrale della comprensione dei determinanti sopraterritoriali di salute sia collegato reciprocamente con gli obiettivi della politicizzazione, dell'incoraggiare la responsabilità, con la conoscenza di altre discipline non mediche e con una capacità di problem solving (Havemann 2018).



Secondo la figura 2 e la figura 3, sempre riportate nell'articolo e che sintetizzano i risultati dello studio, la GH comprende aspetti di medicina tropicale, di salute internazionale, di salute pubblica e di altre discipline. In più considera aspetti globali, intesi come sopra territoriali. Alcuni argomenti, in particolare quelli intorno al centro della figura, possono essere affrontati in modo completo mettendo insieme diverse discipline, come mostra la figura 3.

Figura 2: SG come un termine ad ombrello. “Questo modello mostra come argomenti di diverse discipline costituiscano le basi della SG.” (Havemann 2018)

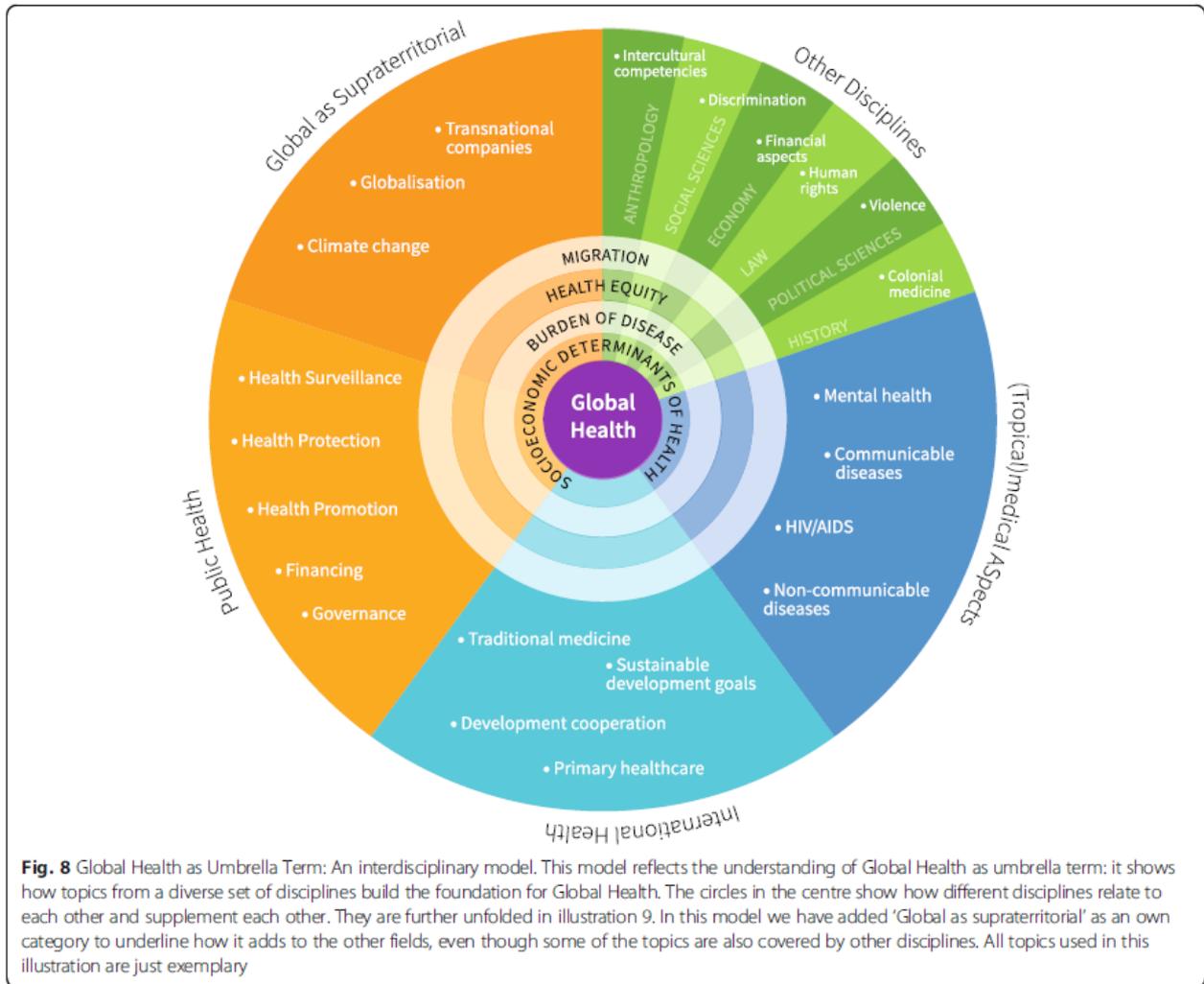


Figura 3: SG come un termine ad ombrello. Lo schema mostra come sia necessario un approccio interdisciplinare per affrontare tre degli argomenti centrali della SG

	Global	Public Health	International Health	Medical Aspects	Other Disciplines
Migration	supraterritorial aspects of climate changing, convention on refugees, distribution of resources	epidemiological surveillance, access to healthcare, prevalence of pathogens	refugee camps, vaccination campaigns, role of UNHCR	MDR-TB, scabies, hypothermia, gunshot injuries, measles, language barriers and medical interpreting	law: refugee law economy: push- and pullfactors for migration social sciences: integration
Health Equity	impact of globalisation, patent law and pharmaceutical industry, communication technology and disadvantaged communities, medical tourism	burden of disease and social classes, targeted prevention measures	humanitarian assistance, development assistance, sustainable development goals	prejudices and other barriers in medical praxis, healthcare for illegal migrants and homeless people.	economy: promotion of growth, unemployment social sciences: understanding poverty, empowerment
Socioeconomic determinants of health	supraterritorial determinants: transnational companies, trade agreements, international labour market	analysis of determinants for specific people groups or countries	implementation of interventions in developing countries to tackle negative determinants of health	recognising specific risks, pathogenetic understanding, medical interventions	political sciences: violence and conflict anthropology: culture and its impact on health

Fig. 9 Global Health as Umbrella Term: Unfolding the interdisciplinary character. This illustration uses three of the inner circles from illustration 8 and shows how these topics benefit from an interdisciplinary lens

Dall'analisi effettuata nell'articolo vengono identificati tre gruppi di contenuti relativi alla SG:

- salute e malattia;
- società e ambiente;
- politica e sistemi sanitari.

Secondo quanto emerso dalle interviste, due sono le principali sfide per l'integrazione della SG nella formazione medica: una prima sfida di tipo politico e accademico, relativa alla concreta implementazione degli aspetti di SG all'interno e oltre i curricula formativi in medicina ed una seconda sfida, che ciascuno corso o programma deve affrontare, relativa alla necessità di trovare un equilibrio tra gli aspetti del core curriculum di SG ed i suoi aspetti più estesi.

Nel 2019 Mangold e colleghi (Mangold 2019) hanno pubblicato il risultato di uno studio Delphi nel quale hanno coinvolto educatori, ricercatori, studenti e persone della comunità nell'insegnamento degli aspetti relativi ai determinanti sociali di salute. Per quanto riguarda i risultati, viene riportato che:

- per l'ambito delle conoscenze, tra gli argomenti che hanno preso più punteggio ci sono il razzismo, la discriminazione e lo stigma, la povertà, i sistemi sanitari e le politiche sanitarie, i fattori che influenzano la disponibilità dell'assistenza di base, le disuguaglianze strutturali;
- Tra le principali capacità da raggiungere sono state evidenziate quella di saper lavorare in modo efficace con le comunità dei providers e dei professionisti locali, saper lavorare in un team interdisciplinare, saper valutare i bisogni globali dei pazienti. Tra le attitudini è stata evidenziata l'importanza di riconoscere i determinanti sociali come causa dello stato di salute e delle disuguaglianze in salute in una popolazione, che l'accesso ai servizi sanitari è solo un determinante di salute modesto, e come la salute ed il benessere di una persona siano collegati al contesto familiare, culturale e comunitario.
- Rispetto alla tempistica di insegnamento, è stato riconosciuto come la tematica dei determinanti sociali debba essere affrontata in modo continuo durante tutto il Corso di Laurea (integrazione longitudinale), anche attraverso esperienze sul campo come il *service learning*.
- Per la valutazione, gli esperti concordano sul fatto che si dovrebbero valutare non tanto le conoscenze ma il miglioramento della salute delle comunità e i feedback dei servizi e professionisti già inseriti nei servizi sanitari comunitari.

Tra quanto emerso dal coinvolgimento degli esperti, è stato messo in evidenza come definire qualsiasi argomento specifico come il più importante sia in qualche modo arbitrario. Si concorda sul fatto che la sfida più grande relativa all'inserimento dei determinanti di salute nell'insegnamento di medicina sia legata al fatto che attualmente tale argomento non rientra negli standard considerati per l'accreditamento.

Uno studio quali-quantitativo condotto in Sud Corea (Kim 2019), focalizzato soprattutto sulle *GH Competencies* che gli studenti di diverse professioni sanitarie dovrebbero acquisire prima di fare

un'esperienza internazionale (il terzo livello individuato del *Global Health Education Competencies Toolkit* individuato nel 2015), ha individuato come ambito rispetto al quale gli studenti esprimevano maggior bisogno di apprendimento soprattutto quello del *Global Burden of Disease*. Evidente era anche il bisogno di una formazione interprofessionale che faciliti la collaborazione in ambito lavorativo per affrontare problemi a livello locale e globale.

Nel 2020 Matthews e altri (Matthews 2020) hanno condotto una revisione della letteratura ed una *survey* tramite form online relativo all'insegnamento obbligatorio di SG, all'insegnamento opzionale e ai training in preparazione alle esperienze di SG presenti nel Regno Unito; il *form* è stato inviato a tutte le 33 Scuole di Medicina della Nazione ed indagava la presenza degli obiettivi formativi in SG individuati da Johnson ed altri nel 2012 (Johnson 2012), leggermente adattati. Il questionario è stato compilato sia dagli studenti che dal personale accademico. Gli obiettivi formativi in SG sono inclusi nei core curricula per l'83% dei casi secondo lo staff universitario e per il 67% dei casi secondo gli studenti. C'è una grande variabilità nei diversi curricula, in particolare per i temi di *GH Governance* e dei sistemi sanitari. Molte università offrono corsi opzionali di SG, come corsi che precedono tirocini a scelta dello studente, ma in questo ambito i contenuti sono molto vari. Tali differenze indicano una mancanza di consenso sulla definizione di SG e su cosa costituisca una formazione più appropriata in SG per gli studenti di medicina. Gli autori sottolineano ancora la necessità di lavorare per far riconoscere formalmente la presenza della formazione in SG come obbligatoria nei curricula formativi delle Scuole di Medicina; per raggiungere tale obiettivo è necessaria una strategia nazionale comprensiva per aiutare a migliorare l'accesso alla formazione in SG per tutti gli studenti di medicina.

1.2.3 Discussione

È importante ricordare che il contesto nel quale si parla di formazione in SG è anche quello delineato dalla *Global Independent Commission 'Education for Health Professionals for the 21th century'* in un articolo pubblicato dalla rivista *Lancet*, con titolo "*Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*" (Frenk 2010).

Il report è stato pubblicato nel centenario del '*Flexner Report on Medical Education*', la prima relazione sull'educazione medica pubblicata nel 1910 a seguito della scoperta della teoria dei germi, che ha rappresentato di fatto il primo tentativo di sostanziare su basi scientifiche i curricula delle scuole di medicina canadesi e statunitensi (Flexner 1910). Dal 1910 ad oggi è possibile infatti individuare tre grandi momenti di riforma del sistema di educazione dei professionisti sanitari:

1. *Science-based curricula*: a seguito della pubblicazione di alcuni report fondamentali (tra cui il Flexner Report) l'educazione di medici, infermieri e degli altri professionisti sanitari viene ripensata alla luce delle più recenti scoperte scientifiche.

2. *Problem-based approach*: verso la metà del secolo scorso si verifica un passaggio da metodologie pedagogiche frontali e centrate sul docente, a metodologie centrate sullo studente e basate su metodi proattivi di risoluzione dei problemi.
3. *Community-based approach*: le più recenti riforme educative si basano su metodologie di studio e ricerca che si inscrivono all'interno della complessità del territorio di provenienza, con un approccio multiprofessionale e multidisciplinare, volto a valorizzare le risorse locali e la responsabilità sociale (*social accountability*) delle Università.

Al fine di raggiungere le riforme della terza generazione, la Commissione afferma che tutti i professionisti dovrebbero essere educati a sviluppare forme di pensiero critiche e condotte morali e etiche adeguate al lavoro in sistemi di salute centrati sul paziente e la comunità. Per raggiungere questo obiettivo sono altresì necessarie riforme educative e istituzionali che siano guidate da due principi fondamentali: *l'apprendimento trasformativo* e *l'interdipendenza* in educazione.

L'apprendimento trasformativo rappresenta il punto più alto all'interno del processo educativo, il quale risulta caratterizzato da tre livelli di complessità che vanno dall'*apprendimento informativo* (volto all'acquisizione di conoscenze e capacità, ovvero il “saper fare” che deve formare “esperti”), all'*apprendimento formativo* (volto all'acquisizione dei valori e della condotta morale, cioè il “saper essere” per la formazione di “professionisti”) e in infine all'*apprendimento trasformativo* che deve fornire ai futuri professionisti gli strumenti critici per poter analizzare, ricercare e sintetizzare le informazioni così da poter adattare le risorse globali disponibili alle necessità locali.

L'interdipendenza è presupposto fondamentale per una pratica medica che sappia concentrarsi sulla presa in carico del paziente, specie se portatore di condizioni croniche, attraverso un approccio multidisciplinare e di team volto ad affrontare situazioni complesse. L'interdipendenza in educazione può essere a sua volta raggiunta tramite tre cambi fondamentali di paradigma:

1. passaggio da sistemi sanitari ed educativi monoprofessionali, a sistemi multiprofessionali e multidisciplinari.
2. Passaggio da istituzioni isolate a reti e consorzi.
3. Valorizzazione delle risorse globali in tema di educazione, ricerca e clinica.

Condizione fondamentale sono le riforme istituzionali, intese sia dal punto di vista del sistema educativo, che del sistema sanitario. Si può quindi riconoscere come esista una forte interdipendenza tra sistema sanitario, comunità e sistema educativo nel processo di cambiamento suggerito; questa forte connessione è giustificata dall'introduzione di un ulteriore concetto riformante introdotto nel report, ovvero quello di *social accountability* delle Università.

L'OMS fornisce la seguente definizione di responsabilità sociale delle Università:

“[social accountability is] the obligation to direct their education, research and service

activities towards addressing the priority health concerns of the community, region, and/or nation they have the mandate to serve.” (Boelen 1995)

L'OMS specifica che l'attività di definizione dei bisogni di salute deve essere condotta da governi, organizzazioni e professionisti del campo sanitario in forma congiunta, aprendo quindi il campo a partnership multilivello e chiamando direttamente in causa la società civile come insostituibile interlocutore.

La valutazione dei bisogni di salute della comunità e il suo coinvolgimento diretto rappresentano quindi un presupposto fondamentale per il soddisfacimento dei principi di qualità, rilevanza, equità ed efficacia che sottendono al concetto di *social accountability* (Boelen 2000). Perché una università possa divenire pienamente responsabile è necessario che sviluppi meccanismi per valutare l'impatto sulla società dei suoi membri (studenti, ricercatori, docenti); Boelen e Woolard suggeriscono la necessità da parte dell'accademia di spingersi anche all'interno di campi in cui non hanno potere decisionale, quale quello della salute pubblica e del funzionamento del sistema sanitario, per poter raggiungere tal fine (Boelen 2009).

È interessante notare come gli stessi autori sottolineino come l'enfasi storicamente attribuita all'acquisizione di informazioni di carattere biomedico e tecnico si sia posta d'ostacolo allo sviluppo delle capacità necessarie per comprendere i determinanti reali che agiscono sulla salute delle persone all'interno dei contesti in cui vivono. In uno scenario scientifico globalizzato dove aumenta progressivamente la produzione e l'importanza di Linee Guida e di evidenze scientifiche, nell'ambito dei processi di riforma accademica, sembra che ci si stia concentrando sempre di più sull'acquisizione di nuove tecnologie, e sempre meno sul cambiamento culturale dei curricula e delle pratiche che informeranno la formazione dei futuri medici. Già Flexner, all'inizio del novecento, osservando le marcate disuguaglianze già allora esistenti all'interno della società americana, aveva sottolineato la necessità di stabilire un legame diretto tra sistema educativo e popolazione, e di garantire agli studenti delle facoltà sanitarie un ampio ventaglio di informazioni provenienti dalle scienze umane per poter comprendere quella stessa realtà. È quindi necessario ricordare che il “contratto sociale” che sottende all'idea di *social accountability*, prevede che le Università, completamente o largamente finanziate da fondi pubblici attraverso la tassazione generale, espletino le loro attività di studio e ricerca all'interno di campi giudicati rilevanti dalla popolazione stessa.

Schleiff ed altri (Schleiff 2020) sottolineano come la SG sia un campo molto dinamico ed in evoluzione. Mentre diverse voci si uniscono al dibattito ad essa relativo, un grande lavoro dovrebbe essere fatto per allineare, validare e sviluppare i diversi contributi relativi alle competenze in SG per farle diventare strumenti affidabili ed operativi. Queste possono variare in base ai target della formazione e ai diversi gruppi di studenti. Ulteriore dibattito è dunque necessario sul ruolo e l'implementazione della formazione orientata alle competenze in SG. In tal senso interessanti sono gli articoli che distinguono i diversi livelli di competenze ed individuano quelle che sarebbe necessario proporre a tutti gli studenti, indipendentemente dalla loro idea di inserimento professionale futuro (Jogerts 2015 e Rowson 2012).

Interessante è anche il dibattito relativo alla necessità di decolonizzare il termine SG, applicato al contesto formativo. Eichbaum (Eichbaum 2021) ed altri hanno recentemente proposto cinque approcci per decolonizzare la formazione in SG:

- mettere l'accento sulla sicurezza del paziente, soprattutto per le esperienze formative di studenti da paesi ad alto reddito in paesi a basso reddito;
- applicare i principi del *fair trade learning*¹³ ai programmi educativi in SG;
- sviluppare curricula in SG, obiettivi formativi e competenze per rendere gli studenti persone aperte, attente alla diversità, che comprendono come le loro azioni influenzano il contesto locale e le comunità globali, che lavorano in modo equo e collaborativo;
- individuare dinamiche di potere e sviluppare una narrativa in questo senso;
- rendere eque le opportunità di accesso alle esperienze formative.

Oni ed altri (Oni 2019) affermano in modo significativo che “la salute pubblica globale inizia da casa”. Migliorare la salute della popolazione nel mondo richiede l'applicazione di concetti globali applicati a contesti locali, riconoscendo le diseguaglianze di potere, la crescita economica non sostenibile, l'aumento delle diseguaglianze. La formazione deve rendere capaci di applicare le teorie alle connessioni tra i fattori che influenzano la salute a livello globale e locale ed esaminare criticamente i fallimenti e i successi in diverse parti del mondo. La nuova generazione di professionisti della salute pubblica globale dovrebbero portare avanti diversi tipi di ricerca in sanità pubblica, mossi da forti valori di giustizia sociale ed equità, diventare leaders di organizzazioni multilaterali, assumere posizioni governative, impegnarsi in organizzazioni guidate dalla comunità.

Herzig van Wees e Holmer (Herzig van Wees 2020) sottolineano come la formazione in SG non sia semplicemente una formazione per una “sanità pubblica altrove” ma debba implicare un approccio olistico alla salute che coinvolga anche altre discipline come l'antropologia, la biologia, l'ecologia, l'economia, la storia, la filosofia, le scienze politiche, la statistica. Argomenti come l'equità in salute, i sistemi sanitari, la governance di SG sono necessari da affrontare e portano necessariamente a riflettere sia sul contesto locale che sul contesto globale. Certo è importante comprendere la situazione di salute della popolazione a livello mondiale, ma sono da incoraggiare anche approfondimenti del contesto locale coinvolgendo ad esempio organizzazioni non governative che agiscono sui determinanti sociali di salute, aspetti legati alla migrazione, centri di cure primarie. Serve inoltre supporto istituzionale e flessibilità per promuovere questi cambiamenti e porsi l'obiettivo di formare una forza lavoro in SG che si ponga l'obiettivo di raggiungere la salute per tutti.

¹³ Con *Fair Trade Learning* si intendono “gli scambi nell'ambito delle partnership educative globali che danno priorità alla reciprocità nelle relazioni attraverso la partecipazione cooperativa e cross-culturale nell'apprendimento, nel servizio e negli sforzi della società civile. È ispirato ai principi di equità nell'economia e nelle partnership, apprendimento reciproco, cooperazione, cambiamento sociale positivo, trasparenza e sostenibilità. Il *Fair Trade Learning* riguarda il ruolo della società civile globale nel promuovere un mondo più giusto, più equo e sostenibile.” (Hartman 2013).

1.3 Intervista a Michael Marmot

Nel febbraio 2019, nell'ambito del presente Dottorato di Ricerca, si è avuta la possibilità di porre alcune domande relative alla formazione sul tema dei determinanti sociali di salute al prof. Michael Marmot, uno degli epidemiologi più esperti di diseguaglianze in salute a livello mondiale¹⁴.

Si riportano di seguito alcuni passaggi importanti dell'intervista, testi trascritti, tradotti e non rivisti dal professore. Dalle sue affermazioni emerge ancora una volta l'importanza di questo approccio formativo.

D: Cosa potrebbe incoraggiare e cosa potrebbe bloccare a suo avviso il passaggio al paradigma dei determinanti sociali di salute nell'ambito della formazione universitaria, superando l'approccio biomedico che attualmente sembra diffuso e predominante?

R: A mio avviso sono stati fatti molti progressi a livello del mondo medico, del mondo della sanità pubblica, nel mondo politico nel riconoscimento dell'importanza dell'approccio dei determinanti sociali di salute. Il General Medical Council, rispondendo ad una lettera recente che ho scritto insieme alla presidente del World College of Physicians su questo tema, ha affermato che si stanno già molto impegnando perché tale approccio venga insegnato nelle Facoltà di Medicina e Chirurgia. Dall'altro lato ci sono due motivi per i quali la formazione dei futuri professionisti sanitari è maggiormente fondata su un approccio biomedico. Un primo motivo, buono, è legato agli avanzamenti delle conoscenze nell'ambito della biologia e della genetica, conoscenze entusiasmanti che permettono di fare terapie mirate sui singoli pazienti. Un secondo motivo è che la medicina ha sempre pensato e continua a pensare al singolo paziente, la responsabilità medica è quella di trattare la persona che si ha davanti e per questo non si ritiene che l'approccio dei determinanti sociali possa riguardare i professionisti sanitari. In questo caso l'argomentazione che io prenderei è affermare che comprendere le basi biologiche delle patologie è molto importante, gli studenti devono apprenderle, ma devono anche conoscere tutto quello che influenza la vita e la salute delle persone dai determinanti biologici alle condizioni sociali ed economiche nelle quali vivono, perché questi fattori pesano molto di più sulla loro salute e pensare che le situazioni di malattia sono causate solo da disordini biologici è limitante. Si tratta del ragionamento iniziale del mio libro "La salute diseguale": perché curare le persone e rimandarle nelle condizioni di vita che le hanno fatte ammalare? Abbiamo necessità di medici che sappiano curare le persone e sappiano riconoscere ed affrontare le condizioni che le fanno ammalare.

¹⁴ Il prof. Michael Marmot è professore di Epidemiologia presso lo University College London, direttore dell'Istituto dell'UCL sull'Equità in Salute, Past President della World Medical Association. Conduce ricerche sulle diseguaglianze in salute da oltre 40 anni. Si ringrazia in particolare la dott.ssa Flavia Sesti che ha reso possibile la realizzazione di tale intervista.

D: Come afferma la letteratura scientifica, pensiamo che la formazione interprofessionale sia strategica per una nuova visione della salute basata sull'approccio dei determinanti sociali. Quale ruolo potrebbe avere la formazione interprofessionale nell'impegno per una società più equa?

R: Se concordiamo sul fatto che la salute delle persone sia influenzata da processi sociali ed economici, dalle dinamiche psicologiche, oltre che dai fattori biologici, è necessario avere una qualche comprensione di queste dinamiche. Questo non significa diventare economisti, sociologi, psicologi, antropologi o biologi ma avere la possibilità di comprendere qualcosa di tutto questo. Non penso che un medico possa essere un buon medico senza comprendere la biologia, ma ugualmente non penso che un medico possa essere un buon medico senza comprendere le forze sociali che influenzano la salute. Non ho mai fatto un corso di economia nella mia vita, non ho mai preso una laurea in economia ma ritengo che abbiamo necessità di avere qualche comprensione delle dinamiche economiche in questo mondo moderno. Se un governo afferma che è necessario perseguire delle politiche di austerità perché si tratta di una buona economia e tu come professionista sanitario puoi vedere che queste politiche danneggiano la vita delle persone, dovresti essere in grado di porre la domanda: queste politiche sono davvero delle buone politiche economiche? E dovresti comprendere le argomentazioni. Quindi una buona comprensione della salute delle persone significa comprendere alcuni elementi fondamentali delle discipline che ho precedentemente menzionato.

D: Nella sua opinione, potrebbero delle esperienze di formazione intersettoriale (ad esempio nell'ambito delle scuole, delle città, delle Organizzazioni Non Governative) avere un ruolo in questa direzione?

R: (...) penso che provare ad organizzare questo tipo di esperienze sia importante. Penso sia probabilmente difficile da realizzare ed organizzare per tutti gli studenti, ma lo ritengo importante.

D: Ritieni che la tematica "salute e migrazione" possa essere un ottimo case study di SG?

R: Credo di sì. Ad esempio si possono analizzare le cause economiche e sociali delle migrazioni, perché le persone migrano e quante sono. Iniziando ad approfondire il tema dei determinanti delle migrazioni e delle differenti ragioni per le quali le persone migrano, si può poi approfondire il tema delle caratteristiche di salute dei diversi gruppi di migranti (migranti economici, rifugiati, ricongiungimenti familiari, qualsiasi altra causa di migrazione), il tema della selezione dei migranti, dei processi migratori, dei traumi che subiscono anche durante i lunghi viaggi, cosa succede quando arrivano in un paese ospite e in un centro di accoglienza. Facilmente si può approfondire il tema dei determinanti sociali di salute e delle disuguaglianze in salute, delle condizioni nelle quali le persone sono nate, cresciute, vivono, lavorano ed invecchiano. È una grande sfida. Non è il tema più importante nell'ambito della SG ma è un argomento che permette di trattare molti aspetti.

D: Potrebbero degli interventi sul tema migrazione e salute aiutare gli studenti di medicina ad avere consapevolezza delle diseguaglianze in salute e delle azioni intersettoriali che è necessario intraprendere per affrontarle?

R: Sì, ho appena risposto in questo senso alla domanda precedente.

D: Sembra che non sempre gli studenti comprendano il potenziale rivoluzionario dell'approccio dei determinanti sociali di salute e delle diseguaglianze in salute. Quali sono le principali metodologie didattiche che a suo avviso dovrebbero essere usate per far diventare gli studenti attori di cambiamento, in modo tale da farli diventare professionisti sanitari consapevoli ed impegnati ad agire per l'equità in salute?

R: Una onesta risposta è che io non so quali siano le migliori metodologie didattiche, perché il mio lavoro è quello di fornire le basi di evidenza scientifica relative alle diseguaglianze. Ritengo che un qualche tipo di immersione nella vita che le persone stanno conducendo è di vitale importanza per comprendere qualcosa della tematica delle diseguaglianze. Gli studenti di medicina, gli studenti universitari in generale arrivano da fasce privilegiate della società (parlo in generale, non sempre è così) e rendersi conto delle condizioni nelle quali le persone vivono è di vitale importanza. Qualche tipo di esposizione/ immersione nelle realtà di vita delle persone è centrale. Questo può essere il ruolo specifico di esperienze educative come la community based education, il service learning, il tirocinio in contesti di vita più disagiati (ad esempio nelle periferie o in servizi sanitari per i migranti).

D: Quale è a suo avviso il modo migliore di spiegare questi argomenti all'intera comunità, inclusi i professionisti non sanitari, la popolazione generale o quelli che pagano le conseguenze delle diseguaglianze in salute?

R: Un buon esempio è quanto è stato fatto dall'Ordine dei Medici Canadese, che ha condotto in diverse città dei meeting tenuti dai medici, sulla tematica dei determinanti sociali di salute, ha invitato la popolazione a discutere sulla realtà delle loro vite, sulle condizioni di lavoro, sulle prospettive per i loro bambini, sull'impatto di questo sulla salute. Questo ha veramente parlato alle persone. Penso sia stato un buon modello.

D: Vuole aggiungere qualcosa sul tema della formazione SG e sui determinanti sociali di salute?

R: Penso sia di vitale importanza. Ritengo che le persone coinvolte nella tematica della SG siano già convinte dell'importanza del tema dei determinanti sociali di salute. Quando si tratta di cambiare i curricula si deve sempre avere a che fare con questioni politiche ma spero che le persone saranno convinte del fatto che gli studenti debbano conoscere anche questo tipo di approccio.

D: Quali strategie politiche dovrebbero essere usate per inserire la SG e i determinanti sociali di salute nei curricula universitari?

R: spero che in questo momento le persone non debbano più essere convinte dell'importanza di un approccio in SG e relativo ai determinanti sociali di salute. Quando si tratta di modificare i curricula universitari la questione è sempre politica, ma spero che, con le evidenze che abbiamo, i politici si convincano che queste tematiche devono essere affrontate e conosciute dai nostri studenti.

CAPITOLO 2: LA FORMAZIONE IN SALUTE GLOBALE IN ITALIA

2.1 Lo sviluppo della formazione in Salute Globale in Italia

In Italia il dibattito sulle tematiche di SG e di formazione in SG, innescato con la Dichiarazione di Erice sull'equità e il diritto alla salute¹⁵ (Maciocco 2014) e l'istituzione dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale (OISG) (Saluteinternazionale.info 2016), ha ricevuto un grande impulso con il progetto "*Equal opportunities for health, action for development*", cofinanziato dalla Comunità Europea e realizzato dall'Organizzazione Non Governativa Medici con l'Africa Cuamm, in partenariato con 29 soggetti rappresentativi della comunità sanitaria italiana ed europea (università, centri di ricerca, aziende sanitarie e ospedaliere, ordine dei medici, organizzazioni non governative e associazioni). Tale progetto, realizzato in Italia tra il 2007 e il 2009, è nato con l'obiettivo di evidenziare la stretta relazione tra Salute e Sviluppo e di promuovere la Salute Globale e l'Equità in Salute come strategie per ridurre le disuguaglianze.

Sempre nel 2007 è iniziata in Italia l'esperienza del 'Laboratorio di Mondialità' (LabMond), corso nazionale sulla Salute Globale organizzato dal SISM (Segretariato Italiano di Studenti in Medicina), in collaborazione con il CSI (Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale ed Interculturale dell'Università di Bologna) e con l'OISG. Questo corso 'studentecentrico', residenziale, della durata generalmente di tre giorni, viene organizzato ogni anno da un 'gruppo scientifico' che affronta un percorso di autoformazione in preparazione alla creazione del Laboratorio; si svolge di anno in anno in città (sedi locali del SISM) diverse con metodologie didattiche interattive, un approccio transdisciplinare e multimetodologico e con attenzione anche ad una logistica sostenibile. Si tratta certamente di una delle più interessanti esperienze formative organizzate da studenti per studenti, di *peer education* sulla Salute Globale organizzate in Italia negli ultimi anni (SISM 2010; Ceschi 2015).

Per quanto riguarda il progetto *Equal*, di cui il SISM era partner ufficiale, ha previsto una prima mappatura dei corsi universitari in Salute Globale nelle Facoltà di Medicina e Chirurgia italiane, con l'obiettivo da un lato di raccogliere possibili proposte per l'organizzazione di corsi opzionali, e dall'altro di evidenziare bisogni e obiettivi formativi comuni con un suggerimento di Curriculum Standard: ciò al fine di promuovere una formazione il più possibile completa e coordinata su questo tema, e fornire conoscenze e strumenti di analisi nel campo della SG. Nell'ambito del progetto il Curriculum Standard è stato proposto sia per attività formative rivolte agli studenti delle Facoltà di Medicina e Chirurgia (e non solo), sia per attività di aggiornamento e sensibilizzazione del personale sanitario e, in generale, di tutti i soggetti operanti nell'ambito della salute.

¹⁵ Nel marzo 2001 i partecipanti del corso "Flussi migratori e politiche per la salute" sottoscrissero un documento "La Dichiarazione di Erice" (Dichiarazione di Erice 2001) in cui si affrontavano i temi del diritto alla salute, dell'equità, dello sviluppo sostenibile, della difesa della dignità e della vita degli uomini e delle donne. A distanza di sette anni si è tenuto sempre a Erice, nel 2008, un corso intorno a temi analoghi, dal titolo "Globalizzazione e Diseguaglianze nella Salute", dal quale è scaturito un secondo documento, la Dichiarazione di Erice 2008 su Globalizzazione e Diseguaglianze nella Salute (Dichiarazione di Erice 2008).

Sulla base del curriculum proposto è stato organizzato, nel Settembre 2008, un corso di formazione dei formatori (Training of Trainers, ToT) rivolto principalmente a Docenti universitari e a personale dell'Organizzazione Non Governativa (ONG).

Il progetto si è concluso con una Conferenza Internazionale, tenutasi a Padova il 3-4 Aprile 2009, con l'obiettivo di riunire gli operatori del settore sanitario al fine di creare nuove sinergie e di rafforzare reti e partenariati nell'ambito di un piano di azione per promuovere e insegnare la SG. I partecipanti alla conferenza sono stati suddivisi in quattro gruppi di lavoro, ognuno dei quali ha elaborato un documento sui seguenti argomenti:

- ✓ L'insegnamento della SG nell'area medica e delle scienze umane.
- ✓ L'educazione medica continua in SG.
- ✓ Il ruolo della cooperazione sanitaria internazionale nel sostenere, insegnare, implementare la SG.
- ✓ Le strategie per mobilitare e destinare risorse umane e finanziarie per il sostentamento e l'insegnamento della SG.

Facendo seguito al documento prodotto dalla Conferenza Internazionale, i soggetti maggiormente coinvolti nella discussione ed elaborazione delle "raccomandazioni" riguardanti l'insegnamento della Salute Globale hanno innescato un processo partecipativo che ha portato nel Marzo 2010 alla nascita della Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale (RIISG), rete di realtà accademiche, associazioni studentesche, società scientifiche e organizzazioni non governative coinvolte sul tema (Civitelli 2010).

In Italia si è arrivati ad una definizione di SG condivisa attraverso un processo partecipativo che ha visto come principali attori i membri della RIISG. Per la RIISG

"la Salute Globale è da intendersi come un nuovo paradigma per la salute¹⁶ e l'assistenza sanitaria. Tale paradigma, radicato nell'approccio teorico dei determinanti sociali di salute, basato sui principi enunciati nella Dichiarazione di Alma Ata¹⁷ e sostanziato da ampie evidenze¹⁸ scientifiche, può essere applicato al campo della prevenzione, della diagnosi e del trattamento delle malattie, così come a quello della promozione della salute a livello individuale e/o di comunità.

¹⁶ "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

¹⁷ In particolare: salute come diritto umano fondamentale e legato allo sviluppo sociale ed economico; assistenza 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 (WHO 1978)

¹⁸ Come suggerito dalla Commissione sui Determinanti Sociali di Salute (CSDH 2008), 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

La Salute Globale 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. Adottando un'ottica transnazionale, la Salute Globale mette in evidenza le disuguaglianze in salute sia all'interno che tra i Paesi, analizzandole anche attraverso la lente della giustizia sociale.

Data la complessità del campo di interesse, la Salute Globale richiede un approccio transdisciplinare e multi-metodologico, che si avvale del contributo sia delle scienze sociali ed umane che di quelle naturali e biomediche.

La Salute Globale non è un ambito meramente accademico: infatti, 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 operative¹⁹.” (Civitelli 2010)

La definizione elaborata dalla RIISG mette come primo e principale punto su cui si basa un approccio di SG la teoria dei determinanti sociali di salute e la realtà delle disuguaglianze in salute. In tale definizione viene inoltre esplicitato che di tali fenomeni viene proposta una lettura attraverso la lente della giustizia sociale promuovendo un'etica di responsabilità sociale che produca reali cambiamenti per la vita delle persone.

Obiettivo primario della RIISG è la promozione di attività volte a diffondere in diversi contesti formativi questo nuovo paradigma della salute; il piano di azione condiviso dai membri della Rete²⁰ (che ha ricevuto ulteriore impulso da un secondo progetto *Equal* nel triennio 2011-2014) prevede il conseguimento di differenti obiettivi specifici, primo fra tutti aumentare la conoscenza sulla realtà italiana in termini di offerta formativa nell'ambito della salute globale e rendere disponibile in ogni Facoltà di Medicina e Chirurgia almeno un corso opzionale su queste tematiche. (Bodini 2015)

¹⁹ 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 (Pablos-Mendez A 2006)

²⁰ Hanno partecipato negli anni alle attività della RIISG: il CSI (Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale) dell'Università di Bologna, il Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive della Sapienza Università di Roma, la sezione di Igiene dell'Istituto di Sanità Pubblica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università di Firenze, il Centro Sperimentale per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria (CeSPES) dell'Università di Perugia, l'Area di Salute Globale e Sviluppo del CERGAS dell'Università Bocconi di Milano, Medici con l'Africa CUAMM, il SISM (Segretariato Italiano Studenti in Medicina), la SIMM (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni), l'OISG (Osservatorio Italiano sulla Salute Globale), la FNOMCeO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri), la Consulta Nazionale degli Specializzandi in Igiene e Medicina Preventiva, il Centro di Salute Globale della Regione Toscana, il CCM (Comitato di Collaborazione Medica), un gruppo di medici di medicina generale.

2.2 I corsi in Salute Globale in Italia

Nel marzo del 2010 si è svolto a Bologna tra i primi aderenti alla RIISG un confronto sui possibili contenuti, sulle metodologie didattiche e sulle metodologie di valutazione dei corsi in SG. I working paper elaborati per l'occasione e poi rivisti a seguito del confronto in plenaria sono diventati i punti di riferimento per la visione di formazione in SG portata avanti dalla RIISG.

2.2.1 Contenuti/ obiettivi formativi

Il working paper relativo agli obiettivi formativi nella sua forma definitiva prevedeva una struttura degli obiettivi formativi modulare e suddivisa in una parte fondamentale ed una parte integrativa (Fig. 4). Ogni obiettivo formativo era stato articolato in una parte di sapere, saper fare e saper essere "da un lato di sottolineare l'importanza metodologica di porre al centro lo studente e i suoi bisogni formativi, dall'altro di evidenziare quanto l'insegnamento della salute globale non si limiti al mero trasferimento di conoscenze, ma debba necessariamente comprendere anche gli ambiti delle pratiche e degli atteggiamenti."²¹

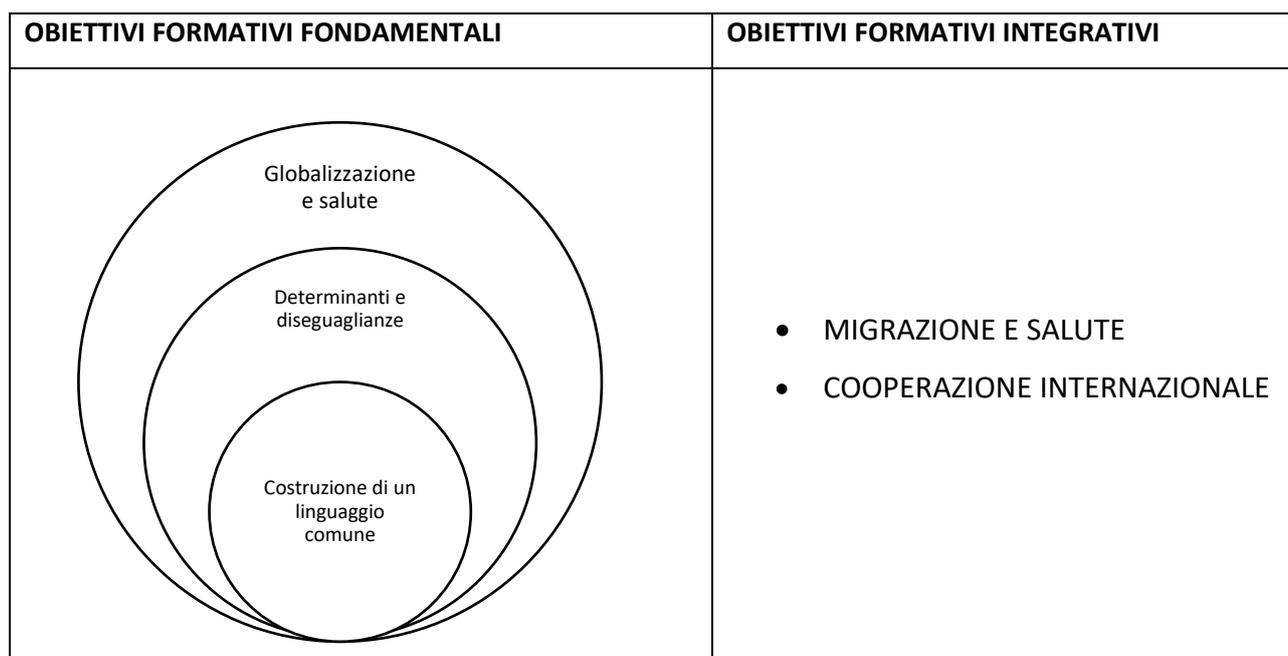


Fig. 4. Obiettivi formativi fondamentali e integrativi dei corsi in SG proposti dalla RIISG

Gli obiettivi formativi fondamentali (Tabella 3) prevedevano:

- ✓ La costruzione di un linguaggio comune
- ✓ I determinanti e le diseguaglianze
- ✓ Globalizzazione, sviluppo e salute

²¹ Dal Working Paper disponibile al link:

<http://www.educationglobalhealth.eu/images/pubblicazioni/rapporti/obiettivformativi.pdf>

Tabella 3. Obiettivi formativi fondamentali dei corsi in SG

	SAPERE	SAPER FARE	SAPER ESSERE
COSTRUZIONE DI UN LINGUAGGIO COMUNE	Riconoscere la salute come oggetto complesso che non si esaurisce nel campo della biomedicina, ma si definisce attraverso le interazioni tra individuo, società e ambiente .	Inquadrare i processi di salute-malattia affiancando, agli strumenti teorici propri delle scienze medico-biologiche, quelli delle discipline socio-umanistiche (antropologia, sociologia, economia, diritto).	Avere un atteggiamento autoriflessivo e aperto a ripensare criticamente le proprie posizioni e i propri comportamenti. -Comprendere e rispettare il valore e il ruolo delle altre discipline, sanitarie e non, nella promozione della salute di individui e comunità.
	Conoscere le principali caratteristiche degli approcci quantitativi e qualitativi allo studio delle problematiche di salute della popolazione.	Valutare il differente contributo che ciascun approccio apporta all'analisi dei problemi di salute, e saperne argomentare il razionale, anche alla luce dei relativi limiti e punti di forza. -Integrare e organizzare informazioni provenienti da diverse fonti in modo coerente.	Avere un atteggiamento aperto al confronto con chi proviene da ambiti formativi diversi ed essere disponibile al lavoro in equipe.
	Conoscere l'evoluzione storica del concetto di salute come diritto fondamentale dell'uomo e la relazione tra diritto alla salute e politiche sanitarie , a livello nazionale e internazionale. -Conoscere i principali modelli organizzativi dei sistemi sanitari e i loro principi ispiratori. -Conoscere i principali riferimenti normativi e deontologici , nazionali e internazionali, che guidano l'esercizio della professione medica in relazione al diritto alla salute.	Analizzare le politiche socio-sanitarie nell'ottica della promozione del diritto alla salute e dell'impatto sull'equità in salute. -Descrivere e inquadrare i diversi sistemi sanitari alla luce dei modelli organizzativi di riferimento e dei loro principi ispiratori. -Scegliere e agire coerentemente ai principi etici e deontologici della professione.	Ripensare criticamente al proprio mandato, ruolo e operato di studente e futuro professionista nella difesa e promozione del diritto universale alla salute, inteso in senso ampio e non solo come diritto all'assistenza sanitaria.
	Conoscere i campi di azione della Salute Globale i suoi principi.	Descrivere le principali differenze di un approccio di salute globale rispetto ad altri (medicina tropicale, salute internazionale, salute pubblica).	-Sviluppare una sensibilità nei confronti delle dinamiche globali in salute. -Collocare il proprio operato nella cornice etica della salute globale.

DETERMINANTI E DISEGUAGLIANZE	<p>-Conoscere il concetto di determinanti di salute e i principali modelli teorici di riferimento (comportamentale, psicosociale).</p> <p>-Conoscere l'approccio teorico dei determinanti sociali e il loro impatto sui processi di salute e malattia a livello locale e globale.</p> <p>-Conoscere il significato dei concetti di "violenza strutturale" e "sofferenza sociale".</p>	<p>-Riconoscere i determinanti prossimali e distali di una malattia.</p> <p>-Analizzare le problematiche di salute e malattia, di individui e popolazioni, attraverso l'approccio dei determinanti sociali.</p> <p>-Condurre un'anamnesi ampia, estesa e attenta ai fattori socioeconomico- culturali.</p> <p>-Alla luce dell'analisi dei determinanti di salute, individuare gli ambiti di intervento appropriati sia all'interno che all'esterno del servizio sanitario, e riconoscere la necessità di politiche intersettoriali.</p>	<p>-Riconoscere i limiti del paradigma biomedico nella promozione e tutela della salute di individui e comunità, a livello locale e globale.</p>
	<p>-Conoscere il concetto di disuguaglianze globali e i meccanismi storici, politici, economici, culturali e sociali che le hanno generate e le riproducono.</p> <p>-Conoscere la genesi, l'entità e la distribuzione delle disuguaglianze in salute tra i Paesi e all'interno dei Paesi.</p> <p>-Conoscere il significato di "gradiente sociale di salute".</p>	<p>-Analizzare le condizioni di salute di individui e popolazioni nell'ottica delle disuguaglianze.</p> <p>-Analizzare il lavoro dei medici, le prestazioni dei servizi sanitari e le politiche socio-sanitarie rispetto ai loro effetti di generazione o contrasto delle disuguaglianze.</p> <p>-Utilizzare criticamente, analizzare e interpretare fonti informative che correlano problematiche di salute e Disuguaglianze-socioeconomiche.</p>	<p>-Sviluppare sensibilità e attenzione per i processi di marginalizzazione ed esclusione sociale, e senso di responsabilità verso le fasce di popolazione più vulnerabili.</p> <p>-Valutare il proprio ruolo e operato rispetto alla riduzione delle disuguaglianze in salute.</p>

GLOBALIZZAZIONE, SVILUPPO E SALUTE	<p>-Conoscere la storia e le criticità dell'attuale modello di sviluppo.</p> <p>-Conoscere il concetto di globalizzazione.</p> <p>-Conoscere l'impatto dei processi globali, in particolare mercato e cambiamenti climatici, sulla salute.</p> <p>-Conoscere gli aspetti più rilevanti del quadro epidemiologico globale.</p>	<p>-Analizzare criticamente i processi di globalizzazione alla luce del modello di sviluppo vigente.</p> <p>-Descrivere gli effetti delle dinamiche globali sulla salute a livello locale, e inquadrare un dato di salute locale alla luce del contesto globale.</p> <p>-Riconoscere e analizzare l'impatto delle principali dinamiche globali (in particolare processi macroeconomici e cambiamenti climatici) sulla salute.</p> <p>-Consultare le principali fonti di dati sulla salute globale e descrivere i principali aspetti del quadro epidemiologico globale.</p>	<p>-Sviluppare attenzione per i processi globali, e consapevolezza delle interconnessioni e dell'interdipendenza esistenti tra ambito globale e locale.</p> <p>-Ripensare criticamente al proprio ruolo e operato nei confronti dei processi globali che hanno impatto negativo sulla salute.</p>
	<p>-Conoscere i principali attori, e i relativi ruoli storici e contemporanei, che interagiscono nel campo della salute globale.</p> <p>-Conoscere il sistema di governance della salute globale.</p>	<p>-Identificare e descrivere i ruoli dei principali attori della salute globale (influenza, ambito di azione, limiti, criticità e potenzialità).</p> <p>-Riconoscere le responsabilità dei diversi attori, governativi e non, rispetto alla salute degli individui e delle popolazioni.</p>	<p>-Sviluppare un'attitudine consapevole e critica nei confronti del ruolo che soggetti, istituzioni e dinamiche hanno nella governance della salute globale.</p>

Gli obiettivi formativi integrativi (Tabella 4) prevedevano:

- ✓ Migrazione e salute
- ✓ Cooperazione Internazionale

Tabella 4. Obiettivi formativi integrativi dei corsi in SG

	SAPERE	SAPER FARE	SAPER ESSERE
MIGRAZIONE E SALUTE	<p>-Conoscere lo scenario globale della migrazione e i principali processi che ne stanno alla base (disuguaglianze, mercato internazionale del lavoro, fattori ambientali, aspetti di diritto internazionale...).</p> <p>-Conoscere il significato di “fattori di attrazione” e “fattori di espulsione”.</p> <p>-Conoscere gli aspetti principali della migrazione internazionale del personale sanitario.</p> <p>-Conoscere le principali problematiche relative a rifugiati e richiedenti asilo, con riferimenti al diritto internazionale e alla situazione italiana.</p>	<p>-Inquadrare il fenomeno migratorio all'interno dei più ampi processi di globalizzazione.</p> <p>-Descrivere i principali fattori di attrazione e di espulsione che caratterizzano le contemporanee migrazioni dai paesi poveri ai paesi ricchi.</p> <p>-Descrivere le ricadute sulla salute della migrazione internazionale del personale sanitario.</p>	<p>-Sviluppare un'attitudine consapevole e critica nei confronti della dimensione strutturale dei fenomeni migratori.</p>
	<p>-Conoscere lo scenario nazionale della migrazione e la sua storia, in relazione alla distribuzione geografica e alle caratteristiche della popolazione immigrata.</p> <p>-Conoscere la relazione esistente tra mercato del lavoro e immigrazione in Italia.</p> <p>-Conoscere i processi socioculturali alla base della costruzione dell'identità e della percezione del diverso.</p>	<p>-Inquadrare l'immigrazione in Italia all'interno dei più ampi fenomeni migratori globali.</p> <p>-Analizzare criticamente le politiche nazionali e l'informazione in materia di migrazione.</p> <p>-Riconosce le matrici culturali, sociali ed economiche dei processi di stigmatizzazione dell'immigrato in Italia.</p> <p>-Identificare i principali aspetti di vulnerabilità che caratterizzano la popolazione immigrata in Italia.</p>	<p>-Sviluppare sensibilità e attenzione per i processi di marginalizzazione ed esclusione sociale che caratterizzano la popolazione immigrata in Italia.</p> <p>-Sviluppare consapevolezza e autoriflessività sui processi socioculturali alla base della costruzione della propria identità e della percezione del diverso.</p>
	<p>-Conoscere il profilo di salute del migrante, e come si modifica nel tempo, inquadrandolo alla luce dei principali determinanti socioeconomici, legislativi e culturali.</p> <p>-Conoscere lo stato di salute dei migranti in Italia, in relazione anche ai bisogni di salute e alle</p>	<p>-Analizzare i determinanti socioeconomici, legislativi e culturali alla base condizione di salute del migrante.</p> <p>-Condurre un'anamnesi ampia, estesa e attenta ai fattori socioeconomico- culturali, per i pazienti immigrati, anche al fine di individuare gli ambiti di</p>	<p>-Ripensare criticamente al proprio mandato, ruolo e operato di studente e futuro professionista nella difesa e promozione del diritto universale alla salute, inteso in senso ampio e non solo come diritto all'assistenza sanitaria.</p>

	<p>disuguaglianze (nella salute e nell'assistenza sanitaria) rispetto ai cittadini italiani.</p> <p>-Conoscere i diritti dei migranti in Italia e la normativa vigente, soprattutto in ambito sanitario.</p> <p>-Conoscere l'organizzazione dei servizi per la salute dei migranti, in riferimento a normative nazionali e regionali, accessibilità, appropriatezza.</p>	<p>intervento appropriati, sia all'interno che all'esterno del servizio sanitario.</p> <p>-Tenere in considerazione i fattori socio-economico-culturali che possono influenzare la accessibilità, accettabilità e aderenza alle cure proposte.</p>	<p>-Avere un atteggiamento aperto al confronto con chi proviene da ambiti formativi diversi e disponibile al lavoro in equipe.</p>
--	---	--	--

COOPERAZIONE INTERNAZIONALE	<p>-Conoscere la storia e le criticità dell'attuale modello di sviluppo.</p> <p>-Conoscere la storia, gli obiettivi, le potenzialità e i limiti delle politiche di cooperazione internazionale all'interno delle dinamiche della globalizzazione.</p> <p>-Conoscere le politiche di intervento e le strategie d'azione dei principali attori, pubblici e privati, operanti nell'ambito della cooperazione sanitaria internazionale.</p>	<p>-Inquadrare la cooperazione internazionale all'interno delle dinamiche della globalizzazione, problematizzando il concetto di "sviluppo".</p> <p>-Collocare un progetto o una politica di cooperazione sanitaria internazionale all'interno delle principali linee strategiche di intervento.</p>	<p>-Avere un atteggiamento autoriflessivo e aperto a ripensare criticamente le proprie convinzioni e i propri comportamenti, alla luce dei processi storici e del confronto con altre realtà e culture.</p> <p>-Sviluppare sensibilità e attenzione rispetto alle azioni che si possono intraprendere in Italia per promuovere il diritto alla salute nei paesi poveri.</p>
	<p>-Conoscere gli approcci efficaci per promuovere il diritto alla salute in contesti a risorse limitate, con particolare riferimento alla Primary Health Care.</p> <p>-Conoscere i principi di organizzazione dei sistemi sanitari nei Paesi a risorse limitate e le problematiche più rilevanti relativamente a accessibilità, finanziamento, personale, sostenibilità dei servizi.</p>	<p>-Collocare un progetto o una politica di cooperazione sanitaria internazionale rispetto alla strategia di Primary Health Care.</p> <p>-Inquadrare un progetto o una politica di cooperazione sanitaria relativamente a: appropriatezza e priorità rispetto ai bisogni, accessibilità, accettabilità, previsione di impatto sulla salute, finanziamento e sostenibilità.</p> <p>-Inquadrare un progetto o una politica di cooperazione sanitaria relativamente all'integrazione e alla compatibilità con le politiche e i servizi sociosanitari locali.</p>	<p>-Sviluppare un'attitudine critica e autoriflessiva rispetto alle strategie e ai modelli di intervento in paesi diversi.</p> <p>-Sviluppare un atteggiamento di rispetto verso società, culture, organizzazioni e legislazioni di altri paesi.</p>
	<p>Conoscere le principali caratteristiche, potenzialità e limiti dei progetti di cooperazione sanitaria, anche in relazione alle principali fonti e linee di finanziamento.</p> <p>-Conoscere quali sono le abilità e le competenze richieste al medico per operare in un contesto a risorse limitate.</p>	<p>-Valutare e analizzare criticamente le principali fonti di finanziamento della cooperazione sanitaria.</p> <p>-Individuare i principali limiti e punti di forza di un progetto di cooperazione sanitaria internazionale.</p>	<p>-Sviluppare un atteggiamento di rispetto e ascolto nei confronti di contesti "altri".</p> <p>-Riconoscere le potenzialità e i limiti della propria formazione professionale e umana, calata in contesti diversi.</p> <p>-Avere un atteggiamento aperto al confronto con chi proviene da ambiti formativi diversi e disponibile al lavoro in equipe.</p>

La struttura sopra esposta era stata scelta al fine di consentire la necessaria adattabilità ai diversi contesti, nell'ambito di un panorama formativo estremamente articolato e differenziato: corsi per la maggioranza di tipo elettivo nell'ambito delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, rari moduli all'interno di corsi obbligatori, insegnamento extra-universitario, in particolare quello svolto come formazione continua all'interno delle ASL e insegnamento che avviene nell'ambito delle ONG.

Gli obiettivi formativi proposti, in particolare i tre fondamentali, erano stati pensati sul modello di corsi (obbligatori o opzionali) della durata di minimo 6-8 ore, con la consapevolezza che il raggiungimento degli stessi obiettivi è influenzato sia dal tempo a disposizione sia dall'approccio metodologico utilizzato.

Gli argomenti correlati agli obiettivi formativi sono stati raccolti in un corso on-line dal titolo "Salute Globale ed Equità in Salute"²² della durata di circa 9 ore e rivolto principalmente agli studenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia (futuri medici, infermieri, etc.) e di altre facoltà che a vario titolo e con diverse angolazioni si occupano di salute e di diritto alla salute (giurisprudenza, scienze politiche, economia, sociologia, etc).

Il corso è rivolto anche a tutti coloro che, per motivi di studio, di lavoro, di interesse culturale o politico, appartenenti a organizzazioni non governative e di volontariato, intendono approfondire i temi della salute globale in un mondo in rapida trasformazione. Il corso è stato prodotto dal Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Firenze, nell'ambito del progetto "Equal opportunities for health: action for development", realizzato da Medici con l'Africa Cuamm, con il supporto dell'Unione Europea. E' stato successivamente ampliato con il contributo della Regione Toscana, nell'ambito del Progetto di Iniziativa Regionale (PIR). L'ampliamento ha riguardato l'aggiunta dei moduli relativi a "Malattie croniche e Salute Globale" e "Cambiamenti climatici e Salute Globale".

L'indice del corso, aggiornato al 2018, è mostrato nella tabella 5.

²² Il corso è disponibile alla URL:

http://educationglobalhealth.eu/corsoonline/accesso/?redirect_to=http%3A%2F%2Feducationglobalhealth.eu%2Fcorsoonline%2F

Tabella 5: Indice del corso on line in Salute Globale ed Equità in Salute

<p>✓ MODULO 1: DETERMINANTI E DISEGUAGLIANZE IN SALUTE</p> <p>Unità 1.1: I determinanti della salute</p> <ul style="list-style-type: none">○ Introduzione○ Lezione 1.1.1: Modelli concettuali a confronto: America vs Europa○ Lezione 1.1.2: Un nuovo modello concettuale: la proposta dell'OMS <p>Unità 1.2: Diseguaglianze e iniquità nella salute</p> <ul style="list-style-type: none">○ Introduzione○ Lezione 1.2.1: Definizioni e stato dell'arte delle diseguaglianze nella salute○ Lezione 1.2.2: I determinanti delle diseguaglianze nella salute
<p>✓ MODULO 2: SVILUPPO DEI SISTEMI SANITARI. POLITICHE DELLA SALUTE DA ALMA ATA ALLA BANCA MONDIALE</p> <p>Unità 2.1: La nascita del moderno sistema sanitario</p> <ul style="list-style-type: none">○ Lezione 2.1.1: La Rivoluzione Industriale e la nascita della moderna sanità pubblica in Inghilterra○ Lezione 2.1.2: Il "1848", la Germania di Bismarck e la nascita delle assicurazioni sociali obbligatorie○ Lezione 2.1.3: Le società di mutuo soccorso nell'Ottocento○ Lezione 2.1.4: Lo sviluppo delle assicurazioni sociali. La Grande Depressione e il New Deal <p>Unità 2.2: La salute come diritto fondamentale dell'uomo</p> <ul style="list-style-type: none">○ Lezione 2.2.1: Il Beveridge Report e la nascita del National Health Service○ Lezione 2.2.2: Lo sviluppo dei sistemi sanitari universalistici○ Lezione 2.2.3: Le riforme incrementalì negli USA. Medicare e Medicaid○ Lezione 2.2.4: La conferenza di Alma Ata <p>Unità 2.3: Dopo Alma Ata. L'egemonia del neoliberismo</p> <ul style="list-style-type: none">○ Lezione 2.3.1: PHC: Selective vs Comprehensive. La Controrivoluzione○ Lezione 2.3.2: Welfare: il cambiamento di paradigma. Il neo-liberismo○ Lezione 2.3.3: Le politiche della Banca Mondiale○ Lezione 2.3.4: L'eclisse dell'OMS○ Lezione 2.3.5: La trappola medica della povertà○ Lezione 2.3.6: I programmi verticali e le partnership pubblico-privato○ Lezione 2.3.7: Imperialismo umanitario <p>Unità 2.4: Globalizzazione e salute</p> <ul style="list-style-type: none">○ Lezione 2.4.1: Definizione di globalizzazione○ Lezione 2.4.2: Il mercato globale della salute○ Lezione 2.4.3: La migrazione "globale" del personale sanitario○ Lezione 2.4.4: Globalizzazione e disponibilità di acqua○ Lezione 2.4.5: La globalizzazione dei fattori di rischio○ Lezione 2.4.6: L'influenza della globalizzazione sulla salute○ Lezione 2.4.7: Globalizzazione e salute. Modelli concettuali

✓ **MODULO 3: L'EPIDEMIA DELLE RIFORME SANITARIE**

Unità 3.1: Paesi a basso reddito e Paesi emergenti

- Lezione 3.1.1: Paesi poveri in trappola
- Lezione 3.1.2: Paesi a basso reddito in controtendenza
- Lezione 3.1.3: Paesi emergenti: Cina

Unità 3.2: Paesi dell'ex modello Semashko

- Lezione 3.2.1: I sistemi sanitari e la "transizione"
- Lezione 3.2.2: Repubblica Ceca e Slovacchia
- Lezione 3.2.3: La "divergenza" nella longevità. Il caso Russia

Unità 3.3: Il sistema sanitario statunitense

- Lezione 3.3.1: Mercato e sanità: la managed care
- Lezione 3.3.2: La spesa sanitaria americana
- Lezione 3.3.3: Essere non assicurati negli Stati Uniti d'America: la salute e la borsa
- Lezione 3.3.4: Le disuguaglianze nella salute
- Lezione 3.3.5: Health Savings Account
- Lezione 3.3.6: Il futuro del sistema sanitario statunitense

Unità 3.4: Sistemi universalistici

- Lezione 3.4.1: Modello Bismarck
- Lezione 3.4.2: Sistema sanitario tedesco
- Lezione 3.4.3: Modello Beveridge
- Lezione 3.4.4: Servizio sanitario britannico
- Lezione 3.4.5: Servizio sanitario italiano

Unità 3.5: Conclusioni

- Lezione 3.5.1: Le politiche degli aiuti
- Lezione 3.5.2: Il finanziamento dei sistemi sanitari

✓ **MODULO 4: IMMIGRAZIONE E SALUTE**

Unità 4.1: Il fenomeno migratorio in Italia

- Lezione 4.1.1: Caratteristiche generali e "immigrati regolari"
- Lezione 4.1.2: Immigrazione irregolare e clandestina

Unità 4.2: La salute degli immigrati in Italia

- Lezione 4.2.1: Il profilo di salute dell'immigrato e le aree critiche
- Lezione 4.2.2: I diritti assistenziali e le politiche per la salute degli stranieri

<p>✓ MODULO 5: MALATTIE CRONICHE E SALUTE GLOBALE</p> <p>Unità 5.1: Il profilo epidemiologico delle malattie croniche</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Lezione 5.1.1: Malattie croniche: epidemia dimenticata ○ Lezione 5.1.2: La transizione epidemiologica in Italia e negli altri paesi ad alto livello di sviluppo ○ Lezione 5.1.3: I paesi a medio e basso livello di sviluppo <p>Unità 5.2: La prevenzione delle malattie croniche: determinanti della salute e fattori di rischio</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Lezione 5.2.1: Aspetti generali dei determinanti delle malattie croniche ○ Lezione 5.2.2: Le disuguaglianze sociali nella diffusione delle malattie croniche <p>Unità 5.3: La prevenzione delle malattie croniche: strategie di contrasto</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Lezione 5.3.1: Malattie croniche: l'importanza della prevenzione ○ Lezione 5.3.2: Le strategie di prevenzione delle malattie croniche ○ Lezione 5.3.3: "Guadagnare Salute" in Europa e in Italia <p>Unità 5.4: I nuovi modelli di cura</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Lezione 5.4.1: La sanità di iniziativa ○ Lezione 5.4.2: Il Chronic Care Model ○ Lezione 5.4.3: Il caso diabete
<p>✓ MODULO 6: CAMBIAMENTI CLIMATICI E SALUTE GLOBALE</p> <p>Unità 6.1: Cambiamenti climatici e ripercussioni sulla salute</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Lezione 6.1.1: Cambiamenti climatici: una minaccia globale ○ Lezione 6.1.2: Gli effetti sulla salute <p>Unità 6.2: Stabilizzare il clima ed eradicare la povertà: una sfida comune</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Lezione 6.2.1: Cambiamenti climatici e disuguaglianze nella salute ○ Lezione 6.2.2: Cosa fare?
<p>✓ MODULO 7: LA COOPERAZIONE SANITARIA INTERNAZIONALE</p> <p>Unità 7.1: Aiuto allo sviluppo e cooperazione sanitaria internazionale</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Lezione 7.1.1: Le finalità dell'aiuto allo sviluppo ○ Lezione 7.1.2: Le tre fasi della cooperazione sanitaria internazionale ○ Lezione 7.1.3: Gli obiettivi del millennio <p>Unità 7.2: Il finanziamento della cooperazione sanitaria internazionale</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Lezione 7.2.1: Lo stato dell'arte ○ Lezione 7.2.2: Cosa sarebbe necessario <p>Unità 7.3: Le buone pratiche della cooperazione sanitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Lezione 7.3.1: Le linee-guida delle istituzioni internazionali e del governo italiano ○ Lezione 7.3.2: Il ruolo delle Organizzazioni non governative (ONG)

Oltre ad una ricca bibliografia di articoli e testi scientifici internazionali, i testi italiani disponibili a cui viene fatto riferimento sono i seguenti:

- "Politica, salute e sistemi sanitari" di Gavino Maciocco, Il Pensiero Scientifico Editore, 2009 (Maciocco 2009);

- “La Salute Globale. Determinanti sociali e disuguaglianze” di Gavino Maciocco, Carocci Faber Editore, 2014 (Maciocco 2014).

2.2.2. Metodologie didattiche e di valutazione

Il working paper elaborato sulle **metodologie didattiche** partiva da una serie di importanti premesse:

- ✓ se la finalità dichiarata dell'insegnamento della SG è quella di promuovere un cambiamento nella formazione medica e nel rapporto tra accademia e società, con il fine ultimo di una trasformazione sociale verso una maggiore equità, oltre alla trasmissione del sapere è fondamentale riuscire ad incidere sul saper essere e sul saper fare dei futuri medici (e non solo).
- ✓ Occuparsi di salute come tema complesso, e cercare di insegnarlo, significa uscire dalla neutralità intrinsecamente connaturata alla biomedicina, e più in generale all'approccio scientifico, prediligendo un approccio critico che mette in discussione la realtà al fine di favorire un chiaro posizionamento etico a favore del bisogno di salute e a discapito di qualsiasi altro interesse chiamato in causa.
- ✓ La necessità di maggiore formazione in ambito di SG nasce spesso dal bisogno degli studenti di avere accesso ad una formazione più rispondente alle esigenze della società e per questo dovrebbe prevedere un approccio metodologico più interattivo e in grado di coinvolgere in modo individuale i singoli studenti. Dovrebbe inoltre prevedere un approccio interdisciplinare.

Le metodologie didattiche che venivano suggerite erano quelle che sembravano rispecchiare i principi cui la salute globale si ispira: partecipazione, cooperazione, orizzontalità, inclusione e giustizia sociale, per interrogare gli studenti sul piano etico e favorire l'analisi critica, il rigore scientifico, l'innovazione metodologica a partire dall'esperienza (uno principi alla base è quello che si riferiva al “metodo come messaggio”). Per questo, insieme alle lezioni frontali erano suggerite metodologie di didattica interattiva come giochi, *role play*, autoapprendimenti guidati, gruppi partecipativi, *problem based learning*, etc.

Per quanto riguarda la **valutazione** dei corsi il working paper elaborato a riguardo sottolineava l'importanza di condividere gli obiettivi educativi dei corsi in SG per poter poi proporre un adeguato sistema di valutazione.

Veniva inoltre suggerito di prevedere:

- ✓ una iniziale valutazione attitudinale, ponendo domande che svelino il modo di pensare dei discenti e le loro aspettative riguardanti il corso;
- ✓ una valutazione durante lo svolgimento del corso, per raccogliere i dati di processo, le autovalutazioni dei docenti e il gradimento dei singoli moduli degli studenti coinvolti;

- ✓ una valutazione finale di risultato, relativa al gradimento finale, al livello di conoscenze raggiunto e, eventualmente, all'impatto, cioè al cambiamento che il corso ha portato nei singoli individui.

Il working paper predisponeva inoltre delle schede che potevano essere utilizzate per tale valutazione.

Ai formatori veniva anche suggerita la possibilità di effettuare valutazioni finali di efficienza (il programma proposto è stato realizzato nel migliore dei modi in termini di utilizzo delle risorse?), di efficacia (sono stati raggiunti gli obiettivi prefissati?), di pertinenza (gli obiettivi educativi raggiunti rispondevano ai bisogni educativi?).

2.3 Le palestre in Salute Globale

Insieme ai corsi in SG, la RIISG ha iniziato a valorizzare il ruolo delle 'palestre di SG' "tutti quei momenti di formazione che si svolgono al di fuori dell'aula universitaria, che permettono di approfondire la conoscenza del contesto in cui ci si trova, dei processi sociali che determinano lo stato di salute e malattia e delle risorse presenti nelle comunità territoriali. Esse sono intese come esperienze pratiche in grado di coinvolgere attivamente lo studente nel processo di formazione e nel confronto con le tematiche di Salute Globale, attraverso la presa di coscienza dei meccanismi sociali, economici e individuali che agiscono sulla salute del singolo e della comunità. Le esperienze/palestre hanno luogo spesso in contesti locali specifici, spazi esemplificativi per la comprensione dei fenomeni globali che agiscono sia a livello macro che micro. L'apprendimento che si svolge all'interno della comunità non riguarda solo l'acquisizione di nozioni, ma coinvolge l'intera persona e le sue relazioni, e comprende quindi la comunicazione, la conoscenza, le abilità tecniche, le emozioni, i valori e le riflessioni della pratica quotidiana."²³

Queste esperienze possono rientrare in quella particolare tipologia di apprendimento esperienziale che a livello di letteratura viene chiamata *Community Based Education* (CBE). Con tale termine si indicano quelle esperienze formative che avvengono in uno specifico contesto sociale, all'interno della comunità. Questa viene considerata un luogo di apprendimento dove studenti, insegnanti, singoli membri, rappresentanti di altri settori sono coinvolti nell'esperienza educativa. La CBE offre la possibilità di coinvolgersi in modo crescente rispetto alle problematiche di salute della comunità, impegnandosi in modo creativo nei loro confronti (Kelly 2014, Mennin 2006).

In America Latina si parla per lo più di *estensione universitaria*. Per estensione universitaria si intende un processo interdisciplinare, educativo, culturale, scientifico e politico che promuove l'interazione (in grado di generare cambiamento) tra l'università e gli altri settori della società. Tale interazione è mediata dagli studenti di diversi corsi di laurea guidati da uno o più professori. Si tratta dunque di una strategia educativa che mira a sfumare le barriere tra università, servizi sociali e sanitari, e comunità, creando uno spazio in cui i

²³ Tratto da: Casadei R. 2015

saperi e le attività si 'estendono' da un contesto all'altro. Ciò facilita l'incontro, il dialogo e la contaminazione tra conoscenze, metodologie e pratiche, e costituisce un campo di formazione in cui lo studente può sviluppare le competenze necessarie a rispondere ai bisogni di salute di individui e comunità. Il movimento di estensione universitaria si è iniziato a diffondere tra la fine del XIX e l'inizio del XX secolo favorendo l'esecuzione di azioni sociali nell'educazione universitaria. Malgrado queste azioni non fossero collegabili a contenuti accademici formali, molte permettevano una valida pratica professionale al servizio di bisogni sociali.

Probabilmente alla base di tale esperienza è possibile ritrovare le teorie di Paulo Freire sull'educazione. Il motivo di fondo del suo pensiero è quello della liberazione dal dominio. Per Freire esiste un approccio all'educazione che è funzionale al sistema dell'oppressione, che egli chiama depositaria o bancaria. Tale modello educativo è caratterizzato, in primo luogo, da relazioni gerarchiche ed asimmetriche tra educatore ed educando, che non rendono possibile alcun vero dialogo. L'educatore si limita a trasmettere dei contenuti culturali – che sarebbe un equivoco considerare sapere – e lo studente li memorizza, costituendo un deposito di nozioni. I ruoli sono stabiliti rigorosamente; l'educatore è educatore – il soggetto attivo della relazione – mentre l'educando è condannato ad un ruolo passivo, di semplice ascoltatore. Un'educazione diversa, liberatrice, deve partire da un ripensamento della relazione educativa, riconoscendo che lo stesso educando può essere educatore, e l'educatore è sempre, necessariamente, un educando. È questo riconoscimento della reciprocità dell'educazione che rende possibile un autentico dialogo educativo. Nell'educazione tradizionale l'insegnante prepara le sue lezioni ed in seguito narra in classe il suo sapere agli educandi-ascoltatori. Nel modello problematizzante invece l'insegnante e gli studenti sono insieme, ricercatori di verità e creatori di conoscenza. Non ci sono più lezioni da memorizzare, ma problemi da affrontare: problemi che riguardano la vita di tutti. "L'educazione problematizzante, di carattere autenticamente riflessivo, comporta un atto permanente di rivelazione della realtà. (...) (Essa) si sforza di far emergere le coscienze, da cui risulta la loro inserzione critica nella realtà" (Freire P. 2002). Freire arriva dunque ad affermare che l'educazione è un atto politico, anche quando si dichiara neutrale: in quel caso infatti va semplicemente ad affermare o a non contraddire la realtà dominante. "La formazione dell'individuo deve - per il pedagogista brasiliano - mirare alla crescita di una mentalità critica che liberi il campo all'etica della responsabilità dell'uomo verso l'altro uomo e dell'uomo verso l'ambiente vitale che lo circonda". L'educazione ha dunque una funzione sociale ed è in grado di produrre una società e una politica nuove. Essa viene vista come pratica di libertà che può portare alla liberazione dall'oppressione delle strutture dominanti. Tale liberazione può avvenire attraverso il dialogo tra oppressi e oppressori: per Freire sono gli oppressi stessi che, facendo dell'oppressione e delle sue cause un argomento di riflessione, capiscono la necessità della liberazione e, liberandosi, possono così liberare gli oppressori (Tolomelli A. 2012).

È dunque importante sottolineare come l'obiettivo di tali esperienze formative debba essere non semplicemente quello di porre gli studenti in contatto con il contesto sociale, ma aiutarli a prendere

coscienza delle contraddizioni economiche e sociali nelle quali si è immersi e dunque della necessità di cambiare la società (Vigilante A. 2014).

Un'altra espressione utilizzata è quella di *service learning*, che viene definita dal Congresso degli Stati Uniti nell'ambito del National and Community Service Trust Act del 1993 come un metodo con cui gli studenti imparano e maturano grazie all'attiva partecipazione ad un servizio meticolosamente organizzato, che è condotto e risponde ai bisogni di una comunità; tale approccio educativo contribuisce a sviluppare la responsabilità civica e riserva momenti adeguati perché gli studenti o i partecipanti possano riflettere sull'esperienza di servizio (Nieves Tapia M. 2006). La teoria dell'apprendimento attraverso l'esperienza di John Dewey sembra fondare le esperienze di *service learning* negli Stati Uniti. Dewey era preoccupato per il mancato coinvolgimento politico dei suoi concittadini: "alcuni sostengono l'impotenza di ogni azione politica; molti praticano con noncuranza l'astensione e si abbandonano all'azione indiretta. Si esprime apertamente scetticismo per l'efficacia del diritto di voto, non solo nelle teorie degli intellettuali, ma anche nelle parole delle masse sprovvedute: "Che differenza fa se voto o non voto? Le cose vanno avanti, comunque, alla stessa maniera. Il mio voto non ha mai cambiato nulla" (Dewey J. 1971). Il filosofo americano denuncia quel processo di frammentazione sociale e di anonimizzazione (si pensi alla più recente diffusione dei non-luoghi) che oggi è giunto a piena maturazione, mostrando in modo inequivocabile le difficoltà di una democrazia autentica in un sistema economico che spezza i legami comunitari ed isola nella ricerca individuale del benessere. Per Dewey è urgente ricostruire la vita comunitaria, in primo luogo favorendo un dibattito aperto ed una indagine seria e documentata sulle questioni di interesse pubblico e poi riallacciando i vincoli comunitari a partire dal vicinato. Il *service learning* appare come il metodo che meglio può favorire l'attenzione delle nuove generazioni verso i problemi della loro comunità ed il superamento del disimpegno politico e dell'indifferenza per le questioni riguardanti la sfera pubblica.

Anche all'interno del dibattito italiano è stata riconosciuta la necessità e l'utilità di quella che è stata chiamata integrazione nosocomio – territorio nella formazione dello studente di Medicina. Viene riconosciuto che il territorio meglio si presta per l'insegnamento di aspetti significativi della professione medica quali la relazione interprofessionale tra i diversi professionisti della salute e un approccio più sistematico ai principi della salute globale e della medicina delle migrazioni. La Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea in Medicina riconosce nell'integrazione nosocomio-territorio un caso particolare di integrazione didattica di cui si afferma la necessità ed il valore pedagogico. Tra gli strumenti didattici specifici per la didattica sul campo si è suggerito di utilizzare la medicina narrativa, l'uso del diario di bordo, il *problem solving* non limitato ai problemi di salute del singolo ma esteso a quelli della comunità (Gallo 2013).

Le Palestre di SG appaiono dunque coerenti e in linea con gli input sopra citati.

2.4 Il documento “Ripensare la formazione medica”: dalla formazione in Salute Globale alla formazione in salute

La riflessione sulla formazione in SG ha portato nel 2015 alla pubblicazione del documento “Ripensare la formazione medica”, nell’ambito del quale viene ampliata la riflessione alla formazione medica in toto e, più in generale, alla formazione di tutte le persone che, a vario titolo, concorrono alla promozione e alla tutela della salute.

La storia della RIISG e l’elaborazione del documento con i suoi contenuti sono stati diffusi con una pubblicazione di livello internazionale nel corso del presente Dottorato (Civitelli 2020) con l’obiettivo di rilanciare a livello nazionale il dibattito sulla formazione in salute, partendo da un approccio di SG, consapevoli dell’importanza che essa possiede, specialmente in questo momento storico.

RIPENSARE LA FORMAZIONE MEDICA

Il contributo della Rete Italiana per l’Insegnamento della Salute Globale

Le scuole di medicina sono in grado di formare professionisti capaci di rispondere ai bisogni di salute delle persone e delle comunità che andranno a servire? Come rispondono alle sfide che l’epoca della globalizzazione e della complessità pone? Come affrontano il tema della responsabilità sociale (in altre parole, che ruolo intendono assumere nei confronti dell’ingiustizia sociale e il suo impatto sulla salute)? La Rete Italiana per l’Insegnamento della Salute Globale (RIISG) ritiene che tali domande debbano essere prese in considerazione ed esprime in questo documento un contributo relativo al dibattito sulla formazione medica recentemente innescatosi a livello nazionale. Si fa in particolare riferimento al documento del Centro Studi e Documentazione FNOMCeO “Professione medica nel terzo millennio”, alla mozione del Consiglio Nazionale della FNOMCeO “Salviamo la formazione medica”, alla lettera inviata al Ministro MIUR e al Ministro della Salute dalla Conferenza Permanente dei Presidenti di Consiglio di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia e alla risposta del presidente della FNOMCeO dott. Amedeo Bianco.

Di seguito sono riportate alcune riflessioni elaborate dalla RIISG, esposte più in dettaglio nel testo e intese come spunti di confronto, discussione e dibattito aperto.

- ✓ *Ogni azione e decisione presa in campo medico non è eticamente neutrale. La medicina prevede degli aspetti etici intrinseci e deve essere studiata e insegnata a partire dalla sua componente etica.*
- ✓ *Il paradigma della complessità che caratterizza la nostra epoca spinge a riconoscere i limiti intrinseci a ogni pratica umana, compresa quella medica, e invita a creare spazi di dialogo e confronto tra saperi, professioni e discipline.*

- ✓ *È necessario, nel corso della formazione, accompagnare lo sviluppo di un pensiero critico e incoraggiare il posizionamento etico, prevedendo l'apporto di diverse discipline e stimolando la riflessione di carattere morale. Si ritiene che questo possa avvenire anche attraverso esperienze di conoscenza e radicamento nell'ambiente sociale nel quale i futuri professionisti saranno inseriti.*
- ✓ *È necessario ridurre l'iperspecializzazione dando spazio ad un "nuovo generalismo", cioè ad un approccio più ampio che veda salute e malattia nel contesto dell'intera vita delle persone.*
- ✓ *È necessario richiamare gli attuali e futuri medici alla responsabilità sociale, intesa anche come risposta che deve essere data di fronte alle situazioni di crisi, ingiustizia sociale ed emarginazione provocate dall'attuale sistema globalizzato. Si ritiene che tale responsabilità non sia definita a priori ma debba essere cercata personalmente e contestualmente in un confronto con tutti coloro che "hanno sinceramente a cuore" tali questioni.*

Dalla Salute Globale alla formazione in salute

La Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale (RIISG) è un network nazionale che comprende istituzioni accademiche, società scientifiche, organizzazioni non governative, associazioni, gruppi, studenti e singoli individui impegnati nella formazione in salute globale, sia a livello universitario sia di società civile. Sin dall'inizio importante parte attiva della RIISG è il SISM – Segretariato Italiano Studenti Medicina.

La RIISG sta seguendo con particolare interesse il dibattito sulla formazione medica accesi in quest'ultimo periodo. Come realtà nata dal basso, accogliendo e facendo proprie le esigenze e le richieste degli studenti, protagonisti e destinatari di tale formazione, la Rete condivide le preoccupazioni riguardo all'attuale impostazione del sistema formativo per i futuri medici.

La riflessione e il lavoro culturale portati avanti dalla RIISG in questi anni non si sono, infatti, limitati a elaborare un nucleo di contenuti da aggiungere ai *curricula* già molto ricchi delle facoltà mediche ma, soprattutto nei tempi più recenti, si sono indirizzati ad aprire uno spazio di confronto nazionale sulla formazione in salute in senso più ampio.

Come componenti della RIISG riteniamo che fare formazione in salute globale voglia dire "introdurre un nuovo modo di pensare e agire la salute per generare reali cambiamenti sia nella comunità sia nell'intera società, colmando il divario esistente tra evidenza scientifica e decisioni operative"²⁴. Per questo il lavoro della RIISG, partito da riflessioni attinenti alla sola formazione medica, ha riconosciuto la necessità di

²⁴ Tratto da: RIISG 2014

prendere in considerazione i processi formativi di tutte le persone che – a vario titolo – concorrono alla promozione e alla tutela della salute.

La RIISG ritiene di poter dare il suo apporto propositivo e costruttivo al confronto auspicato sia dalla FNOMCeO sia dalla Conferenza Permanente dei Presidenti di Consiglio di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia. Proponendosi tra gli obiettivi quello di contribuire a “preparare una figura di Medico sempre più adeguata alla trasformazione dell’assistenza sanitaria del nostro paese, correttamente protesa verso la medicina territoriale e di prossimità”, la RIISG concorda con il Centro Studi FNOMCeO nel ritenere necessaria “una riforma non tanto della facoltà di medicina ma dei suoi paradigmi formativi”.

La medicina come pratica etica

La riforma auspicata dovrebbe partire dalla consapevolezza che pensare alla medicina semplicemente come a una scienza o a un’attività scientifica sia non soltanto riduttivo ma sostanzialmente sbagliato. La medicina, in quanto pratica, prevede azioni che esprimono una trama di significati e fini. Gli aspetti etici non possono essere visti come giustapposti, ma debbono essere considerati intrinseci a essa. Ogni decisione e ogni azione portate avanti in questo settore non sono neutrali, cioè non possono prescindere dalla dimensione etica; ciò significa che la natura della medicina deve essere studiata e insegnata a partire da una prospettiva etica (Mordacci 2008).

Tale approccio non si dovrebbe limitare a riflettere su quanto avviene nel rapporto medico-paziente ma anche, ad esempio, sulla relazione della pratica medica con altri saperi, professioni, discipline. Un atteggiamento di questo genere aiuterebbe a mettere in luce le carenze e i punti deboli su cui diventa sempre più necessario prendere posizione.

Sembra dunque non banale né trascurabile porsi la domanda: le attuali scuole di medicina preparano futuri medici dotati di adeguati strumenti conoscitivi ed etici per muoversi come persone e cittadini consapevoli, prima ancora che come professionisti, all’interno dei sistemi complessi nei quali si trovano ogni giorno a vivere?

Per un nuovo generalismo

In un’epoca caratterizzata dall’aumento esponenziale delle conoscenze scientifiche e tecniche, i *curricula* universitari sono divenuti per lo più contenitori di nozioni da apprendere meccanicamente al fine di superare gli esami. Inoltre, l’impostazione sempre più orientata verso l’iperspecializzazione contribuisce a una situazione di "ricatto formativo", che obbliga lo studente neolaureato a proseguire nel percorso di studi attraversando un "limbo di dequalificazione professionale e lavorativa", un vuoto formativo, istituzionale e lavorativo tra università e scuola di specializzazione.

Il sapere diviene dunque sempre più iperspecialistico e frammentato, e il medico rischia di trasformarsi esclusivamente in un tecnico competente. Tale impostazione riduzionista e nozionistica, che risente della frattura tipica della cultura positivista tra scienza e agire morale (Dei Tos 2014), appare incapace di formare professionisti in grado di affrontare i bisogni delle persone e delle comunità che andranno a servire.

L'iperspecializzazione determina un sempre maggiore allontanamento del (futuro) medico dai luoghi di vita delle persone; la formazione si svolge per lo più in un contesto racchiuso tra ospedale e aule universitarie, impedendo di prendere consapevolezza dei tanti fattori che influenzano la salute nei differenti contesti sociali. L'invecchiamento della popolazione e la crescente prevalenza delle patologie croniche rendono necessario un approccio più ampio, nel quale dare centralità ad aspetti come quelli della prevenzione, della promozione della salute, delle cure primarie e dell'integrazione socio-sanitaria²⁵. Per questo riteniamo importante ridurre l'iperspecializzazione per dare spazio a un "nuovo generalismo" che veda salute e malattia nel contesto dell'intera vita delle persone (Commission on generalism 2011).

La necessità di scelte sagge

L'aumento vertiginoso delle possibilità diagnostiche e terapeutiche e la costruzione sociale dell'onnipotenza della biomedicina hanno alimentato un'ingenua fiducia che attribuisce a tale professione la capacità di liberare dal dolore, dalla sofferenza, dalla morte. La pressione sempre maggiore dell'industria farmaceutica e biomedicale contribuisce a una progressiva medicalizzazione di ogni aspetto della vita umana, a fenomeni come quello del *disease mongering* (Moynihan 2006) e alla conseguente induzione di falsi bisogni.

Crescono le aspettative di chi ai servizi sanitari si rivolge, ma cresce anche l'inappropriatezza delle prestazioni, e con essa la spesa sanitaria.

Il contesto di crisi economica e di scarsità (relativa) di risorse richiede invece, con sempre maggiore urgenza, che vengano fatte scelte di priorità nell'allocazione di tale spesa. Crediamo che tali scelte non possano che andare nella direzione dell'equità e dell'universalità nell'accesso alle cure, rifiutando un approccio utilitaristico che segue criteri esclusivamente economici e ricercando giustificazioni prima di tutto sul piano etico e sociale. Riteniamo che, a partire dalla formazione, sia importante lavorare sul concetto di limite e sulla necessità di scelte sagge ed eticamente fondate, orientate a evitare gli sprechi e a lottare contro la corruzione e i conflitti di interesse²⁶.

²⁵ È sufficiente ricordare il World Health Report 2008 (WHO 2008) dal titolo *Primary health care. Now more than ever* e lo sviluppo del *Chronic Care Model* come nuovo modello di gestione delle malattie croniche.

²⁶ Ricordiamo a questo proposito la campagna *Choosing wisely*, lanciata negli Stati Uniti e i rapporti della Commissione Europea sulla corruzione nel settore sanitario (European Union 2017).

La responsabilità sociale del medico

Sono numerose le evidenze scientifiche (CSDH 2008) che mostrano la diseguale (Whitehead 1992) distribuzione delle patologie tra le diverse nazioni e, all'interno delle stesse nazioni, in relazione alla classe sociale (espressa attraverso diversi tipi di indicatori di posizione socio-economica). Queste rimandano alla teoria dei determinanti sociali di salute e alla necessità di agire su tutti i fattori (non semplicemente quelli biologici) in grado di influenzare lo stato di salute dei singoli e delle comunità. Senza voler caricare la medicina di un compito eccessivo, riteniamo necessario richiamare i futuri medici a una più ampia responsabilità²⁷ sociale, che non si esaurisca all'interno del rapporto medico-paziente, ma che comporti uno sguardo sull'intera società²⁸.

Crediamo, infatti, che la figura professionale del medico, proprio in quanto capace di riconoscere e documentare scientificamente le conseguenze concrete del sistema economico e politico sulla vita e la salute delle persone, non possa ritenersi neutrale di fronte alle cause di tali disegualianze.

Per questo i medici, e più in generale tutti gli operatori della salute, non possono rinunciare a entrare in relazione con i settori della società e con le discipline che lavorano alla ricerca del bene comune. Riteniamo che tale compito non costituisca un aspetto tecnico e facoltativo, quanto piuttosto un imperativo etico.

Ripensare la formazione medica: una questione sociale

Quelli citati sono solo alcuni esempi che mostrano come la formazione dei futuri medici debba necessariamente implicare sia elementi conoscitivi di natura più ampia sia riflessioni di carattere etico (Frenk 2010). In altre parole, crediamo che essa debba fornire strumenti per sviluppare un pensiero critico necessario ad affrontare la complessità del reale, e offrire occasioni di esperienze che stimolino una risposta libera e responsabile alle problematiche dell'attuale mondo globalizzato.

Tali problematiche, incorporate esemplarmente in coloro che rimangono ai margini della società e del sistema di cure, mettono anche in luce il limite di ogni agire individuale, legato alla propria persona, al proprio ruolo e alla propria formazione. Per questo ogni risposta, fondata su un reale e critico posizionamento etico, non dovrebbe ispirarsi a coscienze eroiche o volontarismi esasperati, ma riconoscere la necessità di cooperare in senso ampio con tutti i soggetti e le realtà coinvolte. Pensiamo che riflessioni ed esperienze pratiche relative a concetti come solidarietà, responsabilità, giustizia, uguaglianza,

²⁷ Una responsabilità concepita come risposta ad ogni essere umano con cui la vita umana è costitutivamente in relazione, risposta che deve essere portata ad un livello di consapevolezza e che dovrebbe spingere a prendersi cura dell'altro, come persone prima che come medici.

²⁸ Cfr articolo 14 della *Dichiarazione universale sulla Bioetica e i diritti umani* dell'UNESCO su *Responsabilità sociale e salute* (UNESCO 2005)

limite, pensiero cooperativo abbiano “diritto di cittadinanza” all’interno della formazione medica tanto quanto i classici argomenti della bioetica.

Siamo convinti che la riforma del sistema formativo di area medica non sia un argomento settoriale da affrontare in ambiti specialistici; per questo auspichiamo che si realizzi davvero quel “confronto ampio di tutti gli attori coinvolti” a cui invita la Conferenza Permanente dei Presidenti di Consiglio di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia.

Vista l’attenzione che ciascun componente della RIISG (professionisti sanitari, accademici, studenti, associazioni) dedica al tema della formazione e alla proposta di riforma dei curricula di corsi di laurea che si occupano a vario titolo di salute, ci sentiamo parte in causa in questo confronto e intendiamo partecipare con competenza e motivazione. Crediamo essenziale un forte coinvolgimento degli studenti, principali destinatari dei modelli didattici, quali protagonisti attivi e non semplici fruitori della propria formazione.

Siamo inoltre convinti dell’importanza di far tesoro di punti di vista di altre discipline, che aiutino ad analizzare il contesto di crisi economica ma soprattutto culturale, etica e antropologica nel quale le facoltà di medicina (e più in generale le università) sono coinvolte. Riteniamo tale confronto non un “di più”, ma una necessità legata ai limiti della medicina (così come di ogni altra disciplina), limiti sempre più evidenti all’interno dei sistemi complessi in cui si è chiamati ad agire.

Crediamo sia necessario mettere le basi per una nuova pedagogia della salute e siamo consapevoli che si tratta di un’impresa “culturale, organizzativa, etica, civile e professionale”. Si tratta di prepararsi a formare non solo professionisti ma prima di tutto cittadini, anzi persone, per una società in cui equità e giustizia sociale siano a pieno titolo “strumenti di salute”.

CAPITOLO 3: LO STATO ATTUALE DELLA FORMAZIONE IN SALUTE GLOBALE IN ITALIA

3.1 Una recente mappatura dei corsi in Salute Globale in Italia

Una delle attività condotte dalla RIISG è stata quella di realizzare la mappatura delle attività didattiche elettive inerenti la SG presenti nelle diverse Facoltà di Medicina e Chirurgia a partire dal 2007, attraverso un questionario realizzato e distribuito con la collaborazione del SISM (Segretariato Italiano degli Studenti in Medicina) in tutte le Università dove tale associazione è presente. Il lavoro di mappatura ha mostrato nel periodo 2007-2013 un numero medio di corsi in aumento, con un miglioramento negli anni della coerenza di tali corsi con il curriculum proposto dalla RIISG (Bruno 2011). Questo è avvenuto sia nel contesto di corsi di formazione promossi dalla Rete o da alcuni suoi membri, sia attraverso corsi integrativi opzionali organizzati nelle singole Università, sia mediante laboratori autorganizzati dagli studenti, fino a giungere a riconoscimenti formali quali l'introduzione di crediti formativi dedicati in alcune Università italiane (per esempio Roma e Genova). Nonostante il trend in aumento, si è evidenziata un'offerta ancora inadeguata e con diseguale distribuzione dei corsi, presenti prevalentemente nel Nord e nel Centro Italia e solo in numero limitato nelle Università del Sud.

Nell'ambito del presente Dottorato è stato condotto un nuovo lavoro di mappatura relativo all'Anno Accademico 2018-2019 (Civitelli 2021).

3.1.1 Metodologia della mappatura

Per condurre la mappatura relativa ai corsi in SG presenti in Italia è stato riadattato il questionario usato precedentemente dalla RIISG, per avere la possibilità di confrontare i risultati con le precedenti mappature. Il questionario è stato trasformato in un *form* online ed è stata aggiunta una sezione relativa alle 'palestre in SG'. Rispetto ai corsi in SG, il questionario andava ad indagare il programma dei corsi, le metodologie didattiche utilizzate, il sistema di valutazione delle conoscenze e del gradimento, la disponibilità del materiale di studio per gli studenti, il numero di partecipanti, la tipologia di corso (se elettivo o inserito all'interno della didattica obbligatoria), il numero di Crediti Formativi Universitari (CFU) disponibili. Il questionario è stato distribuito tramite i canali della RIISG e del SISM (Segretariato Italiano degli Studenti di Medicina) e tramite i canali della Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia. Erano invitati a compilarlo i membri della RIISG, gli studenti di medicina attivamente coinvolti nella formazione in SG e/o nelle attività del SISM, i rappresentanti universitari che fanno parte della Conferenza Permanente.

Nell'analizzare i risultati è stata condotta un'analisi quantitativa dei corsi ed una valutazione della loro distribuzione geografica, utilizzando la suddivisione territoriale proposta da Bruno e colleghi nel 2011 (che a sua volta faceva riferimento alla suddivisione territoriale proposta dall'ISTAT²⁹).

Sono stati elaborati due diversi score per descrivere i corsi: un primo score, con valori da 0 a 5, simile a quello usato da Bruno e colleghi, ed un secondo score creato per descrivere i corsi più nel dettaglio. Gli score sono descritti nella tabella 6 e derivano da una riflessione effettuata dai membri della RIISG sui corsi di SG, tenendo in considerazione la letteratura scientifica sul tema ed adattandola al contesto italiano.

Il primo score divide i corsi in tre livelli: basso (0-1), medio (2-3), alto (4-5). Il secondo score divide i corsi in quattro livelli: basso (0-3), medio-basso (4-5.5), medio-alto (6-7.5), alto (8-10).

²⁹ Il Nord comprende le regioni del Nord-Ovest (Liguria, Lombardia, Piemonte, Valle d'Aosta) e quelle del Nord-Est (Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Trentino-Alto Adige, Veneto).

Il Centro comprende le regioni Lazio, Marche, Toscana ed Umbria.

Il Mezzogiorno comprende le regioni dell'Italia Meridionale o Sud Italia (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia) e quelle dell'Italia insulare (Sardegna, Sicilia).

Tabella 6. Descrizione degli score utilizzati per la valutazione dei corsi

Score 1	Programma	Nessun programma o argomento collegato con il core curriculum previsto dalla RIISG	0	Score 2	
		Presenza di almeno un argomento coerente con la definizione della RIISG	1		
	Metodologie didattiche	Lezioni frontali	0		
		Metodologie interattive	1		
	Durata del corso	Minore o pari a tre ore	0		
		Superiore a tre ore	1		
	CFU - Crediti Formativi Universitari	Nessun credito previsto	0		
		Credito/crediti universitari previsti	1		
	Partecipanti al corso	Riservato agli studenti di medicina	0		
		Aperto a studenti di altri corsi di laurea/ facoltà	1		
		Tipologia di corso	Elettivo		0
			Obbligatorio		1
Presenza di una persona di riferimento interna all'università		No	0		
		Sì	1		
Numero chiuso di partecipanti		No	0		
		Sì, maggiore o uguale ad 80 persone ³⁰	0.5		
		Sì, inferiore a 80 persone	1		
Sistema di valutazione		Nessuno	0		
		Valutazione di gradimento O valutazione delle conoscenze	0.5		
		Valutazione di gradimento E valutazione delle conoscenze	1		
Disponibilità del materiale di studio		No	0		
		Sì	1		

³⁰ 80 è il numero medio di partecipanti dei corsi individuati dalla mappatura.

3.1.2 Risultati

Dal Settembre 2019 al Febbraio 2020 sono state raccolte in totale 61 risposte: 20 da studenti, 22 da membri di Medici con l’Africa CUAMM, 17 da personale accademico di Facoltà di Medicina, 2 da un’altra organizzazione non governativa ed una da un membro di una Facoltà non medica. Su un totale di 44 Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia presenti in Italia³¹, 33 (75%) sono stati raggiunti dal questionario, individuando in totale 38 corsi in SG, di cui 4 sono stati condotti da maggio a giugno 2018 e quindi riferibili all’Anno Accademico precedente. Sette corsi (18.4%) risultavano inseriti nella didattica obbligatoria. Trentuno corsi (81.6%) erano elettivi, con una durata media di 9.5 ore (ed un range dalle 2 alle 24 ore). Per quanto riguarda la distribuzione geografica, 9 corsi (23.7%) erano proposti nel Sud Italia, 9 (23.7%) nel Centro Italia e 20 (52.6%) nel Nord Italia.

Trentacinque corsi su 38 (92%) erano rivolti a studenti di medicina, che in 26 corsi (68%) erano gli unici destinatari, mentre in 9 casi (24%) erano aperti anche ad altri Corsi di Laurea o Facoltà. Tre corsi, tutti nel Nord Italia, erano rivolti esclusivamente a studenti di economia, sociologia e scienze infermieristiche.

Calcolando il numero medio di corsi in SG presenti in tutti i Corsi di Laurea in Medicina in Italia, questo è pari a 0.79 (con una media di 0.89 nel Nord, di 0.81 nel Centro e di 0.64 nel Sud). Il numero medio di corsi presenti nelle Scuole di Medicina raggiunte attraverso la mappatura è pari a 1.1, con una deviazione standard di 0.87 (Tabella 7).

Tabella 7. Media e deviazione standard dei corsi in SG in Italia nei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia raggiunti attraverso il questionario, suddivisi per zone geografiche

	Nord	Centro	Sud	Italia
2007-2010	1.24 (1.53)	0.57 (0.51)	0.35 (0.79)	0.79 (1.20)
2009-2010	1.81 (1.38)	0.87 (0.35)	0.33 (0.65)	1.11 (1.18)
2018-2019	1.25 (0.76)	1.1 (0,54)	0.75 (0.84)	1.1 (0.87)
	<i>(20 corsi su 16 CdL in Medicina e Chirurgia raggiunti)</i>	<i>(9 corsi su 8 CdL in Medicina e Chirurgia raggiunti)</i>	<i>(9 corsi su 12 CdL in Medicina e Chirurgia raggiunti)</i>	<i>(38 corsi su 33 CdL in Medicina e Chirurgia raggiunti)</i>

Dieci sono stati i corsi mappati con un numero chiuso di partecipanti (da 15 a 250) ed il numero medio di partecipanti era di 83 persone. Per quanto riguarda le metodologie didattiche, più del 55% dei corsi hanno riferito una percentuale superiore al 50% di lezioni frontali. Dieci corsi includevano la valutazione delle conoscenze dei partecipanti (quattro di questi corsi erano inseriti nella didattica obbligatoria), e dodici corsi

³¹ Secondo il Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca, nel 2018 erano presenti in Italia 44 Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, così distribuiti territorialmente: 14 nel Sud Italia, 11 nel Centro Italia e 19 nel Nord Italia.

effettuavano una valutazione di gradimento. La distribuzione dei corsi secondo lo score 1 è mostrata nella tabella 8.

Tabella 8. Distribuzione dei corsi secondo lo score 1.

	BASSO	MEDIO	ALTO	Totale riga
Sud	0	2 (22.2%)	7 (77.7%)	9
Centro	0	5 (55.5%)	4 (44.4%)	9
Nord	0	11 (55%)	9 (45%)	20
Italia	0	18 (47.4%)	20 (52.6%)	38

La distribuzione dei corsi secondo lo score 2 nelle diverse regioni è mostrata nella tabella 9.

Tabella 9. Distribuzione dei corsi secondo lo score 2.

	BASSO (≤ 3)	MEDIO-BASSO (4-5.5)	MEDIO-ALTO (6-7.5)	ALTO (≥ 8)	Totale riga
Sud	3 (33.3%)	4 (44.4%)	2 (22.2%)	0	9
Centro	1 (11.1%)	4 (44.4%)	3 (33.3%)	1 (11.1%)	9
Nord	9 (45%)	2 (10%)	4 (20%)	5 (25%)	20
Italia	13 (34.2%)	10 (26.3%)	9 (23.7%)	6 (15.8%)	38

Può essere valutata positivamente la presenza in tutti i corsi di almeno uno degli argomenti del core curriculum in SG, la presenza diffusa di metodologie didattiche interattive e la durata dei corsi (nella maggioranza dei casi superiore ad un singolo incontro di tre ore). Metà dei 38 corsi hanno persone di riferimento all'interno delle università e il 55% dei corsi permettono ai partecipanti di ricevere CFU.

Dall'analisi degli score emerge come i punti più critici siano la scarsa apertura dei corsi in SG a studenti di altri Corsi di Laurea/ Facoltà (il valore medio di tale indicatore è pari a 0.26, con una maggioranza di corsi rivolti solo a studenti di medicina), la tipologia di corsi (il valore medio di tale indicatore è pari a 0.18, con una maggioranza di corsi di natura elettiva), l'assenza di un numero chiuso di partecipanti (con un valore medio di tale indicatore di 0.2, e con una maggioranza di corsi con più di 80 partecipanti) e l'assenza di un sistema di valutazione (valore medio di tale indicatore di 0.29, con la maggioranza di corsi che non ha un sistema di valutazione).

Sono state ricevute inoltre 18 risposte relative a palestre di SG a livello nazionale ed internazionale. Le palestre di SG a livello nazionale riguardavano:

- ✓ l'esperienza degli studenti di medicina presso il Poliambulatorio Caritas di Roma;
- ✓ l'esperienza di studenti di medicina e di altre professioni socio-sanitarie nel settore della salute penitenziaria a Roma;
- ✓ l'esperienza di studenti di medicina e di altre professioni socio-sanitarie nella realtà dei richiedenti asilo e rifugiati a Roma;

- ✓ l'esperienza degli studenti di medicina nel settore della salute penitenziaria a Milano;
- ✓ l'esperienza di studenti di medicina in un centro per senza dimora a Varese;
- ✓ l'esperienza del 'Laboratorio di Mondialità', un corso nazionale in SG organizzato dagli studenti di medicina per altri studenti di medicina, a livello nazionale.

Le palestre di SG a livello internazionale includevano:

- ✓ l'esperienza offerta da Medici con l'Africa CUAMM in collaborazione con il SISM a studenti di medicina per un'esperienza di un mese negli ospedali gestiti dall'ONG di Wolisso (Etiopia) e Tosamaganga (Tanzania);
- ✓ l'esperienza offerta da Medici con l'Africa CUAMM del *Junior Project Officer*, per specializzandi di diverse discipline, di trascorrere fino a sei mesi di formazione teorico-pratica in un ospedale gestito dall'ONG in Africa;
- ✓ esperienze internazionali offerte a Milano e Varese in collaborazioni con ONG.

3.1.3 Discussione dei risultati

Dopo qualche anno era necessario rinnovare la mappatura dei corsi e delle palestre in SG in Italia. Il risultato della mappatura mostra che i corsi in SG sono presenti in diverse università italiane e che il loro numero medio per Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia è aumentato (da 0.79 a 1.1). I corsi si sono recentemente diffusi in tutto il territorio nazionale riducendo il gap nella distribuzione tra Nord, Centro e Sud Italia. Un altro importante aspetto riguarda il coinvolgimento degli studenti e dell'ONG Medici con l'Africa CUAMM nell'organizzazione dei corsi, coerentemente con la visione della RIISG che ritiene fondamentale un coinvolgimento degli studenti e un approccio di tipo bottom-up, che si ritiene essenziale per la diffusione della formazione in SG.

Un altro importante aspetto riguarda le palestre di SG: la mappatura ha mostrato la presenza di diverse tipologie di esperienze offerte agli studenti che desiderano fare un'esperienza sul campo a livello nazionale ed internazionale. Il limite principale è che tali palestre sono offerte solo ad un numero limitato di studenti di Corsi di Laurea, ad eccezione di quelle offerte da Medici con l'Africa CUAMM, che possono potenzialmente raggiungere tutti gli studenti sul territorio nazionale. La mappatura così condotta ha certamente importanti limiti, legati all'assenza di informazioni per 11 Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia e al fatto che il 72% delle risposte sia venuto da studenti e personale di ONG (dunque la rappresentanza della parte accademica è limitata). Un possibile futuro sviluppo della ricerca sarà quello di comparare tali dati con le informazioni pubbliche disponibili, la documentazione dei corsi, i rapporti relativi all'accreditamento dei Corsi di Laurea, oltre a fare delle interviste specifiche con lo staff accademico di ogni scuola di medicina in Italia. Nonostante tali limiti, si ritiene che tale mappatura possa essere un nuovo punto di partenza per valutare l'offerta di

formazione in SG in Italia. Alcuni limiti dell'offerta formativa in SG emergono dall'analisi dei due score, soprattutto dallo score 2, che mostra come sia necessario un sempre maggiore impegno accademico per promuovere la formazione in SG in Italia. L'aspetto più problematico è collegato alla tipologia di corsi: la maggioranza di essi sono di natura elettiva e non rientrano nella didattica obbligatoria. Un altro problema riguarda l'assenza di un sistema di valutazione e la mancata apertura dei corsi a studenti di altre Facoltà.

3.2 L'esperienza del Corso Elettivo e delle Palestre in Salute Globale presso la Sapienza Università di Roma

3.2.1 Introduzione

Presso la Sapienza Università di Roma il primo corso elettivo in SG è stato organizzato nel gennaio 2008 dal Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive (DSPMI). Dal 2008 un corso elettivo in SG è stato proposto ogni anno, ridefinendo ogni volta le caratteristiche e l'organizzazione sulla base dei bisogni educativi e di un sempre maggiore coinvolgimento degli studenti anche nella preparazione del corso stesso. Dal 2009 è stato organizzato un corso elettivo in SG anche presso la sede della Seconda Facoltà di Medicina e Chirurgia (attualmente Facoltà di Medicina e Psicologia), ospitata presso l'ospedale Sant'Andrea.

Gli argomenti principali trattati dai corsi in SG erano quelli riconosciuti come fondamentali dalla RIISG: determinanti sociali di salute, disuguaglianze in salute, globalizzazione e salute, origine e sviluppo dei sistemi sanitari, migrazione e salute e cooperazione sanitaria internazionale. Ogni anno il corso è stato proposto non solo a studenti di medicina ma anche a studenti di altre professioni sanitarie e sociali. La multidisciplinarietà è infatti una caratteristica della SG e condividere la stessa aula e lezione, con momenti di confronto, è un possibile primo passo per imparare a collaborare nella professione futura a servizio di una migliore salute per tutti. Ai partecipanti al corso elettivo potevano essere riconosciuti dei CFU in base al Corso di Laurea di cui facevano parte. Il corso era inizialmente composto da una serie di lezioni frontali tenute da esperti invitati e coordinati dal prof. Marceca. Nel corso degli anni un gruppo di studenti e di specializzandi particolarmente interessati alla SG sono diventati i principali promotori del corso, sempre coordinati e supervisionati dal docente universitario. Gradualmente, grazie al coinvolgimento degli studenti e all'interesse dello staff accademico sono state inserite e valorizzate metodologie didattiche di *peer education*. Il giovane gruppo organizzatore ha introdotto nel corso testimonianze di esperienze, lavori di gruppo, *role play* e altre metodologie didattiche interattive. Per quanto riguarda il sistema di valutazione, era proposta una valutazione iniziale delle conoscenze e una raccolta delle aspettative degli studenti, un modulo di gradimento da compilare al termine di ogni singolo modulo, un modulo di gradimento finale e una conclusiva valutazione

delle conoscenze realizzata tramite un post test a scelta multipla o tramite la redazione di brevi testi relativi ad uno degli argomenti trattati.

Il DSPMI ha proposto negli anni anche esperienze di formazione “sul campo” (Wennerstrom 2018; Crampton 2016) in collaborazione con il SISM ed altre associazioni che lavorano nei contesti dell’esclusione e della marginalità. In Italia queste esperienze formative sono state definite “palestre di SG” poiché consentono agli studenti di fare esperienza di diverse realtà e di sperimentarsi in contesti diversi da quello accademico. Nelle Palestre di SG proposte gli studenti avevano la possibilità di:

- ✓ conoscere direttamente la realtà dei richiedenti asilo e rifugiati, grazie ad un progetto organizzato con il Centro Astalli³²;
- ✓ conoscere i servizi per stranieri senza permesso di soggiorno, in un progetto realizzato in collaborazione con l’Area Sanitaria della Caritas Diocesana di Roma³³;
- ✓ conoscere la realtà della salute delle persone in situazione di detenzione, in collaborazione con l’associazione Antigone³⁴.

Tali organizzazioni sono state scelte come partner dallo staff accademico sulla base di una reciproca conoscenza e di una consolidata collaborazione. Si trattava inoltre di associazioni abituate a formare e a coinvolgere giovani volontari nei loro servizi.

Gli studenti che desideravano partecipare ad una palestra di SG venivano invitati (ma non obbligati) a seguire prima un corso in SG.

Partendo dalla ricerca bibliografica descritta nel primo capitolo è possibile affermare che non molte sono le esperienze di formazione riportate in letteratura relative all’ambito della salute dei migranti e rifugiati (Pottie 2007; Civitelli 2015; Duke 2015; Asgary 2016; Afkhami 2016).

Il progetto “*Conoscere la realtà dei richiedenti asilo e rifugiati*” proposto agli studenti di medicina e agli studenti di altre professioni sanitarie e sociali offriva la possibilità di conoscere e coinvolgersi in un centro di accoglienza per migranti forzati. L’esperienza era introdotta da un corso di nove ore (tre incontri di tre ore ciascuno) che erano tenuti significativamente in tre luoghi differenti: il primo presso un’aula universitaria, dove insieme ad una prima conoscenza reciproca erano forniti elementi introduttivi alla SG e alla salute e migrazione; il secondo presso la sede principale del Centro Astalli, per un’introduzione alle attività dell’organizzazione e alla realtà dei richiedenti asilo e rifugiati; il terzo presso il centro di accoglienza stesso,

³² Il Centro Astalli è la sede italiana del Servizio dei Gesuiti per i Rifugiati-JRS, impegnata da circa 40 anni in attività e servizi che hanno l’obiettivo di accompagnare, servire e difendere i diritti di chi arriva in Italia in fuga da guerre e violenze, non di rado anche dalla tortura.

³³ La Caritas Diocesana di Roma è un organismo pastorale istituito dal Vescovo al fine di promuovere la carità nelle Parrocchie e nelle comunità in tutte le sue forme. Fondata nel 1979 da monsignor Luigi Di Liegro per volontà del Cardinale vicario Ugo Poletti, la Caritas è espressione dell’impegno della Chiesa di Roma nella testimonianza di solidarietà verso le persone svantaggiate, per lo sviluppo dell’uomo, la giustizia sociale e la pace.

³⁴ Antigone è un’associazione “per i diritti e le garanzie nel sistema penale”, è nata alla fine degli anni ottanta.

per una prima conoscenza del contesto nel quale gli studenti sarebbero stati presenti e avrebbero potuto entrare in relazione con i migranti. Gli studenti erano quindi presenti nel centro di accoglienza un pomeriggio a settimana, disponibili a dialogare con i migranti che volevano migliorare la conoscenza della lingua italiana. Attraverso questa attività, non sanitaria, è stato possibile per gli studenti conoscere il contesto e le storie dei migranti, valutando i diversi fattori che influenzano la loro salute. Gli studenti erano invitati a scrivere un diario della loro esperienza e, su base volontaria, a condividere le annotazioni e osservazioni con gli altri partecipanti tramite una mailing list. Inoltre, venivano organizzati incontri periodici di supervisione per riflettere sui determinanti sociali di salute e su come tale esperienza poteva influenzare il posizionamento etico dei futuri professionisti sanitari. In totale 34 studenti hanno partecipato a 5 edizioni del progetto.

Un altro progetto, *Sulle tracce del diritto alla salute*, è stato realizzato in collaborazione con l'Area Sanitaria della Caritas di Roma nell'A.A. 2012-2013. Dieci studenti di medicina hanno preso parte all'esperienza, presentata come una proposta di "secondo livello" a seguito della partecipazione ad un corso relativo alla SG e alle tematiche della migrazione e salute. Agli studenti era chiesto di effettuare una mappatura degli ambulatori STP/ENI³⁵ presenti sul territorio romano (Marceca 2009; De Vito 2015; Sesti 2019; Marceca 2021;). Un questionario è stato elaborato per raccogliere informazioni come gli orari di apertura, l'accessibilità, i documenti richiesti, le lingue parlate dal personale sanitario e amministrativo, la presenza di mediatori culturali. Dieci studenti in totale hanno partecipato al progetto. Erano invitati a scrivere un diario della loro esperienza, descrivendo sia i servizi sia il loro coinvolgimento nella mappatura. Il progetto ha portato come risultati una mappatura aggiornata degli ambulatori STP/ENI presenti a livello romano e una pubblicazione relativa ai diari degli studenti³⁶.

Il progetto *"Salute e carcere"* realizzato con l'associazione Antigone permetteva agli studenti di medicina di fare esperienza delle condizioni di vita all'interno dell'istituzione carceraria affiancando medici e avvocati volontari che offrono consulenze gratuite ai carcerati monitorando le loro condizioni di vita. Tale esperienza ricorda quella descritta da Brooker e colleghi (Brooker 2018) che hanno dimostrato come un tirocinio per studenti nell'ambito del sistema carcerario per conoscere le condizioni di salute dei detenuti possa stimolare un coinvolgimento degli stessi in aree dove i servizi sanitari sono sottorappresentati. Tredici studenti in totale, di diversi Corsi di Laurea, hanno preso parte a due edizioni del progetto: a seguito di un corso

³⁵ Il codice STP (Straniero Temporaneamente Presente) viene rilasciato agli stranieri presenti sul territorio nazionale non in regola con il permesso di soggiorno e dunque non iscrivibili al SSR. È un codice alfanumerico che permette di accedere alle prestazioni sanitarie previste dalla legge: "le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva" (cfr art 35, comma 3 del T.U. sull'Immigrazione, Decreto legislativo n° 286 del 25/07/1998) (D.Lgs 1998).

Il codice ENI viene rilasciato in alcune regioni ai soggiornanti comunitari indigenti, senza TEAM, senza attestazione di diritto di soggiorno, senza requisiti per l'iscrizione al SSR, attraverso il quale viene garantito l'accesso alle stesse prestazioni previste per il codice STP (Conferenza Stato Regioni 2012).

³⁶ La mappatura degli ambulatorio STP/ENI e la pubblicazione 'Storie, diari, mappe di salute' sono disponibili alla URL: <http://www.caritasroma.it/2015/06/i-servizi-sanitari-per-gli-stranieri-senza-permesso-di-soggiorno/>

introduttivo potevano seguire il team di volontari nelle attività in carcere. Gli studenti erano impegnati a raccogliere e valutare le richieste dei carcerati relative alle loro condizioni di salute. Incontri periodici di supervisione erano organizzati dallo staff universitario per condividere l'esperienza.

I principali obiettivi dei corsi in SG e delle palestre in SG erano di formare i futuri professionisti sociali e sanitari rendendoli consapevoli della loro responsabilità sociale, decisi ad impegnarsi nell'affrontare le disuguaglianze in salute e capaci promuovere la giustizia sociale. Pochi sono gli studi pubblicati a livello internazionale che valutano l'impatto a lungo termine di tali esperienze formative (Wennerstrom 2018; Stys 2013); per questo nel corso del presente Dottorato è stata messa a punto un'indagine per valutare l'impatto di tali proposte sulle scelte personali e professionali degli studenti che vi hanno preso parte all'inizio del loro percorso formativo.

3.2.2 Metodologia

A seguito della revisione non sistematica della letteratura portata avanti e descritta precedentemente, è stato elaborato un questionario con domande aperte e domande chiuse (usando la scala di valutazione Likert³⁷); il questionario è stato quindi proposto ad un gruppo ristretto di studenti "esperti" (che hanno preso parte alle prime esperienze di formazione e che sono, successivamente, diventati loro stessi promotori e organizzatori delle attività) per valutare se il questionario era comprensibile, sostenibile e completo.

È stato informato il Comitato Etico della Sapienza della ricerca. Il questionario è stato quindi inviato via mail ai partecipanti insieme al consenso informato e all'autorizzazione al trattamento dei dati. Le risposte al questionario potevano essere fornite in maniera anonima e sono state raccolte lungo un periodo di quattro mesi. Le domande del questionario riguardavano le caratteristiche di chi rispondeva (sesso, anno di nascita, nazionalità, Corso di Laurea, attuale situazione di studio, lavoro o altro) e la loro partecipazione ai corsi di SG o alle palestre in SG. Per i corsi in SG, sono stati indagati gli argomenti e le metodologie didattiche più apprezzate. Per le palestre in SG il questionario prevedeva l'inserimento di commenti di stile narrativo. Una parte finale, comune ai partecipanti ai corsi e alle palestre, indagava l'influenza che hanno avuto tali esperienze formative sulle scelte professionali e personali con una scala Likert a sei punti. L'ultima domanda prevedeva l'utilizzo di una scala Likert a dieci punti per indagare l'influenza di tali esperienze formative nel promuovere la responsabilità personale nel promuovere la giustizia sociale e contrastare le disuguaglianze in salute. I dati raccolti sono stati analizzati tramite Excel, usando statistiche di tipo descrittivo. È stato condotto

³⁷ La scala Likert fu ideata dallo psicometrico americano Rensis Likert nel 1932 con lo scopo di elaborare un nuovo strumento, più semplice rispetto ad altri, per la misurazione di opinioni e atteggiamenti. È costituita da una serie di affermazioni (item) rispetto alle quali l'intervistato è chiamato ad esprimere il suo grado di accordo/disaccordo con ciascuna affermazione scegliendo tra diverse modalità di risposta, a ciascuna delle quali viene attribuito un punteggio.

un confronto tra i partecipanti ai corsi in SG e i partecipanti alle palestre in SG per valutare il diverso impatto delle due tipologie di proposte formative.

3.2.3 Risultati

Da quando le esperienze formative sono incominciate, 758 studenti di oltre dieci Facoltà hanno preso parte ai corsi in SG. La grande maggioranza (82.4%) erano di sesso femminile (tabella 10).

Tabella 10: partecipanti ai corsi in SG dal 2008 al 2018

Corso di Laurea	Totali	Uomini	Donne
Servizio Sociale	259	14	245
Medicina	230	69	161
Scienze della riabilitazione	110	23	87
Scienze infermieristiche	101	25	76
Ostetricia	37	1	36
Psicologia	13	1	12
Altri	8	0	8
Totale	758	133 (17.5%)	625 (82.4%)

Dei 758 partecipanti è stato possibile recuperare gli indirizzi mail di 433 persone (alcuni indirizzi non erano mai stati disponibili, altri ci si è accorti che non erano più attivi visto che il questionario è tornato indietro).

55 studenti hanno preso parte alle palestre in SG, e 2 di loro a due diverse palestre. È stato possibile recuperare gli indirizzi mail di tutti i partecipanti (tabella 11).

Tabella 11: partecipanti alle palestre in SG dal 2012 al 2017

Progetto	Totale
"Conoscere la realtà dei richiedenti asilo e rifugiati"	34
"Sulle tracce del diritto alla salute"	10
"Salute e carcere"	13
Totale	57*

* 2 studenti hanno preso parte a due diverse palestre in SG

Sono state ricevute 105 risposte in totale (21,5% delle 488 mail inviate). Nella tabella 12 un'analisi descrittiva del campione.

Tabella 12: caratteristiche demografiche dei partecipanti all'indagine (Tot: 105)

SESSO		
Uomini	26	24.8%
Donne	79	75.2%
ETÀ		
21-25	18	17.1%
26-30	45	42.9%
31-35	22	21.0%
36-40	8	7.6%
41-45	4	3.8%
46-50	6	5.7%
51+	2	1.9%
CORSO DI LAUREA		
Medicina	43	40.9%
Servizio Sociale	19	18.1%
Scienze della riabilitazione	17	16.2%
Scienze infermieristiche	15	14.3%
Ostetricia	4	3.8%
Psicologia	3	2.9%
Altri	4	3.8%

Analizzando le risposte si è stati consapevoli di un possibile *bias* di selezione: potrebbero aver risposto gli studenti più interessati e coinvolti. Questo limite non ha però impedito di prendere sul serio i risultati e di analizzarli, tenendo in considerazione che quando si parla di formazione, cambiare le conoscenze e le attitudini anche di un piccolo gruppo di persone è comunque un risultato importante, anche in termini di cambiamento della società.

L'elevata percentuale di partecipanti e di risposte date da persone di sesso femminile può essere spiegata da un lato con il fatto che gli iscritti ai Corsi di Laurea di tipo socio-sanitario sono in maggioranza di sesso femminile e dall'altro con l'evidente maggiore interesse e sensibilità delle ragazze agli argomenti di SG.

Tra i 105 partecipanti, 79 hanno preso parte ai corsi in SG (il 18,2% dei partecipanti raggiunti via mail) e 26 alle palestre in SG (il 47,3% dei partecipanti alle palestre raggiunti via mail). Dei 26 partecipanti alle palestre in SG, 25 hanno preso parte anche ai corsi in SG. Nella tabella 13 è descritto l'anno di partecipazione alle iniziative formative.

Tabella 13. Anno nel quale I partecipanti alla ricerca hanno preso parte alle esperienze formative.

	Corsi in SG		Palestre in SG	
2007	2	1,9%	/	/
2008	2	1,9%	/	/
2009	1	1,0%	/	/
2010	3	2,9%	/	/
2011	2	1,9%	/	/
2012	3	2,9%	/	/
2013	3	2,9%	/	/
2014	9	8,7%	6	23,1%
2015	12	11,5%	6	23,1%
2016	15	14,4%	8	30,8%
2017	17	16,3%	2	7,7%
2018	30	28,8%	2	7,7%
MD	5	4,8%	2	7,7%
Totale	104	100,0%	26	100,0%

Analizzando I risultati della domanda relativa all'impatto a lungo termine di tali esperienze formative, è chiaro che gli studenti che hanno preso parte alle palestre in SG sono stati più influenzati da questa esperienza per la loro vita personale e professionale futura rispetto a chi ha partecipato solo ai corsi in SG (vedi Fig. 4 e 5).

Figura 4A,B,C: risposta alla domanda: pensi che questa esperienza formativa abbia influenzato le tue scelte di studio, personali e professionali? Rispondi attribuendo un valore da 0 a 5, dove 0 è per niente e 5 è del tutto. (in blu le risposte di chi ha partecipato ai corsi, in arancione di chi ha partecipato alle palestre).

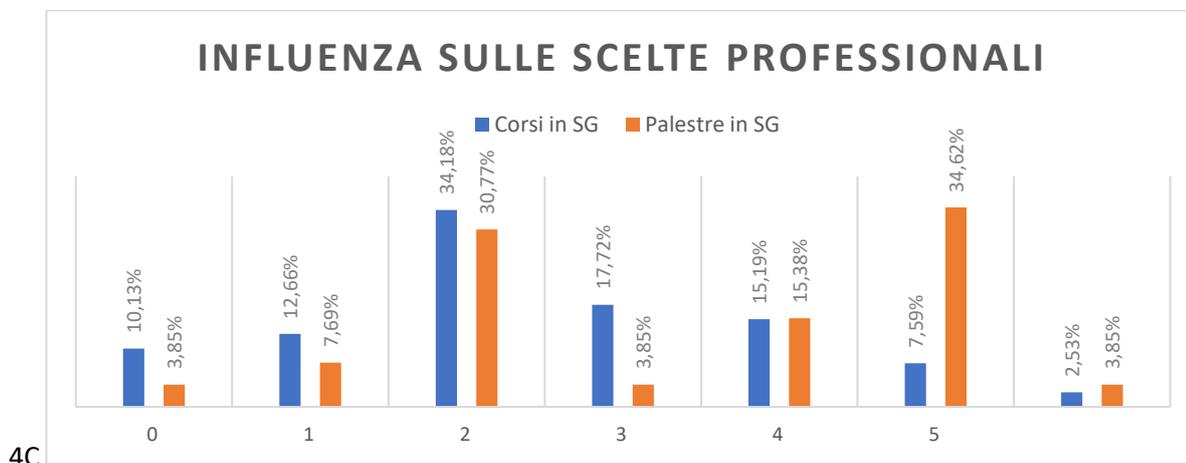
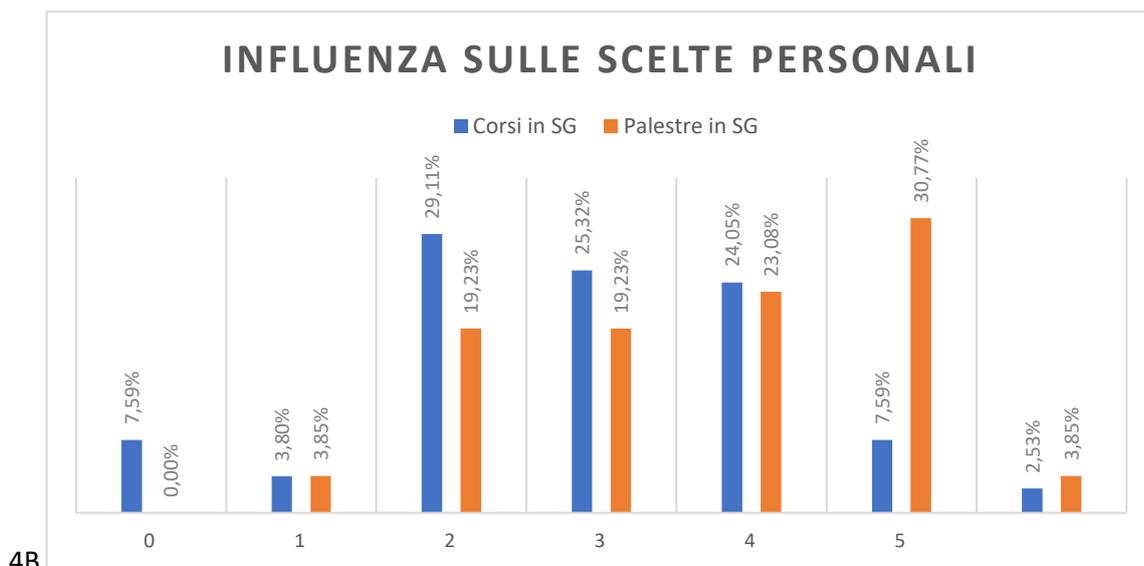
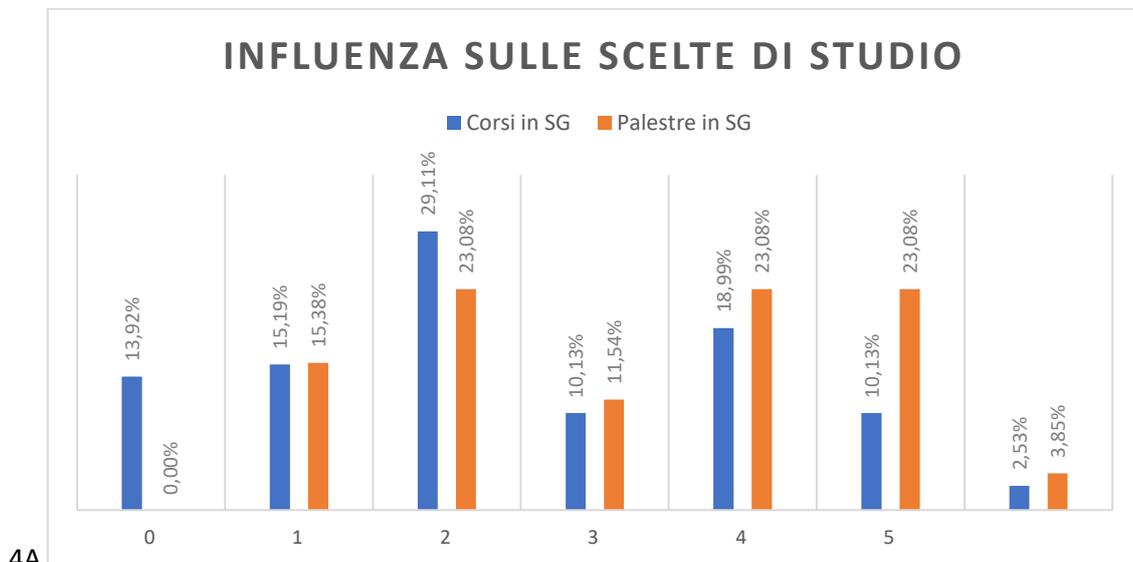
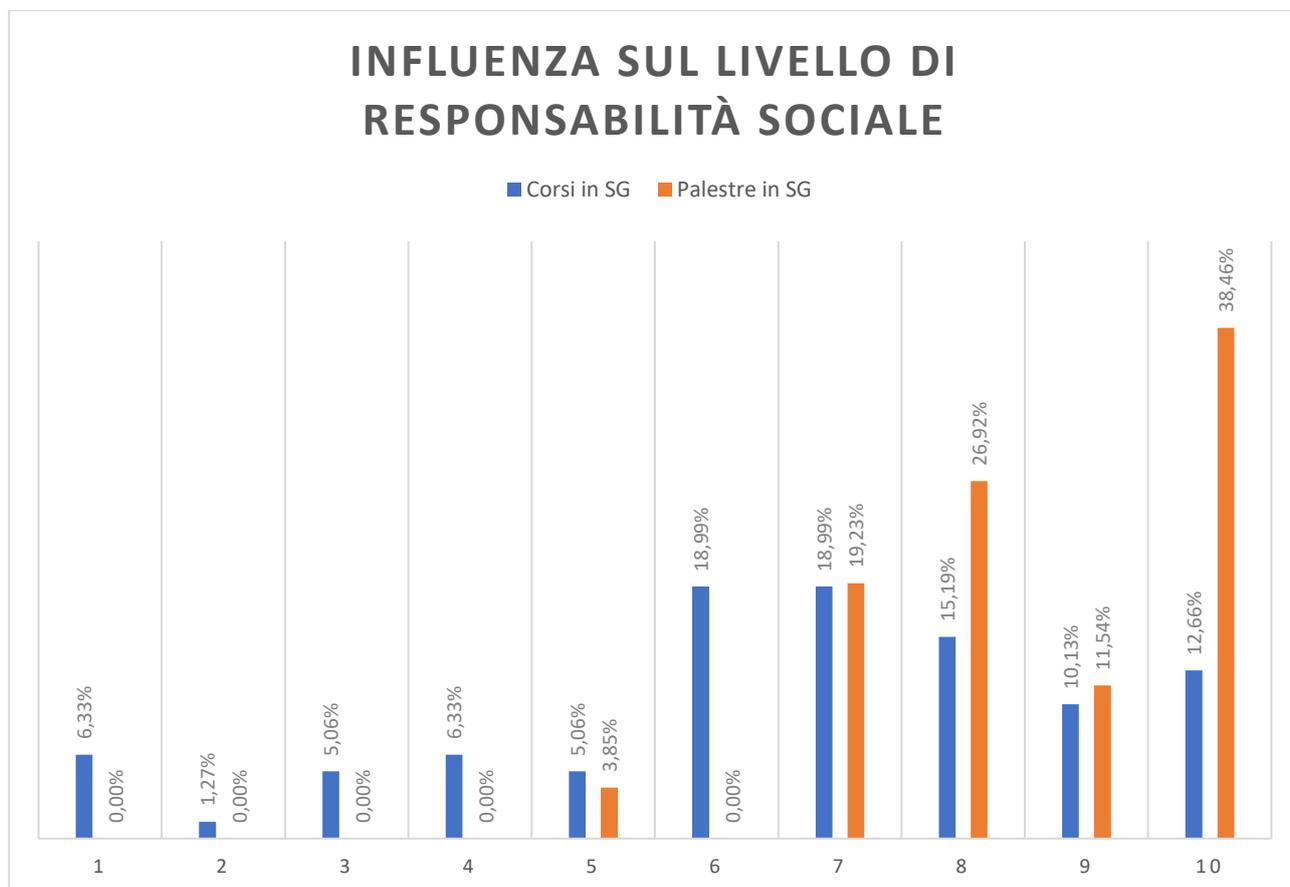


Figura 5: risposta alla domanda: quanto pensi che questa esperienza formativa abbia influenzato il tuo posizionamento a favore della giustizia sociale e nella scelta di agire per contrastare le disuguaglianze in salute? Rispondi attribuendo un valore da 1 a 10, dove 1 è nessuna influenza e 10 è massima influenza (in blu le risposte di chi ha partecipato ai corsi, in arancione di chi ha partecipato alle palestre).



La percentuale di partecipanti alle palestre in SG che ha selezionato un valore più elevato per esprimere l'influenza dell'esperienza formativa sulle scelte di studio, personali, professionali e in generale sul posizionamento etico è maggiore della percentuale di partecipanti ai corsi in SG che ha espresso questo. Lo stesso viene dimostrato dal valore modale per ciascuna opzione (Tabella 14).

Tabella 14. Valore modale dell'influenza sui diversi tipi di scelta delle esperienze formative

	Corsi in SG	Palestre in SG
Scelte di studio *	2	5
Scelte personali *	2	5
Scelte professionali*	2	5
Influenza generale sulla responsabilità sociale #	6-7	10

* Scala di Likert a 6 punti, con valore da 0 a 5

Scala di Likert a 10 punti, con valore da 1 a 10

Per quanto riguarda i corsi in SG, è interessante notare che il metodo di insegnamento più apprezzato è quello delle testimonianze, come è stato sottolineato da 73 partecipanti. Gli argomenti più apprezzati sono stati quelli dei determinanti sociali di salute, di migrazione e salute, salute in carcere, l'abitare come determinante di salute, l'esperienza di promozione della salute in un quartiere periferico di Roma (Bastogi).

I partecipanti alle palestre in SG sono stati impressionati dall'opportunità di entrare in contatto con una "realtà che percepivo lontana da me", dall'opportunità di "uscire dalle aule e apprendere nella vita reale un concetto di salute diverso", l'opportunità di entrare in relazione con migranti e carcerati e di scoprire la loro umanità. È stata menzionata anche l'importanza di lavorare in gruppo per orientare verso una visione globale della salute.

Vengono riportati alcuni stralci significativi scritti dagli studenti.

- ✓ *Il confronto con i ragazzi del centro accoglienza mi ha permesso di ampliare le mie conoscenze e conoscere la loro storia e i loro progetti futuri.*
- ✓ *Esperienza unica. Difficile da spiegare in queste poche righe.*
- ✓ *L'incontro con i beneficiari e l'integrazione tra professionisti*
- ✓ *Descrivere l'esperienza in carcere in poche righe è difficile, ciò che mi ha colpito è stato vedere, ancora di più che in altri contesti, come ci siano circostanze in cui le caratteristiche o il ruolo che caratterizzano un individuo diventano più importante del fatto che sia prima di tutto una persona*
- ✓ *L'interazione con i rifugiati ospiti del Centro San Saba, il racconto delle loro storie di vita e del loro processo migratorio*
- ✓ *Mi ha colpito la forza dell'iniziativa, il lavoro di gruppo e ha orientato la mia formazione verso una visione globale*
- ✓ *Contatto personale e diretto con i soggetti (rifugiati o detenuti) al di là dell'elemento teorico e scientifico del corso è stato un potente stimolo e fonte di conoscenza*
- ✓ *La possibilità di uscire dall'università e imparare sul campo un concetto diverso di salute insieme a tutti i vari aspetti che la influenzano*
- ✓ *La possibilità di conoscere una realtà che percepivo come lontana da me*
- ✓ *La possibilità di conoscere tramite i racconti dei ragazzi dell'associazione Antigone la realtà del carcere di Rebibbia, e la possibilità di lavorare all'interno dell'Istituto*
- ✓ *La condizione di grande fragilità sociale e psicologica dei rifugiati politici del centro Astalli, persone già provate da un vissuto spesso difficile che non vedono una strada davanti a sé. Questa esperienza mi ha permesso di entrare in contatto con persone altrimenti estranee alla mia vita, o percepite solo come vaga "minaccia". La cosa più importante che ho ricevuto è una sensazione di vicinanza con queste persone, che prima sentivo molto lontane. Curiosamente, la cosa che mi ha colpito di più è stata scoprire che il contenuto dei loro discorsi in lingua araba non è affatto diverso da quello dei nostri...gli*

stessi sogni, aspirazioni, paure e fragilità di chiunque altro... hai scoperto l'acqua calda mi direte!!!

Eppure per me è stato importante, prima infatti sentire parlare arabo per strada mi dava istintivamente una sensazione di diffidenza...invece adesso so che dietro a quel fiume di parole incomprensibili gridate al telefono probabilmente c'è qualcuno che sta discutendo di cosa preparare per cena.

- ✓ *Forse è grazie a questo tipo di iniziative che, seppur con fatica, sono riuscita ad arrivare alla fine di un percorso universitario che mi stava inaridendo*
- ✓ *Vi ringrazio perché avevo in verità bisogno di tutto questo e sono stata fortunata ad incontrarvi*
- ✓ *Come scritto in precedenza, questi percorsi hanno agito su una base di consapevolezza e attivismo politico già esistenti, lo hanno arricchito ed indirizzato, ma la presa di posizione già c'era*
- ✓ *È stato un corso interessantissimo di cui ho sempre un piacevole ricordo*
- ✓ *Continuate con entusiasmo e tenacia in queste iniziative*
- ✓ *Dobbiamo batterci insieme nella difesa dei beni comuni*

3.2.4 Discussione dei risultati

In letteratura è stato dimostrato che le Facoltà di Medicina possono svolgere un ruolo attivo nel ridurre la carenza di medici nelle aree meno servite attraverso specifici interventi formativi (Boscardin 2014). Lo scopo di questa indagine (la prima di questo genere in Italia) era di valutare l'impatto a lungo termine delle esperienze formative in SG portate avanti dagli studenti di diversi Corsi di Laurea presso la Sapienza. Il risultato più importante è stato quello relativo all'elevato impatto della partecipazione alle palestre in SG sulle scelte personali e professionali rispetto a chi ha partecipato ai corsi in SG. Questo è stato messo in evidenza sia dal tasso di risposta più elevato tra i partecipanti alle palestre rispetto ai partecipanti ai corsi sia dall'influenza maggiore che hanno attribuito gli studenti alle palestre in SG sulla crescita della propria responsabilità sociale. Entrare in contatto con realtà di marginalità, con persone in situazioni di fragilità, con servizi territoriali impegnati nella difesa del diritto alla salute sono modi importanti per aumentare la consapevolezza della responsabilità personale e sociale e per stimolare gli studenti a prendere posizione nei confronti delle disuguaglianze sociali. Le palestre in SG potrebbero essere un buon esempio non solo di "transformative learning" (Frenk 2010) ma anche una delle modalità con le quali concretizzare la Terza Missione dell'università della quale si parlerà nel prossimo capitolo. Un'interessante caratteristica di queste esperienze formative è la collaborazione con organizzazioni non governative che lavorano direttamente sul territorio. Questo tipo di *partnership* può creare un canale accessibile, efficace e sostenibile per far apprendere agli studenti in medicina il ruolo dei determinanti sociali sulla salute delle persone (O'Brien 2014). Se lo scopo dell'università è quello di educare i futuri professionisti e renderli consapevoli delle dinamiche della società nella quale andranno a vivere e lavorare, un buon metodo per raggiungere questo scopo

potrebbe essere quello di uscire fuori dalle aule universitarie e trascorrere del tempo con le persone in situazioni di fragilità, in un progetto accademico che prevede una supervisione e un accompagnamento.

Il fatto poi che nell'ambito dei corsi in SG la metodologia didattica preferita sia stata quella delle testimonianze, dimostra come sul medio e lungo termine quello che più rimane di un corso rivolto a studenti siano i momenti nei quali l'apprendimento è legato alle emozioni.

Certamente il tasso di risposta sul totale dei partecipanti è un limite all'indagine, insieme al *bias* di selezione ma, come è stato già accennato, questi non sono motivi per non considerare i risultati del *survey*. Maggiore ricerca è necessaria per comprendere il reale impatto di queste proposte formative ed il modo di promuoverle nel contesto accademico. Due sono i principali ostacoli da considerare: il primo è legato alla possibilità di inserire proposte formative simili nel curriculum universitario, dal momento che spesso tali esperienze nascono dall'interesse personale di professori e dal coinvolgimento personale di studenti e specializzandi. Il secondo è relativo al fatto che ad esse aderiscono studenti già con un livello elevato di interesse. Si dovrebbe trovare il modo di promuoverle per far partecipare anche studenti meno interessati.

3.3 Il tirocinio presso il Poliambulatorio della Caritas Diocesana di Roma

3.3.1 Descrizione del tirocinio

Nell'ambito delle realtà di marginalità sociale, quelle degli stranieri senza permesso di soggiorno e delle persone senza dimora sono particolarmente appropriate, perché estremamente provocanti, per dare agli studenti la possibilità di avere uno sguardo diverso sulla salute e sull'assistenza sanitaria. La formazione medica dovrebbe affrontare le sfide connesse con questi contesti come mostrano alcune esperienze pubblicate in letteratura (Afkhami 2016; Asgary 2013; Asgary 2013).

Il Poliambulatorio della Caritas Diocesana di Roma³⁸, servizio a bassa soglia di accesso ed alto impatto relazionale rivolto a persone in situazioni di marginalità sociale, stranieri senza permesso di soggiorno, comunitari fragili, senza dimora, ha iniziato la sua attività nel 1983 e sin dall'inizio, coerentemente con la missione pedagogica della Caritas stessa, giovani studenti universitari si sono coinvolti come volontari nelle attività di servizio. *«L'ambulatorio nacque perché era un segno dei tempi. [...]Qualcosa di nuovo e di unico nel panorama della sanità in Italia, un vero e proprio laboratorio per la medicina sociale. Fin dall'inizio arrivarono molti medici volontari e studenti che svolgevano presso di noi il servizio civile. Persone accomunate dalla ferma volontà di cambiare il mondo della sanità. Figli di una generazione ferita dall'università e dalla mercificazione della professione medica».*³⁹

L'ambito della formazione ha fatto parte sin dall'inizio dell'attività dell'Area Sanitaria della Caritas di Roma, impegnata in quattro ambiti di attività, chiamati simbolicamente "pilastri":

- l'assistenza intesa come risposta ai bisogni concreti delle persone più fragili, in particolare migranti;
- la ricerca, intesa come impegno nell'approfondimento del profilo sociodemografico ed epidemiologico dei migranti, e delle complesse cause alla base dei fenomeni migratori e della povertà;
- la formazione, dei volontari, degli operatori della salute, dei membri della comunità ecclesiale e civile, attraverso un'attenzione pedagogica che inviti a lasciarsi interrogare e cambiare dalla realtà che si incontra;
- l'*advocacy* ovvero l'impegno per i diritti, l'azione politica volta a promuovere e tutelare il diritto alla salute.

Per quanto riguarda la formazione, le persone che sin dall'inizio si sono impegnate nell'Area Sanitaria hanno così espresso il loro impegno:

³⁸ L'indagine relativa ai tirocini presso il Poliambulatorio Caritas è stata possibile grazie alla collaborazione con con la dott.ssa Irene Mutta, che stava portando avanti un'analisi simile grazie al Premio in memoria di mons. Nervo e mons. Pasini (Mutta 2021)

³⁹ Tratto da: AA.VV., Roma Caritas – Bimestrale Caritas di Roma, Anno IV numero 4 luglio - agosto 2003

«Formazione per noi è... L'esigenza, anzi la necessità di formazione, si è rivelata da subito, dal primo paziente visitato e registrato il 26 luglio 1983, un percorso d'impegno importante e irrinunciabile. Da subito abbiamo intuito di avere il privilegio di entrare come pionieri in un luogo inesplorato, inatteso e promettente. Da subito, ancor prima di avere a disposizione dati significativi sulle persone che stavamo iniziando a conoscere, abbiamo incominciato ad interrogarci sul perchè e sul come. Ed è stato proprio prendendoci cura concretamente delle persone che incontravamo via via sulla strada, che sono nate le prime essenziali domande: cosa c'è dietro questa persona, questa malattia? Che strumenti abbiamo a disposizione per rispondere adeguatamente ad una domanda di salute espressa in modo diverso? Quali sono i fattori di rischio specifici legati alle migrazioni? Formazione per noi, in effetti, sono più domande che risposte, più dubbi che certezze, più sperimentazioni che modelli, più piste di ricerca che programmi. Formazione per noi, e ce ne accorgiamo oggi, dopo un bel tratto di strada, è prima di tutto trasformazione di noi stessi, accettare di entrare in crisi e mettere in crisi le nostre acquisizioni scientifiche, di porci in discussione personalmente, di camminare su un terreno incerto, di crescere insieme: in poche parole prendere coscienza che si esce da ogni visita medica, da ogni incontro con l'altro, non più uguali a prima. La formazione è diventata dunque di necessità, itinerante, allargandosi non solo ai volontari dell'Area sanitaria (oltre mille in questi vent'anni!), ma anche ad operatori di servizi pubblici e del privato sociale un po' ovunque in Italia. [...] Sono circa millecinquecento le persone che vi hanno partecipato».⁴⁰

Dal 1985 al 2004 molti giovani hanno svolto il loro periodo di servizio civile come obiettori di coscienza presso il Poliambulatorio. Dal 2001 è iniziata la collaborazione dell'Area Sanitaria della Caritas con il SISM, permettendo a studenti di medicina di svolgere un periodo di tirocinio di tre mesi presso il Poliambulatorio. Per tre volte l'anno sono disponibili dieci posti; gli studenti interessati vengono selezionati dai loro colleghi del SISM, in un approccio tra pari. Prima di iniziare il tirocinio, partecipano ad un corso introduttivo su 'Migrazione e salute' dove condividono le loro aspettative e motivazioni e dove acquisiscono informazioni di base relative al profilo socio-demografico ed epidemiologico dei migranti, agli aspetti relazionali e culturali, agli aspetti normativi relativi all'assistenza sanitaria agli stranieri e al contesto specifico del Poliambulatorio Caritas. Gli studenti iniziano poi a frequentare il Poliambulatorio una volta a settimana sperimentando diversi aspetti del servizio: l'accoglienza, le visite di medicina generale, le visite specialistiche, la medicheria. Al termine dei tre-quattro mesi di tirocinio gli studenti partecipano ad un incontro di valutazione e di scambio sull'esperienza.

Dal 2011 gli studenti possono partecipare anche ad un altro tipo di tirocinio chiamato 'Salute su strada'. Durante il tirocinio accompagnano gli operatori sociali nelle uscite serali per le strade della città ad incontrare

⁴⁰ Ivi.

le persone senza dimora, con le quali gli studenti vengono incoraggiati ad iniziare un dialogo e ad entrare in relazione. L'aspetto relazionale è in effetti l'obiettivo principale del tirocinio.

Altri giovani e studenti frequentano il Poliambulatorio come volontari, come partecipanti a progetti di servizio civile o per tirocini legati a Facoltà diverse da Medicina (in maggioranza studenti delle professioni sanitarie).

Al termine dei tirocini gli studenti stessi vengono coinvolti nella progettazione e realizzazione di eventi formativi di *peer education* presso le università, per condividere l'esperienza fatta con i loro colleghi di corso. La diffusione tra pari di questo tipo di esperienze formative è stata fondamentale negli ultimi anni per una contaminazione reciproca.

3.3.2 Metodologia

In collaborazione con la dott.ssa Mutta e con i membri dell'Area Sanitaria Caritas, è stato elaborato un questionario per valutare l'impatto a medio e lungo termine del periodo di volontariato o tirocinio trascorso presso il Poliambulatorio della Caritas Diocesana (Civitelli 2021); pochi sono gli studi presenti in letteratura che cercano di valutare questo tipo di impatto delle esperienze legate alla formazione medica (Civitelli 2020; Stys 2013; Wennerstrom 2018)

Il questionario, elaborato attraverso un processo partecipativo dalla direzione dell'Area Sanitaria dopo una revisione di base della letteratura, è stato distribuito online, inviato via mail a tutti coloro che avevano dato l'autorizzazione ad essere contattati. Il questionario prevedeva l'utilizzo di domande a risposta chiusa e domande a risposta aperta utilizzando la Scala Likert per la valutazione, ed è stato proposto, prima di essere diffuso, ad un piccolo gruppo di studenti esperti.

Venivano indagate le caratteristiche socio anagrafiche della persona che rispondeva, l'attuale posizione di lavoro o di studio, il tipo di tirocinio svolto, il livello di soddisfazione globale nel prendere parte al tirocinio (usando una scala Likert da 0 a 5), l'influenza sulla crescita professionale, sulla crescita della dimensione sociale e relazionale e sulle scelte di tipo personale e spirituale.

I dati sono stati analizzati attraverso Excel, con statistiche descrittive. Le risposte di tipo qualitativo sono state analizzate attraverso il modello *knowledge, skills and attitudes*.

3.3.3 Risultati

Dal 1983 al 2017 un totale di 1.310 giovani studenti, prevalentemente provenienti da Facoltà delle professioni sanitarie (soprattutto da Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia) hanno preso parte a periodi di tirocinio o di volontariato presso il Poliambulatorio della Caritas Diocesana. Il questionario è stato inviato a coloro che, tra questi, avevano un indirizzo mail disponibile (763 persone totali). Sono state ricevute in totale 107 risposte (14%); una descrizione dei partecipanti è disponibile nella tabella 15.

Tabella 15: descrizione dei partecipanti all'indagine (Tot: 107)

Sesso		
F	70	66%
M	37	33%
Età		
21-25	11	10.3%
26-30	34	31.8%
31-35	31	29%
36-40	9	8.4%
41-50	8	7.5%
>=51	14	13.1%
Tipo di esperienza		
Tirocinio per studenti di Medicina	60	56.1%
Servizio Civile	21	19.6%
Volontariato	23	21.5%
Altre forme di tirocinio	3	2.8%
Totale	107	

Il 95% dei partecipanti ha espresso una soddisfazione generale alta (in una scala Likert a 6 punti, da 0 a 4, il 95% dei partecipanti ha selezionato un valore di 4 o 5 con una media di 4,5). L'82% di coloro che hanno risposto hanno continuato il loro impegno con i migranti e le persone ai margini in vario modo dopo l'esperienza. Il 93% ha dichiarato che l'esperienza ha influenzato le proprie future scelte personali, e l'84% è stato influenzato anche nelle scelte professionali. Il 90% dei partecipanti ha concordato che l'esperienza gli ha permesso di entrare in contatto con i problemi sociali della città e con la vita dei poveri e delle persone ai margini e l'85% ha affermato che è migliorata la sua capacità di entrare in relazione con le persone ai margini.

La maggioranza dei partecipanti ha affermato che sono stati capaci di scoprire il valore della dignità umana, di migliorare le capacità relazionali con le persone povere, di avere fiducia in modo nuovo della loro professione, di imparare a sospendere il giudizio e a non essere influenzati dai pregiudizi sulle persone, di imparare a collaborare, di accogliere tutti e di ascoltare profondamente la persona che è davanti a loro.

Analizzando i commenti qualitative degli studenti con il modello *knowledge, skills and attitudes*, è stato possibile dividerli in sei categorie:

- conoscenza sulla realtà della migrazione, della povertà e della marginalità (*knowledge*);

- capacità relazionali (*skill*);
- capacità di collaborazione (*skill*);
- atteggiamenti verso le persone migranti, verso i poveri e in genere verso ogni persona (*attitude*);
- atteggiamento verso la futura professione (*attitude*);
- atteggiamento verso la vita (*attitude*).

Si riporta di seguito qualche commento qualitativo per ogni categoria.

Conoscenza sulla realtà della migrazione, della povertà e della marginalità

- ✓ *Vedere con i miei occhi quali sono i veri bisogni delle persone, al di là dei manuali o dei testi universitari..la realtà e le relazioni umane sono i migliori maestri che possiamo avere.*
- ✓ *Una maggiore comprensione delle condizioni di marginalità e delle dinamiche sottese*
- ✓ *Principalmente mi hanno permesso di incontrare la salute globale, la lettura dei determinanti sociali di salute e la visione di quanto effettivamente incidano nella vita e sulla salute delle persone. La dimensione dell'advocacy e quanto sia fondamentale agire in un'ottica di promozione del diritto.*

Capacità relazionali

- ✓ *Aumentare le capacità di ascolto e comprensione di situazioni borderline dal punto di vista emotivo e di relazione.*
- ✓ *Saper relazionarsi con pazienti molto fragili anche abbattendo barriere linguistiche e creando un rapporto di fiducia reciproca*
- ✓ *ogni incontro e relazione è un momento sempre originale, particolare, unico ... prendere sul serio ogni persona che si incontra indipendentemente del ruolo che si ha ...*

Capacità di collaborazione

- ✓ *Il vedere un team di persone coese e specializzate in ambiti differenti. Vederli insistere sempre. Vederli lavorare con gentilezza e passione. Vederli anche nei loro difetti e difficoltà (soprattutto provenienti dall'esterno, ho partecipato al progetto quando hanno chiuso la stazione) e notare i loro lati più umani.*
- ✓ *Interagire con operatori esperti e con le persone incontrate per strada che hanno condiviso con me la loro esperienza.*
- ✓ *Dal punto di vista personale, sicuramente la collaborazione con i professionisti e non*
- ✓ *cercare nella vita persone che abbiano i tuoi stessi interessi e lasciar perdere quelle che invece non ti comprendono e non ti apprezzano, perché la condivisione dell'esperienza con altri volontari è qualcosa di unico e prezioso; chiedere aiuto agli altri (es. volontari Caritas) quando si ha bisogno (cosa non facile per me che sono sempre stata abituata a lavorare da sola).*

Atteggiamenti verso le persone migranti, verso i poveri e in genere verso ogni persona

- ✓ *Ho imparato a capire che dietro ad ogni comportamento umano si nasconde una storia e che anche la persona più chiusa o restia al dialogo può trasmettere e donare un insegnamento enorme.*
- ✓ *L'insegnamento che più spicca è una maggiore e più consapevole attenzione alla persona singola, prendendo ciascuno esattamente per quello che ci presenta, senza fretta o giudizio o sovrastrutture, almeno inizialmente. È un'esperienza che esiste nella mente non solo come un mosaico di racconti, casi, persone ma anche, e anzi, principalmente, come parte integrante di uno nuovo sguardo sulla città e i suoi abitanti, sulle leggi che la governano e sui limiti che si incontrano dovunque, e sull'equità (a partire dalla salute, e poi tutto il resto) che si delinea come necessario fondamento per qualsiasi rapporto.*
- ✓ *Stare in caritas ti insegna a spostare l'obiettivo della telecamera da te stesso. Metti a fuoco il mondo che non vuoi vedere, che fai finta di ignorare nel tuo quotidiano perchè tante volte non rispetcia i canoni di decenza che ti hanno insegnato a rispettare. Capisci cosa significhi essere "normale". quanta fortuna ci sia in quello che consideriamo tale. quale ricchezza donata dal Caso. La fragilità dell'uomo non è tenera, commovente, implorante aiuto... Più spesso è rabbiosa, frustrante, deludente, aggressiva. Morde e attacca per difendersi, si consuma in realtà degradanti: la vita è un avversario troppo forte da battere, è in grado di spogliare di dignità l'uomo.*
- ✓ *Hanno permesso di far venir fuori il mio lato empatico, che spesso nei tirocini in ospedale non è "concesso", sia per una certa gerarchia sia per mancanza di tempo;- mi hanno insegnato molto sull'approccio al paziente, che deve essere basato sulla collaborazione bilaterale e non sulla pietà, valorizzando la persona che si ha di fronte, dandole importanza, compiti e dunque dignità; su come condurre l'anamnesi, in cui, per evitare errori medici, è FONDAMENTALE mettersi nei panni dell'altro per capire quali possono essere i bisogni concreti e le abitudini quotidiane di quella persona, per poter poi adattare su di lui la terapia migliore da poter assumere (es. cosa mangia il pz quotidianamente? dove vive? ha i soldi per comprare quella medicina che gli sto prescrivendo? ha capito tutti i miei consigli o devo spiegarmi in un'altra lingua o in altro modo?); infine, mi hanno mostrato che per far del bene non serve "andare in Africa", basta uscire di casa e guardare il marciapiede o comunque il mondo con occhi diversi.*
- ✓ *Ricevere tantissimo a livello umano da chi non ha niente di materiale da offrire; Misurarmi con l'impotenza del risolvere tutti problemi, mista però alla certezza che la mia presenza, per quanto impotente, non fosse indifferente per il paziente: ho realizzato che il poco che può fare ognuno di noi è preziosissimo per l'altro*
- ✓ *Imparare che ognuno di noi ha un vissuto che magari non emerge nel primo incontro ma la cui influenza sul presente è tale da non poter essere ignorata. Questo è valido anche per un medico o membro del personale sanitario che si confronta con un soggetto fragile per la prima volta, che deve sospettare della presenza di certi fattori culturali/familiari/personali, essere discreto nell'indagare e tenerne conto*

- ✓ *Sicuramente provare ad immedesimarmi il più possibile nei panni dell'altro; non dare nulla per scontato;- andare a fondo nelle cose, dai racconti di vita alla scoperta dei luoghi, senza fermarsi all'apparenza; perdere qualche minuto in più a chiacchierare con la persona che si ha di fronte, perché il guadagno che si riceve è immenso ed inaspettato, sia sul piano professionale che umano (cosa all'inizio non facile per una persona timida come me); non girare il volto dall'altra parte di fronte a situazioni di disagio e marginalità sociale, perché con i mezzi giusti (es. approccio dei volontari Caritas) è possibile avvicinarsi anche a queste realtà ed offrire soluzioni concrete;*
- ✓ *Imparare a capire più profondamente il contesto di provenienza dell'altro (per "provenienza" comprendo sia il proprio vissuto che il contesto di vita attuale): nel caso di persone immigrate ad esempio, immaginare che ci fosse una vita prima del loro arrivo in Italia e come fosse, quali siano state le varie tappe, poi una volta in Italia, che lo hanno portato alla situazione in cui lo incontro io. Abbattere i pregiudizi. Riconoscere differenze nel modo di pensare ed affrontare la vita che possono essere dettate da cultura e/o religione e/o vissuto diversi.*
- ✓ *L'incontro con l'altro, il mettersi alla stessa altezza anzi alle volte "più in basso" (che non è assolutamente un atto di sottomissione ma un provare a guardare la persona che si ha di fronte da un punto di vista diverso)*
- ✓ *Ho imparato a non giudicare gli altri dalle sole apparenze. Ho imparato quanto sia importante ascoltare. Ho capito che i sorrisi sono un linguaggio universale.*
- ✓ *Saper relazionarsi con pazienti molto fragili anche abbattendo barriere linguistiche e creando un rapporto di fiducia reciproca*

Atteggiamento verso la futura professione

- ✓ *Ho sempre pensato che fare il medico fosse una missione: dopo questa esperienza ho capito che è con chi sta ai margini che vorrei lavorare. Per aiutarli a rientrare nella comunità da cui sono esclusi nel tempo libero, per assisterli dove i mezzi pensati per loro non sono sufficienti nell'attività di medico*
- ✓ *Ho capito che voglio realmente diventare un medico, che sia capace di agire sul momento, in qualsiasi contesto, al meglio delle proprie capacità con qualsiasi mezzi siano messi a disposizione, senza prestare attenzione ai limiti imposti da una specialistica, da una gerarchia professionale, dall'ambizione, ecc. ecc. ma dedicandosi anima e corpo al paziente e alla responsabilità nei suoi confronti. In questo senso, frequentare il poliambulatorio mi ha aiutato ad affrontare i momenti di dubbio e insicurezza legati al percorso di studio scelto, sapendo quanto l'esito finale sia una conoscenza che una volta applicata, sarà uno stimolo e una motivazione continua.*
- ✓ *Sicuramente hanno determinato il tipo di medico che vorrei diventare.*

- ✓ *Per me l'esperienza in Caritas è stato uno spartiacque. Ho capito che il mio approccio alla salute è sempre stato trasversale e ho avuto le idee più chiare sul mio futuro professionale: ho scelto la salute pubblica e globale.*
- ✓ *Dedicare tanto del mio tempo ad una ricerca su migrazioni e salute per provare a dare dignità scientifica ai bisogni di salute dei pazienti del poliambulatorio: anche chi si trova in condizioni di indigenza merita la migliore cura possibile, supportata dalle migliori evidenze scientifiche.*
- ✓ *Sia l'esperienza del Poliambulatorio che Salute su Strada hanno confermato il mio interesse verso le persone che vivono ai margini della società.*
- ✓ *Ho capito il tipo di medico che vorrei diventare: un medico capace di prendersi cura delle persone, donando attenzioni e amore.*
- ✓ *A scegliere una carriera dedicata ai poveri*
- ✓ *Rendermi conto che esiste una "medicina" volta davvero ad aiutare il prossimo, e ce vede l'altra persona al centro del percorso da intraprendere.*

Atteggiamento verso la vita

- ✓ *Nel superare molte difficoltà che sembravano insormontabili e che si ridimensionano di fronte al dolore delle persone.*
- ✓ *Sicuramente ho partecipato a questa esperienza per mettermi alla prova, migliorarmi e conoscere maggiormente me stessa, ed è ciò che si è verificato.*
- ✓ *Mi sono accorta che tante cose del mondo in cui viviamo non funzionano e ho capito che non mi sta bene e questo sta influenzando molto le scelte di vita che sto facendo.*
- ✓ *Accogliere l'altro, quando è fragile e, a volte, insistente, mi porta a mettere in discussione la mia fede evidenziando la difficoltà di accogliere l'altro per quello che è.*
- ✓ *L'incontro non solo con i migranti più fragili ma anche con persone (volontari ma soprattutto operatori) che stanno dedicando tutta la vita a questo. Come incontri simili avvenuti in altri contesti, anche in questo mi ha fatto dire: è possibile vivere una vita così, nonostante i segnali diversi che potevano venire dal contesto universitario/post-universitari.*
- ✓ *esperienza che porto nel cuore e non dimenticherò mai, che mi ha aiutato a capire in cosa investire al meglio il mio tempo e le mie energie future, e mi ha aiutato a far venir fuori me stessa e non vergognarmene;*

Domande

L'esperienza di tirocinio ha anche provocato numerose domande sulla questione della responsabilità sociale, sulla ragione dell'ingiustizia, sui tipi di intervento che dovrebbero essere attuati a livello istituzionale.

- ✓ *La domanda più grande è stato un ricorrente perché rivolto al caso - i perché delle enormi differenze di difficoltà che due uomini nati uguali si trovano a dover affrontare, delle infanzie turbate, di come e quanto il contesto riesca a influire sul comportamento, l'approccio, la mentalità di ciascuno di noi fino a rendere impossibile una giustizia individuale/legale/professionale, fintanto che non c'è giustizia sociale, delle universalità di certe forme di comunicazione, ma soprattutto domande legate a come comportarsi una volta preso atto di tutti gli altri perché irrisolti e senza possibile risposta.*
- ✓ *Incontrare persone in condizione di fragilità mi ha fatto sorgere mille domande: che tipo di medico sarei voluta e voglio essere? Cosa significa davvero il servizio e perché ho voglia di sperimentarlo? Per autoassolvermi o per incontrare davvero l'altro nella gratuità? Sono davvero capace di uscire da me e di mettermi in relazione con l'altro?*
- ✓ *Mi chiedo perché permettiamo che ci sia una tale disparità tra la distribuzione della ricchezza, senza fare quasi mai nulla per ridurre al minimo queste differenze.*
- ✓ *Cosa conta veramente nella vita se, nonostante il mio oggettivo benessere, spesso non riesco a sorridere con il cuore come riescono talvolta a fare persone in situazioni di disagio importante? Cosa conta veramente per un paziente: la medicina, la diagnosi, oppure il sorriso, il supporto, l'accoglienza dell'operatore sanitario?
Voglio servire la mia ambizione e le aspettative degli altri oppure posso essere libero di ricevere vita nel donare il mio tempo, la mia professionalità a chi è in condizioni di fragilità estrema? Che medico voglio essere?*
- ✓ *Ascolto mai abbastanza i pazienti?*
- ✓ *Che cosa posso fare io, qui e ora, e per il futuro?*
- ✓ *Quali sono le vere priorità della vita?*

3.3.4 Discussione dei risultati

Ci sono evidenze e dibattiti in letteratura legati al “curriculum nascosto” e ai suoi effetti sulle scelte dei futuri professionisti sanitari (Hafferty 1998; Lempp 2004; Mackin 2019). L’espressione “curriculum nascosto” si riferisce “al processo, alle pressioni e ai limiti non sono inclusi nel curriculum formale e che sono spesso poco esplorate” (Cribb 1999). Sono stati dimostrati gli effetti negativi del curriculum nascosto sulle propensioni degli studenti di medicina di lavorare con le persone ai margini. Per queste le esperienze di formazione che si svolgono al di fuori del contesto universitario possono essere estremamente importanti.

L’esperienza del tirocinio presso il Poliambulatorio Caritas può essere un esempio di *community based education* e di *service learning*. Quest’ultimo, radicato nelle teorie pedagogiche di John Dewey e Paolo Freire, è caratterizzato da una combinazione di attiva partecipazione comunitaria e di riflessione sul campo.

Esperienze di *service learning* possono aiutare gli studenti a riscoprire le loro iniziali, altruistiche ragioni per studiare medicina. I principali componenti del *service learning* si sovrappongono ai principi della ricerca partecipata di comunità e vengono usati per aumentare il coinvolgimento comunitario, per questo si parla anche di *community-based education* (Hunt 2011). Ci sono evidenze che tale approccio motiva e prepara gli studenti a lavorare nel settore delle cure primarie di comunità, soprattutto nelle realtà di marginalità e di esclusione. (Chang 2019; Budhathoki 2017; Okayama 2011). Esperienze di *service learning* sono occasioni importanti per apprendere un approccio di *Global Health*, il cui obiettivo è affrontare e ridurre le disuguaglianze sia a livello nazionale che internazionale. (McKinnon 2016).

L'indagine ha mostrato che l'esperienza di tirocinio presso il Poliambulatorio della Caritas Diocesana ha inciso nella vita personale e professionale della maggioranza delle persone giovani che vi hanno preso parte. In particolare, i risultati qualitativi hanno mostrato l'importanza di questa esperienza.

Gli studenti possono conoscere e sperimentare, nella maggioranza dei casi per la prima volta, un servizio di assistenza di comunità per stranieri senza permesso di soggiorno e persone senza dimora.

I punti di forza dell'esperienza sono collegati prima di tutto alle persone che gli studenti incontrano: persone che, per diversi motivi, sono escluse dai servizi sanitari pubblici, o da questi discriminate. Inoltre gli studenti possono collaborare ed imparare dal personale volontario, molto motivato ad impegnarsi a favore dei più svantaggiati. I volontari diventano degli ispiratori, maestri di lezioni di vita, e la relazione con loro può essere importante per le scelte future degli studenti.

È importante che l'esperienza sia introdotta da un corso relativo alla tematica "salute e migrazione" e alla realtà dei servizi della Caritas Diocesana. All'inizio del corso è altrettanto importante raccogliere le aspettative degli studenti, così come, durante lo svolgimento del tirocinio, trovare dei momenti informali per ascoltare i *feedback* degli studenti e le loro impressioni per accompagnarli ed aiutarli ad interpretare quanto stanno vivendo. Al termine del tirocinio un incontro di valutazione è una buona occasione per parlare dei punti di forza e di debolezza dell'esperienza.

Si è consapevoli che un limite dello studio condotto è il tasso di risposta tra i partecipanti. Questo potrebbe essere spiegato in parte con la distanza di tempo tra lo svolgimento del tirocinio e la realizzazione dell'indagine. Un altro limite potrebbe essere collegato al potenziale "conflitto di interessi" tra gli autori dello studio ed il tema, in quanto si tratta di persone che hanno lavorato o lavorano presso l'Area Sanitaria della Caritas di Roma. In realtà, conoscendo la realtà dell'università ed in particolare dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, gli autori credono che sia fondamentale dare agli studenti la possibilità di fare esperienze al di fuori delle aule e degli ospedali universitari. In particolare è importante dare la possibilità di entrare in contatto con la realtà delle migrazioni, della marginalità sociale e della povertà.

Il vero obiettivo del tirocinio è dare un contributo alla formazione dei futuri professionisti della salute e prepararli a difendere e promuovere il diritto alla salute per ogni persona, senza nessuna esclusione. Dal momento che l'impegno formativo dell'Area Sanitaria della Caritas Diocesana di Roma dura da più di venti anni, è possibile affermare che coloro che sono passati per questa esperienza sono più preparati e sensibili a lavorare con i migranti e con le persone in situazione di difficoltà economica. Questi professionisti possono fare la differenza nei servizi sanitari pubblici, come gli autori hanno effettivamente sperimentato nel periodo di pandemia da SARS-CoV-2. Non è una coincidenza che l'aver effettuato una simile passata esperienza in questo contesto sia stata valutata positivamente per la selezione di alcune persone in specifici contesti lavorativi.

La *partnership* con organizzazioni del privato sociale direttamente impegnate nelle realtà della povertà e delle disuguaglianze sono dunque importanti per contribuire alla formazione di futuri professionisti della salute responsabili ed impegnati a favore della giustizia sociale (Playford 2019). La partecipazione degli studenti dovrebbe essere volontaria ed il personale universitario e gli operatori delle associazioni dovrebbero supervisionare insieme l'esperienza degli studenti

CAPITOLO 4: CENNI SULL'ATTUALE CONTESTO CULTURALE

Nel presente capitolo vengono tratteggiati dei riferimenti culturali del momento che appaiono coerenti con una visione di SG come proposta in Italia, che possono ad essa integrarsi e possono integrarla. Sembra infatti importante fare almeno un cenno ad essi per non lasciare che l'approccio formativo in SG rimanga isolato e chiuso per lo più in un piccolo gruppo di esperti a livello sanitario.

4.1 La Salute Globale e la visione dell'ecologia integrale

Un importante documento di questi anni, che appare coerente e vicino ad un approccio di SG, è la *Laudato si'* (LS), seconda enciclica di Papa Francesco scritta nel suo terzo anno di pontificato. Per approfondire i punti di contatto tra una visione di SG e l'enciclica è necessario sintetizzarne brevemente i principali contenuti.

È significativo il fatto che la newsletter della SItI (Società Italiana di Igiene) abbia dato spazio alla notizia dell'uscita del testo: "...anche il Santo Padre tocca il tema dell'ambiente con un'enciclica di impostazione ambientalista in cui esorta a salvare il pianeta dall'uomo in quanto "un crimine contro la natura è un crimine contro noi stessi e un peccato contro Dio". Anche noi, cultori della sanità pubblica, non possiamo rimanere insensibili a queste autorevoli sollecitazioni cercando di aumentare l'impegno scientifico su questi temi..."⁴¹.

L'uscita dell'enciclica ha suscitato grande interesse da diverse parti della società, anche se non sono mancate le critiche. Ad una prima, superficiale lettura diversi (tra i quali la stessa SItI) hanno parlato di un'enciclica verde, ambientalista ma in realtà il testo offre riflessioni ben più ampie e profonde.

L'approccio che il Pontefice della Chiesa Cattolica propone è quello dell'**ecologia integrale**. Così scrive nell'Enciclica:

Dal momento che tutto è intimamente relazionato e che gli attuali problemi richiedono uno sguardo che tenga conto di tutti gli aspetti della crisi mondiale, propongo di soffermarci adesso a riflettere sui diversi elementi di una ecologia integrale, che comprenda chiaramente le dimensioni umane e sociali.

L'ecologia studia le relazioni tra gli organismi viventi e l'ambiente in cui si sviluppano. Essa esige anche di fermarsi a pensare e a discutere sulle condizioni di vita e di sopravvivenza di una società, con l'onestà di mettere in dubbio modelli di sviluppo, produzione e consumo. Non è superfluo insistere ulteriormente sul fatto che tutto è connesso. (...) Per tale ragione, le conoscenze frammentarie e isolate possono diventare una forma d'ignoranza se fanno resistenza ad integrarsi in una visione più ampia della realtà.

Quando parliamo di "ambiente" facciamo riferimento anche a una particolare relazione: quella tra la natura e la società che la abita. Questo ci impedisce di considerare la natura come qualcosa di separato da noi o

⁴¹ Igienisti on line, 21 giugno 2015, disponibile alla URL: <http://www.igienistionline.it/archivio/2015/25.htm>

*come una mera cornice della nostra vita. Siamo inclusi in essa, siamo parte di essa e ne siamo compenetrati. Le ragioni per le quali un luogo viene inquinato richiedono un'analisi del funzionamento della società, della sua economia, del suo comportamento, dei suoi modi di comprendere la realtà. Data l'ampiezza dei cambiamenti, non è più possibile trovare una risposta specifica e indipendente per ogni singola parte del problema. È fondamentale cercare soluzioni integrali, che considerino le interazioni dei sistemi naturali tra loro e con i sistemi sociali. Non ci sono due crisi separate, una ambientale e un'altra sociale, bensì **una sola e complessa crisi socio-ambientale**. Le direttrici per la soluzione richiedono un approccio integrale per combattere la povertà, per restituire la dignità agli esclusi e nello stesso tempo per prendersi cura della natura.*

A causa della quantità e varietà degli elementi di cui tenere conto, al momento di determinare l'impatto ambientale di una concreta attività d'impresa diventa indispensabile dare ai ricercatori un ruolo preminente e facilitare la loro interazione, con ampia libertà accademica. Questa ricerca costante dovrebbe permettere di riconoscere anche come le diverse creature si relazionano, formando quelle unità più grandi che oggi chiamiamo "ecosistemi". (...) Anche se non ne abbiamo coscienza, dipendiamo da tale insieme per la nostra stessa esistenza.

(...) Oggi l'analisi dei problemi ambientali è inseparabile dall'analisi dei contesti umani, familiari, lavorativi, urbani, e dalla relazione di ciascuna persona con sé stessa, che genera un determinato modo di relazionarsi con gli altri e con l'ambiente. C'è una interazione tra gli ecosistemi e tra i diversi mondi di riferimento sociale, e così si dimostra ancora una volta che «il tutto è superiore alla parte».

Se tutto è in relazione, anche lo stato di salute delle istituzioni di una società comporta conseguenze per l'ambiente e per la qualità della vita umana: «Ogni lesione della solidarietà e dell'amicizia civica provoca danni ambientali». In tal senso, l'ecologia sociale è necessariamente istituzionale e raggiunge progressivamente le diverse dimensioni che vanno dal gruppo sociale primario, la famiglia, fino alla vita internazionale, passando per la comunità locale e la Nazione.⁴²

Papa Francesco si rivolge a ogni persona che abita questo pianeta, riconoscendo la diversità di opinioni e proponendosi di *entrare in dialogo con tutti riguardo alla nostra casa comune.*⁴³

*Rivolgo un invito urgente a rinnovare il dialogo sul modo in cui stiamo costruendo il futuro del pianeta. Abbiamo bisogno di un confronto che ci unisca tutti, perché la sfida ambientale che viviamo, e le sue radici umane, ci riguardano e ci toccano tutti.*⁴⁴

⁴² LS n. 137-142

⁴³ lvi n. 3

⁴⁴ lvi n. 14

Riconosciamo che si sono sviluppate diverse visioni e linee di pensiero in merito alla situazione e alle possibili soluzioni. Da un estremo, alcuni sostengono ad ogni costo il mito del progresso e affermano che i problemi ecologici si risolveranno semplicemente con nuove applicazioni tecniche, senza considerazioni etiche né cambiamenti di fondo. Dall'altro estremo, altri ritengono che la specie umana, con qualunque suo intervento, può essere solo una minaccia e compromettere l'ecosistema mondiale, per cui conviene ridurre la sua presenza sul pianeta e impedirle ogni tipo di intervento. Fra questi estremi, la riflessione dovrebbe identificare possibili scenari futuri, perché non c'è un'unica via di soluzione. Questo lascerebbe spazio a una varietà di apporti che potrebbero entrare in dialogo in vista di risposte integrali.

(...) Basta però guardare la realtà con sincerità per vedere che c'è un grande deterioramento della nostra casa comune. La speranza ci invita a riconoscere che c'è sempre una via di uscita, che possiamo sempre cambiare rotta, che possiamo sempre fare qualcosa per risolvere i problemi. Tuttavia, sembra di riscontrare sintomi di un punto di rottura, a causa della grande velocità dei cambiamenti e del degrado, che si manifestano tanto in catastrofi naturali regionali quanto in crisi sociali o anche finanziarie, dato che i problemi del mondo non si possono analizzare né spiegare in modo isolato. Ci sono regioni che sono già particolarmente a rischio e, aldilà di qualunque previsione catastrofica, è certo che l'attuale sistema mondiale è insostenibile da diversi punti di vista, perché abbiamo smesso di pensare ai fini dell'agire umano.⁴⁵

Il metodo che Papa Francesco utilizza nel suo scritto è quello induttivo del *vedere, giudicare, agire (e celebrare)*. Si tratta del metodo induttivo, teorizzato da Giovanni XXIII e ripreso successivamente da Paolo VI.⁴⁶ Tale metodo si “contrappone” a quello deduttivo, caratterizzato dalla partenza dai principi da cui poi trarre le conclusioni (prevalente in Giovanni Paolo II e Benedetto XVI).

Il primo capitolo dell'enciclica è dedicato all'ascolto della situazione in cui ci troviamo. Si potrebbe definire una raccolta di “evidenze” scientifiche che aiutano a capire la situazione del pianeta. Papa Francesco ne dichiara subito l'intenzione:

In primo luogo, farò un breve percorso attraverso vari aspetti dell'attuale crisi ecologica allo scopo di assumere i migliori frutti della ricerca scientifica oggi disponibile, lasciarcene toccare in profondità e dare una base di concretezza al percorso etico e spirituale che segue. (...)

Facciamo un percorso, che sarà certamente incompleto, attraverso quelle questioni che oggi ci provocano inquietudine e che ormai non possiamo più nascondere sotto il tappeto. L'obiettivo non è di raccogliere informazioni o saziare la nostra curiosità, ma di prendere dolorosa coscienza, osare trasformare in

⁴⁵ Ivi n. 60-61

⁴⁶ Cfr Giovanni XXIII, *Mater et magistra* n. 217 e Paolo VI, *Octogesima adveniens* n. 4

*sofferenza personale quello che accade al mondo, e così riconoscere qual è il contributo che ciascuno può portare.*⁴⁷

Alcuni autori (Costa 2016) hanno sottolineato che in questo senso l'enciclica rappresenta anche "uno sblocco" del conflitto secolare tra scienza e fede, come testimonia la ricezione attenta di cui ha goduto nel mondo scientifico, senza precedenti per un documento del Magistero. L'enciclica infatti assume i risultati della ricerca senza alcuna pretesa di giudicarli dall'esterno o di conferire loro una sorta di patente di autorità magisteriale, rispettando fino in fondo il metodo di formazione del consenso in campo scientifico, fondato sul dibattito degli esperti sui risultati conseguiti e pubblicati, anzi difendendolo nei casi in cui la libertà e l'onestà della ricerca rischiano di piegarsi agli interessi di ricchi e potenti. Allo stesso tempo la scienza è sfidata ad abbandonare la pretesa di ritenersi in possesso della chiave unica e ultima di accesso alla realtà, per entrare in dialogo e lasciarsi integrare con altre forme di conoscenza e di sapienza umana, compresa quella religiosa."⁴⁸

Nel primo capitolo sono dunque trattati sei ambiti principali, tutti connessi tra loro e per diversi aspetti legati alla salute delle persone:

1. Inquinamento e cambiamenti climatici.

*L'esposizione agli inquinanti atmosferici produce un ampio spettro di effetti sulla salute, in particolare dei più poveri, e provocano milioni di morti premature.... Molte volte si prendono misure solo quando si sono prodotti effetti irreversibili per la salute delle persone.*⁴⁹

2. La questione dell'acqua.

La disponibilità di acqua è rimasta relativamente costante per lungo tempo, ma ora in molti luoghi la domanda supera l'offerta sostenibile, con gravi conseguenze a breve e lungo termine. Grandi città, dipendenti da importanti riserve idriche, soffrono periodi di carenza della risorsa, che nei momenti critici non viene amministrata sempre con una adeguata gestione e con imparzialità. La povertà di acqua pubblica si ha specialmente in Africa, dove grandi settori della popolazione non accedono all'acqua potabile sicura, o subiscono siccità che rendono difficile la produzione di cibo. In alcuni Paesi ci sono regioni con abbondanza di acqua, mentre altre patiscono una grave carenza.

*Un problema particolarmente serio è quello della qualità dell'acqua disponibile per i poveri, che provoca molte morti ogni giorno. Fra i poveri sono frequenti le malattie legate all'acqua, incluse quelle causate da microorganismi e da sostanze chimiche. La dissenteria e il colera, dovuti a servizi igienici e riserve di acqua inadeguati, sono un fattore significativo di sofferenza e di mortalità infantile.*⁵⁰

⁴⁷ Ivi n. 15;19

⁴⁸ Costa 2016

⁴⁹ LS n. 20-21

⁵⁰ Ivi n. 28-29

3. La perdita della biodiversità.

Un'affermazione di importante vigore etico in riferimento al *debito ecologico* dei paesi più ricchi rispetto a quelli poveri:

*C'è infatti un vero "debito ecologico", soprattutto tra il Nord e il Sud, connesso a squilibri commerciali con conseguenze in ambito ecologico, come pure all'uso sproporzionato delle risorse naturali compiuto storicamente da alcuni Paesi. (...) Il debito estero dei Paesi poveri si è trasformato in uno strumento di controllo, ma non accade la stessa cosa con il debito ecologico.*⁵¹

4. Il deterioramento della qualità della vita umana e la degradazione sociale.

*Oggi riscontriamo, per esempio, la smisurata e disordinata crescita di molte città che sono diventate invivibili dal punto di vista della salute, non solo per l'inquinamento originato dalle emissioni tossiche, ma anche per il caos urbano, i problemi di trasporto e l'inquinamento visivo e acustico.*⁵²

5. L'inequità planetaria.

Qui Papa Francesco fa le affermazioni più forti che ci fanno capire come, nell'approccio di ecologia integrale, i problemi sociali non vengono distinti da quelli ambientali. Egli sottolinea il legame tra degrado ecologico e i poveri, che della crisi subiscono l'impatto più duro e penalizzante. Non si può ascoltare il grido della terra senza ascoltare il grido dei poveri.

*Oggi non possiamo fare a meno di riconoscere che un vero approccio ecologico diventa sempre un approccio sociale, che deve integrare la giustizia nelle discussioni sull'ambiente, per ascoltare tanto il grido della terra quanto il grido dei poveri.*⁵³

6. La debolezza delle reazioni

Degna di nota è la debolezza della reazione politica internazionale. La sottomissione della politica alla tecnologia e alla finanza si dimostra nel fallimento dei vertici mondiali sull'ambiente. Ci sono troppi interessi particolari e molto facilmente l'interesse economico arriva a prevalere sul bene comune e a manipolare l'informazione per non vedere colpiti i suoi progetti.⁵⁴

Nel secondo capitolo, Papa Francesco esprime la sua visione sul ruolo delle religioni in un dibattito di questo tipo, affermando che le soluzioni non possono venire da un unico modo di interpretare e trasformare la realtà e che *se si vuole veramente costruire un'ecologia che permetta di riparare tutto ciò che abbiamo distrutto, allora nessun ramo delle scienze e nessuna forma di saggezza può essere trascurata, nemmeno quella religiosa con il suo linguaggio proprio.*⁵⁵ Tale affermazione è stata confermata dalle successive iniziative realizzate in collaborazione con i leader mondiali delle altre confessioni religiose, cristiane e non. Tra queste ricordiamo:

⁵¹ Ivi n. 50-51

⁵² Ivi n. 44

⁵³ Ivi n. 49

⁵⁴ Ivi n. 54

⁵⁵ Ivi n. 63

- Il Documento sulla Fratellanza Umana per la Pace Mondiale e la Convivenza Comune firmato ad Abu Dhabi il 4 febbraio 2019 insieme al sunnita Grande Imam di Al-Azhar Ahmad Al-Tayyeb:

Noi, pur riconoscendo i passi positivi che la nostra civiltà moderna ha compiuto nei campi della scienza, della tecnologia, della medicina, dell'industria e del benessere, in particolare nei Paesi sviluppati, sottolineiamo che, insieme a tali progressi storici, grandi e apprezzati, si verifica un deterioramento dell'etica, che condiziona l'agire internazionale, e un indebolimento dei valori spirituali e del senso di responsabilità. Tutto ciò contribuisce a diffondere una sensazione generale di frustrazione, di solitudine e di disperazione, conducendo molti a cadere o nel vortice dell'estremismo ateo e agnostico, oppure nell'integralismo religioso, nell'estremismo e nel fondamentalismo cieco, portando così altre persone ad arrendersi a forme di dipendenza e di autodistruzione individuale e collettiva.

La storia afferma che l'estremismo religioso e nazionale e l'intolleranza hanno prodotto nel mondo, sia in Occidente sia in Oriente, ciò che potrebbe essere chiamato i segnali di una «terza guerra mondiale a pezzi», segnali che, in varie parti del mondo e in diverse condizioni tragiche, hanno iniziato a mostrare il loro volto crudele; situazioni di cui non si conosce con precisione quante vittime, vedove e orfani abbiano prodotto. Inoltre, ci sono altre zone che si preparano a diventare teatro di nuovi conflitti, dove nascono focolai di tensione e si accumulano armi e munizioni, in una situazione mondiale dominata dall'incertezza, dalla delusione e dalla paura del futuro e controllata dagli interessi economici miopi.

Affermiamo altresì che le forti crisi politiche, l'ingiustizia e la mancanza di una distribuzione equa delle risorse naturali – delle quali beneficia solo una minoranza di ricchi, a discapito della maggioranza dei popoli della terra – hanno generato, e continuano a farlo, enormi quantità di malati, di bisognosi e di morti, provocando crisi letali di cui sono vittime diversi paesi, nonostante le ricchezze naturali e le risorse delle giovani generazioni che li caratterizzano. Nei confronti di tali crisi che portano a morire di fame milioni di bambini, già ridotti a scheletri umani – a motivo della povertà e della fame –, regna un silenzio internazionale inaccettabile.⁵⁶

- Il Messaggio congiunto per la cura del creato diffuso il 1° settembre 2021 da Papa Francesco con il Patriarca Ecumenico Bartolomeo (Chiesa Ortodossa) e l'Arcivescovo di Canterbury Justin (Chiesa Anglicana).

L'attuale crisi climatica dice molto su chi siamo e su come vediamo e trattiamo il creato di Dio. Ci troviamo dinanzi a una giustizia severa: perdita di biodiversità, degrado ambientale e cambiamento climatico sono le conseguenze inevitabili delle nostre azioni, poiché abbiamo avidamente consumato

⁵⁶ Dal "Documento sulla fratellanza umana per la pace mondiale e la convivenza comune" del 4 febbraio 2019, firmato da Papa Francesco e dal Grande Imam di Al-Azhar Ahmad Al-Tayyeb, disponibile alla URL: https://www.vatican.va/content/francesco/it/travels/2019/outside/documents/papa-francesco_20190204_documento-fratellanza-umana.html

più risorse della terra di quanto il pianeta possa sopportare. Ma ci troviamo anche di fronte a una profonda ingiustizia: le persone che subiscono le conseguenze più catastrofiche di tali abusi sono quelle più povere del pianeta e che hanno avuto meno responsabilità nel causarle. (...) Durante la pandemia abbiamo capito quanto siamo vulnerabili. I nostri sistemi sociali hanno ceduto e abbiamo scoperto che non possiamo controllare tutto. Dobbiamo riconoscere che i modi in cui usiamo il denaro e organizziamo le nostre società non hanno beneficiato tutti. Ci ritroviamo deboli e ansiosi, sommersi da una serie di crisi: sanitaria, ambientale, alimentare, economica e sociale, che sono tutte profondamente interconnesse.

Tali crisi ci pongono dinanzi a una scelta. Ci troviamo nella posizione unica di decidere se affrontarle con poca lungimiranza e speculando o se coglierle come un'opportunità di conversione e trasformazione. Se pensiamo all'umanità come a una famiglia e lavoriamo insieme per un futuro basato sul bene comune, potremo ritrovarci a vivere in un mondo molto diverso. Insieme possiamo condividere una visione della vita in cui tutti prosperano. Insieme possiamo scegliere di agire con amore, giustizia e misericordia. Insieme possiamo camminare verso una società più giusta e appagante, con al centro coloro che sono più vulnerabili.

Ma questo comporta fare dei cambiamenti. Ognuno di noi, individualmente, deve assumersi la responsabilità di come vengono usate le nostre risorse. Questo cammino esige una collaborazione sempre più stretta tra tutte le Chiese nel loro impegno di prendersi cura del creato. Insieme, come comunità, Chiese, città e nazioni, dobbiamo cambiare rotta e scoprire nuovi modi di collaborare per abbattere le tradizionali barriere tra popoli, smettere di competere per le risorse e iniziare a collaborare.⁵⁷

Nel terzo capitolo vengono affrontate le radici umane della crisi ecologica.

Il Papa propone di concentrarsi sul **paradigma tecnocratico dominante**, sottolineando subito il valore positivo dei progressi permessi dalla scienza e dalla tecnologia.

Il problema fondamentale, sottolinea ancora il Papa, è che l'umanità ha assunto la tecnologia e il suo sviluppo con un paradigma omogeneo e unidimensionale, il paradigma scientifico. In esso il soggetto, di fronte alla realtà informe e totalmente disponibile al suo intervento, può progressivamente comprendere e possedere gli oggetti che si trovano all'esterno. Da qui si passa all'illusione della crescita illimitata o infinita.

Tutto viene impostato secondo un *paradigma di comprensione* che condiziona la vita delle persone e il funzionamento della società. È un riduzionismo che colpisce la vita umana e la società.

⁵⁷ Dal "Messaggio congiunto per la cura del creato" del 1° settembre 2021 firmato dal Patriarca Ecumenico Bartolomeo, Papa Francesco e dall'Arcivescovo di Canterbury Justin. Disponibile alla URL: <https://www.vatican.va/content/francesco/it/messages/pont-messages/2021/documents/20210901-messaggio-protezionedelcreato.html>

Occorre riconoscere che i prodotti della tecnica non sono neutri, perché creano una trama che finisce per condizionare gli stili di vita e orientano le possibilità sociali nella direzione degli interessi di determinati gruppi di potere. Certe scelte che sembrano puramente strumentali, in realtà sono scelte attinenti al tipo di vita sociale che si intende sviluppare. È diventato contro-culturale scegliere uno stile di vita con obiettivi che almeno in parte possano essere indipendenti dalla tecnica, dai suoi costi e dal suo potere globalizzante e massificante. Di fatto la tecnica ha una tendenza a far sì che nulla rimanga fuori dalla sua ferrea logica, e «l'uomo che ne è il protagonista sa che, in ultima analisi, non si tratta né di utilità, né di benessere, ma di dominio; dominio nel senso estremo della parola».⁵⁸

Il problema allora quale è? Il Papa sottolinea **il problema del potere**, ispirandosi molto ai testi di Romano Guardini, in particolare alla sua opera *La fine dell'epoca moderna*.

Tuttavia non possiamo ignorare che l'energia nucleare, la biotecnologia, l'informatica, la conoscenza del nostro stesso DNA e altre potenzialità che abbiamo acquisito ci offrono un tremendo potere. Anzi, danno a coloro che detengono la conoscenza e soprattutto il potere economico per sfruttarla un dominio impressionante sull'insieme del genere umano e del mondo intero. Mai l'umanità ha avuto tanto potere su sé stessa e niente garantisce che lo utilizzerà bene, soprattutto se si considera il modo in cui se ne sta servendo. Basta ricordare le bombe atomiche lanciate in pieno XX secolo, come il grande spiegamento di tecnologia ostentato dal nazismo, dal comunismo e da altri regimi totalitari al servizio dello sterminio di milioni di persone, senza dimenticare che oggi la guerra dispone di strumenti sempre più micidiali. In quali mani sta e in quali può giungere tanto potere? È terribilmente rischioso che esso risieda in una piccola parte dell'umanità.

Si tende a credere che «ogni acquisto di potenza sia semplicemente progresso, accrescimento di sicurezza, di utilità, di benessere, di forza vitale, di pienezza di valori», come se la realtà, il bene e la verità sbocciassero spontaneamente dal potere stesso della tecnologia e dell'economia. Il fatto è che «l'uomo moderno non è stato educato al retto uso della potenza», perché l'immensa crescita tecnologica non è stata accompagnata da uno sviluppo dell'essere umano per quanto riguarda la responsabilità, i valori e la coscienza.⁵⁹

Scrive Guardini:

“L'età moderna aveva accolto come assoluta vittoria ogni aumento della potenza scientifica e tecnica. (...) L'epoca futura in definitiva non dovrà affrontare il problema dell'aumento del potere, anche se esso aumenta continuamente e a ritmo sempre più accelerato, ma quello del suo dominio. Il senso centrale di questa epoca sarà il dovere di ordinare il potere in modo che l'uomo, facendone uso, possa rimanere uomo.”⁶⁰

⁵⁸ LS n 107-108

⁵⁹ Ivi n. 104-105

⁶⁰ Tratto da: Guardini R. *Il potere*. Brescia, Morcelliana 1963

Un altro aspetto è considerato estremamente critico: **la frammentazione del sapere** che caratterizza la nostra società. Si è persa la visione di insieme della realtà, privilegiando di volta in volta il punto di vista di un singolo settore, in particolare quello tecnico. Questo approccio, proficuo per conseguire obiettivi concreti, è limitante perché non permette di tenere conto delle relazioni che esistono tra le diverse realtà e di avere una visione d'insieme. Non cogliere le interconnessioni tra i differenti elementi conduce inevitabilmente all'impoverimento della lettura che un'intera società dà del suo tempo e a un indebolimento nella capacità di progettazione del futuro, dato che manca un orizzonte di senso comprensivo dei tanti elementi presenti e all'opera in una società.

Ci si trova pertanto di fronte a un sistema retto da un paradigma che ripone una fede assoluta nel progresso assicurato dalla tecnica e che si presenta come unico possibile. Al suo cuore vi è la convinzione di essere in grado di fornire le risposte alle domande dell'umanità sul miglioramento delle condizioni di vita, senza però affrontare le questioni di fondo legate alla vita sulla terra e alla convivenza civile: un'attenzione allo stato di salute del pianeta; un'equa ripartizione delle risorse e delle opportunità; il farsi carico del futuro che attende le prossime generazioni.

Il Papa afferma anche il limite del **libero mercato**:

In alcuni circoli si sostiene che l'economia attuale e la tecnologia risolveranno tutti i problemi ambientali, allo stesso modo in cui si afferma, con un linguaggio non accademico, che i problemi della fame e della miseria nel mondo si risolveranno semplicemente con la crescita del mercato. Non è una questione di teorie economiche, che forse nessuno oggi osa difendere, bensì del loro insediamento nello sviluppo fattuale dell'economia. Coloro che non lo affermano con le parole lo sostengono con i fatti, quando non sembrano preoccuparsi per un giusto livello della produzione, una migliore distribuzione della ricchezza, una cura responsabile dell'ambiente o i diritti delle generazioni future. Con il loro comportamento affermano che l'obiettivo della massimizzazione dei profitti è sufficiente. Il mercato da solo però non garantisce lo sviluppo umano integrale e l'inclusione sociale. Nel frattempo, abbiamo una «sorta di supersviluppo dissipatore e consumistico che contrasta in modo inaccettabile con perduranti situazioni di miseria disumanizzante», mentre non si mettono a punto con sufficiente celerità istituzioni economiche e programmi sociali che permettano ai più poveri di accedere in modo regolare alle risorse di base. Non ci si rende conto a sufficienza di quali sono le radici più profonde degli squilibri attuali, che hanno a che vedere con l'orientamento, i fini, il senso e il contesto sociale della crescita tecnologica ed economica.⁶¹

Papa Francesco afferma che, per quanto preziosa, la ragione tecnica da sola non risolverà i problemi che la sua affermazione porta con sé. La soluzione va cercata nel riaprire a dimensioni non puramente tecniche un discorso che si fa sempre più autoreferenziale: ci vuole una coraggiosa rivoluzione culturale. Si dovrebbe

⁶¹ LS n. 109

tornare a comprendere che la conoscenza del mondo non passa esclusivamente dalle certezze dell'esperimento, ma coinvolge anche la sfera molto più delicata, flessibile e plurale dell'esperienza.

La cultura ecologica non si può ridurre a una serie di risposte urgenti e parziali ai problemi che si presentano riguardo al degrado ambientale, all'esaurimento delle riserve naturali e all'inquinamento. Dovrebbe essere uno sguardo diverso, un pensiero, una politica, un programma educativo, uno stile di vita e una spiritualità che diano forma ad una resistenza di fronte all'avanzare del paradigma tecnocratico. Diversamente, anche le migliori iniziative ecologiste possono finire rinchiusi nella stessa logica globalizzata. Cercare solamente un rimedio tecnico per ogni problema ambientale che si presenta, significa isolare cose che nella realtà sono connesse, e nascondere i veri e più profondi problemi del sistema mondiale.⁶²

Ciò che sta accadendo ci pone di fronte all'urgenza di procedere in una coraggiosa rivoluzione culturale. La scienza e la tecnologia non sono neutrali, ma possono implicare dall'inizio alla fine di un processo diverse intenzioni e possibilità, e possono configurarsi in vari modi. Nessuno vuole tornare all'epoca delle caverne, però è indispensabile rallentare la marcia per guardare la realtà in un altro modo, raccogliere gli sviluppi positivi e sostenibili, e al tempo stesso recuperare i valori e i grandi fini distrutti da una sfrenatezza megalomane.⁶³

Prima di tutto l'umanità ha bisogno di cambiare e di riconoscere l'origine comune, la mutua appartenenza, il futuro condiviso da tutti. Egoismo, autoreferenzialità, mancata accettazione del limite, ossessione per uno stile di vita consumistico possono provocare solo violenza e distruzione reciproca. È una grande sfida culturale, spirituale e educativa.

Alcuni hanno affermato che la LS può essere riassunta da un tritico di parole: resilienza, resistenza e rivoluzione (Riggio 2016). Secondo l'approccio di ecologia integrale, ogni singolo gesto è carico di valore e di conseguenze.

➤ *Resilienza* nel senso di una grande fiducia nell'uomo, "capace di divenire lui stesso attore responsabile del suo miglioramento materiale, del suo progresso morale, dello svolgimento pieno del suo destino spirituale"⁶⁴. La visione antropologica presente nell'enciclica opera una sorta di elogio della resilienza dell'essere umano, la quale, insospettata e nascosta agli occhi di quanti detengono il potere, permette agli esseri umani di ritornare a scegliere il bene invece che lasciarsi trascinare nel degrado, di ritornare a costruire cammini di autentica libertà e solidarietà invece che cadere nell'ottundimento della coscienza.

⁶² LS n. 111

⁶³ Ivi n. 114

⁶⁴ Ivi n. 127

- *Resistenza*: la visione resiliente si traduce nella ricerca di un'alternativa al paradigma tecnocratico e Papa Francesco, anche in diversi discorsi, non smette di evidenziare ogni forma di resistenza ai processi che tendono a ridurre l'essere umano e la creazione a beni di produzione e di consumo. Nella realtà ci sono già i segni che testimoniano la presenza di una logica altra rispetto a quella tecnocratica. *Un'ecologia integrale è fatta anche di semplici gesti quotidiani nei quali spezziamo la logica della violenza, dello sfruttamento, dell'egoismo⁶⁵*, sovvertendo un ordine che si caratterizza per la sua iniquità e ingiustizia. I piccoli gesti quotidiani possono essere espressione di una presa di distanza e scelta di un modello di vita e di sviluppo diverso. Diventa possibile una resistenza alla deriva tecnocratica in nome dell'autenticità della vita e della dignità dell'essere umano, che trae la sua forza *da uno sguardo diverso, un pensiero, una politica, un programma educativo, uno stile di vita e una spiritualità⁶⁶*. Si tratta di una resistenza ostinata, di promuovere una visione in cui il profitto non prende il posto della persona, la realizzazione del bene del singolo non va a detrimento della solidarietà, l'attenzione al tutto si accompagna a quella verso le singole parti, ritrovando un equilibrio andato smarrito e realizzando così una vera e profonda rivoluzione culturale.
- *Rivoluzione*: è necessario un cambio di passo, una *coraggiosa rivoluzione culturale*, una conversione ecologica. La rivoluzione da compiere è proprio quella di riconoscere di nuovo l'esistenza di ritmi inscritti nella natura e dei relativi limiti e di riprendere a rispettarli in modo sapiente.

Diventa importante l'atteggiamento di superare l'individualismo, uscire da sé stessi per andare verso l'altro, auto-trascendersi, infrangere l'autoreferenzialità e la coscienza isolata per prendersi cura degli altri e dell'ambiente e di considerare l'impatto delle nostre azioni e decisioni.

È sempre possibile sviluppare una nuova capacità di uscire da sé stessi verso l'altro. Senza di essa non si riconoscono le altre creature nel loro valore proprio, non interessa prendersi cura di qualcosa a vantaggio degli altri, manca la capacità di porsi dei limiti per evitare la sofferenza o il degrado di ciò che ci circonda. L'atteggiamento fondamentale di auto-trascendersi, infrangendo la coscienza isolata e l'autoreferenzialità, è la radice che rende possibile ogni cura per gli altri e per l'ambiente, e fa scaturire la reazione morale di considerare l'impatto provocato da ogni azione e da ogni decisione personale al di fuori di sé. Quando siamo capaci di superare l'individualismo, si può effettivamente produrre uno stile di vita alternativo e diventa possibile un cambiamento rilevante nella società.⁶⁷

⁶⁵ lvi n. 230

⁶⁶ lvi n. 111

⁶⁷ lvi n 208

Non basta però la conversione dei singoli, perché

ai problemi sociali si risponde con reti comunitarie, non con la mera somma di beni individuali: «Le esigenze di quest'opera saranno così immense che le possibilità delle iniziative individuali e la cooperazione dei singoli, individualisticamente formati, non saranno in grado di rispondervi. Sarà necessaria una unione di forze e una unità di contribuzioni». La conversione ecologica che si richiede per creare un dinamismo di cambiamento duraturo è anche una conversione comunitaria.⁶⁸

La conversione ecologica ha una dimensione sociale e comunitaria.

Una nuova ecologia umana, afferma Papa Francesco, ha bisogno di *contemplazione*, e non solo di tecnologia. L'essere umano di cui abbiamo bisogno non è l'oltreuomo, né ci serve una superintelligenza ma un uomo che non dimentica di essere radicato nella vita, e che è perciò in grado di ascoltare. Solo a condizione di essere capaci di fermarci a guardare e ascoltare – o meglio a contemplare – oltre le nostre sempre più potenti capacità di fare e di agire, è possibile riconoscere le contraddizioni alle quali ci si trova esposti.

Se la terra ci precede ed è stata data non è possibile avere un atteggiamento di dominio o sfruttamento ma di tenerezza, di sguardo benevolo che si posa sul mondo senza la pretesa di ridurlo a qualcos'altro. Tutta l'umanità è chiamata a coltivare e custodire la terra: sin dall'inizio alla nostra libertà è stato rivolto un invito, cioè quello di prendersi cura, nella gratitudine.

Custodire in spagnolo si dice *cuidar*, cioè guardare con minuziosa attenzione, preoccuparsi, prendersi cura, far crescere ciò che è altro da sé con dedizione. È la sollecitudine che accompagna e nutre per consentire la piena fioritura di ogni bellezza. È la via che educa in modo non moralistico all'alterità, all'incontro che mentre fa da limite al proprio io lo aiuta ad uscire da sé stesso verso l'altro, a trascendersi, a crescere in umanità. Per attivare una cura generosa e piena di tenerezza sono necessari vari atteggiamenti: gratitudine e gratuità (cioè riconoscimento del mondo come dono ricevuto), responsabilità, contemplazione, gioia profonda, sana umiltà, felice sobrietà, semplicità.

Lo sguardo della cura è uno sguardo rigenerato che vede la bellezza anche in ciò che appare appassito e contrasta la disumanizzante cultura dello scarto che colpisce tanto le persone quanto le cose. Prendersi cura di tutte le creature significa prendersi cura di sé stessi, perché tutto nel mondo è intimamente connesso. Il movimento della cura, sbilanciato in uscita, educa al legame, al mistero delle molteplici relazioni che precedono e sostengono l'individualità. Per questo la solidarietà non è un dover essere che si impone all'uomo, ma il riconoscimento che tutti gli esseri creati hanno bisogno gli uni degli altri. Il nuovo umanesimo deve promuovere una visione più integrale e integrante, capace di coinvolgere tutto l'uomo e tutti gli uomini, capace di mobilitare una unione di forze e una unione di contribuzioni, perché ciascuno, anche il più fragile, può portare un contributo.

⁶⁸ Ivi n 219

Il Papa fornisce alcune linee di orientamento e di azione su diversi livelli, tutti caratterizzati dalla necessità del dialogo.

- ✓ Il dialogo sull'ambiente nella politica internazionale;
- ✓ il dialogo verso nuove politiche nazionali e locali;
- ✓ la necessità di processi politici trasparenti e sottoposti al dialogo;
- ✓ la politica e l'economia, in dialogo, devono porsi al servizio della vita;
- ✓ il ruolo delle religioni, in dialogo con le scienze.

*La gravità della crisi ecologica esige da noi tutti di pensare al bene comune e di andare avanti sulla via del dialogo che richiede pazienza, ascesi e generosità, ricordando sempre che «la realtà è superiore all'idea».*⁶⁹

Papa Francesco sottolinea che la coscienza della gravità della crisi deve tradursi in nuove abitudini e che si è dunque di fronte ad una sfida educativa.

Alla politica, alle varie associazioni, all'università compete uno sforzo di formazione delle coscienze: è necessario diffondere un nuovo modello riguardo all'essere umano, alla vita, alla società e alla relazione con la natura.

La cura per la natura è parte di uno stile di vita che implica capacità di vivere insieme e di comunione... Occorre sentire nuovamente che abbiamo bisogno gli uni degli altri, che abbiamo una responsabilità verso gli altri e verso il mondo, che vale la pena di essere buoni e onesti....

*L'amore, pieno di piccoli gesti di cura reciproca, è anche civile e politico, e si manifesta in tutte le azioni che cercano di costruire un mondo migliore. L'amore per la società e l'impegno per il bene comune sono una forma eminente di carità, che riguarda non solo le relazioni tra gli individui, ma anche «macro-relazioni, rapporti sociali, economici, politici. L'amore sociale è la chiave di un autentico sviluppo: «Per rendere la società più umana, più degna della persona, occorre rivalutare l'amore nella vita sociale – a livello, politico, economico, culturale - facendone la norma costante e suprema dell'agire». In questo quadro, insieme all'importanza dei piccoli gesti quotidiani, l'amore sociale ci spinge a pensare a grandi strategie che arrestino efficacemente il degrado ambientale e incoraggino una cultura della cura che impregni tutta la società.»*⁷⁰

Tali riflessioni e indicazioni di Papa Francesco sembrano coerenti con quanti affermano la necessità di ripensare la salute umana intorno a principi ecologici, in particolare attorno al complesso delle quattro dimensioni (biologica, materiale, culturale e sociale) che caratterizzano l'esistenza della vita sul Pianeta. Un approccio ecologico alla salute e alla sanità pubblica è reso sempre più necessario dalle transizioni presenti

⁶⁹ Ivi n. 201

⁷⁰ Ivi n 228;229;231

in questa epoca (demografica, epidemiologica, urbana, nutrizionale, energetica, culturale), che hanno messo a nudo la crisi di un progetto di sanità pubblica che si è troppo spesso limitato solo ad un'azione tecnocratica fondata sulle evidenze. Quello che serve non sono tanto indicazioni tecniche, ma soprattutto una visione diversa, che possa ispirare e indicare la direzione, da cogliere interagendo con creatività con diverse figure professionali e con altre persone. Solo così sarà possibile studiare la complessità delle interazioni che caratterizzano il mondo vivente nel suo insieme biologico-sociale e sostenere scelte politiche che contrastino le crescenti disuguaglianze. (Lemma 2018)

Coerenti e in continuità con la visione espressa nell'enciclica "Laudato Si' " sono gli spunti derivanti dalla più recente Lettera Enciclica "Fratelli Tutti" (FT) sulla fraternità e l'amicizia sociale. L'enciclica esplora il legame che unisce fra loro tutti gli esseri umani, rendendoli fratelli e sorelle, con una particolare attenzione ai membri più fragili delle nostre società e a chiunque sia "altro": straniero, lontano, escluso. Il testo approfondisce il significato etico di questo legame di fratellanza umana, per suscitare la presa di consapevolezza che si è tutti responsabili di costruire un mondo fraterno. Il Pontefice, partendo dalla presa di coscienza del paradosso dell'epoca attuale, cioè che a una crescente globalizzazione corrisponde una frammentazione e un isolamento altrettanto elevati, approfondisce le motivazioni fondamentali di tale situazione ed identifica piste per concretizzare l'orizzonte della fratellanza e dell'amicizia sociale.

Papa Francesco ha visto nella pandemia da Covid-19 un segno in questo senso.

Una tragedia globale come la pandemia del Covid-19 ha effettivamente suscitato per un certo tempo la consapevolezza di essere una comunità mondiale che naviga sulla stessa barca, dove il male di uno va a danno di tutti. Ci siamo ricordati che nessuno si salva da solo, che ci si può salvare unicamente insieme. ... Con la tempesta, è caduto il trucco di quegli stereotipi con cui mascheravamo i nostri "ego" sempre preoccupati della propria immagine; ed è rimasta scoperta, ancora una volta, quella (benedetta) appartenenza comune alla quale non possiamo sottrarci: l'appartenenza come fratelli».

Il mondo avanzava implacabilmente verso un'economia che, utilizzando i progressi tecnologici, cercava di ridurre i "costi umani", e qualcuno pretendeva di farci credere che bastava la libertà di mercato perché tutto si potesse considerare sicuro. Ma il colpo duro e inaspettato di questa pandemia fuori controllo ha obbligato per forza a pensare agli esseri umani, a tutti, più che al beneficio di alcuni... Il dolore, l'incertezza, il timore e la consapevolezza dei propri limiti che la pandemia ha suscitato, fanno risuonare l'appello a ripensare i nostri stili di vita, le nostre relazioni, l'organizzazione delle nostre società e soprattutto il senso della nostra esistenza.

Se tutto è connesso, è difficile pensare che questo disastro mondiale non sia in rapporto con il nostro modo di porci rispetto alla realtà, pretendendo di essere padroni assoluti della propria vita e di tutto ciò che esiste.

...È la realtà stessa che geme e si ribella... Passata la crisi sanitaria, la peggiore reazione sarebbe quella di cadere ancora di più in un febbrile consumismo e in nuove forme di auto-protezione egoistica. ...

Se non riusciamo a recuperare la passione condivisa per una comunità di appartenenza e di solidarietà, alla quale destinare tempo, impegno e beni, l'illusione globale che ci inganna crollerà rovinosamente e lascerà molti in preda alla nausea e al vuoto. Inoltre, non si dovrebbe ingenuamente ignorare che «l'ossessione per uno stile di vita consumistico, soprattutto quando solo pochi possono sostenerlo, potrà provocare soltanto violenza e distruzione reciproca». Il "si salvi chi può" si tradurrà rapidamente nel "tutti contro tutti", e questo sarà peggio di una pandemia.⁷¹

La chiave di volta per passare è un riconoscimento basilare, essenziale da compiere per camminare verso l'amicizia sociale e la fraternità universale: rendersi conto di quanto vale un essere umano, quanto vale una persona, sempre e in qualunque circostanza⁷². Al cuore di "Fratelli Tutti" c'è infatti il riconoscimento della dignità inalienabile di ogni essere umano. Sul piano delle idee se ne può essere convinti, ma quando questa consapevolezza scende sul piano della concretezza, pone una serie di sfide che smuovono, obbligano ad assumere nuove prospettive e a sviluppare nuove risposte. La solidarietà come virtù morale e atteggiamento sociale esige un impegno di carattere educativo e formativo di diversi soggetti.

La solidarietà si esprime concretamente nel servizio, che può assumere forme molto diverse nel modo di farsi carico degli altri. Il servizio è «in gran parte, avere cura della fragilità. Servire significa avere cura di coloro che sono fragili nelle nostre famiglie, nella nostra società, nel nostro popolo». In questo impegno ognuno è capace di «mettere da parte le sue esigenze, aspettative, i suoi desideri di onnipotenza davanti allo sguardo concreto dei più fragili. [...] Il servizio guarda sempre il volto del fratello, tocca la sua carne, sente la sua prossimità fino in alcuni casi a "soffrirlo", e cerca la promozione del fratello. Per tale ragione il servizio non è mai ideologico, dal momento che non serve idee, ma persone».

Gli ultimi in generale «praticano quella solidarietà tanto speciale che esiste fra quanti soffrono, tra i poveri, e che la nostra civiltà sembra aver dimenticato, o quantomeno ha molta voglia di dimenticare. Solidarietà è una parola che non sempre piace; direi che alcune volte l'abbiamo trasformata in una cattiva parola, non si può dire; ma è una parola che esprime molto più che alcuni atti di generosità sporadici. È pensare e agire in termini di comunità, di priorità della vita di tutti sull'appropriazione dei beni da parte di alcuni. È anche lottare contro le cause strutturali della povertà, la disuguaglianza, la mancanza di lavoro, della terra e della casa, la negazione dei diritti sociali e lavorativi. È far fronte agli effetti distruttori dell'Impero del denaro [...]. La solidarietà, intesa nel suo senso più profondo, è un modo di fare la storia, ed è questo che fanno i movimenti popolari».

⁷¹ FT n. 32-36

⁷² lvi n. 106

*Quando parliamo di avere cura della casa comune che è il pianeta, ci appelliamo a quel minimo di coscienza universale e di preoccupazione per la cura reciproca che ancora può rimanere nelle persone.*⁷³

Tra le strade concrete da percorrere, Papa Francesco indica l'impegno politico e la realizzazione di una cultura dell'incontro, promuovendo l'amicizia sociale tramite l'avvicinamento di gruppi sociali distanti e soprattutto attraverso un rinnovato incontro con i settori più impoveriti e vulnerabili.

*Riconoscere ogni essere umano come un fratello o una sorella e ricercare un'amicizia sociale che includa tutti non sono mere utopie. Esigono la decisione e la capacità di trovare i percorsi efficaci che ne assicurino la reale possibilità. Qualunque impegno in tale direzione diventa un esercizio alto della carità. Infatti, un individuo può aiutare una persona bisognosa ma, quando si unisce ad altri per dare vita a processi sociali di fraternità e di giustizia per tutti, entra nel «campo della più vasta carità, della carità politica». Si tratta di progredire verso un ordine sociale e politico la cui anima sia la carità sociale. Ancora una volta invito a rivalutare la politica, che «è una vocazione altissima, è una delle forme più preziose della carità, perché cerca il bene comune».*⁷⁴

*Tante volte ho invitato a far crescere una cultura dell'incontro, che vada oltre le dialettiche che mettono l'uno contro l'altro. È uno stile di vita che tende a formare quel poliedro che ha molte facce, moltissimi lati, ma tutti compongono un'unità ricca di sfumature, perché «il tutto è superiore alla parte». Il poliedro rappresenta una società in cui le differenze convivono integrandosi, arricchendosi e illuminandosi a vicenda, benché ciò comporti discussioni e diffidenze. Da tutti, infatti, si può imparare qualcosa, nessuno è inutile, nessuno è superfluo. Ciò implica includere le periferie. Chi vive in esse ha un altro punto di vista, vede aspetti della realtà che non si riconoscono dai centri di potere dove si prendono le decisioni più determinanti.... Quello che conta è avviare processi di incontro, processi che possano costruire un popolo capace di raccogliere le differenze.*⁷⁵

... Questo implica la capacità abituale di riconoscere all'altro il diritto di essere sé stesso e di essere diverso. A partire da tale riconoscimento fattosi cultura, si rende possibile dar vita ad un patto sociale. Senza questo riconoscimento emergono modi sottili di far sì che l'altro perda ogni significato, che diventi irrilevante, che non gli si riconosca alcun valore nella società. Dietro al rifiuto di certe forme visibili di violenza, spesso si nasconde un'altra violenza più subdola: quella di coloro che disprezzano il diverso, soprattutto quando le sue rivendicazioni danneggiano in qualche modo i loro interessi.

Quando una parte della società pretende di godere di tutto ciò che il mondo offre, come se i poveri non esistessero, questo a un certo punto ha le sue conseguenze. Ignorare l'esistenza e i diritti degli altri, prima o poi provoca qualche forma di violenza, molte volte inaspettata. I sogni della libertà, dell'uguaglianza e

⁷³ lvi n. 115-117

⁷⁴ lvi n. 180

⁷⁵ lvi n. 215;217

della fraternità possono restare al livello delle mere formalità, perché non sono effettivamente per tutti. Pertanto, non si tratta solamente di cercare un incontro tra coloro che detengono varie forme di potere economico, politico o accademico. Un incontro sociale reale pone in un vero dialogo le grandi forme culturali che rappresentano la maggioranza della popolazione. Spesso le buone proposte non sono fatte proprie dai settori più impoveriti perché si presentano con una veste culturale che non è la loro e con la quale non possono sentirsi identificati. Di conseguenza, un patto sociale realistico e inclusivo dev'essere anche un "patto culturale", che rispetti e assuma le diverse visioni del mondo, le culture e gli stili di vita che coesistono nella società.⁷⁶

Quanti pretendono di portare la pace in una società non devono dimenticare che l'inequità e la mancanza di sviluppo umano integrale⁷⁷ non permettono che si generi pace. In effetti, «senza uguaglianza di opportunità, le diverse forme di aggressione e di guerra troveranno un terreno fertile che prima o poi provocherà l'esplosione. Quando la società – locale, nazionale o mondiale – abbandona nella periferia una parte di sé, non vi saranno programmi politici, né forze dell'ordine o di intelligence che possano assicurare illimitatamente la tranquillità». Se si tratta di ricominciare, sarà sempre a partire dagli ultimi.⁷⁸

Il Pontefice è intervenuto in modo esplicito sul tema della salute, esprimendo una visione coerente con quella della SG, dei determinanti sociali e delle disuguaglianze in salute, in occasione dell'Assemblea Plenaria della Pontificia Accademia per la Vita in occasione del Workshop "Public Health in Global Perspective":

La crisi pandemica ha messo in luce quanto è profonda l'interdipendenza sia tra di noi sia tra la famiglia umana e la casa comune (cfr Enc. Laudato si', 86; 164). Le nostre società, soprattutto in Occidente, hanno avuto tendenza a dimenticare questa interconnessione. E le amare conseguenze sono sotto i nostri occhi. In questo passaggio d'epoca è dunque urgente invertire tale tendenza nociva, ed è possibile farlo mediante la sinergia tra diverse discipline. Occorrono conoscenze di biologia e di igiene, di medicina e di epidemiologia, ma anche di economia e sociologia, antropologia ed ecologia. Si tratta, oltre che di comprendere i fenomeni, anche di individuare criteri di azione tecnologici, politici ed etici riguardo ai sistemi sanitari, alla famiglia, al lavoro e all'ambiente.

Tale impostazione è particolarmente importante nel campo della sanità, perché la salute e la malattia sono determinate non solo dai processi della natura ma anche dalla vita sociale. Inoltre, non basta che un problema sia grave perché si imponga all'attenzione e venga così affrontato: tanti problemi molto gravi

⁷⁶ Ivi n. 218-219

⁷⁷ L'espressione "Sviluppo Umano Integrale" utilizzata da Papa Francesco deriva dalla Lettera Enciclica *Populorum Progressio* di Paolo VI, n 14: "Lo sviluppo non si riduce alla semplice crescita economica. Per essere autentico sviluppo, deve essere integrale, il che vuol dire volto alla promozione di ogni uomo e di tutto l'uomo. Com'è stato giustamente sottolineato da un eminente esperto: "noi non accettiamo di separare l'economico dall'umano, lo sviluppo dalla civiltà dove si inserisce. Ciò che conta per noi è l'uomo, ogni uomo, ogni gruppo d'uomini, fino a comprendere l'umanità intera".

⁷⁸ FT n. 235

sono ignorati per una mancanza di impegno adeguato. Pensiamo all'impatto devastante di certe malattie come la malaria e la tubercolosi: la precarietà delle condizioni igienico-sanitarie procura nel mondo ogni anno milioni di morti evitabili. Se compariamo questa realtà con la preoccupazione che la pandemia di Covid-19 ha provocato, vediamo come la percezione della gravità del problema e la corrispondente mobilitazione di energie e di risorse sia molto diversa.

Certo, facciamo bene a prendere tutte le misure per arginare e sconfiggere il Covid-19 sul piano globale, ma questa congiuntura storica in cui veniamo minacciati da vicino nella nostra salute dovrebbe farci attenti a ciò che significa essere vulnerabili e vivere quotidianamente nella precarietà. Potremo così renderci responsabili anche di quelle gravi condizioni in cui vivono altri e di cui finora ci siamo poco o per nulla interessati. Impareremo così a non proiettare le nostre priorità su popolazioni che abitano in altri continenti, dove altre necessità risultano più urgenti; dove, ad esempio, mancano non solo i vaccini, ma l'acqua potabile e il pane quotidiano. Fa non so se ridere o piangere, a volte piangere, quando sentiamo governanti o responsabili di comunità che consigliano agli abitanti delle baraccopoli di igienizzarsi parecchie volte al giorno con acqua e sapone. Ma, caro, tu non sei stato mai in una baraccopoli: lì non c'è l'acqua, non conoscono il sapone. "No, non uscire di casa!": ma lì la casa è il quartiere tutto, perché vivono... Per favore, prendiamoci cura di queste realtà, anche quando riflettiamo della salute. Ben venga, dunque, l'impegno per un'equa e universale distribuzione dei vaccini – questo è importante –, ma tenendo conto del campo più vasto in cui si esigono gli stessi criteri di giustizia, per i bisogni di salute e promozione della vita.

Considerare la salute nelle sue molteplici dimensioni e a livello globale aiuta a comprendere e assumere responsabilmente l'interconnessione tra i fenomeni. E così si osserva meglio come anche le condizioni di vita, che sono frutto di scelte politiche, sociali e ambientali, producono un impatto sulla salute degli esseri umani. Se esaminiamo, in diversi Paesi e in diversi gruppi sociali, la speranza di vita – e di vita in salute – scopriamo forti disuguaglianze. Esse dipendono da variabili come il livello di retribuzione, il titolo di studio, il quartiere di residenza pur nella stessa città. Noi affermiamo che la vita e la salute sono valori ugualmente fondamentali per tutti, basati sull'inalienabile dignità della persona umana. Ma, se a questa affermazione non segue l'impegno adeguato a superare le disuguaglianze, noi di fatto accettiamo la dolorosa realtà che non tutte le vite sono uguali e la salute non è tutelata per tutti nello stesso modo. E qui vorrei ripetere la mia inquietudine [preoccupazione], perché ci sia sempre un sistema sanitario gratuito: non lo perdano i Paesi che l'hanno, per esempio l'Italia e altri, che hanno un bel sistema sanitario gratuito; non perderlo, perché altrimenti si arriverebbe a che, nella popolazione, avranno diritto alla cura della salute soltanto coloro che possono pagarla, gli altri no. E questa è una sfida molto grande. Questo aiuta a superare le disuguaglianze.

Pertanto sono da sostenere le iniziative internazionali – penso ad esempio a quelle recentemente promosse dal G20 – volte a creare una governance globale per la salute di tutti gli abitanti del pianeta, vale a dire un

*insieme di regole chiare e concertate a livello internazionale, rispettose della dignità umana. Infatti, il rischio di nuove pandemie continuerà a essere una minaccia anche per il futuro.*⁷⁹

4.2 La formazione in Salute Globale, il *Global Compact on Education* e la visione di Papa Francesco sul tema della formazione

Quello dell'educazione è un tema caro all'attuale pontefice della Chiesa Cattolica, tema sul quale è intervenuto in diverse occasioni. Le indicazioni che fornisce sembrano coerenti con un approccio di SG presentato in questa tesi e per questo se ne presenta una breve sintesi.

Nella Lettera Enciclica *Laudato si'* sulla cura della casa comune alcuni paragrafi sono dedicati al tema dell'educazione *all'alleanza tra l'umanità e l'ambiente*.

La coscienza della gravità della crisi culturale ed ecologica deve tradursi in nuove abitudini. Molti sanno che il progresso attuale e il semplice accumulo di oggetti o piaceri non bastano per dare senso e gioia al cuore umano, ma non si sentono capaci di rinunciare a quanto il mercato offre loro. Nei Paesi che dovrebbero produrre i maggiori cambiamenti di abitudini di consumo, i giovani hanno una nuova sensibilità ecologica e uno spirito generoso, e alcuni di loro lottano in modo ammirevole per la difesa dell'ambiente, ma sono cresciuti in un contesto di altissimo consumo e di benessere che rende difficile la maturazione di altre abitudini. Per questo ci troviamo davanti ad una sfida educativa.

*L'educazione ambientale è andata allargando i suoi obiettivi. Se all'inizio era molto centrata sull'informazione scientifica e sulla presa di coscienza e prevenzione dei rischi ambientali, ora tende a includere una critica dei "miti" della modernità basati sulla ragione strumentale (individualismo, progresso indefinito, concorrenza, consumismo, mercato senza regole) e anche a recuperare i diversi livelli dell'equilibrio ecologico: quello interiore con sé stessi, quello solidale con gli altri, quello naturale con tutti gli esseri viventi, quello spirituale con Dio. L'educazione ambientale dovrebbe disporci a fare quel salto verso il Mistero, da cui un'etica ecologica trae il suo senso più profondo. D'altra parte ci sono educatori capaci di reimpostare gli itinerari pedagogici di un'etica ecologica, in modo che aiutino effettivamente a crescere nella solidarietà, nella responsabilità e nella cura basata sulla compassione.*⁸⁰

⁷⁹ Papa Francesco. Discorso all'Assemblea Plenaria della Pontificia Accademia per la Vita. 27 settembre 2021.

⁸⁰ LS n. 209-210

Nel discorso al mondo della scuola e dell'università tenuto in Ecuador il 7 luglio 2015, riprendendo alcuni punti dell'enciclica appena uscita, il Pontefice ha affermato:

«L'ambiente umano e l'ambiente naturale si degradano insieme, e non potremo affrontare adeguatamente il degrado ambientale, se non prestiamo attenzione alle cause che hanno attinenza con il degrado umano e sociale». Però così come diciamo "si degradano", allo stesso modo possiamo dire "si sostengono e si possono trasfigurare". È una relazione che custodisce una possibilità, tanto di apertura, di trasformazione, di vita, quanto di distruzione e di morte.

Una cosa è certa: non possiamo continuare a girare le spalle alla nostra realtà, ai nostri fratelli, alla nostra madre terra. Non ci è consentito ignorare quello che sta succedendo attorno a noi come se determinate situazioni non esistessero o non avessero nulla a che vedere con la nostra realtà. Non ci è lecito, di più, non è umano entrare nel gioco della cultura dello scarto.

In questo contesto universitario sarebbe bello interrogarci sulla nostra educazione di fronte a questa terra che grida verso il cielo.

Le nostre scuole sono un vivaio, una possibilità, terra fertile per curare, stimolare e proteggere. Terra fertile assetata di vita.

Mi chiedo insieme con voi educatori: vegliate sui vostri studenti aiutandoli a sviluppare uno spirito critico, uno spirito libero, in grado di prendersi cura del mondo d'oggi? Uno spirito che sia in grado di trovare nuove risposte alle molte sfide che la società oggi pone all'umanità? Siete in grado di incoraggiarli a non ignorare la realtà che li circonda? A non ignorare ciò che succede intorno? Siete capaci di stimolarli a questo? A questo scopo bisogna farli uscire dall'aula, la loro mente bisogna che esca dall'aula, il loro cuore bisogna che esca dall'aula. Come entra nei diversi programmi universitari o nelle diverse aree di lavoro educativo la vita intorno a noi con le sue domande, i suoi interrogativi, le sue questioni? Come generiamo e accompagniamo il dibattito costruttivo, che nasce dal dialogo in vista di un mondo più umano? Il dialogo, quella parola-ponte, quella parola che crea ponti.

E c'è una riflessione che ci coinvolge tutti: le famiglie, le scuole, i docenti: come possiamo aiutare i nostri giovani a non identificare il diploma universitario come un sinonimo di status più elevato, sinonimo di soldi, di prestigio sociale. Non sono sinonimi. Come li aiutiamo a identificare questa preparazione come un segno di maggiore responsabilità per i problemi di oggi, rispetto alla cura dei più poveri, rispetto alla salvaguardia dell'ambiente.

Come Università, come istituzioni educative, come docenti e studenti, la vita ci sfida a rispondere a queste due domande: perché questa terra ha bisogno di noi? Dov'è tuo fratello?⁸¹

⁸¹ Papa Francesco. Discorso presso la Pontificia Università Cattolica dell'Ecuador del 7 luglio 2015. Disponibile alla URL: https://www.vatican.va/content/francesco/it/speeches/2015/july/documents/papa-francesco_20150707_ecuador-scuola-universita.html

All'università di Roma Tre nel 2017 Papa Francesco ha affermato:

Di fronte a questa drammatica realtà, giustamente voi vi chiedete: quale dev'essere la nostra risposta?... Una risposta che vorrei suggerirvi è quella di impegnarvi, anche come università, in progetti di condivisione e di servizio agli ultimi, per far crescere nella nostra città di Roma il senso di appartenenza ad una "patria comune". Tante urgenze sociali e tante situazioni di disagio e di povertà ci interpellano: pensiamo alle persone che vivono per strada, ai migranti, a quanti necessitano non solo di cibo e vestiti, ma di un inserimento nella società, come ad esempio coloro che escono dal carcere. Venendo incontro a queste povertà sociali, ci si rende protagonisti di azioni costruttive che si oppongono a quelle distruttive dei conflitti violenti e si oppongono anche alla cultura dell'edonismo e dello scarto, basata sugli idoli del denaro, del piacere, dell'apparire... Invece, lavorando con progetti, anche piccoli, che favoriscono l'incontro e la solidarietà, si recupera insieme un senso di fiducia nella vita.

In ogni ambiente, specialmente in quello universitario, è importante leggere e affrontare questo cambiamento di epoca con riflessione e discernimento, cioè senza pregiudizi ideologici, senza paure o fughe. Ogni cambiamento, anche quello attuale, è un passaggio che porta con sé difficoltà, fatiche e sofferenze, ma porta anche nuovi orizzonti di bene. I grandi cambiamenti chiedono di ripensare i nostri modelli economici, culturali e sociali, per recuperare il valore centrale della persona umana. ...

E l'Università può essere anche luogo in cui si elabora la cultura dell'incontro e dell'accoglienza delle persone di tradizioni culturali e religiose diverse. ...

Mentre portate avanti il vostro percorso di insegnamento e di studio nell'università, provate a domandarvi: la mia forma mentis sta diventando più individualistica o più solidale? Se è più solidale, è buon segno, perché andrete contro-corrente ma nell'unica direzione che ha un futuro e che dà futuro. La solidarietà, non proclamata a parole ma vissuta concretamente, genera pace e speranza per ogni Paese e per il mondo intero. E voi, per il fatto di lavorare e studiare in università, avete una responsabilità nel lasciare un'impronta buona nella storia.⁸²

Nel discorso rivolto all'università di Bologna⁸³ il Pontefice si è soffermato su tre diritti attuali:

➤ diritto alla cultura:

contro una pseudocultura che riduce l'uomo a scarto, la ricerca a interesse e la scienza a tecnica, affermiamo insieme una cultura a misura d'uomo, una ricerca che riconosce i meriti e premia i sacrifici,

⁸² Papa Francesco. Discorso all'Università di Roma Tre del 17 febbraio 2017. Disponibile alla URL: https://www.vatican.va/content/francesco/it/speeches/2017/february/documents/papa-francesco_20170217_universita-romatre.html

⁸³ Papa Francesco. Incontro con gli studenti e il mondo accademico. Bologna, 1 ottobre 2017. Disponibile alla URL: https://www.vatican.va/content/francesco/it/speeches/2017/october/documents/papa-francesco_20171001_visitapastorale-bologna-mondoaccademico.html

una tecnica che non si piega a scopi mercantili, uno sviluppo dove non tutto quello che è comodo è lecito.

➤ **Diritto alla speranza:**

Quanto sarebbe bello che le aule delle università fossero cantieri di speranza, officine dove si lavora a un futuro migliore, dove si impara a essere responsabili di sé e del mondo! Sentire la responsabilità per l'avvenire della nostra casa, che è casa comune. A volte prevale il timore. Ma oggi viviamo una crisi che è anche una grande opportunità, una sfida all'intelligenza e alla libertà di ciascuno, una sfida da accogliere per essere artigiani di speranza. E ognuno di voi lo può diventare, per gli altri.

➤ **Diritto alla pace:**

Non neutrali, ma schierati per la pace! Perciò invociamo lo ius pacis, come diritto di tutti a comporre i conflitti senza violenza. Per questo ripetiamo: mai più la guerra, mai più contro gli altri, mai più senza gli altri! Vengano alla luce gli interessi e le trame, spesso oscuri, di chi fabbrica violenza, alimentando la corsa alle armi e calpestando la pace con gli affari. L'Università è sorta qui per lo studio del diritto, per la ricerca di ciò che difende le persone, regola la vita comune e tutela dalle logiche del più forte, della violenza e dell'arbitrio. È una sfida attuale: affermare i diritti delle persone e dei popoli, dei più deboli, di chi è scartato, e del creato, nostra casa comune.

Nel discorso ai membri della Federazione Internazionale delle Università Cattoliche⁸⁴ ha affermato:

Un aspetto essenziale di tale formazione mira alla responsabilità sociale, per la costruzione di un mondo più giusto e più umano.

L'ambito della promozione sociale vede l'università come un'istituzione che si fa carico della società in cui si trova a operare, esercitando anzitutto un ruolo di coscienza critica rispetto alle diverse forme di potere politico, economico e culturale...le università possono svolgere il loro ruolo di attori privilegiati anche nel campo sociale, come ad esempio l'incentivo al volontariato degli studenti in programmi di assistenza verso i rifugiati, i richiedenti asilo e i migranti appena arrivati.

Il 12 settembre 2019 Papa Francesco ha diffuso un *Messaggio per il lancio del Patto Educativo Globale*⁸⁵ dove ha invitato ad unire gli sforzi in *“un'ampia alleanza educativa per formare persone mature, capaci di superare frammentazioni e contrapposizioni e ricostruire il tessuto di relazioni per un'umanità più fraterna.”* L'invito è quello di promuovere un'educazione che *“sappia farsi portatrice di un'alleanza tra tutte le componenti della*

⁸⁴ Papa Francesco. Discorso ai membri della Federazione Internazionale delle Università Cattoliche del 4 novembre 2017. Disponibile alla URL: https://www.vatican.va/content/francesco/it/speeches/2017/november/documents/papa-francesco_20171104_federazione-universita-cattoliche.html

⁸⁵ Papa Francesco. Messaggio per il lancio del patto educativo. Roma, 12 settembre 2019. Disponibile alla URL: https://www.vatican.va/content/francesco/it/messages/pont-messages/2019/documents/papa-francesco_20190912_messaggio-patto-educativo.html

persona: Un'alleanza tra gli abitanti della Terra e la "casa comune", alla quale dobbiamo cura e rispetto. Un'alleanza generatrice di pace, giustizia e accoglienza tra tutti i popoli della famiglia umana nonché di dialogo tra le religioni." Per raggiungere questi obiettivi il Pontefice individua alcune strade:

- il coraggio di mettere al centro la persona:

occorre siglare un patto per dare un'anima ai processi educativi formali ed informali, i quali non possono ignorare che tutto nel mondo è intimamente connesso ed è necessario trovare - secondo una sana antropologia - altri modi di intendere l'economia, la politica, la crescita e il progresso. In un percorso di ecologia integrale, viene messo al centro il valore proprio di ogni creatura, in relazione con le persone e con la realtà che la circonda, e si propone uno stile di vita che respinga la cultura dello scarto.

- Il coraggio di investire le migliori energie con creatività e responsabilità (Papa Francesco fa riferimento ad un'educazione che abbia *una progettualità di lunga durata, che non si arena nella staticità delle condizioni* e che aiuti a realizzare un *nuovo umanesimo*).
- Il coraggio di formare persone disponibili a mettersi al servizio della comunità. A questo proposito, afferma in modo significativo l'Instrumentum Laboris scritto in vista del Patto Educativo Globale: *Il vero servizio dell'educazione è l'educazione al servizio. Del resto, anche la ricerca educativa riconosce con sempre maggior chiarezza la dimensione centrale del servizio al prossimo e alla comunità come strumento e come fine dell'educazione stessa, pensiamo ad esempio al grande sviluppo della didattica del Service Learning. Questo genere di ricerche sta mostrando come il servizio possa essere non solo un'attività formativa tra le altre (l'importanza del volontariato nella formazione dei giovani è ben riconosciuta), ma più radicalmente come esso possa diventare il metodo fondamentale attraverso il quale tutte le conoscenze e le competenze possono essere trasmesse e acquisite. Potremmo indicare questo processo come uno sviluppo da un'educazione al servizio verso un'educazione come servizio, secondo la quale il prossimo è sia la via che la meta del cammino dell'educazione.*⁸⁶

L'invito era quello di ritrovarsi il 14 maggio 2020 in un incontro a Roma in vista dell'elaborazione di un comune patto educativo, incontro che non è stato possibile realizzare a causa della pandemia da SARS-CoV-2⁸⁷.

⁸⁶ Patto Educativo Globale. Instrumentum Laboris. Disponibile alla URL:

<https://www.educationglobalcompact.org/resources/Risorse/instrumentum-laboris-it.pdf>

⁸⁷ Tra gli eventi realizzati in preparazione all'incontro del 14 maggio 2020, si mette in evidenza un Convegno tenutosi a Roma presso l'università LUMSA dal titolo: "Costruire comunità. La proposta del service learning."

Nel discorso ai partecipanti alla conferenza internazionale per dirigenti di università: "New frontiers for University Leaders: the future of Health and the University Ecosystem"⁸⁸ svoltasi nel novembre 2019, il Pontefice ha affermato:

Oggi il sistema delle università si trova dinanzi a sfide inedite che provengono dallo sviluppo delle scienze, dall'evoluzione delle nuove tecnologie e dalle esigenze della società che sollecitano le istituzioni accademiche a fornire risposte adeguate e aggiornate. La forte pressione, avvertita nei vari ambiti della vita socio-economica, politica e culturale, interpella dunque la vocazione stessa dell'università, in particolare il compito dei docenti di insegnare e di fare ricerca e di preparare le giovani generazioni a diventare non solo qualificati professionisti nelle varie discipline, ma anche protagonisti del bene comune, leader creativi e responsabili della vita sociale e civile con una corretta visione dell'uomo e del mondo. In questo senso oggi le università si devono interrogare sul contributo che esse possono e devono dare per la salute integrale dell'uomo e per un'ecologia solidale...Le problematiche antiche e nuove vanno studiate nella loro specificità e immediatezza, ma sempre entro un'ottica personale e globale. L'interdisciplinarietà, la cooperazione internazionale e la condivisione delle risorse sono elementi importanti perché l'universalità si traduca in progetti solidali e fruttuosi a favore dell'uomo, di tutti gli uomini ed anche del contesto in cui essi crescono e vivono.

Lo sviluppo delle tecnoscienze, come già si può constatare, è destinato ad influire in modo crescente sulla salute fisica e psicologica delle persone. Ma poiché esso incide anche sulle modalità e sui processi degli studi accademici, oggi più che in passato occorre ricordare che ogni insegnamento implica anche un interrogarsi sui "perché", cioè richiede una riflessione sui fondamenti e sui fini di ogni disciplina. Una educazione ridotta a mera istruzione tecnica o a mera informazione, diventa un'alienazione dell'educazione; ritenere di potere trasmettere conoscenze astraendo dalla loro dimensione etica, sarebbe come rinunciare a educare.

È necessario superare l'eredità dell'illuminismo. Educare, in genere, ma in particolare nelle università, non è soltanto riempire la testa di concetti. Ci vogliono i tre linguaggi. È necessario che i tre linguaggi entrino in gioco: il linguaggio della mente, il linguaggio del cuore e il linguaggio delle mani, così che si pensi in armonia con quello che si sente e si fa; si senta in armonia con quello che si pensa e si fa, si faccia in armonia con quello che si sente e si pensa. Un'armonia generale, non separata dalla totalità. È pertanto necessario agire anzitutto partendo da un'idea di educazione concepita come un processo teleologico, cioè che guarda al fine, necessariamente orientato verso un fine e, quindi, verso una precisa visione dell'uomo. Ma occorre avere anche un'ulteriore prospettiva per affrontare il tema dei perché – cioè della sfera etica – nel campo educativo. Si tratta del suo carattere tipicamente epistemologico che riguarda tutto l'arco dei saperi, e non

⁸⁸ Papa Francesco. Discorso ai partecipanti alla conferenza internazionale per dirigenti di università: "New Frontiers for University Leaders: the Future of Health and the University Ecosystem" https://www.vatican.va/content/francesco/it/speeches/2019/november/documents/papa-francesco_20191104_dirigenti-universita.html

solo quelli umanistici ma anche quelli naturali, scientifici e tecnologici. Il collegamento tra conoscenza e finalità rimanda al tema della intenzionalità e al ruolo del soggetto in ogni processo conoscitivo. E arriviamo così ad una nuova episteme; è una sfida: fare una nuova episteme. L'epistemologia tradizionale aveva sottolineato tale ruolo ritenendo il carattere impersonale di ogni conoscenza come condizione di oggettività, requisito essenziale dell'universalità e della comunicabilità del sapere. Oggi, invece, numerosi autori mettono in risalto come non esistano esperienze totalmente impersonali: la forma mentis, le convinzioni normative, le categorie, la creatività, le esperienze esistenziali del soggetto rappresentano una "dimensione tacita" della conoscenza ma sempre presente, un fattore indispensabile per la accettazione del progresso scientifico. Non possiamo pensare a una nuova episteme di laboratorio, non va, ma della vita sì.

In questo orizzonte, l'università ha una coscienza, ma anche una forza intellettuale e morale la cui responsabilità va oltre la persona da educare e si estende alle necessità di tutta l'umanità...L'ecosistema delle università si costruisce se ogni universitario coltiva una particolare sensibilità, quella datagli dalla sua attenzione per l'uomo, per tutto l'uomo, per il contesto in cui vive e cresce e per tutto ciò che contribuisce alla sua promozione.

Il 15 ottobre 2020, in occasione dell'incontro promosso e organizzato dalla Congregazione per l'educazione cattolica: "Global compact on education. Together to look beyond", il Pontefice è intervenuto con un videomessaggio nel quale ha sottolineato la necessità di un nuovo modello culturale, ancora più impellente di fronte alla situazione connessa con la pandemia.

"Davanti a questa realtà drammatica (della "catastrofe educativa"), sappiamo che le necessarie misure sanitarie saranno insufficienti se non verranno accompagnate da un nuovo modello culturale. Questa situazione ha fatto crescere la consapevolezza che si deve imprimere una svolta al modello di sviluppo. Affinché rispetti e tuteli la dignità della persona umana, esso dovrà partire dalle opportunità che l'interdipendenza planetaria offre alla comunità e ai popoli, curando la nostra casa comune e proteggendo la pace. La crisi che attraversiamo è una crisi complessiva, che non si può ridurre o limitare a un solo ambito o settore. È complessiva. Il Covid ha permesso di riconoscere in maniera globale che ciò che è in crisi è il nostro modo di intendere la realtà e di relazionarci tra noi.

In tale contesto, vediamo che non bastano le ricette semplicistiche né i vani ottimismo. Conosciamo il potere trasformante dell'educazione: educare è scommettere e dare al presente la speranza che rompe i determinismi e i fatalismi con cui l'egoismo del forte, il conformismo del debole e l'ideologia dell'utopista vogliono imporsi tante volte come unica strada possibile.

Educare è sempre un atto di speranza che invita alla co-partecipazione e alla trasformazione della logica sterile e paralizzante dell'indifferenza in un'altra logica diversa, che sia in grado di accogliere la nostra comune appartenenza. Se gli spazi educativi si conformano oggi alla logica della sostituzione e della ripetizione e sono incapaci di generare e mostrare nuovi orizzonti, in cui l'ospitalità, la solidarietà

intergenerazionale e il valore della trascendenza fondano una nuova cultura, non staremo mancando all'appuntamento con questo momento storico?

Siamo anche consapevoli che un cammino di vita ha bisogno di una speranza fondata sulla solidarietà, e che ogni cambiamento richiede un percorso educativo, per costruire nuovi paradigmi capaci di rispondere alle sfide e alle emergenze del mondo contemporaneo, di capire e di trovare le soluzioni alle esigenze di ogni generazione e di far fiorire l'umanità di oggi e di domani.

Noi riteniamo che l'educazione è una delle vie più efficaci per umanizzare il mondo e la storia. L'educazione è soprattutto una questione di amore e di responsabilità che si trasmette nel tempo di generazione in generazione.

L'educazione, quindi, si propone come il naturale antidoto alla cultura individualistica, che a volte degenera in vero e proprio culto dell'io e nel primato dell'indifferenza. Il nostro futuro non può essere la divisione, l'impovertimento delle facoltà di pensiero e d'immaginazione, di ascolto, di dialogo e di mutua comprensione. Il nostro futuro non può essere questo.

Oggi c'è bisogno di una rinnovata stagione di impegno educativo, che coinvolga tutte le componenti della società. Ascoltiamo il grido delle nuove generazioni, che mette in luce l'esigenza e, al tempo stesso, la stimolante opportunità di un rinnovato cammino educativo, che non giri lo sguardo dall'altra parte favorendo pesanti ingiustizie sociali, violazioni dei diritti, profonde povertà e scarti umani.

Si tratta di un percorso integrale, in cui si va incontro a quelle situazioni di solitudine e di sfiducia verso il futuro che generano tra i giovani depressione, dipendenze, aggressività, odio verbale, fenomeni di bullismo. Un cammino condiviso, in cui non si resta indifferenti di fronte alla piaga delle violenze e degli abusi sui minori, ai fenomeni delle spose bambine e dei bambini-soldato, al dramma dei minori venduti e resi schiavi. A ciò si unisce il dolore per le "sofferenze" del nostro pianeta, causate da uno sfruttamento senza testa e senza cuore, che ha generato una grave crisi ambientale e climatica.

Nella storia esistono momenti in cui è necessario prendere decisioni fondanti, che diano non solo un'impronta al nostro modo di vivere, ma specialmente una determinata posizione davanti ai possibili scenari futuri. Nella presente situazione di crisi sanitaria — gravida di sconforto e smarrimento — riteniamo che sia questo il tempo di sottoscrivere un patto educativo globale per e con le giovani generazioni, che impegni le famiglie, le comunità, le scuole e le università, le istituzioni, le religioni, i governanti, l'umanità intera, nel formare persone mature.

Oggi ci è richiesta la parresia necessaria per andare oltre visioni estrinsecistiche dei processi educativi, per superare le semplificazioni eccessive appiattite sull'utilità, sul risultato (standardizzato), sulla funzionalità e sulla burocrazia che confondono educazione con istruzione e finiscono per atomizzare le nostre culture; piuttosto ci è chiesto di perseguire una cultura integrale, partecipativa e poliedrica. Ci serve il coraggio di generare processi che assumano consapevolmente la frammentazione esistente e le contrapposizioni che di fatto portiamo con noi; il coraggio di ricreare il tessuto di relazioni in favore di un'umanità capace di parlare

la lingua della fraternità. Il valore delle nostre pratiche educative non sarà misurato semplicemente dal superamento di prove standardizzate, bensì dalla capacità di incidere sul cuore di una società e di dar vita a una nuova cultura. Un mondo diverso è possibile e chiede che impariamo a costruirlo, e questo coinvolge tutta la nostra umanità, sia personale che comunitaria.”⁸⁹

Il Pontefice indica quindi sette ambiti di impegno, tra i quali appaiono particolarmente significativi per la formazione universitaria i seguenti.

- *Mettere al centro di ogni processo educativo formale e informale la persona, il suo valore, la sua dignità, per far emergere la sua propria specificità, la sua bellezza, la sua unicità e, al tempo stesso, la sua capacità di essere in relazione con gli altri e con la realtà che la circonda, respingendo quegli stili di vita che favoriscono la diffusione della cultura dello scarto.*
- *Ascoltare la voce dei giovani a cui trasmettiamo valori e conoscenze, per costruire insieme un futuro di giustizia e di pace, una vita degna per ogni persona.*
- *Educare ed educarci all'accoglienza, aprendoci ai più vulnerabili ed emarginati.*
- *Impegnarci a studiare per trovare altri modi di intendere l'economia, di intendere la politica, di intendere la crescita e il progresso, perché siano davvero al servizio dell'uomo e dell'intera famiglia umana nella prospettiva di un'ecologia integrale.*
- *Custodire e coltivare la nostra casa comune, proteggendola dallo sfruttamento delle sue risorse, adottando stili di vita più sobri e puntando al completo utilizzo di energie rinnovabili e rispettose dell'ambiente umano e naturale secondo i principi di sussidiarietà e solidarietà e dell'economia circolare.*

In occasione dell'Atto Accademico per l'istituzione del ciclo di studi sulla "Cura della nostra casa comune e tutela del creato" e della cattedra Unesco "On futures of Education for Sustainability" il Pontefice ha ancora affermato:

La complessità della crisi ecologica, infatti, esige responsabilità, concretezza e competenza. ...Sono scelte che richiamano alla sua missione originaria l'Universitas, quale luogo privilegiato di formazione e preparazione, dove i diversi saperi si incontrano, dove studenti e docenti si uniscono per riflettere ed elaborare creativamente nuove strade da percorrere. Dall'Università passa anche lo sforzo per formare la coscienza ecologica e sviluppare la ricerca per tutelare la casa comune. L'attività accademica è chiamata a favorire la conversione ecologica integrale per preservare lo splendore della natura, anzitutto ricostruendo

⁸⁹ Papa Francesco. Videomessaggio in occasione dell'incontro promosso e organizzato dalla congregazione per l'educazione cattolica: "Global Compact on Education. together to look beyond" del 15 ottobre 2020. Disponibile alla URL: https://www.vatican.va/content/francesco/it/messages/pont-messages/2020/documents/papa-francesco_20201015_videomessaggio-global-compact.html

*la necessaria unità tra le scienze naturali e sociali con quanto offre la riflessione teologica, filosofica ed etica, così da ispirare la norma giuridica e una sana visione economica.*⁹⁰

I numerosi stimoli di Papa Francesco sul tema della formazione, e della formazione universitaria in particolare, appaiono non solo coerenti con la visione di formazione in SG presentata in questo lavoro, ma la argomentano ed ampliano con una visione che, partendo da una formazione non sanitaria, la inserisce in un contesto più ampio.

4.3 La formazione in Salute Globale e gli Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile (*Sustainable Development Goals*)

L'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile (UN 2015) è un programma d'azione per le persone, il pianeta, la prosperità, la pace e la collaborazione sottoscritto nel settembre 2015 dai governi dei 193 Paesi membri dell'ONU (Organizzazione per le Nazioni Unite). Essa ingloba 17 Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile⁹¹ – *Sustainable Development Goals*, SDGs – in un grande programma d'azione per un totale di 169 'target' o traguardi e 240 indicatori. L'inizio del 2016 ha visto l'avvio ufficiale degli Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile, che i Paesi, infatti, si sono impegnati a raggiungerli entro il 2030.

Gli SDGs danno seguito ai risultati degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (*Millennium Development Goals*) che li hanno preceduti, e rappresentano obiettivi comuni su un insieme di questioni importanti per lo sviluppo, riguardano tutti i Paesi e tutti gli individui.

Di seguito viene riportata la visione espressa dai Capi dello Stato e del Governo e dagli Alti Rappresentanti, riuniti al Quartier Generale delle Nazioni Unite di New York dal 25 al 27 settembre 2015.

In questi Obiettivi e traguardi, stiamo esponendo una visione sommamente ambiziosa e trasformativa. Noi immaginiamo un mondo libero dalla povertà, dalla fame, dalla malattia e dalla mancanza, dove ogni vita possa prosperare. Immaginiamo un mondo libero dalla paura e dalla violenza. Un mondo universalmente alfabetizzato. Un mondo con accesso equo e universale a un'educazione di qualità a tutti i livelli, a un'assistenza sanitaria e alla protezione sociale, dove il benessere fisico, mentale e sociale venga assicurato.

⁹⁰ Papa Francesco. Discorso in occasione dell' Atto Accademico per l'istituzione del ciclo di studi sulla "Cura della nostra casa comune e tutela del creato" e della cattedra Unesco "On futures of Education for Sustainability". 7 ottobre 2021. Disponibile alla URL: <https://www.vatican.va/content/francesco/it/speeches/2021/october/documents/20211007-istituzione-ciclostudi.html>

⁹¹ La definizione universalmente riconosciuta del concetto di sviluppo sostenibile risale al 1987 e si trova nel cosiddetto Rapporto Brundtland dal titolo "Our Common Future" (UN 1987), dove vengono espressi i cui principi di equità intergenerazionale e intragenerazionale determinando nuovi sviluppi del concetto di sostenibilità, che si è esteso non solo alla dimensione ambientale, ma anche a quella sociale. In tale rapporto lo sviluppo sostenibile "è quello sviluppo che consente alla generazione presente di soddisfare i propri bisogni senza compromettere la possibilità delle generazioni future di soddisfare i propri".

Un mondo dove riaffermiamo il nostro impegno per il diritto all'acqua potabile e a servizi igienici sicuri e dove ci sia un'igiene migliore; e dove il cibo sia sufficiente, sicuro, accessibile e nutriente. Un mondo dove gli insediamenti umani siano sicuri, resistenti e sostenibili e dove ci sia un accesso universale ad un'energia economicamente accessibile, affidabile e sostenibile.

Il mondo che immaginiamo è un mondo dove vige il rispetto universale per i diritti dell'uomo e della sua dignità, per lo stato di diritto, per la giustizia, l'uguaglianza e la non-discriminazione; dove si rispettano la razza, l'etnia e la diversità culturale e dove vi sono pari opportunità per la totale realizzazione delle capacità umane e per la prosperità comune. Un mondo che investe nelle nuove generazioni e in cui ogni bambino può crescere lontano da violenza e sfruttamento. Un mondo in cui ogni donna e ogni ragazza può godere di una totale uguaglianza di genere e in cui tutte le barriere all'emancipazione (legali, sociali ed economiche) vengano abbattute. Un mondo giusto, equo, tollerante, aperto e socialmente inclusivo che soddisfi anche i bisogni dei più vulnerabili.

Il mondo che immaginiamo è un mondo in cui ogni paese gode di una crescita economica duratura, aperta a tutti e sostenibile, e in cui vi è un lavoro dignitoso per ciascuno. Un mondo in cui i consumi, i processi di produzione e l'uso delle risorse naturali (dall'aria alla terra, dai fiumi, i laghi e le falde acquifere ai mari e agli oceani), sono sostenibili. Un mondo dove democrazia, buon governo e stato di diritto, così come un ambiente favorevole a livello internazionale e nazionale, sono essenziali per lo sviluppo sostenibile: per una crescita economica sostenibile e inclusiva, per lo sviluppo sociale, per la tutela dell'ambiente e per sconfiggere la fame e la povertà. Un mondo in cui lo sviluppo e l'impiego della tecnologia sono sensibili al clima, rispettano la biodiversità e sono resilienti. Un mondo in cui l'umanità vive in armonia con la natura e in cui la fauna selvatica e le altre specie viventi sono protette.

I diciassette obiettivi individuati sono i seguenti:

1. Porre fine alla **povertà** in tutte le sue forme.
2. Azzerare la **fame**, realizzare la sicurezza alimentare, migliorare la nutrizione e promuovere l'agricoltura sostenibile.
3. Garantire le condizioni di **salute** e il benessere per tutti a tutte le età.
4. Offrire un'**educazione** di qualità, inclusiva e paritaria e promuovere le opportunità di apprendimento durante la vita per tutti.
5. Realizzare l'**uguaglianza di genere** e migliorare le condizioni di vita delle donne.
6. Garantire la disponibilità e la gestione sostenibile di **acqua e condizioni igieniche** per tutti.
7. Assicurare l'accesso all'**energia pulita**, a buon mercato e sostenibile per tutti.
8. Promuovere una **crescita economica** duratura, inclusiva e sostenibile, la piena e produttiva occupazione e un **lavoro** decoroso per tutti.

9. Costruire **infrastrutture** resistenti, promuovere l'industrializzazione sostenibile e inclusiva e favorire l'innovazione.
 10. **Riduzione delle disuguaglianze** tra i Paesi.
 11. Rendere le **città** e le comunità sicure, inclusive, resistenti e sostenibili.
 12. Garantire **modelli di consumo e produzione sostenibili**.
 13. Fare un'azione urgente per combattere il **cambiamento climatico** e il suo impatto.
 14. Salvaguardare gli **oceani**, i **mari** e le risorse marine per un loro sviluppo sostenibile.
 15. Proteggere, ristabilire e promuovere l'uso sostenibile degli **ecosistemi terrestri**, la gestione sostenibile delle foreste, combattere la desertificazione, fermare e rovesciare la degradazione del territorio e arrestare la perdita della biodiversità.
 16. Promuovere **società pacifiche** e inclusive per lo **sviluppo sostenibile**, garantire a tutti l'accesso alla **giustizia**, realizzare istituzioni efficaci, responsabili e inclusive a tutti i livelli.
 17. Rinforzare i significati dell'attuazione e rivitalizzare le **collaborazioni globali** per lo sviluppo sostenibile.
- Il terzo obiettivo, relativo in modo specifico alla salute, presenta i seguenti target e strumenti di attuazione (vedi Tabella 16)

Tabella 16: Target e strumenti dell'obiettivo 3: Garantire le condizioni di salute e il benessere per tutti a tutte le età

<p>Target dell'obiettivo 3.</p> <p>3.1 Entro il 2030, ridurre il tasso di mortalità materna globale a meno di 70 per ogni 100.000 bambini nati vivi</p> <p>3.2 Entro il 2030, porre fine alle morti prevenibili di neonati e bambini sotto i 5 anni di età. Tutti i paesi dovranno cercare di ridurre la mortalità neonatale ad almeno 12 per ogni 1.000 bambini nati vivi e la mortalità dei bambini sotto i 5 anni di età ad almeno 25 per 1.000 bambini nati vivi</p> <p>3.3 Entro il 2030, porre fine alle epidemie di AIDS, tubercolosi, malaria e malattie tropicali trascurate; combattere l'epatite, le malattie di origine idrica e le altre malattie trasmissibili</p> <p>3.4 Entro il 2030, ridurre di un terzo la mortalità prematura da malattie non trasmissibili attraverso la prevenzione e il trattamento e promuovere benessere e salute mentale</p> <p>3.5 Rafforzare la prevenzione e il trattamento di abuso di sostanze, tra cui l'abuso di stupefacenti e il consumo nocivo di alcol</p> <p>3.6 Entro il 2020, dimezzare il numero globale di morti e feriti a seguito di incidenti stradali</p> <p>3.7 Entro il 2030, garantire l'accesso universale ai servizi di assistenza sanitaria sessuale e riproduttiva, inclusa la pianificazione familiare, l'informazione, l'educazione e l'integrazione della salute riproduttiva nelle strategie e nei programmi nazionali</p> <p>3.8 Conseguire una copertura sanitaria universale, compresa la protezione da rischi finanziari, l'accesso ai servizi essenziali di assistenza sanitaria di qualità e l'accesso sicuro, efficace, di qualità e a prezzi accessibili a medicinali di base e vaccini per tutti</p> <p>3.9 Entro il 2030, ridurre sostanzialmente il numero di decessi e malattie da sostanze chimiche pericolose e da contaminazione e inquinamento dell'aria, delle acque e del suolo</p>
<p>Strumenti di attuazione dell'obiettivo 3.</p> <p>3.a Rafforzare l'attuazione del Quadro Normativo della Convenzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sul Controllo del Tabacco in modo appropriato in tutti i paesi</p> <p>3.b Sostenere la ricerca e lo sviluppo di vaccini e farmaci per le malattie trasmissibili e non trasmissibili che colpiscono soprattutto i paesi in via di sviluppo; fornire l'accesso a farmaci e vaccini essenziali ed economici, in conformità alla Dichiarazione di Doha sull'Accordo TRIPS e la Sanità Pubblica, che afferma il diritto dei paesi in via di sviluppo ad utilizzare appieno le disposizioni dell'Accordo sugli Aspetti Commerciali dei Diritti di Proprietà Intellettuale contenenti le cosiddette "flessibilità" per proteggere la sanità pubblica e, in particolare, fornire l'accesso a farmaci per tutti</p> <p>3.c Aumentare considerevolmente i fondi destinati alla sanità e alla selezione, formazione, sviluppo e mantenimento del personale sanitario nei paesi in via di sviluppo, specialmente nei meno sviluppati e nei piccoli Stati insulari in via di sviluppo.</p> <p>3.d Rafforzare la capacità di tutti i paesi, soprattutto dei paesi in via di sviluppo, di segnalare in anticipo, ridurre e gestire i rischi legati alla salute, sia a livello nazionale che globale</p>

È stato fatto notare (Giovannini 2021) come una delle peculiarità più significative della visione dell'ONU alla base dell'Agenda sia la stretta connessione fra tutti gli ambiti di applicazione, e quindi anche fra il terzo obiettivo e gli altri sedici, coerentemente con la teoria dei determinanti sociali di salute (vedi fig. 6)

Fig. 6: connessione tra il terzo SDGs e gli altri sedici. Tratto da: Monitoring the Health-Related Sustainable Development Goals (SDGs). WHO. Disponibile alla URL: https://www.who.int/docs/default-source/searo/hsd/hwf/01-monitoring-the-health-related-sdgs-background-paper.pdf?sfvrsn=3417607a_4#:~:text=Health%20is%20well%20placed%20in,one%20must%20be%20left%20behind'.



Nella prospettiva integrata dell'Agenda 2030, quindi, gli obiettivi specificamente legati alla salute e al benessere umani, sono inseriti in una più ampia visione in cui salute umana, salute animale e salute ambientale, benessere del pianeta, giustizia distributiva e cooperazione tra popoli e nazioni, sono indissolubili e profondamente interdipendenti. Tale visione è ben integrata con l'approccio della *One health*⁹² e della "Salute in tutte le politiche"⁹³.

⁹² Vedi paragrafo 1.1

⁹³ L'Unione Europea, durante la presidenza finlandese del 2006, ha elaborato i concetti e metodi della strategia "Health in All Policies" (Stahl 2006) "Salute in tutte le politiche" è una strategia di presa di decisione in cui i decisori, di settori diversi, ponderano - in modo congiunto - questioni di salute, sostenibilità ed equità prima di adottare una politica o un

Marmot (Marmot 2018) afferma che la chiave dell'equità in salute, coerente con il principio di "non lasciare nessuno indietro" e con l'imperativo morale implicito della giustizia sociale presente negli SDGs, offre un tema trasversale, all'interno di un framework concettuale basato sulle evidenze, che potrebbe aiutare i paesi a sviluppare azioni coerenti con i diversi target. Per raggiungere l'equità in salute, cioè l'assenza di diseguaglianze evitabili usando mezzi ragionevoli, si devono promuovere azioni sui determinanti sociali di salute; c'è dunque una buona coincidenza tra SDGs e i determinanti sociali di salute, così come proposti dalla Commissione sui Determinanti Sociali di Salute del WHO. Se da un lato le azioni sugli SDGs è molto probabile che agiscano sulla salute e sull'equità in salute sia direttamente che indirettamente, dall'altro gli effetti di tali azioni sulle diseguaglianze nella distribuzione dei determinanti sociali di salute devono essere misurate e valutate. In questa direzione è stata elaborata una metodologia e alcuni strumenti per supportare la sistematica integrazione di un approccio basato sui determinanti sociali, economici ed ambientali e sull'equità in salute nella pianificazione per lo sviluppo dei singoli paesi (UNDP 2014).

Secondo Marmot misurare il progresso verso gli SDGs attraverso i target proposti è una sfida, sia perché dovrebbero essere disaggregati per alcune variabili come ad esempio sesso, età, etnia, reddito, status migratorio, disabilità, sia per la diversa capacità dei paesi di misurare tali indicatori. Per valutare la complessità degli *outcomes* sui determinanti sociali di salute è necessaria una ricerca per stabilire, raccogliere e analizzare indicatori per la comparazione e l'azione su questi ambiti all'interno di ogni contesto nazionale. È sempre più necessario un approccio integrato che includa la valutazione dei determinanti di salute e a questo scopo i dati disaggregati sono essenziali per rendere possibile l'analisi e la comprensione della questione delle diseguaglianze. I paesi necessitano di avere informazioni sulle diseguaglianze sociali, economiche, ambientali e politiche presenti al loro interno perché essenziali per migliorare la salute di tutta la popolazione e l'equità in salute. Ulteriore indicazione dell'epidemiologo inglese per i diversi paesi è quella di fare proprio un approccio *life course*, che includa indicatori relativi agli *outcomes* e ai determinanti sociali nell'infanzia (sotto i cinque anni), nella giovinezza (fino a 24 anni), nell'età adulta e nell'età anziana, valutando anche misure degli standard di vita che coinvolgono tutte le età.

Buse e Hawkes (Buse 2015) hanno affermato che la realizzazione dell'agenda degli SDGs richiede un cambiamento di paradigma nel modo di affrontare i temi di SG per superare cinque sfide: assicurare una leadership perché ci sia coerenza e coordinamento sui determinanti strutturali di salute; passare da un focus sulla terapia ad un focus sulla prevenzione; identificare strumenti per affrontare i determinanti commerciali della malattia; integrare ulteriormente approcci basati sui diritti; aumentare l'impegno civile ed assicurare l'*accountability*.

intervento. Il processo decisionale è centrato sul miglioramento dei determinanti sociali di salute di una comunità e dei suoi ambienti di vita, come la scuola, il luogo di lavoro e le aree verdi; per questo tale strategia è ritenuta capace di promuovere la salute della popolazione generale e di contrastare le diseguaglianze sociali nella salute.

Il ruolo delle istituzioni accademiche nel favorire il raggiungimento degli SDGs è riconosciuto a livello di letteratura (Jha 2016) attraverso la condivisione delle conoscenze sui determinanti sociali di salute e sulle possibili strategie di azione per il contrasto delle disuguaglianze in salute, il *capacity building*, l'innovazione ed un'azione focalizzata in particolare sulla dimensione culturale e politica.

4.4 La formazione in Salute Globale e la Terza Missione dell'università

L'approccio di SG, ed in particolare le esperienze formative svolte al di fuori del contesto universitario, sono anche coerenti con quella che viene chiamata la Terza Missione dell'università. Se la Prima Missione dell'università è quella dell'insegnamento e la Seconda Missione è quella della ricerca, per Terza Missione si intende "l'insieme delle attività con le quali le università entrano in interazione diretta con la società.... Con la Terza Missione le università entrano in contatto diretto con soggetti e gruppi sociali ulteriori rispetto a quelli consolidati e si rendono quindi disponibili a modalità di interazione dal contenuto e dalla forma assai variabili e dipendenti dal contesto."⁹⁴

Sulla base del DM 1110/2019 del MIUR (Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca), della successiva integrazione contenuta nel DM 444/2020 e del Bando VQR 2015-2019, nella versione definitiva approvata dal Consiglio Direttivo dell'ANVUR il 25 settembre 2020, è stata pubblicato nel febbraio 2021 un "Documento sulle modalità di valutazione dei casi studio relativi alla Terza Missione" (ANVUR-VQR 2021). Secondo quanto stabilito dal bando, gli interventi che saranno valutati devono avere un impatto verificabile in almeno uno dei dieci campi di azione indicati. Le esperienze formative in SG svolte al di fuori del contesto universitario, sia a livello nazionale che a livello internazionale, appaiono coerenti con i seguenti campi:

- iniziative di tutela della salute;
- formazione permanente e didattica aperta;
- attività di *Public Engagement*;
- produzione di beni pubblici di natura sociale, educativa e politiche per l'inclusione;
- attività collegate all'Agenda ONU 2030 e agli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile.

Ogni campo di azione viene valutato in base a:

- l'impatto a livello sociale, economico e culturale;
- la rilevanza rispetto al contesto di riferimento;
- il valore aggiunto per i beneficiari, con particolare riferimento anche alla rimozione di condizioni di disuguaglianza e vulnerabilità e alla realizzazione di un'effettiva giustizia sociale;
- il contributo qualitativo e quantitativo dell'Istituzione.

⁹⁴ Anvur 2014, pg 559

Per quanto riguarda le iniziative di tutela della salute, nelle Linee Guida per la compilazione della Scheda Unica Annuale relativa alla Terza Missione e Impatto Sociale, versione del 2018 (Anvur 2018), viene esplicitamente chiesto di citare le attività sono state portate avanti con popolazioni “a rischio sociale” (ad es. migranti, persone in situazioni di povertà). Tale specificazione è presente anche per le attività di formazione permanente e di didattica aperta.

Per attività di *Public Engagement* si intendono quelle attività “rivolte a non esperti da parte delle Istituzioni, con valore educativo, culturale e di sviluppo sociale, in relazione a i) organizzazione di attività culturali di pubblica utilità; ii) divulgazione scientifica; iii) iniziative di coinvolgimento dei cittadini nella ricerca; iv) attività di coinvolgimento e interazione con il mondo della scuola.”⁹⁵ Tra le iniziative esplicitate nel documento Anvur del 2018 vi sono anche quelle di “tutela della salute” e la partecipazione a “progetti di sviluppo urbano o di valorizzazione del territorio” che appaiono coerenti con le esperienze di formazione in SG.

Nell’ambito della “produzione di beni pubblici di natura sociale, educativa e politiche per l’inclusione” viene specificato che si tratta di attività che prevedono “l’utilizzo di metodi organizzativi e approcci all’investimento di tipo collaborativo, l’apertura di spazi (fisici e virtuali) di incontro tra le persone e l’emersione e rappresentazione di istanze di nuove politiche pubbliche e/o servizi promossi dal mondo privato e dal terzo settore, onde superare condizioni di disegualianza.”⁹⁶ Viene inoltre specificato che tali interventi verranno valutati in base al loro impatto, vale a dire “relativamente al cambiamento prodotto dal caso studio dal punto di vista sociale, economico e/o culturale, rispetto alla diffusione di una cultura di tutela del bene comune, del benessere collettivo e dell’interesse generale, e allo sviluppo di politiche per l’inclusione da porre al servizio di comunità generative.”⁹⁷

Per quanto riguarda le attività collegate all’Agenda ONU 2030 e agli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile, vengono considerate sia le iniziative di “sensibilizzazione e partecipazione della comunità locale e/o della comunità interna all’Istituzione relativamente ai temi dell’Agenda 2030” sia quelle di “*external leadership*, cooperazione nazionale e internazionale, guida e advocacy pubblica (come ad esempio la partecipazione a tavoli istituzionali per lo sviluppo di percorsi a tutti i livelli per l’implementazione degli obiettivi di Agenda 2030)”⁹⁸. Viene specificato che tra i beneficiari diretti e indiretti delle azioni relative a questo contesto potranno esserci anche gruppi marginalizzati.

Il “Piano Sapienza per la ricerca e la terza missione” (Sapienza 2019) afferma che la Sapienza intende in particolare monitorare, tra le altre, le attività per la salute pubblica, le attività di formazione continua e le attività di *public engagement*.

In modo significativo la Rettrice Antonella Polimeni, nella sua prolusione per l’inizio dell’A.A. 2020-2021, ha affrontato il tema delle disegualianze interrogandosi sul ruolo dell’Università ed affermando: “*abbiamo*

⁹⁵ Anvur 2021, pg 41

⁹⁶ Ivi, pg 45

⁹⁷ Ibidem

⁹⁸ Ivi, pg 52

sempre più bisogno di università pubbliche che si pongano al servizio di tutti gli esseri umani, nella didattica nella ricerca e nella Terza missione....Sapienza è impegnata, oggi più che mai, a porre tutte le sue energie e le sue competenze a disposizione di questo progetto complessivo, questa che chiamerei la Quarta missione dell'Università: la missione volta a favorire la crescita delle persone, anche e soprattutto, a favorire la crescita di chi è più svantaggiato, di chi è nell'angolo, a favorire un pluralismo vero ed esteso, che sia capace di porre tutte e tutti, finalmente e sostanzialmente, su uno stesso piano di potenzialità, di opportunità e di meriti.⁹⁹

4.5 Il contesto della pandemia da SARS CoV-2 e le disuguaglianze ad essa collegate

Dal marzo 2020 il contesto mondiale è stato notevolmente influenzato dalla pandemia da SARS-CoV-2. Alcuni autori hanno parlato non semplicemente di pandemia, ma di “sindemia”, parola coniata negli anni Novanta dall’antropologo medico Merrill Singer (unendo in un unico termine i concetti di sinergia e endemia/pandemia) per significare gli effetti negativi sulle persone e sull’intera società prodotta dall’interazione tra due o più malattie (Singer 2017; Maciocco 2021). La pandemia da SARS-CoV-2 sta infatti interagendo con un’altra pandemia rappresentata dalla diffusione delle malattie croniche - dalle malattie cardiovascolari, ai tumori, passando per l’obesità e il diabete - che negli ultimi decenni ha registrato una formidabile accelerazione in tutte le parti del mondo (Horton 2005). Dalle prime analisi relative alla mortalità da Covid-19 era evidente che questa aumentava proporzionalmente nelle persone affette da una o più malattie croniche (Figliozzi 2020; Semenzato 2021), che sono distribuite nella società secondo un gradiente correlato alle risorse economiche, al livello di istruzione, allo status sociale e alla capacità di controllo della propria vita e del proprio lavoro (CSDH 2008; Marmot 2005; Marmot 2006). Le statistiche americane hanno registrato significative differenze nella mortalità tra gli afroamericani e i bianchi, circa il doppio, perché i primi erano maggiormente colpiti da malattie croniche ed erano più esposti al contagio, per lavori più rischiosi, abitazioni più affollate, ed altri fattori di rischio sociali (Khanijahani 2021; Coughlin 2020). I dati stanno dunque dimostrando l’interazione delle due pandemie e la produzione di una terribile dilatazione delle disuguaglianze nella salute, che hanno cause strutturali evidenti e necessitano di soluzioni di tipo politico (Berkowitz 2020). Diversi articoli hanno provato la maggiore diffusione del Covid-19 nei gruppi più vulnerabili (anziani, persone con problemi di salute mentale, migranti, carcerati) (Armitage 2020; Yao 2020; Kinner 2020; Liem 2020). È stato anche proposto di ridefinire la tematica della vulnerabilità al tempo del Covid: i gruppi vulnerabili sono quelli esposti in modo sproporzionato al rischio, ma chi è incluso in questi gruppi può cambiare in modo dinamico. Una persona non considerata vulnerabile all’inizio di una pandemia può

⁹⁹ Prolusione della Rettrice Antonella Polimeni per l’Inaugurazione del’A.A. 2020-2021. Disponibile alla URL: https://www.uniroma1.it/sites/default/files/field_file allegati/libretto_inaugurazioneaa2021_25feb21.pdf

diventare vulnerabile a seconda della risposta politica. I rischi di una perdita improvvisa di reddito o la possibilità di accedere o meno al sostegno sociale hanno conseguenze difficili da stimare e costituiscono una sfida nell'individuare tutti coloro che potrebbero diventare vulnerabili (The Lancet 2020). Alcuni autori hanno anche fatto notare la correlazione tra *outcomes* di salute negativi ed il razzismo strutturale, ovvero il modo con cui le società coltivano la discriminazione attraverso sistemi iniqui che si rinforzano a vicenda (Egede 2020), criticando il fatto che siano stati pubblicati dati sulle diseguaglianze nella mortalità da Covid 19 senza poi prendere iniziative per mitigarle o contrastarle (Godlee 2020).

Le diseguaglianze si stanno manifestando anche nell'accesso al vaccino: sono stati già lanciati alcuni allarmi rispetto alla diseguale distribuzione dei vaccini anti Covid-19 (Duan 2021, Hardeman 2021, Vashi 2021) e alle difficoltà di accesso per le categorie vulnerabili (Ibrahim 2021; Geraci 2021). All'inizio di settembre 2021, il 41,3% della popolazione mondiale ha ricevuto almeno una dose di vaccino, percentuale che nei paesi a basso reddito scende al 1,9%¹⁰⁰. Bollyky et al (Bollyky 2021) ribadiscono che dovrebbero essere i dati epidemiologici della pandemia a guidare le scelte rispetto alla distribuzione dei vaccini e non ragioni di natura geopolitica (alcuni paesi hanno usato le loro donazioni per consolidare sfere di influenza politica). L'iniziativa COVAX, promossa dall'OMS ma patrocinata dalla fondazione privata di Bill e Melinda Gates e finanziata a titolo discrezionale da altri Stati, ha come scopo quello di accelerare lo sviluppo e la produzione di vaccini Covid 19 e di garantirne un accesso equo e giusto da parte di tutti i paesi del mondo. Tale iniziativa appare indispensabile, anche se non mancano aspetti critici per un approccio che appare più assistenzialista che capace realmente di entrare nel merito delle cause delle diseguaglianze (The Lancet, 2021).

Sono inoltre iniziate azioni di *advocacy* per convincere le grandi aziende farmaceutiche a rinunciare temporaneamente ai diritti di proprietà intellettuale (Erfani 2021). A maggio del 2021 gli Stati Uniti hanno annunciato la loro intenzione di sostenere una proposta dell'Organizzazione Mondiale del Commercio di rinunciare temporaneamente ai diritti di proprietà intellettuale sui vaccini contro covid19. Secondo alcuni autori (Krishtel 2021), la rinuncia dovrebbe rispettare quattro criteri importanti: la deroga dovrebbe riguardare tutte le tecnologie mediche correlate al Covid-19, inclusi diagnostica, farmaci e ventilatori; i negoziati dovrebbero essere conclusi rapidamente; la rinuncia dovrebbe essere diretta e non ambigua; i testi degli accordi dovrebbero essere pienamente divulgati, con negoziati trasparenti per garantire a tutti i paesi di trattare alla pari. Secondo altri una strategia alternativa possibile sarebbe la concessione della licenza dei brevetti attraverso accordi bilaterali aziende-stati (licenza volontaria). Ad oggi però gli accordi bilaterali con Paesi a reddito medio basso sono rarissimi e, ancora una volta, la modalità seguirebbe la direzione di una "concessione" da parte delle aziende attraverso accordi il cui obiettivo sarebbe di favorire il profitto, provocando uno sbilanciamento di potere a vantaggio delle aziende stesse. Gli accordi bilaterali inoltre sono difficili da immaginare per quei paesi che, a livello economico, si ritrovano di fatto impossibilitati a competere

¹⁰⁰ Dati tratti dal sito: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>

sul mercato a causa delle situazioni economiche e sociali interne (ad esempio i paesi dell’Africa subsahariana) (McAdams 2020, Acharya 2021). Il dibattito sui brevetti è in corso e nel momento in cui si scrive questo lavoro non sembrano emerse soluzioni efficaci a livello mondiale. Anche a livello nazionale numerose sono state e continuano ad essere le problematiche connesse all’accesso al vaccino per le categorie sociali più ai margini (come stranieri senza permesso di soggiorno, comunitari fragili, senza dimora, persone in fase di regolarizzazione); rispetto a tale ingiusta distribuzione sono state portate avanti iniziative di *advocacy* da parte di una rete di associazioni impegnate nella tutela della salute per richiedere l’attivazione di percorsi possibili e contrastare così tale importante causa di disuguaglianza (TIS e TAI 2021).

I brevi cenni riportati in questo paragrafo sul contesto legato alla pandemia non possono che confermare l’importanza di inserire un approccio di SG nell’ambito della formazione degli attuali e futuri professionisti sanitari. Appaiono significative a questo proposito alcune parole di Papa Francesco:

La pandemia ha messo allo scoperto la difficile situazione dei poveri e la grande ineguaglianza che regna nel mondo. E il virus, mentre non fa eccezioni tra le persone, ha trovato, nel suo cammino devastante, grandi disuguaglianze e discriminazioni. E le ha aumentate! La risposta alla pandemia è quindi duplice. Da un lato, è indispensabile trovare la cura per un virus piccolo ma tremendo, che mette in ginocchio il mondo intero. Dall’altro, dobbiamo curare un grande virus, quello dell’ingiustizia sociale, della disuguaglianza di opportunità, della emarginazione e della mancanza di protezione dei più deboli.¹⁰¹

¹⁰¹ Papa Francesco, Udienza del 19 agosto 2020, disponibile alla URL: https://www.vatican.va/content/francesco/it/audiences/2020/documents/papa-francesco_20200819_udienza-generale.html

CONCLUSIONI E PROPOSTE

Il percorso di tale lavoro di tesi di Dottorato è partito dal dibattito presente a livello internazionale relativo alla definizione di Salute Globale e da una ricerca bibliografica relativa al tema della formazione in Salute Globale, con particolare riferimento ai corsi pre-laurea. È stato sintetizzato il dibattito relativo alla *Global Health Competencies* presente in letteratura, raccogliendo ed esponendo le varie proposte elaborate in proposito.

Si è descritto il percorso avvenuto in Italia, con particolare riferimento alla costituzione della RIISG – Rete Italiana per l’Insegnamento della Salute Globale – e alle proposte da essa elaborate relativamente ai Corsi in Salute Globale (per quanto riguarda contenuti, metodologie didattiche e di valutazione) e alle Palestre di Salute Globale (come sono state definite le esperienze formative che si realizzano al di fuori del contesto universitario). È stato inoltre riportato il documento “Ripensare la formazione medica” elaborato dalla RIISG nel 2015 per fornire lo sfondo e l’orizzonte delle proposte formative della rete. Nel corso del presente Dottorato è stata realizzata una pubblicazione internazionale relativa al percorso della RIISG e in particolare mirata alla diffusione di tale documento.

Sono state quindi riportate tre indagini originali condotte durante il Dottorato di Ricerca, relative alla mappatura dei corsi e palestre in Salute Globale presenti nelle Facoltà di Medicina e Chirurgia in Italia nell’A.A. 2018-2019; alla valutazione dell’impatto sugli studenti che hanno preso parte ai corsi e alle palestre in Salute Globale portate avanti a Roma, in particolare dal Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive della Sapienza Università di Roma dal 2008; alla valutazione dell’impatto sui giovani della partecipazione al tirocinio presso il Poliambulatorio della Caritas Diocesana di Roma. Queste indagini sono state tutte e tre pubblicate in riviste internazionali. Tra i principali risultati emersi si può sottolineare come da un lato le esperienze formative in contesti esterni all’università (le ‘Palestre’ di Salute Globale) siano quelle che influenzano maggiormente le scelte personali e professionali degli studenti (sono dunque quelle maggiormente tras-formative), dall’altro come sia ancora necessario lavorare a livello nazionale per diffondere l’approccio formativo in Salute Globale.

Sono stati inoltre descritti ed analizzati alcuni documenti ed elementi importanti del contesto culturale attuale i quali, pur non direttamente legati al settore sanitario, possono bene collegarsi con l’approccio e le tematiche di Salute Globale; si è cercato così di mostrare come tale prospettiva possa entrare in dialogo ed essere considerata in sintonia con diversi stimoli già a livello globale (ad es. l’approccio dell’ecologia integrale, il percorso verso il *Global Compact on Education* o i *Sustainable Development Goals*) e con gli input che arrivano per le realtà accademiche (come i documenti ANVUR relativi alla Terza Missione dell’Università). Ulteriore prova della necessità di inserire un approccio formativo in Salute Globale nelle realtà universitarie

è la grave crisi sanitaria, economica e sociale legata alla pandemia da Coronavirus, con le diseguaglianze sociali e di salute da essa esacerbate, di cui è necessario rendere consapevoli gli attuali e futuri professionisti sanitari.

A conclusione di questo percorso è dunque possibile formulare alcune proposte pratiche che permettano da un lato di valorizzare il processo innescato in Italia negli ultimi dieci anni e dall'altro di iniziare nuovi percorsi in grado di perseguire il nuovo paradigma della Salute Globale. Quello che si ha davanti è un vero e proprio cambiamento culturale e ci si pone la domanda su come rilanciare anche all'interno del mondo accademico, e in particolare dei contesti primariamente connessi alla salute, un dibattito che sia vivo, efficace, vivace e che possa portare a nuove prassi formative in una visione di pedagogia della salute.

Le proposte possono essere presentate come delle raccomandazioni per promuovere tale approccio a livello formativo. In particolare si suggerisce di:

- inserire nei Corsi di Laurea, di Medicina e Chirurgia, delle professioni socio-sanitarie e non solo, la possibilità di approfondire alcuni argomenti base di Salute Globale (vedi tabelle 3-5) all'interno della didattica obbligatoria, irrinunciabili e spesso trascurati nelle aule universitarie. Tali argomenti possono essere anche affrontati in Corsi Elettivi interdisciplinari aperti a studenti di diversi Corsi di Laurea e diverse Facoltà, per mostrare la necessità di un lavoro multidisciplinare.
- Promuovere l'utilizzo di metodologie didattiche interattive, che coinvolgano gli studenti secondo approcci ispirati all'orizzontalità e alla partecipazione, coerentemente con i principi di Salute Globale.
- Coinvolgere gli studenti e le associazioni studentesche nell'organizzazione e nella promozione di tali momenti formativi.
- Proporre non solo formazione in aula ma anche esperienze sul campo (le 'Palestre' di Salute Globale) durante le quali i partecipanti possano essere adeguatamente formati e accompagnati. Tali esperienze formative possono essere organizzate e valutate in modo coerente con quanto proposto da ANVUR relativamente al tema della Terza Missione dell'Università. I dati presenti in questa tesi dimostrano come è proprio attraverso l'esperienza diretta che avviene il cambiamento trasformativo degli studenti.
- Valorizzare le esperienze che gli studenti già fanno autonomamente in questo ambito, grazie a realtà operanti al di fuori del contesto universitario. Proporre dei momenti di dialogo e confronto per leggere insieme e in modo critico tali esperienze. Favorire il coinvolgimento delle realtà esterne all'università in tali momenti.
- Cercare finanziamenti per promuovere la mobilità di studenti e docenti a livello nazionale e internazionale in contesti universitari per fini didattici, di ricerca e di partecipazione ad esperienze coerenti con la Salute Globale.

- Favorire una valutazione di impatto a medio-lungo termine di tali politiche per la formazione, provando in particolare a misurarne l'efficacia sia in termini pedagogici che in relazione al miglioramento della salute della popolazione e alla riduzione delle diseguaglianze in salute.
- Valorizzare la collaborazione con le realtà del privato sociale direttamente coinvolte negli ambiti della marginalità, delle migrazioni, della cooperazione sanitaria tenendo presente l'efficacia pedagogica delle testimonianze che possono essere trasferite in sede universitaria da questi ambiti.
- Promuovere eventi di formazione dei formatori perché la visione e l'approccio di Salute Globale sia conosciuto e diffuso anche dagli attuali docenti universitari.
- Considerare che l'applicazione di questa pedagogia implica degli investimenti reali e necessita di strategie di rimozione dell'attrito al cambiamento presente nell'ambiente accademico. In questa direzione va particolarmente valorizzata l'alleanza con gli studenti e l'aspetto dell'interdisciplinarietà. Si è consapevoli che si parla di un approccio complesso, ma non utopico né irrealizzabile.

Si tratta di investire in metodologie per l'apprendimento formativo, pur impegnative e complesse, che sappiano preparare professionisti con competenze più ampie, responsabili, critici, empatici; si tratta di essere consapevoli che *equità e giustizia sociale sono strumenti di salute*; si tratta di capire che la formazione è uno strumento rivoluzionario, capace di trasformare la realtà, una realtà dove *l'inequità planetaria* è il primo fattore di malessere sociale e deve essere cambiata; si tratta di credere che le università possano fare propria *la missione volta a favorire la crescita delle persone, anche e soprattutto, a favorire la crescita di chi è più svantaggiato, di chi è nell'angolo, a favorire un pluralismo vero ed esteso, che sia capace di porre tutte e tutti, finalmente e sostanzialmente, su uno stesso piano di potenzialità, di opportunità e di meriti*; si tratta di capire che *la figura professionale del medico, proprio in quanto capace di riconoscere e documentare scientificamente le conseguenze concrete del sistema economico e politico sulla vita e la salute delle persone, non possa ritenersi neutrale di fronte alle cause di tali diseguaglianze*; si tratta di immaginare un modello globale di formazione dove gli operatori sanitari siano *capaci di prendersi cura delle persone, donando attenzione e amore*.

RINGRAZIAMENTI E NOTE PERSONALI A CONCLUSIONE DELLA TESI

Per contestualizzare questo lavoro di tesi e per ringraziare tanti che hanno contribuito, in molti modi, sono portata a scrivere alcune note che mi riguardano personalmente. Il Dottorato di Ricerca è infatti una tappa importante di un percorso formativo formale e informale che provo qui a sintetizzare.

Durante il Corso di Laurea, non soddisfatta della formazione ricevuta nelle aule universitarie, ho iniziato a guardarmi intorno e a cercare di approfondire gli aspetti della medicina connessi con quelle che ho poi imparato a definire diseguaglianze in salute. Sono così entrata in contatto con persone e realtà che mi hanno profondamente segnato: il VIS – Volontariato Internazionale per lo Sviluppo – che grazie alla profetica presenza di don Ferdinando Colombo mi ha aperto orizzonti nuovi, di vita e di fede; il SISM (Segretariato Italiano degli Studenti di Medicina) ed il Wolisso Project, grazie al quale ho avuto la possibilità di trascorrere un mese in un ospedale di una zona rurale dell’Etiopia gestito dall’ONG Medici Con l’Africa CUAMM, e di tornarvi poi per elaborare la mia tesi di Laurea (relativa ad un progetto di sanità pubblica dell’ospedale), grazie alla disponibilità del CUAMM e del prof. Gianfranco Tarsitani; una rete di persone interessate alle tematiche della Salute Globale, in particolare il prof. Maurizio Marceca; l’Area Sanitaria della Caritas di Roma, Salvatore Geraci, Bianca Maisano e il Poliambulatorio Caritas, dove ho iniziato a prestare servizio volontario da studentessa di medicina, lasciandomi provocare dalle persone, di diverse nazionalità e in condizioni di vita differenti, che vi facevano accesso.

Dopo la Laurea in Medicina e Chirurgia ho scelto la specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva per iniziare ad occuparmi degli aspetti correlati con la Salute Globale, in particolare di quelli relativi ai determinanti sociali di salute e alle diseguaglianze in salute. Tali approfondimenti sono stati possibili grazie ai miei tutor di specializzazione, veri maestri, i professori Tarsitani e Marceca, e grazie all’amico e collega Alessandro Rinaldi; con loro si è instaurata una profonda amicizia nella stima e affetto reciproci. Nel corso della specializzazione ci siamo particolarmente occupati di formazione in Salute Globale, diventando parte della RIISG (Rete Italiana per l’Insegnamento della Salute Globale) sin dalla sua costituzione. Nella RIISG, un ruolo particolarmente importante anche per la mia formazione lo hanno avuto il SISM, il CUAMM e il CSI (Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale) dell’Università di Bologna. La tesi di specializzazione, dal titolo *Responsabilità sociale, salute e formazione (in medicina). Considerazioni dal confronto sui sistemi di accoglienza per migranti forzati in Italia, Germania e Svizzera* ha riguardato l’aspetto della formazione e in particolare un’esperienza formativa offerta agli studenti delle professioni socio-sanitarie per conoscere la realtà dei richiedenti asilo e rifugiati.

Il presente Dottorato è stato portato avanti tra il 2018 ed il 2021; ha dunque visto iniziare e proseguire la pandemia da SARS-CoV-2, tutt’ora in corso. Ho condotto la ricerca mentre svolgevo il lavoro nel quale sono ancora impegnata, vale a dire come medico dell’Area Sanitaria Caritas di Roma, responsabile di quel Poliambulatorio per persone in condizioni di marginalità sociale e stranieri senza permesso di soggiorno dove

avevo iniziato a svolgere servizio di volontariato da studentessa di medicina. Il Poliambulatorio, struttura di cure primarie a bassa soglia di accesso e ad alto impatto relazionale, è rimasto aperto per tutto il periodo della pandemia, anche durante il primo e più stretto *lockdown* tra marzo e maggio 2020, garantendo visite mediche indifferibili, dispensazione di farmaci e medicazioni alle persone senza dimora che, non avendo casa, non potevano rispondere all'invito fatto alla popolazione generale di rimanere nelle mura domestiche. Questa esperienza lavorativa mi ha e mi sta (tras)formando ogni giorno di nuovo, insieme alle persone con le quali ho il dono non semplicemente di lavorare, ma di camminare insieme giorno per giorno. Innanzitutto Salvatore Geraci, responsabile dell'Area Sanitaria, Gonzalo Castro Cedeno, Marica Liddo, Antonella Torchiario, Giusy Merlino e poi Simona, Elisa, Alessandra, Fulvia, Valentina, Irene, Fabiana, Claudio, Amedeo, Claudio, ed ogni volontaria e volontario che hanno popolato e popolano questi anni. Dovrei nominare anche tutte le persone che hanno fatto e stanno facendo accesso al Poliambulatorio, i più piccoli tra i piccoli, migranti spesso ai margini, che bussano alla porta con varie richieste e soprattutto con una grande sete (a volte inconsapevole) di relazione, di accoglienza, di sentirsi tutti parte dell'unica famiglia umana.

Sia la specializzazione che il Dottorato che il lavoro che attualmente svolgo non sono semplicemente scelte professionali o fatte individualmente. Infatti – dal 2010, anno nel quale ho iniziato la specializzazione – appartengo all'Istituto delle Missionarie Secolari Scalabriniane, donne consacrate a Dio con i voti di povertà, castità e obbedienza, una piccola comunità missionaria in cammino con migranti e giovani di ogni nazionalità. La chiamata alla vita consacrata ha origine non da noi stessi ma dall'alto, da un'iniziativa di Dio. Il progetto pensato per ciascuno di noi risponde profondamente alla sete nascosta dentro ognuno, ai desideri consapevoli o inconsapevoli, e mi sorprende vedere i fili della vita intrecciarsi e ri-intrecciarsi come in un telaio, collegando i diversi livelli personali, spirituali, professionali, relazionali. Ogni missionaria è presente in questo lavoro di tesi, e per tutte, nomino Adelia, Grazia, Regina, Anna, Róza, e la mia comunità di Roma, con Filomena, Elaine, Antonella (!). Un grazie particolare per Bianca, per aver favorito la scintilla dell'incontro con i migranti di diverse nazionalità e della formazione dei giovani, per essere stata ponte essenziale di incontro, ad Estela, con la quale abbiamo condiviso la presenza nell'Area Sanitaria Caritas, e ad Antonella, per la nuova presenza che in questo tempo ci viene regalata fianco a fianco proprio al Poliambulatorio Caritas e non solo, per tutta la condivisione, la pazienza, il cammino e la ricerca insieme. Un ricordo speciale per p. Gabriele Bortolomai, Missionario Scalabriniano, tornato alla casa del Padre lo scorso giugno 2021: la sua passione per i migranti, il suo entusiasmo per e con i giovani, la sua testimonianza di vita di condivisione sono in me molto vivi e continuano a parlarmi. Dovrei anche nominare tutti i giovani e migranti di ogni nazionalità incontrati o anche solo incrociati in questi anni di vita missionaria, con i quali condividiamo la sete di una comunione aperta a tutti. Nel cammino fatto con la Chiesa e nella Chiesa, con i diversi carismi, non è mai venuto a mancare il supporto e la presenza discreta ma fondamentale di don Ferdinando Colombo, sacerdote salesiano conosciuto agli incontri del VIS – Volontariato Internazionale per lo Sviluppo e – oso dire – il sostegno di Papa Francesco, con la sua presenza e le sue parole profetiche.

In tutto questo, le radici familiari sono state sempre solide e presenti, radici che mi hanno generato, nutrito, accompagnato e poi lasciato libera di fare le mie scelte, sempre appoggiandole e rispettandole pienamente. Penso in particolare ai miei genitori, Paolo e Rosanna, a mio fratello Manlio con Sara, Edoardo, Lisa e Tobia e a mia sorella Ilaria, con Andrea e Sofia. A ciascuno di loro e a tutta la famiglia allargata va la mia gratitudine, piena di amore, che non si esaurirà mai.

Anche se su questa tesi è presente il mio nome, ogni riga beneficia dei tanti incontri e delle tante occasioni di formazione che ho ricevuto nel mio percorso di vita fino ad oggi, con le persone nominate e con quelle non nominate. Niente di quanto esposto mi appartiene in modo esclusivo. L'intento di questo lavoro – portato avanti nei due anni intensi di pandemia, che ha in parte ridimensionato le prospettive iniziali della ricerca - era quello di raccogliere, sistematizzare, iniziare a valutare e riproporre l'approccio di formazione in Salute Globale; tale tentativo di sistematizzazione vorrei ora offrire con spirito di servizio alla comunità accademica, professori e studenti, perché la formazione universitaria possa fare nuovi passi nella direzione del contrasto delle diseguaglianze in salute e di una maggiore giustizia sociale.

Molti passi sono stati fatti ma ancora molto deve essere realizzato; abbiamo bisogno di profeti e sognatori che sappiano parlare linguaggi diversi, vitali e accademici; abbiamo bisogno di continuare a sognare.

BIBLIOGRAFIA

N.B. L'ultima consultazione di ogni collegamento ipertestuale presente in bibliografia e nel testo risale a ottobre 2021.

1. Acharya KP, Ghimire TR, Subramanya S.H. Access to and equitable distribution of COVID-19 vaccine in low-income countries. *npj Vaccines* 2021;6:54. <https://doi.org/10.1038/s41541-021-00323-6>
2. Acheson D. Inequalities in health: report of an independent inquiry. HMSO, London, 1998. Disponibile alla URL: <https://navigator.health.org.uk/theme/acheson-report-inequalities-health>
3. Adams LV, Wagner CM, Nutt CT, Binagwaho A. The future of global health education: training for equity in global health. *BMC Med Educ.* 2016 Nov 21;16(1):296. doi: 10.1186/s12909-016-0820-0. PMID: 27871276; PMCID: PMC5117699.
4. Afkhami A. Can Academic Medicine Lead the Way in the Refugee Crisis? *Academic Medicine.* 2016;91(12):1595-1597. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001427>
5. Al-Shakarchi N, Obolensky L, Walpole S, et al. Global health Competencies in UK postgraduate medical training: a scoping review and curricular content analysis. *BMJ Open* 2019;9:e027577. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027577>
6. Amuasi JH, Lucas T, Horton R, Winkler AS. Reconnecting for our future: The Lancet One Health Commission. *Lancet.* 2020 May 9;395(10235):1469-1471. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31027-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31027-8) PMID: 32386579; PMCID: PMC7252112.
7. ANVUR - Agenzia Nazionale di Valutazione del sistema Universitario e della Ricerca. Rapporto sullo stato del sistema universitario e della ricerca 2013. Roma, 2014. Disponibile alla URL: https://www.anvur.it/wp-content/uploads/2014/03/Rapporto%20ANVUR%202013_UNIVERSITA%20e%20RICERCA_integrale.pdf
8. ANVUR - Agenzia Nazionale di Valutazione del sistema Universitario e della Ricerca – VQR – Valutazione della qualità della ricerca. Linee guida per la compilazione della Scheda Unica Annuale Terza Missione e Impatto Sociale SUA-TM/IS per le Università. Roma, 2018. Disponibile alla URL: https://www.anvur.it/wp-content/uploads/2018/11/SUA-TM_Lineeguida.pdf
9. ANVUR - Agenzia Nazionale di Valutazione del sistema Universitario e della Ricerca – VQR – Valutazione della qualità della ricerca. Documento sulle modalità di valutazione dei casi studio. Gruppo di Esperti della Valutazione Interdisciplinare. Impatto/Terza Missione. Roma, 2021. Disponibile alla URL: <https://www.anvur.it/wp-content/uploads/2021/02/Documento-GEV-TM.pdf>
10. Armitage R, Nellums LB. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *Lancet Public Health.* 2020 Mar 19. pii: S2468-2667(20)30061-X. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30061-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30061-X)

11. Asgary R, Smith C, Sckell B, Paccion G. Teaching Immigrant and Refugee Health to Residents: Domestic Global Health. *Teaching and learning in medicine* 2013;25:258-265. <https://doi.org/10.1080/10401334.2013.801773>
12. Asgary R, Saenger P, Jophlin L, Burnett D. Domestic Global Health: A Curriculum Teaching Medical Students to Evaluate Refugee Asylum Seekers and Torture Survivors, *Teaching and Learning in Medicine*. 2013; 25:4, 348-357, DOI: <https://doi.org/10.1080/10401334.2013.827980>
13. Asgary R. Graduate public health training in healthcare of refugee asylum seekers and clinical human rights: evaluation of an innovative curriculum. *Int J Public Health*. 2016;61(3):279-87. <https://doi.org/10.1007/s00038-015-0754-z>
14. Atkinson S, Cottam B. How doctors can close the gap: tackling the social determinants of health. *Clin Med (Lond)*. 2011;11(1):57-60. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.11-1-57>
15. Battat R, Seidman G, Chadi N. et al. Global health Competencies and approaches in medical education: a literature review. *BMC Med Educ* 10, 94 (2010). <https://doi.org/10.1186/1472-6920-10-94>
16. Beaglehole R, Bonita R. What is global health? *Global health action*, 2010; 3, 10.3402/gha.v3i0.5142. <https://doi.org/10.3402/gha.v3i0.5142>
17. Berkowitz SA, Cené CW, Chatterjee A. Covid-19 and Health Equity - Time to Think Big. *N Engl J Med*. 2020 Sep 17;383(12):e76. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2021209> Epub 2020 Jul 22. PMID: 32706955.
18. Bessette J, Camden C. How are Canadian universities training and supporting undergraduate medical, physiotherapy and occupational therapy students for global health experiences in international low-resource settings? *Can J Public Health*. 2016 Dec 27;107(4-5):e373-e380. <https://doi.org/10.17269/cjph.107.5567> PMID: 28026700; PMCID: PMC6972408.
19. Bodini C, Civitelli G, Fabbri A, Lorusso A, Maranini N, Parisotto M, Rinaldi A (per la RIISG). *Ripensare la formazione in salute. Un dibattito a cura della Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale*. Quaderni acp - 2015; 22(3): 127-129. Disponibile alla URL: <http://www.acp.it/2015/06/ripensare-la-formazione-in-salute-8759.html>
20. Bodini C. *Movimenti sociali e salute: una ricerca-azione partecipata*. Tesi di Dottorato di Ricerca in Scienze Mediche Generali e Scienze dei Servizi. Ciclo XXX. Alma Mater Studiorum – Università di Bologna, 2018. Disponibile alla URL: <http://amsdottorato.unibo.it/8441/>
21. Boelen C, Woollard RF. Social accountability and accreditation: a new frontier for educational institutions. *Med Educ* 2009;43:887–94
22. Boelen, C. Heck J E & World Health Organization. Division of Development of Human Resources for Health. Defining and measuring the social accountability of medical schools. World Health Organization 1995. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/59441>
23. Bollyky TJ, Murray CJL, Reiner RC Jr. Epidemiology, not geopolitics, should guide COVID-19 vaccine donations. *Lancet*. 2021 Jun 8:S0140-6736(21)01323-4

24. Boscardin C. K., Grbic D., Grumbach K., O'Sullivan, P. Educational and individual factors associated with positive change in and reaffirmation of medical students' intention to practice in underserved areas. *Academic Medicine*. 2014;89(11):1490–1496. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000474>
25. Bozorgmehr K. Rethinking the 'global' in global health: a dialectic approach. *Global Health* 2010; 6, 19. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-6-19>
26. Bozorgmehr K., Saint V.A., Tinnemann, P. The 'global health' education framework: a conceptual guide for monitoring, evaluation and practice. *Global Health* 2011; 7, 8. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-7-8>
27. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57(4):254-258. <https://doi.org/10.1136/jech.57.4.254>
28. Brooker R., Hu W., Reath J. et al. Medical student experiences in prison health services and social cognitive career choice: a qualitative study. *BMC Med Educ*. 2018;18:3 <https://doi.org/10.1186/s12909-017-1109-7>
29. Bruno S, Silvestrini G, Carovillano S, et al. Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale (RIISG). L'insegnamento della Salute Globale nelle Facoltà di Medicina e Chirurgia in Italia: l'offerta formativa nel triennio 2007-2010. *Annali di Igiene, Medicina Preventiva e di Comunità* 2011; 23:357-65.
30. Budhathoki SS, Zwanikken PAC, Pokharel PK, et al. Factors influencing medical students' motivation to practise in rural areas in low-income and middle-income countries: a systematic review *BMJ Open* 2017;7:e013501. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013501>
31. Buse K., Hawkes S. Health in the sustainable development goals: ready for a paradigm shift?. *Global Health* 11, 13 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12992-015-0098-8>
32. Büyüm AM, Kenney C, Koris A, Mkumba L, Raveendran Y. Decolonising global health: if not now, when? *BMJ Glob Health*. 2020 Aug;5(8):e003394. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003394> PMID: 32759186; PMCID: PMC7409954.
33. Casadei R, Cavagna C, Landucci F, Librio M, Nizzoli G, Parisotto M. Le palestre di salute globale. Per apprendere con e nella comunità. *Saluteinternazionale.info*, 16 novembre 2015. Disponibile alla URL: <https://www.saluteinternazionale.info/2015/11/le-palestre-di-salute-globale-per-apprendere-con-e-nella-comunita/>
34. Ceschi L, Gagno G, Landucci F, Nizzoli G, Pacchiarini G, Pegoraro S, Perulli A. Il laboratorio di mondialità. Una palestra che ripensa la formazione medica. *Saluteinternazionale.info*, 30 settembre 2015. Disponibile alla URL: <https://www.saluteinternazionale.info/2015/09/il-laboratorio-di-mondialita-una-palestra-che-ripensa-la-formazione-medica/>
35. Chang BA, et al. Impact of a Short-Term Domestic Service-Learning Program on Medical Student Education. *Annals of Global Health*. 2019; 85(1): 92, 1–7. <https://doi.org/10.5334/aogh.2465>

36. Chen X, Li H, Lucero-Prisno DE, Abdullah AS, Huang J, Laurence C, et al. What is global health? Key concepts and clarification of misperceptions: report of the 2019 GHRP editorial meeting. *Glob Health Res Policy*. 2020;5(1):14. <https://doi.org/10.1186/s41256-020-00142-7>
37. Civitelli G, Familiari G, Rinaldi A, Marceca M, Tarsitani G, RIISG. Responsabilità sociale, salute e formazione in medicina. La proposta della RIISG e un'esperienza con i richiedenti protezione internazionale e rifugiati presso la Sapienza Università di Roma. *Medicina e Chirurgia*. 2015;66: 2978-2984. <https://doi.org/10.4487/medchir2015-66-3>
38. Civitelli G, Liddo M, Mutta I, Maisano B, Tarsitani G, Marceca M, Castro Cedeno G, Geraci S. A service-learning experience in a free medical centre for undocumented migrants and homeless people. *Arch Public Health* 2021; 79, 7. <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00530-6>
39. Civitelli G, Silvestrini G, Carovillano S, et al. La Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale: Attualità e prospettive. *Medici Manager* 2010; n. 2: 14-9.
40. Civitelli G, Silvestrini G, Carovillano S, Rinaldi A, Bodini C, Bruno S, Marceca M, Tarsitani G, Ricciardi W. La Rete Italiana per l'Insegnamento sulla Salute Globale: Attualità e prospettive. *Medici Manager* 2010, n.2, pag. 14-9
41. Civitelli G, Tarsitani G, Censi V, Rinaldi A, Marceca M. Global health education for medical students in Italy. *BMC Med Educ* 2021;21, 355. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02792-8>
42. Civitelli G, Tarsitani G, Rinaldi A, Marceca M. Medical education: an Italian contribution to the discussion on global health education. *Global Health* 2020; 16, 30. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00561-8>
43. Civitelli G, Tarsitani G., Rinaldi A, Marceca M. Long-term impact of Global Health educational experiences in Rome: an attempt of measurement. *Arch Public Health* 2020;78, 90. <https://doi.org/10.1186/s13690-020-00478-z>.
44. Clarke E, Walker R, Chui J, Holmes S, , et al. 'Equal Opportunities? Examining Global Health teaching at UK medical schools', *MedEdPublish* 2019; 8, [3], 34, <https://doi.org/10.15694/mep.2019.000183.1>
45. Commission on Generalism. *Guiding Patients through Complexity: modern medical generalism*. London: Royal College of General Practitioners and the Health Foundation, 2011. Disponibile alla URL: <http://www.health.org.uk/publications/generalism-report/>
46. Conferenza Stato-Regioni. Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome ". Repertorio Atti n.: 255/CSR del 20/12/2012. Disponibile alla URL: <http://www.regioni.it/sanita/2012/12/27/conferenza-stato-regioni-del-20-12-2012-accordo-tra-il-governo-le-regioni-e-le-province-autonome-di-trento-e-bolzano-sul-documento-recante-indicazioni-per-la-corretta-applicazione-della-normativa-p-281709/>
47. Consortium of Universities for Global Health (CUGH) Competency Sub-Committee. *CUGH Global Health Education Competencies Tool Kit (2nd edition)*, 2018, Washington, DC: Author.

48. Costa G, Foglizzo P. Evangelii gaudium: un “motore” per la Laudato si’ (II). Aggiornamenti sociali. 2016; 3: 242-251. Disponibile alla URL: <https://www.aggiornamentisociali.it/articoli/evangelii-gaudium-un-motore-per-la-laudato-si-ii/>
49. Coughlin S.S., Moore J.X., George V., Johnson J.A., Hobbs J. COVID-19 among African Americans: From preliminary epidemiological surveillance data to public health action. Am. J. Public Health. 2020;110:1157–1159. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305764>
50. Crampton P, Hetherington J, McLachlan J, Illing J. Learning in underserved UK areas: a novel approach. Clin Teach 2016; 13: 102–06 <https://doi.org/10.1111/tct.12385>
51. Cribb A, Bignold S. Towards the reflexive medical school: the hidden curriculum and medical education research. Stud Higher Educ 1999;24: 195–209.
52. CSDH - Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva 2008, World Health Organization Disponibile alla URL: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
53. D.Lgs del 25/07/1998 n° 286. Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero. Disponibile alla URL: <https://www.altalex.com/documents/codici-altalex/2014/04/09/testo-unico-sull-immigrazione>
54. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm, Sweden 1991: Institute for Futures Studies. Disponibile alla URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>
55. De Vito E, de Waure C, Specchia ML, Ricciardi W. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for undocumented migrants in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (Health Evidence Network synthesis report 42). Disponibile alla URL: <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/public-health-aspects-of-migrant-health-a-review-of-the-evidence-on-health-status-for-undocumented-migrants-in-the-european-region-2015>
56. Decreto del Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca n. 1110 del 29/11/2019. Disponibile alla URL: <https://www.miur.gov.it/-/decreto-ministeriale-n-1110-del-29-11-2019>
57. Decreto del Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca n. 444 del 11/08/2020. Disponibile alla URL: <http://www.anvur.it/wp-content/uploads/2020/09/Decreto-Ministeriale-n.444-dell11-08-2020.pdf>
58. Dei Tos G.A. Etica ed economia nell’organizzazione sanitaria. Edizioni Messaggero Padova, 2014.
59. Dewey J. Comunità e potere, tr. it., La Nuova Italia, Firenze 1971
60. Dichiarazione di Erice su Globalizzazione e Diseguaglianze nella Salute. Erice, 2008. Disponibile alla URL: <https://cipesalute.org/cedo/allegati/3705-DichiarazioneEriceSalute2008.pdf>
61. Dichiarazione di Erice sull’equità ed il diritto alla salute. Erice, 2001. Disponibile alla URL: <http://web.tiscali.it/medicinademocratica/bollettino2/erice.htm>

62. Drain PK, Mock C, Toole D. 2017. The Emergence of Undergraduate Majors in Global Health: Systematic Review of Programs and Recommendations for Future Directions. *Am J Trop Med Hyg.* Jan 11;96(1):16-23. <http://doi.org/10.4269/ajtmh.16-0687> Epub 2016 Nov 14
63. Duan Y, Shi J, Wang Z, Zhou S, Jin Y, Zheng ZJ. Disparities in COVID-19 Vaccination among Low-, Middle-, and High-Income Countries: The Mediating Role of Vaccination Policy. *Vaccines (Basel).* 2021 Aug 14;9(8):905. doi: 10.3390/vaccines9080905. PMID: 34452030; PMCID: PMC8402650.
64. Duke P., Brunger F., Ohle E. Morning in refugee health: An introduction for medical students. *International Journal of Migration, Health and Social Care.* 2015;11(2):86-94. <https://doi.org/10.1108/IJMHS-05-2014-0020>
65. Egede LE, Walker RJ. Structural Racism, Social Risk Factors, and Covid-19 - A Dangerous Convergence for Black Americans. *N Engl J Med.* 2020 Sep 17;383(12):e77. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2023616> Epub 2020 Jul 22. PMID: 32706952; PMCID: PMC7747672.
66. Ehn S, Agardh A, Holmer H, Krantz G, Hagander L. Global health education in Swedish medical schools. *Scand J Public Health.* 2015 Nov;43(7):687-93. <https://doi.org/10.1177/1403494815591720> Epub 2015 Jul 3. PMID: 26142351.
67. Eichbaum Q. Acquired and Participatory Competencies in Health Professions Education: Definition and Assessment in Global Health. *Acad Med.* 2017 Apr;92(4):468-474. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001382> PMID: 27603041.
68. Eichbaum QG, Adams LV, Evert J, Ho MJ, Semali IA, van Schalkwyk SC. Decolonizing Global Health Education: Rethinking Institutional Partnerships and Approaches. *Acad Med.* 2021 Mar 1;96(3):329-335. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003473> PMID: 32349015.
69. Erfani P, Binagwaho A, Jalloh M J, Yunus M, Farmer P, Kerry V et al. Intellectual property waiver for covid-19 vaccines will advance global health equity *BMJ* 2021; 374 :n1837 <https://doi.org/10.1136/bmj.n1837>
70. EU - European Union. Updated study on corruption in the healthcare sector. European Union, 2017. Disponibile alla URL: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/9537ddb7-a41e-11e7-9ca9-01aa75ed71a1>
71. Evert J. Developing global health curricula: a guidebook for US medical schools. 2006, Washington DC, USA: Global Health Education Consortium. Disponibile alla URL: https://www.cfms.org/files/GH-report-documents/resource-documents/Developing%20GH%20Curricula_Guidebook%20for%20US%20Medical%20Schools-GHEC.pdf
72. Figliozzi S, Masci PG, Ahmadi N, Tondi L, Koutli E, Aimo A, Stamatelopoulos K, Dimopoulos MA, Caforio ALP, Georgiopoulos G. Predictors of adverse prognosis in COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Clin Invest.* 2020 Oct;50(10):e13362. <https://doi.org/10.1111/eci.13362> Epub 2020 Aug 27. PMID: 32726868.

73. Flexner A. Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.
74. Freire P. La pedagogia degli oppressi, tr. it., Edizioni Gruppo Abele, Torino 2002
75. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010 Dec 4;376(9756):1923-58. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5) Epub 2010 Nov 26. PMID: 21112623.
76. Fried LP, Bentley ME, Buekens P, Burke DS, Frenk JJ, Klag MJ, Spencer HC. Global health is public health. *Lancet* 2010; 375(9714): 535-7
77. Gallo P, Consorti F, Della Rocca C, Familiari G, Casacchia M, Mitterhofer AP, Nati G, et al. L'integrazione del territorio nel sistema delle cure. Ricadute sul processo formativo. *Medicina e Chirurgia*, 2013; 58: 2599-2605. Disponibile alla URL: <http://www.quaderni-conferenze-medicina.it/lintegrazione-del-territorio-nel-sistema-delle-cure-ricadute-sul-processo-formativo/>
78. Geraci S, Verona A. Gli invisibili e il diritto al vaccino. *Saluteinternazionale.info*, 29 marzo 2021. Disponibile alla URL: <https://www.saluteinternazionale.info/2021/03/gli-invisibili-e-il-diritto-al-vaccino/>
79. Giovannini E, Riccaboni A. Agenda 2030: un viaggio attraverso gli Obiettivi di sviluppo sostenibile, 2021, ASviS e Santa Chiara Lab, Roma. ISBN 979-12-80634-01-6
80. GMC (General Medical Council). Outcomes for graduates 2018. GMC, updated 2020. Disponibile alla URL: <https://www.gmc-uk.org/education/standards-guidance-and-curricula/standards-and-outcomes/outcomes-for-graduates/outcomes-for-graduates>
81. Godlee F. Racism: the other pandemic *BMJ* 2020; 369:m2303 doi:10.1136/bmj.m2303
82. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Acad Med* 1998;73: 403-7.
83. Hardeman A, Wong T, Denson JL, Postelnicu R, Rojas JC. Evaluation of Health Equity in COVID-19 Vaccine Distribution Plans in the United States. *JAMA Netw Open*. 2021 Jul 1;4(7):e2115653. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.15653> PMID: 34213561; PMCID: PMC8254130.
84. Harmer A, Lee K, Petty N. Global health education in the United Kingdom: a review of university undergraduate and postgraduate programmes and courses. *Public Health*. 2015 Jun;129(6):797-809. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2014.12.015> Epub 2015 Mar 4. PMID: 25749672.
85. Hartman E, Morris-Paris C, Blache-Cohen B. Tourism and transparency: Navigating ethical risks in voluntourism with fair trade learning. *Africa Insight* 2013;42:2.

86. Hau DK, Smart LR, DiPace JJ, Peck RN. Global health training among U.S. residency specialties: a systematic literature review. *Med Educ Online*. 2017;22(1):1270020. <https://doi.org/10.1080/10872981.2016.1270020> PMID: 28178918; PMCID: PMC5328369.
87. Havemann M, Bösner S. Global Health as “umbrella term” – a qualitative study among Global Health teachers in German medical education. *Global Health* 14, 32 (2018) <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0352-y>
88. Heath I. Crocodile tears for health inequality *BMJ* 2010; 340 :c2970 <https://doi.org/10.1136/bmj.c2970>
89. Herzig van Wees S, Holmer H. Global health beyond geographical boundaries: reflections from global health education. *BMJ Glob Health*. 2020 May;5(5):e002583. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002583> PMID: 32381655; PMCID: PMC7228489.
90. Hogan H, Haines A. Global health: a positive addition to public health training? *J Public Health (Oxf)* 2011; 33(2):317-8. Epub 2011 Mar 9
91. Horton R, Lo S. Planetary health: a new science for exceptional action. *Lancet*. 2015 Nov 14;386(10007):1921-1922. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)61038-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)61038-8) Epub 2015 Jul 15. Erratum in: *Lancet*. 2015 Nov 14;386(10007):1944. PMID: 26188746.
92. Horton R. The neglected epidemic of chronic disease. *Lancet*. 2005 Oct 29-Nov 4;366(9496):1514. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67454-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67454-5) PMID: 16257331.
93. Hunt J, Bonham C, Jones L. Understanding the Goals of Service Learning and Community-Based Medical Education: A Systematic Review. *Academic medicine* 2011; 86. 246-51. <https://doi.org/10.1097/acm.0b013e3182046481>
94. Ibrahim AD, Akpus AI, Aborode AT, Babatunde AO. Will refugees also get vaccinated against COVID-19 in Africa? *Public Health Pract (Oxf)*. 2021 Nov;2:100118. <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2021.100118> Epub 2021 Apr 6. PMID: 34494008; PMCID: PMC8411840.
95. Izadnegahdar R, Correia S, Ohata B, Kittler A, ter Kuile S, Vaillancourt S, Saba N, Brewer TF. Global health in Canadian medical education: current practices and opportunities. *Acad Med*. 2008 Feb;83(2):192-8. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31816095cd> PMID: 18303368.
96. Jacobsen KH, Zeraye HA, Bisesi MS, Gartin M, Malouin R, Waggett CE. Master of Public Health Concentrations in Global Health in 2020: Preparing Culturally Competent Professionals to Address Health Disparities in the Context of Globalization. *Health Promot Pract*. 2020 Apr 3:1524839920913546. <https://doi.org/10.1177/1524839920913546> Epub ahead of print. PMID: 32242750.
97. Jason R. Frank, Linda S. Snell, Olle Ten Cate, Eric S. Holmboe, Carol Carraccio, Susan R. Swing, Peter Harris, Nicholas J. Glasgow, Craig Campbell, Deepak Dath, Ronald M. Harden, William Iobst, Donlin M. Long, Rani Mungroo, Denyse L. Richardson, Jonathan Sherbino, Ivan Silver, Sarah Taber, Martin Talbot & Kenneth A. Harris (2010) Competency-based medical education: theory to practice, *Medical Teacher*, 32:8, 638-645, <https://doi.org/10.3109/0142159X.2010.501190>

98. Jha A, Kickbusch I, Taylor P, Abbasi K. Accelerating achievement of the sustainable development goals BMJ 2016; 352 :i409 <https://doi.org/10.1136/bmj.i409>
99. Jogerst K, Callender B, Adams V, Evert J, Fields E., Hall T, et al. L. Identifying interprofessional global health Competencies for 21st-century health professionals. *Annals of Global Health*, 2015; 81(2), 239–247. <https://doi.org/10.1016/j.aogh.2015.03.006>
100. Johnson O, Bailey SL, Willott C, Crocker-Buque T, Jessop V, Birch M, Ward H, Yudkin JS; Global Health Learning Outcomes Working Group. Global health learning outcomes for medical students in the UK. *Lancet*. 2012 Jun 2;379(9831):2033-5. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61582-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61582-1) Epub 2011 Oct 19. PMID: 22019145.
101. Kaffes I, Moser F, Pham M. et al. Global health education in Germany: an analysis of current capacity, needs and barriers. *BMC Med Educ* 16, 304 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0814-y>
102. Kelly L, Walters L, Rosenthal D. Community-based Medical Education: Is Success a Result of Meaningful Personal Learning Experiences? *Education for health* 2014; 27, 1: 47-50
103. Khan M, Abimbola S, Aloudat T, Capobianco E, Hawkes S, Rahman-Shepherd A. Decolonising global health in 2021: a roadmap to move from rhetoric to reform. *BMJ Glob Health*. 2021 Mar;6(3):e005604. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005604> PMID: 33758016; PMCID: PMC7993212.
104. Khan OA, Guerrant R, Sanders J, Carpenter C, Spottswood M, Jones DS, O'Callahan C, Brewer TF, Markuns JF, Gillam S, O'Neill J, Nathanson N, Wright S. Global health education in U.S. medical schools. *BMC Med Educ*. 2013 Jan 18;13:3. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-3> PMID: 23331630; PMCID: PMC3637494.
105. Khanijahani A. Racial, ethnic, and socioeconomic disparities in confirmed COVID-19 cases and deaths in the United States: A county-level analysis as of November 2020. *Ethn. Health*. 2021;26:22–35. <https://doi.org/10.1080/13557858.2020.1853067>
106. Kim J, Lee H, Kim I.S. et al. Interprofessional global health Competencies of South Korean health professional students: educational needs and strategies. *BMC Med Educ* 19, 429 (2019) <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1826-1>
107. King NB, Koski A. Defining global health as public health somewhere else. *BMJ Glob Health*. 2020 Jan 7;5(1):e002172. doi: 10.1136/bmjgh-2019-002172. PMID: 32095274; PMCID: PMC7011020.
108. Kinner SA, Young JT, Snow K, Southalan L, Lopez-Acuña D, Ferreira-Borges C, O'Moore É. Prisons and custodial settings are part of a comprehensive response to COVID-19. *Lancet Public Health*. 2020 Apr;5(4):e188-e189. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30058-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30058-X) Epub 2020 Mar 17.
109. Koplan JP, Bond TC, Merson MH, Reddy KS, Rodriguez MH, Sewankambo NK, et al. Towards a common definition of global health. *Lancet* 2009; 373: 1993-5
110. Krishtel P, Malpani R. Suspend intellectual property rights for covid-19 vaccines. *BMJ*. 2021 May 28;373:n1344.

111. Lemma P. Promuovere salute. Principi e strategie. Il Pensiero Scientifico Editore. Roma, 2018.
112. Lempp H, Seale C. The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching *BMJ* 2004; 329:770.
113. Lewis JH, Lage OG, Grant BK, et al. Addressing the Social Determinants of Health in Undergraduate Medical Education Curricula: A Survey Report. *Adv Med Educ Pract.* 2020;11:369-377. Published 2020 May 22. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S243827>
114. Liem A, Wang C, Wariyanti Y, Latkin CA, Hall BJ. The neglected health of international migrant workers in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry.* 2020 Apr;7(4):e20. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30076-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30076-6)
115. Liu Y, Zhang Y, Liu Z, Wang J. Gaps in studies of global health education: an empirical literature review. *Glob Health Action.* 2015 Apr 21;8:25709. <https://doi.org/10.3402/gha.v8.25709> PMID: 25906768; PMCID: PMC4408318.
116. Macfarlane SB, Jacobs M, Kaaya EE. In the name of global health: trends in academic institutions. *J Public Health Policy.* 2008 Dec;29(4):383-401. <https://doi.org/10.1057/jphp.2008.25> PMID: 19079297.
117. Maciocco G, Santomauro F. La salute globale. Determinanti sociali e diseguaglianze. Carocci Faber Editore, 2014 (3° ristampa 2017).
118. Maciocco G. Covid-19 e diseguaglianze. In: Caritas Roma. Geraci S et al. (a cura di). Salute e fragilità sociale in tempo di pandemia. Un punto di vista. Caritas Roma, 2021. Disponibile alla URL: http://www.caritasroma.it/wp-content/uploads/2021/07/RAPPORTO_Salute_fragilita_sociale.pdf
119. Maciocco G. La formazione in salute globale. *Saluteinternazionale.info*, 26 febbraio 2014. Disponibile alla URL: <https://www.saluteinternazionale.info/2014/02/la-formazione-in-salute-globale/>
120. Maciocco G. *Politica, salute e sistemi sanitari.* Il Pensiero Scientifico Editore, 2009.
121. Mackin R, Baptiste S, Niec A, et al. The Hidden Curriculum: A Good Thing? *Cureus* 2019; 11(12): e6305. <https://doi.org/10.7759/cureus.6305>
122. Mangold KA, Bartell TR, Doobay-Persaud AA, Adler MD, Sheehan KM. Expert Consensus on Inclusion of the Social Determinants of Health in Undergraduate Medical Education Curricula. *Acad Med.* 2019 Sep;94(9):1355-1360. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002593> PMID: 31460933.
123. Marceca M, Geraci S, Baglio G. Immigrants' health protection: political, institutional and social perspectives at international and Italian level. *IJPH - 2012, Volume 9, Number 3; e7498-1:11.*
124. Marceca M, Geraci S: Refugees, asylum-seekers and the right to health. In *Global health an development assistance. Rights, ideologies and deceit. 3° Report of the Italian Global Health Watch.* Edizioni ETS, Pisa, 2009; 213:219.
125. Marmot M. *The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health And Longevity.* Bloomsbury, 2005

126. Marmot MG. Status syndrome: a challenge to medicine. JAMA. 2006 Mar 15;295(11):1304-7. <https://doi.org/10.1001/jama.295.11.1304> PMID: 16537740.
127. Marmot M. La salute diseguale. La sfida di un mondo ingiusto. Il Pensiero Scientifico Editore, 2016.
128. Marmot M, Bell R. The Sustainable Development Goals and Health Equity, Epidemiology: January 2018 - Volume 29 - Issue 1 - p 5-7 doi: 10.1097/EDE.0000000000000773
129. Matthews NR, Davies B, Ward H. Global health education in UK medical schools: a review of undergraduate university curricula. BMJ Global Health 2020;5:e002801. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002801>
130. McAdams D, McDade KK, Ogbuaji O, et al Incentivising wealthy nations to participate in the COVID-19 Vaccine Global Access Facility (COVAX): a game theory perspective BMJ Global Health 2020;5:e003627.
131. McKinnon T, Smedley C.T., Evert, J. Service Learning as a Framework for Competency-Based Local/Global Health Education. Annals of Global Health 2016; 82(6): 1034–1042. <http://doi.org/10.1016/j.aogh.2016.11.004>
132. Mennin S, Petroni-Mennin R. Community based medical education. The clinical teacher 2006; 3: 90-96
133. Mordacci R. La medicina come pratica e l'etica della malattia. In AA.VV. Salute e salvezza, Glossa 2008
134. Moynihan R, Henry D. The Fight against Disease Mongering: Generating Knowledge for Action. PLoS Med 2006; 3(4): e191. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030191>
135. Mutta I. Formare i giovani alla cura della fragilità. Il servizio in un'opera segno della Caritas di Roma: luogo di ascolto e di discernimento per scelte di vita. Caritas Italiana e Fondazione Zancan. Premio in memoria di mons. Nervo e mons. Pasini "Teologia della carità e solidarietà". Luglio 2021.
136. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. A Framework for Educating Health Professionals to Address the Social Determinants of Health. Washington, DC: The National Academies Press. 2016. <https://doi.org/10.17226/21923>
137. Nieves Tapia M. *Educazione e solidarietà. La pedagogia dell'apprendimento-servizio*. Città Nuova Editrice, Roma 2006
138. O'Brien M., Garland J., Murphy K., Shuman S., Whitaker R., Larson S. Training medical students in the social determinants of health: the Health Scholars Program at Puentes de Salud. Advances in medical Education and Practice. 2014;23(5):307-14. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S67480>
139. Okayama M, Kajii E. Does community-based education increase students' motivation to practice community health care? A cross sectional study. BMC Med Educ 2011;11:19. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-11-19>
140. Oni T, Yudkin JS, Fonn S, Adongo P, Kaseje M, Ajuwon A, Doyal L, London L. Global public health starts at home: upstream approaches to global health training. Lancet Glob Health. 2019 Mar;7(3):e301-e302. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30558-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30558-8) PMID: 30784626.

141. Pablos-Mendez A, Shademani R. Knowledge translation in global health. *J Contin Educ Health Prof.* 2006 Winter;26(1):81-6. <https://doi.org/10.1002/chp.54> PMID: 16557508.
142. Papa Francesco. Lettera enciclica Fratelli tutti sulla fraternità e l'amicizia sociale. Roma, 2020. Disponibile alla URL: https://www.vatican.va/content/francesco/it/encyclicals/documents/papa-francesco_20201003_enciclica-fratelli-tutti.html
143. Papa Francesco. Lettera enciclica Laudato si' sulla Cura della Casa Comune. Roma, 2015. Disponibile alla URL: https://www.vatican.va/content/francesco/it/encyclicals/documents/papa-francesco_20150524_enciclica-laudato-si.html
144. Pati S, Sinha R, Panda M, Pati S, Sharma A, Zodpey S. Global Health Teaching in India: A Curricular Landscape. *Front Public Health.* 2017 Sep 27;5:259. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00259> PMID: 29021978; PMCID: PMC5623664.
145. Peluso MJ, Encandela J, Hafler JP, Margolis CZ. Guiding principles for the development of global health education curricula in undergraduate medical education. *Med Teach.* 2012;34(8):653-8. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.687848> PMID: 22830323.
146. Peluso MJ, van Schalkwyk S, Kellett A, Brewer TF, Clarfield AM, Davies D, Garg B, Greensweig T, Hafler J, Hou J, Maley M, Mayanja-Kizza H, Pemba S, Jenny Samaan J, Schoenbaum S, Sethia B, Uribe JP, Margolis CZ, Rohrbaugh RM. Reframing undergraduate medical education in global health: Rationale and key principles from the Bellagio Global Health Education Initiative. *Med Teach.* 2017 Jun;39(6):639-645. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1301654> Epub 2017 Mar 31. PMID: 28362131.
147. Playford D, Bailey S, Fisher C, Stasinska A, Marshall L, Gawlinski M, Young S. Twelve tips for implementing effective service learning. *Medical Teacher,* 2019; 41:1, 24-27, DOI: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1401217>
148. Pottie K, Hostland S. Health advocacy for refugees: Medical student primer for competence in cultural matters and global health. *Can Fam Physician.* 2007;53(11):1923–1926.
149. Rabinowitz PM, Pappaioanou M, Bardosh KL, Conti L. A planetary vision for one health. *BMJ Glob Health.* 2018 Oct 2;3(5):e001137. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001137> PMID: 30294465; PMCID: PMC6169660.
150. Riggio G. Laudato si': il valore rivoluzionario dei gesti quotidiani. *Aggiornamenti Sociali,* 2016; 5:416-424. Disponibile alla URL: <https://www.aggiornamentisociali.it/articoli/laudato-si-il-valore-rivoluzionario-dei-gesti-quotidiani/>
151. RIISG. Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale (per la). Bodini C, Civitelli G, Fabbri A, Lorusso A, Maranini N, Parisotto M, Rinaldi A. Ripensare la formazione dei professionisti sanitari: stimoli, contributi, esperienze. *Saluteinternazionale.info,* 19 febbraio 2014. Disponibile alla URL: <http://www.saluteinternazionale.info/2014/02/ripensare-la-formazione-dei-professionisti-sanitari-stimoli-contributi-esperienze/>

152. RIISG. Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale. Ripensare la formazione medica. Saluteinternazionale.info, 13 aprile 2015. Disponibile alla URL: <https://www.saluteinternazionale.info/2015/04/ripensare-la-formazione-medica/>
153. Rockström, Johan, Will Steffen, Kevin Noone, Åsa Persson, F. Stuart III Chapin, Eric Lambin, Timothy Lenton, et al. «Planetary Boundaries: Exploring the Safe Operating Space for Humanity». *Ecology and Society* 2009; 14 (2). <https://doi.org/10.5751/ES-03180-140232>.
154. Rosso A, Civitelli G, Marceca M. Global health, international health and public health: which relationship? *Ann Ig* 2012; 24: 263-267
155. Rowson M, Smith A, Hughes R, et al. The evolution of global health teaching in undergraduate medical curricula. *Global Health* 2012;8:35. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-8-35>
156. Rowson M, Willott C, Hughes R. et al. Conceptualising global health: theoretical issues and their relevance for teaching. *Global Health* 8, 36 (2012). <https://doi.org/10.1186/1744-8603-8-36>
157. Salm M, Ali M, Minihane M, Conrad P. Defining global health: findings from a systematic review and thematic analysis of the literature. *BMJ Glob Health*. 2021 Jun;6(6):e005292. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005292> PMID: 34083243; PMCID: PMC8183196.
158. Saluteinternazionale.info. Osservatorio Italiano sulla Salute Globale (OISG). Un'idea e i suoi frutti. Saluteinternazionale.info, 13 luglio 2016. Disponibile alla URL: <https://www.saluteinternazionale.info/2016/07/osservatorio-italiano-sulla-salute-globale-oisg-unidea-e-i-suoi-frutti/>
159. Sanson-Fisher RW, Williams N, Outram S. Health inequities: the need for action by schools of medicine. *Med Teach*. 2008;30(4):389-94. <https://doi.org/10.1080/01421590801948042> PMID: 18569660.
160. Sapienza Università di Roma. Piano Sapienza per la ricerca e la terza missione. Roma, 2019. Disponibile alla URL: https://www.uniroma1.it/sites/default/files/field_file_allegati/piano_sapienza_per_la_ricerca_e_la_terza_missione_v0701_0.pdf
161. Schleiff M, Hansoti B, Akridge A, Dolive C, Hausner D, Kalbarczyk A, Pariyo G, Quinn TC, Rudy S, Bennett S. Implementation of global health Competencies: A scoping review on target audiences, levels, and pedagogy and assessment strategies. *PLoS One*. 2020 Oct 1;15(10):e0239917. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239917> PMID: 33002086; PMCID: PMC7529249.
162. Semenzato L, Botton J, Drouin J, Cuenot F, Dray-Spira R, Weill A, Zureik M. Chronic diseases, health conditions and risk of COVID-19-related hospitalization and in-hospital mortality during the first wave of the epidemic in France: a cohort study of 66 million people. *Lancet Reg Health Eur*. 2021 Sep;8:100158. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100158> Epub 2021 Jul 16. PMID: 34308411; PMCID: PMC8282330.

163. Sesti F, Rosano A, Ingleby D, Bell R., Geraci S, Marceca M. Policies for tackling health inequities in migrants in an irregular situation: learning from Italy. *European Journal of Public Health*, Vol. 29, Supplement 4, 2019: 394. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz186.031>
164. Sgorbissa B. Salute Globale. Coloniale. *Saluteinternazionale.info*, 6 ottobre 2021. Disponibile alla URL: <https://www.saluteinternazionale.info/2021/10/salute-globale-coloniale/>
165. Silvestrini G, Federico B, Damiani G, Geraci S, Bruno S, Maisano B, Ricciardi W, Kunst A. Healthcare utilization among urban homeless followed by an outpatient clinic: more intensive use by migrant groups. *The European Journal of Public Health*. 2017;27(1):96-101. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw108>
166. Singer M, Bulled N, Ostrach B, Mendenhall E. Syndemics and the biosocial conception of health. *Lancet*. 2017 Mar 4;389(10072):941-950. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30003-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30003-X) PMID: 28271845.
167. SISM – Segretariato Italiano Studenti in Medicina -. Il Laboratorio di Mondialità: il nostro approccio per la formazione in Salute Globale. *Saluteinternazionale.info*, 6 ottobre 2010. Disponibile alla URL: <https://www.saluteinternazionale.info/2010/10/il-laboratorio-di-mondialita-il-nostro-approccio-per-la-formazione-in-salute-globale/>
168. Stahl T, Wismar M, Ollila e, et al. Health in All Policies. Prospects and Potentials. Ministry of Social Affairs and Health. *European Observatory on Health Systems and Policies* 2006. Disponibile alla URL: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/109146/E89260.pdf
169. Stuhlmiller C, Tolchard B. Global health competency self-confidence scale: tool development and validation. *Glob Health Sci Pract*. 2018;6(3):528-537. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-18-00031>
170. Stys D, Hopman W, Carpenter J. What is the value of global health electives during medical school? *Medical Teacher*. 2013;35(3): 209–218. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.731107>
171. Taylor S 'Global health': meaning what? *BMJ Global Health* 2018;3:e000843. Disponibile alla URL: <https://gh.bmj.com/content/3/2/e000843>
172. The Lancet. Access to COVID-19 vaccines: looking beyond COVAX. *Lancet*. 2021 Mar 13;397(10278):941. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00617-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00617-6) PMID: 33714374; PMCID: PMC7952094.
173. The Lancet. Redefining vulnerability in the era of COVID-19. *Lancet*. 2020 Apr 4;395(10230):1089. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30757-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30757-1)
174. TIS (Tavolo Immigrazione e Salute) e TAI (Tavolo Asilo e Immigrati). Lettera con oggetto: Richiesta urgente di Indicazioni nazionali per porre fine alle disparità di accesso alla campagna vaccinale anti-SARS-CoV-2/COVID-19. 31 maggio 2021. Disponibile alla URL: https://www.simmweb.it/attachments/article/1032/2021_TIS_lettera_accesso_vaccini.pdf
175. TIS (Tavolo Immigrazione e Salute) e TAI (Tavolo Asilo e Immigrati). Lettera con oggetto: Vaccinazione anti SARS-COV-2 per persone ospiti di Centri di accoglienza e/o in condizioni di marginalità sociale:

- necessità di contrastare l'esitazione vaccinale. 29 luglio 2021. Disponibile alla URL: [https://www.simmweb.it/attachments/article/1035/Lettera%20TIS%20TAI%20a%20autorit%C3%A0%20Italiane%20\(per%20sito\).pdf](https://www.simmweb.it/attachments/article/1035/Lettera%20TIS%20TAI%20a%20autorit%C3%A0%20Italiane%20(per%20sito).pdf)
176. Tolomelli A. Dalla pedagogia degli oppressi al teatro dell'oppresso. Da Freire a Boal. Educazione democratica 2012; 3: 21-42. Disponibile alla URL: http://educazioneaperta.it/wp-content/uploads/2017/04/ED_3_2012.pdf
177. Turcotte-Tremblay AM, Fregonese F, Kadio K, Alam N, Merry L. Global health is more than just 'Public Health Somewhere Else'. BMJ Glob Health. 2020 May;5(5):e002545. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002545> PMID: 32381653; PMCID: PMC7228490.
178. UN – United Nations. (ONU – Organizzazione delle Nazioni Unite). Risoluzione adottata dall'Assemblea Generale il 25 settembre 2015. Trasformare il nostro mondo: l'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile. UN, 2015. Disponibile alla URL: <https://unric.org/it/wp-content/uploads/sites/3/2019/11/Agenda-2030-Onu-italia.pdf>
179. UN – United Nations. Our Common Future. Report of the World Commission on Environment and Development. UN, 1987. Disponibile alla URL: <https://www.are.admin.ch/are/it/home/media-e-pubblicazioni/pubblicazioni/sviluppo-sostenibile/brundtland-report.html>
180. UNDP – United Nations Development Program, UCL Institute of Health Equity. Ensure Healthy Lives and Well-Being for All: Addressing Social, Economic and Environmental Determinants of Health and the Health Divide in the Context of Sustainable Human Development. 2014. Disponibile alla URL: https://www.eurasia.undp.org/content/rbec/en/home/library/hiv_aids/addressing-social-economic-environmental-determinants-of-health.html
181. UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization= Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. UNESCO, 2005. Disponibile alla URL: <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/bioethics/bioethics-and-human-rights/>
182. Vashi AP, Coiado OC. The future of COVID-19: A vaccine review. J Infect Public Health. 2021 Aug 14:S1876-0341(21)00229-X. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2021.08.011> Epub ahead of print. PMID: 34454862; PMCID: PMC8363422.
183. Velden K, Klipstein-Grobusch K, Bijlmakers L. Global Health training & education at Universities in the Netherlands. Bulletin of the Netherlands Society for Tropical Medicine and International Health. 2017; 55. 11-13.
184. Vigilante A. Il service learning: come integrare apprendimento ed impegno sociale. Educazione democratica 2014; 7: 155-193. Disponibile alla URL: https://educazioneaperta.it/wp-content/uploads/2017/04/ED_7_2014.pdf

185. Wennerstrom A, Gibson J, Krane K. From Classroom to Community: the Impact of a Non-Clinical Clerkship on Fourth-Year Medical Students' Ability to Address Social Determinants of Health. *Medical Science Educator* 2018;28(2):381-387. <https://doi.org/10.1007/s40670-018-0561-2>
186. White M, Satterfield C, Blackard J. Essential Competencies in global health research for medical trainees: A narrative review. *Medical Teacher*. 2017; 39:9, 945-953, <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1324139>
187. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*. 1992;22(3):429-445
188. Whitmee S, Haines A, Beyrer C, Boltz F, Capon AG, de Souza Dias BF, Ezeh A, Frumkin H, Gong P, Head P, Horton R, Mace GM, Marten R, Myers SS, Nishtar S, Osofsky SA, Pattanayak SK, Pongsiri MJ, Romanelli C, Soucat A, Vega J, Yach D. Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation-Lancet Commission on planetary health. *Lancet*. 2015 Nov 14;386(10007):1973-2028. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60901-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60901-1) Epub 2015 Jul 15. Erratum in: *Lancet*. 2015 Nov 14;386(10007):1944. PMID: 26188744.
189. WHO - World Health Organization. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care. Geneva: World Health Organization, 1978. Disponibile alla URL: https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
190. WHO - World Health Organization. The World Health Report 2008 : primary health care now more than ever. World Health Organization 2008. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43949>
191. WHO - World Health Organization. Towards unity for health : challenges and opportunities for partnership in health development : a working paper / Charles Boelen. World Health Organization, 2000. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66566>
192. Yao H, Chen JH, Xu YF. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*. 2020 Apr;7(4):e21. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30090-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30090-0)

ALLEGATO 1: ELENCO DEGLI ARTICOLI RELATIVI ALLA FORMAZIONE IN SALUTE GLOBALE INDIVIDUATI ATTRAVERSO LA RICERCA BIBLIOGRAFICA

	Anno di pubblicazione	Primo autore	Titolo	Giornale	Luogo di provenienza degli autori
1	2020	Lewis J.H.	Addressing the Social Determinants of Health in Undergraduate Medical Education Curricula: A Survey Report	Advances in Medical Education and Practice	USA
2	2020	Parunyan M.	Improving medical students' skills to address social determinants of health during the internal medicine clerkship	Journal of Health Care for the Poor and Underserved	USA
3	2020	Rashid M.	Refugee Health Curriculum in Undergraduate Medical Education (UME): A Scoping Review	Teaching and Learning in Medicine	Canada
4	2020	Bath M.F.	International medical student electives: opportunity to support health worker education	BMJ	UK
5	2020	Gard L.A.	Identifying and addressing social determinants of health in outpatient practice: results of a program-wide survey of internal and family medicine residents	BMC Medical Education	USA
6	2020	Jacobsen K.H.	Master of Public Health Concentrations in Global Health in 2020: Preparing Culturally Competent Professionals to Address Health Disparities in the Context of Globalization	Health Promotion Practice	USA
7	2020	Lee S.J.	The feasibility and satisfaction of an online global health education course at a single medical school: a retrospective study	Korean J Med Educ	South Korea

8	2020	Mor Z.	Attitudes of Israeli medical students towards the medical treatment of uninsured migrants	BMC Medical Education	Israel
9	2020	Neff J.	Structural Competency: Curriculum for Medical Students, Residents, and Interprofessional Teams on the Structural Factors That Produce Health Disparities	MedEdPORTAL	USA
10	2020	Pechak C.	Preparing Students to Serve a Refugee Population Through a Health-Focused Interprofessional Education Experience	J Allied Health	USA
11	2020	Schwerdtle N.	Education for sustainable healthcare: A transdisciplinary approach to transversal environmental threats	Medical Teacher	Germany
12	2020	Skolka M.	Attitude adjustments after global health interprofessional student team experiences	Medicine	USA
13	2020	Stallwood L.	Applying equity-centered principles in an interprofessional global health course: a mixed methods study	BMC Medical Education	Canada
14	2020	Ventres W.B.	Rethinking Goals: Transforming Short-Term Global Health Experiences Into Engagements	Academic Medicine	USA
15	2020	Vijayan T.	Tuskegee as a History Lesson, Tuskegee as Metaphor: Addressing Discrimination as a Social Determinant of Health in the Classroom	Open forum infectious disease	USA
16	2020	Matthews N.R.	Global health education in UK medical schools: a review of undergraduate university curricula	BMJ Global Health	UK
17	2019	Soresen J.	Need for ensuring cultural competence in medical programmes of European universities	BMC Medical Education	Denmark

18	2019	Blum N.	Medical students as global citizens: a qualitative study of medical students' views on global health teaching within the undergraduate medical curriculum	BMC Medical Education	UK
19	2019	Mangold K.A.	Expert Consensus on Inclusion of the Social Determinants of Health in Undergraduate Medical Education Curricula	Academic Medicine	USA
20	2019	Hunter K.	A scoping review of social determinants of health curricula in post-graduate medical education	Canadian Medical Education Journal	Canada
21	2019	Peluso M.J.	Socially Accountable Global Health Education Amidst Political Uncertainty and Reactionary Nationalism: A Value Proposition and Recommendations for Action	Annals of Global Health	USA-Australia
22	2019	Cavanagh A.C.	Problems of problem-based learning: Towards transformative critical pedagogy in medical education	Perspect Med Educ	Canada
23	2019	Amerson R.	Preparing Undergraduates for the Global Future of Health Care	Annals of Global Health	USA
24	2019	Doobay-Persaud A.	Teaching the Social Determinants of Health in Undergraduate Medical Education: a Scoping Review	J Gen Intern Med	USA
25	2019	Clarke E.	Equal Opportunities? Examining Global Health teaching at UK medical schools	MedEdPublish	UK
26	2019	Gonzalo J.D.	Health systems science: the "Broccoli" of Undergraduate medical education	Academic Medicine	USA
27	2019	Moffett S.E.	Social Determinants of Health Curriculum Integrated Into a Core Emergency Medicine Clerkship	MedEdPORTAL	USA

28	2019	Shah S.	A Comprehensive Framework to Optimize Short-Term Experiences in Global Health (STEGH)	Globalization and Health	USA-Canada
29	2019	Kim J.	Interprofessional global health Competencies of South Korean health professional students: educational needs and strategies	BMC Medical Education	South Korea
30	2019	Chang B.A.	Impact of a Short-Term Domestic Service-Learning Program on Medical Student Education	Annals of Global Health	USA
31	2019	Clair N.E.	S-PACK: A Modular and Modifiable, Comprehensive Predeparture Preparation Curriculum for Global Health Experiences	Academic Medicine	USA
32	2019	D'Ignazio T.	Pre-exchange training - Developing ethical and cultural Competencies in medical students	Medical Teacher	Canada-UK
33	2019	Doobay-Persaud A.	A Community of Practice for Teaching the Social Determinants of Health in Undergraduate Medical Education	J Gen Intern Med	USA
34	2019	Al-Shakarchi N.	Global health Competencies in UK postgraduate medical training: a scoping review and curricular content analysis	BMJ Open	UK
35	2018	Bowsher G.	Ethical learning on international medical electives: a case-based analysis of medical student learning experiences	BMC Medical Education	UK
36	2018	Lane S.D.	Integrating the social determinants of health into two interprofessional courses: Findings from a pilot study	Journal of Interprofessional Care	USA
37	2018	Leathers J.S.	Interprofessional education between medical students and nurse practitioner students in a Global Health course	BMC Medical Education	USA

38	2018	Peluso M.J.	Ethical dilemmas during international clinical rotations in global health settings: Findings from a training and debriefing program	Medical Teacher	USA
39	2018	Godinho M.A.	Debating evidence-based health policy in an interprofessional classroom: an exploratory study	JOURNAL OF INTERPROFESSIONAL CARE	India
40	2018	Gostelow N.	Flipping social determinants on its head: Medical student perspectives on the flipped classroom and simulated patients to teach social determinants of health	Medical Teacher	UK
41	2018	Diaz E.	Health care curricula in multicultural societies	International Journal of Medical Education	Norway
42	2018	Whetstone S.	Linking Global Health to Local Health within an Ob/Gyn Residency Program	AMA Journal of Ethics	USA
43	2018	Truong H.A.	The Eastern Shore Collaborative for Interprofessional Education's Implementation and Impact over Five Years	American Journal of Pharmaceutical Education	USA
44	2018	Strange J.	Understanding inclusion health: a student-led curriculum innovation	Medical Education	UK
45	2018	Nelson-Hurwitz D.C.	Developing an Undergraduate Public Health Introductory Core Course Series	Front. Public Health	USA
46	2018	Constantinou C.S.	Acquire, apply, and activate knowledge: A pyramid model for teaching and integrating cultural competence in medical curricula	Patient Education and Counseling	Cyprus
47	2018	Havemann M.	Global Health as "umbrella term" – a qualitative study among Global Health teachers in German medical education	Globalization and Health	Germany

48	2018	Hommel F.	Representation of social determinants of health in German medical education: protocol of a content analysis study	BMJ Open	Germany
49	2018	Hardeman R.R.	Developing a Medical School Curriculum on Racism : Multidisciplinary, Multiracial Conversations Informed by Public Health Critical Race Praxis (PHCRP)	Ethnicity & Disease	USA
50	2018	McElfish P.A.	Integrating Interprofessional Education and Cultural Competency Training to Address Health Disparities	Teaching and Learning in Medicine	USA
51	2018	Douthit N.T.	Global Health Education and Advocacy: Using BMJ Case Reports to Tackle the Social Determinants of Health	Front. Public Health	UK
52	2018	Brooker R.	Medical student experiences in prison health services and social cognitive career choice: a qualitative study	BMC Medical Education	Australia
53	2018	Wennerstrom A.	From Classroom to Community: the Impact of a Non-Clinical Clerkship on Fourth-Year Medical Students' Ability to Address Social Determinants of Health	Medical Science Educator	USA
54	2018	Robinson P.A.	Trends in Public and Global Health Education among Nationally Recognized Undergraduate Liberal Arts Colleges in the United States	Am. J. Trop. Med. Hyg.	USA
55	2018	Peluso M.J.	A Comparison of the Expectations and Experiences of Medical Students From High-, Middle-, and Low- Income Countries Participating in Global Health Clinical Electives	Teaching and Learning in Medicine	USA
56	2018	Sharma M.	Teaching the Social Determinants of Health: A Path to Equity or a Road to Nowhere?	Academic Medicine	USA
57	2018	Giurca B.C.	Social prescribing student champion scheme: a novel peer-assisted-learning approach to teaching social prescribing and social determinants of health	EDUCATION FOR PRIMARY CARE	UK

58	2018	Sklar D.P.	Disparities, Health Inequities, and Vulnerable Populations: Will Academic Medicine Meet the Challenge?	Academic Medicine	USA
59	2018	Mews C.	Cultural Competence and Global Health: Perspectives for Medical Education – Position paper of the GMA Committee on Cultural Competence and Global Health	GMS Journal for Medical Education	Germany
60	2018	Maring E.F.	Identifying distinctions between undergraduate and graduate global health programs	J Glob Health Rep	USA
61	2018	Stuhlmiller C.	Global Health Competency Self-Confidence Scale: Tool Development and Validation	Global Health: Science and Practice	USA
62	2018	Wiskin C.	Recommendations for undergraduate medical electives: a UK consensus statement	Medical Education	UK
63	2017	Ambrose M.	Learning global health: a pilot study of an online collaborative intercultural peer group activity involving medical students in Australia and Indonesia	BMC Medical Education	Australia
64	2017	Barthélemy E.	Exploration of Global Health Careers Across the Medical Fields	Annals of Global Health	USA
65	2017	Jonshon A.M.	International service learning and interprofessional education in Ecuador: Findings from a phenomenology study with students from four professions	Journal of Interprofessional Care	USA
66	2017	Dao D.K.	Integrating Theory, Content, and Method to Foster Critical Consciousness in Medical Students: A Comprehensive Model for Cultural Competence Training	Academic Medicine	USA
67	2017	Finnegan A.	Where We Fall Down: Tensions in Teaching Social Medicine and Global Health	Annals of Global Health	USA

68	2017	Gower S.	Something has shifted: Nursing students' global perspective following international clinical placements	J Adv Nurs.	Australia
69	2017	Hu T.	IMAGINE-ing interprofessional education: program evaluation of a novel inner city health educational experience	Canadian Medical Education Journal	Canada
70	2017	Wylie A.	Health promotion in medical education: lessons from a major undergraduate curriculum implementation	Education for Primary Care	UK
71	2017	Brewer T.F.	Undergraduate Global Health Degrees: The Time is Right	Am. J. Trop. Med. Hyg.	USA
72	2017	White M.T.	Essential Competencies in global health research for medical trainees: A narrative review	Medical Teacher	USA
73	2017	Russ C.	A Study of Global Health Elective Outcomes: A Pediatric Residency Experience	Global Pediatric Health	USA
74	2017	Metha A.	Medical Student Perceptions of Global Surgery at an Academic Institution: Identifying Gaps in Global Health Education	Academic Medicine	USA
75	2017	Elharram M.	Global Health Values of a Multidirectional Near Peer Training Program in Surgery, Pathology, Anatomy, Research Methodology, and Medical Education for Haitian, Rwandan, and Canadian Medical Students	Annals of Global Health	Canada
76	2017	Allison J.	Life in Unexpected Places: Employing Visual Thinking Strategies in Global Health Training	Education for Health	Canada
77	2017	Peluso M.J.	Reframing undergraduate medical education in global health: rationale and key principles from the Bellagio Global Health Education Initiative	Medical Teacher	International

78	2017	Litzelman D.	On Becoming a Global Citizen: Transformative Learning through Global Health Experiences	Annals of Global Health	USA
79	2017	Drain P.K.	The Emergence of Undergraduate Majors in Global Health: Systematic Review of Programs and Recommendations for Future Directions	Am. J. Trop. Med. Hyg.	USA
80	2017	Pati S.	Global Health teaching in india: a Curricular landscape	Front. Public Health	India
81	2017	Velden K.	Global health training and education at universities in the Netherlands	MT BULLETIN OF NVTG	Netherlands
82	2017	Aulakh A.	Integrating global health with medical education	The Clinical Teacher	UK
83	2017	Hau D.K.	Global health training among U.S. residency specialties: a systematic literature review	Medical Education Online	USA
84	2016	Crampton P.	Learning in underserved UK areas: a novel approach	The Clinical Teacher	UK
85	2016	Glickman L.B.	Global Learning Experiences, Interprofessional Education, and Knowledge Translation: Examples From the Field	Annals of Global Health	USA
86	2016	Herbst de Cortina S.	Evaluation of a Structured Predeparture Orientation at the David Geffen School of Medicine's Global Health Education Programs	Am. J. Trop. Med. Hyg.	USA
87	2016	Imperato P.J.	Ensuring the Health, Safety and Preparedness of U.S. Medical Students Participating in Global Health Electives Overseas	J Community Health	USA

88	2016	Jordan J.	Activated learning; providing structure in global health education at the David Geffen School of Medicine at the University of California, Los Angeles (UCLA)– a pilot study	BMC Medical Education	USA
89	2016	Melby M.K.	Beyond Medical “Missions” to Impact-Driven Short-Term Experiences in Global Health (STEGHs): Ethical Principles to Optimize Community Benefit and Learner Experience	Academic Medicine	USA
90	2016	Pálsdóttir B.	Training for impact: the socio-economic impact of a fit for purpose health workforce on communities	Human Resources for Health	USA
91	2016	Poirier T.I.	Interprofessional Online Global Health Course	American Journal of Pharmaceutical Education	USA
92	2016	Olson R.	Developing cultural competence through selfreflection in interprofessional education: Findings from an Australian university	Journal of Interprofessional Care	Australia
93	2016	Carney P.A.	Tools to Assess Behavioral and Social Science Competencies in Medical Education: A Systematic Review	Academic Medicine	USA
94	2016	Kasper J.	All Health Is Global Health, All Medicine Is Social Medicine: Integrating the Social Sciences Into the Preclinical Curriculum	Academic Medicine	USA
95	2016	Harrison J.	What Are the Ethical Issues Facing Global-Health Trainees Working Overseas? A Multi-Professional Qualitative Study	Healthcare	USA
96	2016	Greenberg R.	Developing a bioethics curriculum for medical students from divergent geopolitical regions	BMC Medical Education	Canada
97	2016	Asgary R.	Graduate public health training in healthcare of refugee asylum seekers and clinical human rights: evaluation of an innovative curriculum	Int J Public Health	Switzerland

98	2016	Afkhami A.	Can Academic Medicine Lead the Way in the Refugee Crisis?	Academic Medicine	USA
99	2016	Woodward-Kron R.	Putting population and global health on the agenda of health professionals	Journal of Public Health Research	Australia
100	2016	Williams J.H.	Global Health Education	Social Work Research	USA
101	2016	Sklar D.	Global Health Education in a Changing World: The Next New Conversations Topic	Academic Medicine	USA
102	2016	Hernández-Rincón E.H.	Inclusion of the equity focus and social determinants of health in health care education programmes in Colombia: a qualitative approach	Family Practice	Colombia
103	2016	Corey B.	Global Health and Graduate Medical Education: A Systematic Review of the Literature	Journal of Graduate Medical Education	USA
104	2016	Adams L.	The future of global health education: training for equity in global health	BMC Medical Education	USA
105	2016	Kaffes I.	Global health education in Germany: an analysis of current capacity, needs and barriers	BMC Medical Education	Germany
106	2016	Bessette J.	How are Canadian universities training and supporting undergraduate medical, physiotherapy and occupational therapy students for global health experiences in international low-resource settings?	Can J Public Health	Canada
107	2015	Oliveira K.	Promoting collaboration and cultural competence for physician assistant and physical therapist students: a cross-cultural decentralized interprofessional education model	J Educ Eval Health Prof	USA

108	2015	Loh A.Z.H.	Voluntary community service in medical school: a qualitative study on obstacles faced by student leaders and potential solutions	Global Health Action	Singapore
109	2015	Loue S.	Identifying Gaps in the Cultural Competence/Sensitivity Components of an Undergraduate Medical School Curriculum: A Needs Assessment	J Immigrant Minority Health	USA
110	2015	Moran D.	Development of global health education at Johns Hopkins University School of Medicine: a student-driven initiative	Medical Education Online	USA
111	2015	Umoren R.A.	Career choices and global health engagement: 24-year follow-up of U.S. participants in the Indiana University-Moi University elective	Healthcare	USA
112	2015	Bertelsen N.S.	Teaching global health with simulations and case discussions in a medical student selective	Globalization and Health	USA
113	2015	Chastonay P.	Stages dans des pays en développement au cours des études de médecine	Revue Medical Suisse	Svizzera
114	2015	Chuang C.	Medical and pharmacy student concerns about participating on international service-learning trips	BMC Medical Education	USA
115	2015	Knipper M.	Internationalizing Medical Education: The Special Track Curriculum 'Global Health' at Justus Liebig University Giessen	GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung	Germany
116	2015	Rowthorn V.	Putting the piece together: creating and implementing an Interprofessional Global Health Grant Program	Healthcare	USA
117	2015	Myser C.	Defining "Global Health Ethics"	Bioethical Inquiry	USA

118	2015	Kools S.	Cultural humility and working with marginalized populations in developing countries	Global Health Promotion	USA-Malawi-Zambia
119	2015	Gruner D.	Introducing global health into the undergraduate medical school curriculum using an e-learning program: a mixed method pilot study	BMC Medical Education	Canada
120	2015	Ehn S.	Global health education in Swedish medical schools	Scandinavian Journal of Public Health	Svezia
121	2015	Liu Y.	Gaps in studies of global health education: an empirical literature review	Global Health Action	Canada-China
122	2015	Rowthorn V.	Global/Local: What Does It Mean for Global Health Educators and How Do We Do It?	Annals of Global Health	USA
123	2015	Bruno D.M.	A Global Health Elective for US Medical Students: The 35 Year Experience of the State University of New York, Downstate Medical Center, School of Public Health	J Community Health	USA
124	2015	Jogerst K.	Identifying Interprofessional Global Health Competencies for 21st-Century Health Professionals	Annals of Global Health	USA
125	2015	Teichholtz S.	Teaching Corner: An Undergraduate Medical Education Program Comprehensively Integrating Global Health and Global Health Ethics as Core Curricula	Bioethical Inquiry	Israel
126	2015	Karkee R.	Defining and developing a global public health course for public health graduates	Front. Public Health	Nepal-Australia
127	2015	Duke P.	Morning in refugee health: An introduction for medical students	International journal of migration, health and social care	Canada

128	2015	Burgos J.L.	Supporting the minority physician pipeline: providing global health experiences to undergraduate students in the United States Mexico border region	Medical Education Online	USA-Mexico
129	2015	Bakshi S.	The Human Rights and Social Justice Scholars Program: A Collaborative Model for Preclinical Training in Social Medicine	Annals of Global Health	USA
130	2015	Harmer A.	Global health education in the United Kingdom: a review of university undergraduate and postgraduate programmes and courses	Public Health	UK
131	2014	Ambrose A.J.H.	Social Justice in Medical Education: Strengths and Challenges of a Student-Driven Social Justice Curriculum	HAWAI'I JOURNAL OF MEDICINE & PUBLIC HEALTH,	USA
132	2014	Chen X.	Understanding the Development and Perception of Global Health for More Effective Student Education	YALE JOURNAL OF BIOLOGY AND MEDICINE	USA
133	2014	Hutchins F.T.	An Anthropological Approach to Teaching Health Sciences Students Cultural Competency in a Field School Program	Academic Medicine	USA
134	2014	Kulkarni A.	How we developed a locally focused Global Health Clinical Preceptorship at Weill Cornell Medical College	Medical Teacher	USA
135	2014	Kumwenda B.	Western medical students' experiences on clinical electives in sub-Saharan Africa	Medical Education	UK
136	2014	Mahoney S.	How Social Accountability Can be Incorporated into an Urban Community-based Medical Education Program: An Australian Initiative	Education for health	Australia
137	2014	Mpofu R.	Impact of an interprofessional education program on developing skilled graduates well-equipped to practise in rural and underserved areas	Rural and remote health	South Africa

138	2014	O'Donnel P.	Unchallenged good intentions: a qualitative study of the experiences of medical students on international health electives to developing countries	Human Resources for Health	Ireland
139	2014	Ojeda V.D.	Establishing A Binational Student-Run Free-Clinic In Tijuana, Mexico: A Model for U.S.-Mexico Border States	J Immigr Minor Health	USA - Mexico
140	2014	Ramakrishna J.	Design and pilot implementation of an evaluation tool assessing professionalism, communication and collaboration during a unique global health elective	Medicine, Conflict and Survival	Canada
141	2014	Schröder-Bäck P.	Teaching seven principles for public health ethics: towards a curriculum for a short course on ethics in public health programmes	BMC Medical Ethics	Netherlands
142	2014	Wallace L.J.	Pre-departure Training and the Social Accountability of International Medical Electives	Education for health	Canada
143	2014	White M.	Developing Ethical Awareness In Global Health: Four Cases For Medical Educators	Developing World Bioethics	
144	2014	Wilson L.L.	Enhancing global health and education in Malawi, Zambia, and the United States through an interprofessional global health exchange program	Applied Nursign research	
145	2014	Zhang C.	Bridging the Gap: Enhancing Cultural Competence of Medical Students Through Online Videos	J Immigrant Minority Health	
146	2014	Zhang C.	Medical students' self-reported preparedness and attitudes in providing care to ethnic minorities	Ethnicity & Disease	Canada
147	2014	Seeleman C.	A students' survey of cultural competence as a basis for identifying gaps in the medical curriculum	BMC Medical Education	Netherlands

148	2014	Kulkarni A.	How we developed a locally focused Global Health Clinical Preceptorship at Weill Cornell Medical College	Medical Teacher	USA
149	2014	Boscardin C.K.	Educational and Individual Factors Associated With Positive Change in and Reaffirmation of Medical Students' Intention to Practice in Underserved Areas	Academic Medicine	USA
150	2014	Lumb A.	Electives in undergraduate medical education	Medical Teacher	UK
151	2014	Peluso M.J.	Global health education programming as a model for inter-institutional collaboration in interprofessional health education	Journal of Interprofessional Care	USA
152	2014	Kao J.	The Growth of Medical Student Opportunities in Global Health	Medical Student Research Journal	USA
153	2014	Jackson C.S.	Addressing Health and Health-Care Disparities: The Role of a Diverse Workforce and the Social Determinants of Health	Public Health Reports	USA
154	2014	Ibrahim G.M.	Think Global, Act Local: Medical Students Contextualize Global Health Education	Education for Health	Canada
155	2014	Dell E.	The ethics and safety of medical student global health electives	International Journal of Medical Education.	Canada
156	2014	Brown L.	Towards Defining Interprofessional Competencies for Global Health Education: Drawing on Educational Frameworks and the Experience of the UW-Madison Global Health Institute	journal of law, medicine & ethics	USA
157	2014	Pfeifle A.	The Creation of an Institutional Commons: Institutional and Individual Benefits and Risks in Global Health Interprofessional Education	interprofessional global health education	USA

158	2014	Seymour B.	A Historical and Undergraduate Context to Inform Interprofessional Education for Global Health	interprofessional global health education	USA
159	2014	Wilson L.	Identifying Global Health Competencies to Prepare 21st Century Global Health Professionals: Report from the Global Health Competency Subcommittee of the Consortium of Universities for Global Health	journal of law, medicine & ethics	USA
160	2014	Williams B.	Developing a Professional Pathway in Health Equity to Facilitate Curricular Transformation at the University of Michigan Medical School	Academic Medicine	USA
161	2014	Stapleton G.	Global health ethics: an introduction to prominent theories and relevant topics	Global Health Action	Europe
162	2014	Palmer V.S.	Interprofessional Global Health Education in a Cosmopolitan Community of North America: The iCHEE Experience	Academic Medicine	USA
163	2014	McCall D.	Health Care Voluntourism: Addressing Ethical Concerns of Undergraduate Student Participation in Global Health Volunteer Work	HEC Forum	USA
164	2014	Ablah E.	Improving Global Health Education: Development of a Global Health Competency Model	Am. J. Trop. Med. Hyg.	USA
165	2014	O'Brien M.	Training medical students in the social determinants of health: the Health Scholars Program at Puentes de Salud	Advances in Medical Education and Practice	USA
166	2013	Seymour B.	Results from a New Global Oral Health Course: A Case Study at One Dental School	Journal of dental education	USA
167	2013	Pechak C.	Interprofessional Education: A Pilot Study of Rehabilitation Sciences Students Participating in Interdisciplinary International Service-Learning	Journal of allied health	USA

168	2013	Liebe S.	Student interest and knowledge concerning global health electives: a USD Sanford School of Medicine study	The Journal of the South Dakota State Medical Association	USA
169	2013	Law I.R.	International medical electives undertaken by Australian medical students: current trends and future directions	MJA	Australia
170	2013	Asgary R.	Teaching Immigrant and Refugee Health to Residents: Domestic Global Health	Teaching and Learning in Medicine	USA
171	2013	Asgary R.	Domestic Global Health: A Curriculum Teaching Medical Students to Evaluate Refugee Asylum Seekers and Torture Survivors	Teaching and Learning in Medicine	USA
172	2013	VanderWielen L.	The development of student-led interprofessional education and collaboration.	Journal of interprofessional care	USA
173	2013	Stys D.	What is the value of global health electives during medical school?	Medical Teacher	Canada
174	2013	Cherniack W.A.	Educational Objectives of International Medical Electives – a narrative literature review	Academic Medicine	Canada-USA
175	2013	Khan O.A.	Global health education in U.S. Medical schools	BMC Medical Education	USA
176	2012	Holmes D.	Student Objectives and Learning Experiences in a Global Health Elective	J Community Health	USA
177	2012	Francis E.R.	The Global Health Curriculum of Weill Cornell Medical College: How One School Developed a Global Health Program	Academic Medicine	USA

178	2012	Lahey T.	A Proposed Medical School Curriculum to Help Students Recognize and Resolve Ethical Issues of Global Health Outreach Work	Academic Medicine	USA
179	2012	Anderson K.	Are We There Yet? Preparing Canadian Medical Students for Global Health Electives	Academic Medicine	Canada
180	2012	Abedini N.	Understanding the Effects of Short-Term International Service—Learning Trips on Medical Students	Academic Medicine	USA
181	2012	Sears K.P.	Improving cultural competence education: the utility of an intersectional framework	Medical education	USA
182	2012	Peluso M.J.	Guiding principles for the development of global health education curricula in undergraduate medical education	Medical Teacher	USA
183	2012	Weissman G.E.	Global Health at Home: A Student-Run Community Health Initiative for Refugees	Journal of Health Care for the Poor and Underserved	USA
184	2012	Rowson M.	Conceptualising global health: theoretical issues and their relevance for teaching	Globalization and Health	UK
185	2012	Johnson O.	Global health learning outcomes for medical students in the UK	Lancet	UK
186	2012	Rowson M.	The evolution of global health teaching in undergraduate medical curricula	Globalization and Health	UK
187	2011	Wayne S.	The Association Between Intolerance of Ambiguity and Decline in Medical Students' Attitudes Toward the Underserved	Academic Medicine	USA

188	2011	Riegelman R.K.	Undergraduate Public Health at 4-Year Institutions It's Here to Stay	American Journal of Preventive Medicine	USA
189	2011	Hamilton J.	Two birds with one stone: Addressing interprofessional education aims and objectives in health profession curricula through interdisciplinary cultural competency training	Medical Teacher	Australia
190	2011	Elit L.	Ethical issues encountered by medical students during international health electives	Medical Education	Canada
191	2011	Dharamsi S.	Socially responsible approaches to international electives and global health outreach	Medical Education	USA
192	2011	Redwood-Campbell L.	Developing a curriculum framework for global health in family medicine: emerging principles, Competencies, and educational approaches	BMC Medical Education	Canada
193	2011	Laven G.	Global health education for medical undergraduates	Rural and remote health	Australia
194	2011	Reitmanova S.	Cross-Cultural Undergraduate Medical Education in North America: Theoretical Concepts and Educational Approaches	Teaching and Learning in Medicine	USA
195	2011	Kerry V.B.	Managing the Demand for Global Health Education	Plos Medicine	USA
196	2010	Provenzano A.	Short-Term Global Health Research Projects by US Medical Students: Ethical Challenges for Partnerships	Am. J. Trop. Med. Hyg.	USA
197	2010	Petrosoniak A.	International health electives: thematic results of student and professional interviews	Medical Education	Canada

198	2010	Gould L.	Successes and Challenges of Teaching the Social Determinants of Health in Secondary Schools: Case Examples in Seattle, Washington	Health Promotion Practice	USA
199	2010	Duvivier R.	Medical education in global health: student initiatives in the Netherlands	Medical Education	Netherlands
200	2010	Dotchin C.	Delivering global health teaching: the development of a global health option	The Clinical Teacher	UK
201	2010	Bozorgmehr K.	Global Health Education: a cross-sectional study among German medical students to identify needs, deficits and potential benefits (Part 1 of 2: Mobility patterns & educational needs and demands)	BMC Medical Education	Germany
202	2010	Bozorgmehr K.	Global Health Education: a cross-sectional study among German medical students to identify needs, deficits and potential benefits (Part 2 of 2: Knowledge gaps and potential benefits)	BMC Medical Education	Germany
203	2010	Battat R.	Global health Competencies and approaches in medical education: a literature review	BMC Medical Education	Canada
204	2010	Hanson L.	Global Citizenship, Global Health, and the Internationalization of Curriculum	Journal of Studies in International Education	Canada
205	2009	Genao I.	Empowering Students With Cultural Competence Knowledge: Randomized Controlled Trial of a Cultural Competence Curriculum for Third-Year Medical Students	JOURNAL OF THE NATIONAL MEDICAL ASSOCIATION	USA
206	2009	Dowell J.	Electives: isn't it time for a change?	Medical Education	UK

207	2009	Seeleman C.	Cultural competence: a conceptual framework for teaching and learning	Medical Education	Netherlands
208	2009	Pinto A.	Global Health Ethics For Students	Developing World Bioethics	Canada
209	2009	Kumagai A.	Beyond Cultural Competence: Critical Consciousness, Social Justice, and Multicultural Education	Academic Medicine	USA
210	2009	Hegarty J.	The undergraduate education of nurses: looking to the future	International journal of nursing education scholarship	Ireland
211	2008	Parsi K.	Preparing Medical Students for the World: Service Learning and Global Health Justice	Medscape journal of medicine	USA
212	2008	Sanson-Fisher R.W.	Health inequities: the need for action by schools of medicine	Medical Teacher	Australia
213	2008	Izadnegahdar R.	Global Health in Canadian Medical Education: Current Practices and Opportunities	Academic Medicine	Canada
214	2007	Ko M.	The Role of Medical Education in Reducing Health Care Disparities: The First Ten Years of the UCLA/Drew Medical Education Program	Journal of General Internal Medicine	USA
215	2007	Heravi M.	A novel resource model for underprivileged health support: Community	Rural and remote health	USA
216	2007	Fox G.J.	Medical students, medical schools and international health	Medical Journal of Australia	Australia

217	2007	Drain P.K.	Global Health in Medical Education: A Call for More Training and Opportunities	Academic Medicine	USA
218	2007	Pottie K.	Health advocacy for refugees Medical student primer for competence in cultural matters and global health	Canadian Family Physician	Canada
219	2007	Haupt E.	Three Domains of Competency in Global Health Education: Recommendations for All Medical Students	Academic Medicine	USA
220	2006	Koehn P.	Medical Education for a Changing World: Moving Beyond Cultural Competence into Transnational Competence	Academic Medicine	USA
221	2006	Niemantsverdriet S.	'I found myself to be a down to earth Dutch girl': a qualitative study into learning outcomes from international traineeships	Medical Education	Netherlands
222	2006	Grinswold K.	Refugees and medical student training: results of a programme in primary care	Medical Education	USA
223	2006	Koehn P.H.	Medical Education for a Changing World: Moving Beyond Cultural Competence into Transnational Competence	Academic Medicine	USA
224	2006	Koehn P.H.	Globalization, migration health, and educational preparation for transnational medical encounters	Globalization and Health	USA
225	2006	Betancourt J.R.	Cultural Competence and Medical Education: Many Names, Many Perspectives, One Goal	Academic Medicine	USA
226	2006	Walker B.J.	Workshop on global health trends for health professional education.	Journal of health care for the poor and underserved	USA

227	2005	Faunce T.	Flexner's ethical oversight reprised? Contemporary medical education and the health impacts of corporate globalisation	Medical Education	Australia
228	2004	Margolis C.	A Medical School for International Health Run by International Partners	Academic Medicine	USA-Israel
229	2004	Edwards R.	Understanding global health issues: are international medical electives the answer?	Medical Education	UK
230	2004	Imperato P.J.	A third world international health elective for U.S. medical students: the 25-year experience of the State University of New York, Downstate Medical Center.	Journal of Community Health	USA
231	2004	Jotkowitz A.B.	Evaluation of student attitudes and knowledge in a new program in international health and medicine	Medical Teacher	USA-Israel
232	2003	Yudkin J.	Introducing medical students to global health issues: a Bachelor of Science degree in international health	Lancet	UK
233	2003	Crandall S.J.	Applying Theory to the Design of Cultural Competency Training for Medical Students: A Case Study	Academic Medicine	USA
234	2003	Trehan I.	Collaboration between medical students and NGOs: a new model for international health education.	Medical Education	USA
235	2002	Morell V.M.	Creating student awareness to improve cultural competence: creating the critical incident	Medical teacher	USA
236	2001	Urkin J.	Integrating Global Health and Medicine into the Medical Curriculum	Education for Health	USA-Israel

237	2001	Bateman C.	Bringing global issues to medical teaching	Lancet	UK
238	1998	Davis D.	Global health, global learning	BMJ	Canada
239	1996	Imperato P.J.	A Third World international health elective for U.S. medical students. The 16-year experience of the State University of New York, Health Science Center at Brooklyn.	Journal of Community Health	USA
240	1995	Fisher H.M.	Community Service as an Integral Component of Undergraduate Medical Education: Facilitating Student Involvement	Bulletin Of The New York Academy Of Medicine	USA
241	1993	Bandaranayake D.R.	International health teaching: a survey of 100 medical schools in developed countries	Medical Education	New Zealand

ALTRI DOCUMENTI RILEVANTI

	Anno di pubblicazione	Autori	Titolo	Luogo di pubblicazione
1	2020	Cuff P. e Forstag E.H. - Global Forum on Innovation in Health Professional Education – The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine	Educating Health Professionals to Address the Social Determinants of Mental Health: Proceedings of a Workshop	USA
2	2018	CUGH – Consortium of Universities for Global Health	Global Health Education Competencies ToolKit	International
3	2017	IFMSA (International Federation of Medical Students' Associations) et al	Student Declaration on Social Accountability in Health Professions Education	International
4	2016	Cuff P. - Global Forum on Innovation in Health Professional Education - The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine	Envisioning the Future of Health Professional Education: Workshop Summary	USA
5	2016	Committee on Educating Health Professionals to Address the Social Determinants of Health; Board on Global Health; Institute of Medicine; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine	A Framework for Educating Health Professionals to Address the Social Determinants of Health	USA
6	2015	Committee on Measuring the Impact of Interprofessional Education on Collaborative Practice and Patient Outcomes; Board on Global Health; Institute of Medicine.	Measuring the impact of interprofessional education on collaborative practice and patient outcomes.	USA

7	2015	Global Forum on Innovation in Health Professional Education; Board on Global Health; Institute of Medicine.	Building Health Workforce Capacity Through Community-Based Health Professional Education: Workshop Summary	USA
8	2008	Evert J, Mautner D, Hoffman I. A collaboration of AMSA, GHEC, IFMSA-USA, AND R4WH	Developing Global Health Curricula: A Guidebook For Us & Canadian Medical Schools	USA - Canada
9	2006	Global Health Resource Group of the Association of Faculties of Medicine of Canada	Towards A Medical Education Relevant To All: The Case For Global Health In Medical Education	Canada
10	2005	AAMC (Association of American Medical Colleges)	Cultural Competence Education	USA

ALLEGATO 2: ARTICOLI SCIENTIFICI PUBBLICATI NEL CORSO DEL DOTTORATO DI RICERCA

Cit: Civitelli G, Tarsitani G, Rinaldi A, Marceca M. Medical education: an Italian contribution to the discussion on global health education. *Global Health* 2020; 16, 30. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00561-8>

Civitelli et al. *Globalization and Health* (2020) 16:30
<https://doi.org/10.1186/s12992-020-00561-8>

Globalization and Health

RESEARCH **Open Access**



Medical education: an Italian contribution to the discussion on global health education

Giulia Civitelli^{1,2,3,*}, Gianfranco Tarsitani^{1,2}, Alessandro Rinaldi^{1,2,3} and Maurizio Marceca^{1,2,3,5}

Abstract

Background: In Italy an important contribution to the spread of global health education (GHE) grew from the establishment and work of the Italian Network for Global Health Education (INGHE). INGHE gave a national shared definition of global health (GH), grounded in the theory of determinants of health, inspired by a vision of social justice, and committed to reduce health inequities. The aim of this article is to share with the international community INGHE's point of view on Medical Education.

Methods: To express its view of medical education at the national level, INGHE established a dedicated commission, which elaborated a first draft of the document and then shared and discussed it with all other members.

Results: INGHE elaborated a paper where it explained the need to change medical education in order to prepare future health professionals for the challenges of the globalized and unequal world. In this article the authors summarize the experience of INGHE and share with the international community its document.

Conclusions: The authors believe it is necessary now, more than ever, to insert this new approach to health at social and academic levels. Students should play a fundamental role in the spread of GHE, and activities related with GHE could be considered an important part of the third mission of universities to promote social justice.

Keywords: Global health, Medical education, Medical ethics, Determinants of health, Inequities in health, University's third mission

Background

The current social and political situation at the international and domestic Italian levels stimulates the authors of this paper to share with the international community the experience of the Italian Network for Global Health Education (INGHE) and the reflections produced by this network. The originality of this article relies on the presentation to the international community of the document "Change Medical Education", which contains INGHE's perspective on Medical Education and Global Health Education (GHE).

The necessary introduction to this article is the determined belief that there could and should not be any neutrality in the academic and scientific field, and especially in the medical field [1]. As health professionals are concerned about the health and life of the people they serve, they cannot stay neutral in front of political choices and social situations [2, 3]. These considerations should have consequences on how future doctors and health professionals are educated at universities. As the Lancet Commission noted, the education of health professionals needs to be transformed [4]. In the past few

* Correspondence: giulia.civitelli@uniroma1.it
¹Public Health and Infectious Diseases Department, Sapienza University of Rome, Piazzale Aldo Moro 5, 00185 Rome, Italy
²Italian Network for Global Health Education (INGHE), Rome, Italy
Full list of author information is available at the end of the article

 © The Author(s). 2020 **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

Cit: Civitelli G, Tarsitani G., Rinaldi A, Marceca M. Long-term impact of Global Health educational experiences in Rome: an attempt of measurement. Arch Public Health 2020;78, 90.
<https://doi.org/10.1186/s13690-020-00478-z>.

Civitelli et al. *Archives of Public Health* (2020) 78:90
<https://doi.org/10.1186/s13690-020-00478-z>

Archives of Public Health

RESEARCH Open Access

Check for updates

Long-term impact of Global Health educational experiences in Rome: an attempt of measurement

Giulia Civitelli^{*}, Gianfranco Tarsitani, Alessandro Rinaldi and Maurizio Marceca

Abstract

Background: Global health education (GHE) is spreading in Europe and in other parts of the world. Since 2008, Sapienza University of Rome has offered activities to medical and other health profession students related to global health (GH), which is grounded in the theory of social determinants of health and inspired by social justice. The educational activities included elective courses as well as community and service-learning experiences, referred to as GH gyms. This study attempts to measure the long-term impact of these educational experiences, especially to demonstrate their influence on the perceived social responsibility of future health professionals.

Methods: A questionnaire was elaborated and tested on a small sample of participants. It was sent to participants by e-mail. Quantitative results were analysed through descriptive statistics and qualitative answers were carefully read and classified.

Results: A total of 758 students from different faculties took part to the educational experiences. Only 488 e-mail addresses were available. One hundred and five (21.5%) questionnaires were returned. Participation in GH gyms was perceived to have had a higher influence on future professional and personal choices, when compared to participation in elective GH courses.

Conclusions: The study shows that consideration of health and social issues related with inequities in health and the use of interactive teaching methodologies had important effects on social responsibility of a large number of students. As there could be a selection bias among respondents, more research is needed to understand the impact of GH educational experiences. The inclusion of global health education in health and social curricula and the use of interactive methodologies with a correct evaluation of results are the indications that emerge from this research, together with the necessity of a strong involvement of students, professors and the whole academic reality.

Keywords: Global health education, Health equity, Migrants, Refugees, Prisoners, Third-Mission

Background

Global health education (GHE) is becoming more important for the education of current and future health professionals, as a means to prepare them to live and work in a globalized world [1–19]. The Global Health approach, based on the theory of social determinants of health, aims to allow physicians to recognise and tackle the social, economic, political and cultural factors which influence patient's health. Those factors, related to the local, national and global context, are the causes of existing inequities in health within and between countries. The authors argue for the importance of including social medicine and global health in the preclinical curriculum

^{*} Correspondence: giulia.civitelli@uniroma1.it
Department of Public Health and Infectious Diseases - Sapienza University of Rome, Piazzale Aldo Moro 5, 00185 Rome, Italy

 © The Author(s). 2020 **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

Cit: Civitelli G, Liddo M, Mutta I, Maisano B, Tarsitani G, Marceca M, Castro Cedeno G, Geraci S. A service-learning experience in a free medical centre for undocumented migrants and homeless people. Arch Public Health 2021; 79, 7. <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00530-6>

Civitelli et al. *Archives of Public Health* (2021) 79:7
<https://doi.org/10.1186/s13690-021-00530-6>

Archives of Public Health

RESEARCH **Open Access**



A service-learning experience in a free medical centre for undocumented migrants and homeless people

Giulia Civitelli^{1,2*} , Marica Liddo², Irene Mutta², Bianca Maisano², Gianfranco Tarsitani¹, Maurizio Marceca¹, Gonzalo Castro Cedeno² and Salvatore Geraci²

Abstract

Background: Service-learning experiences, informed by the realities of poverty and marginalization, are important for the education of future health professionals in order to commit them to tackling health inequalities and working with underserved populations. At the Caritas Medical Centre for undocumented migrants and homeless in Rome, students obtain an educational experience of service. The aim of this study is to try to measure the long-term impact of this experience on the professional and life choices of the student participants.

Methods: A questionnaire was designed and distributed by email to all 19–29 years old participants in the experience. Responses were collected and analysed in a quantitative descriptive way and in a qualitative way using the knowledge, skills and attitudes model.

Results: One hundred and seven students responded from the total 763 questionnaires distributed. Ninety-five percent of participants expressed a very high overall satisfaction, 93% declared that the experience influenced his/her future personal choices, and 84% found that the experience influenced their professional choices. Results were arranged into 6 categories of comments: knowledge about the realities of migration, poverty, and marginalization; relational skills; collaborative skills; attitudes towards migrants, poor people and others; Attitudes towards future professions; Attitudes towards life. A final category was listed with self-reflective questions related to the experience.

Conclusion: This research shows the importance of service-learning experiences made during academic studies from young students of medicine and other faculties. Developing a relationship with marginalized and homeless people, within a voluntary service setting, can influence the future professional and personal choices of students. Universities should recognize the value of such experiences and establish partnerships with non-profit organizations to allow future health professionals to confront health inequities and commit themselves to their reduction.

Keywords: Global health education, Migrants, Refugees, Homeless people, University's third mission

* Correspondence: giulia.civelli@uniroma1.it
¹Department of Public Health and Infectious Diseases - Sapienza University of Rome, Piazzale Aldo Moro 5, 00185 Rome, Italy
²Caritas Medical Area, Via Marsala 103, 00185 Rome, Italy

 © The Author(s). 2021 **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Global health education for medical students in Italy



Giulia Civitelli^{1,2,3,4*}, Gianfranco Tarsitani^{1,2}, Veronica Censi^{1,3}, Alessandro Rinaldi^{1,2,3} and Maurizio Marceca^{1,2,3,5}

Abstract

Background: Global health education (GHE) in Italy has spread since the first decade of 21st century. The presence of global health (GH) courses in Italy was monitored from 2007 to 2013. In 2019, a new survey was proposed to assess the availability of educational opportunities in Italian medical schools.

Methods: An online survey was carried out using a questionnaire administered to a network of interested individuals with different roles in the academic world: students, professors, and members of the Italian Network for Global Health Education. The features of courses were analysed through a score.

Results: A total of 61 responses were received from affiliates of 33 out of the 44 medical schools in Italy. The national mean of GH courses for each faculty was 1.2, reflecting an increase from 2007. The courses increased nationwide, resulting in a dispersed GHE presence in northern, central and southern Italy. One of the most critical points was related to the nature of "elective" courses, which were not mandatory in the curricula. Enrollees tended to be students genuinely interested in GH issues. Some community and service-learning experiences, referred to as GH gyms, were also detected at national and international levels.

Conclusions: GHE has spreading in Italy in line with the vision of the Italian Network for Global Health Education. Although progress has been made to disperse GH courses around the country, more academic commitment is needed to include GH in the mandatory curricula of medical schools and other health faculties.

Keywords: Global health, medical education, health equity, university's third mission

Background

In the last two decades Global Health Education (GHE) spread in Europe and around the world, as an increasing number of scientific articles have shown [1–9]. Surveys on global health educational opportunities conducted in several countries offer insights into international developments in GHE early in the 21st century.

At the beginning of the century most medical schools were not well positioned to address the needs of global health training, despite both the strong, growing demand from medical students and the changing societal forces

that call for it [10, 11]. In some countries, such as Sweden, there seemed to be a consensus that global health education could be a means to increase the fulfilment of knowledge and skills in topics such as socioeconomic determinants of health, global perspective on health-care systems, health promotion and disease prevention, human rights and ethics [12]. Some authors made the hypothesis that a substantial challenge facing the expansion of global health training within medical school curricula was the lack of consensus among schools about the necessary information and skills that need to be taught [13, 14].

In 2007, Rowson and colleagues carried out a survey of medical schools across the world in an effort to analyse the teaching of global health. Results indicated that the frequency of teaching GH was rising in prominence,

* Correspondence: giulia.civitelli@uniroma1.it
¹Public Health and Infectious Diseases Department, Sapienza University of Rome, Piazzale Aldo Moro 5, 00185 Rome, Italy
²Italian Network for Global Health Education (INGHE), Rome, Italy
Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s) 2021 **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

Febbraio 2022