



Salute globale
e aiuti allo sviluppo
Diritti, ideologie, inganni

3^o

*Rapporto
dell'Osservatorio Italiano
sulla Salute Globale*

Edizioni ETS

Salute globale
e aiuti allo sviluppo
Diritti, ideologie, inganni

3°

*Rapporto
dell'Osservatorio Italiano
sulla Salute Globale*



Edizioni ETS



www.edizioniets.com

© Copyright 2008

EDIZIONI ETS

Piazza Carrara, 16-19, I-56126 Pisa

info@edizioniets.com

www.edizioniets.com

Distribuzione

PDE, Via Tevere 54, I-50019 Sesto Fiorentino [Firenze]

ISBN 978-884672114-3

INDICE

<i>Prefazione</i> di Gavino Maciocco e Adriano Cattaneo	7
Lista delle abbreviazioni	19
PARTE PRIMA	
L'aiuto allo sviluppo in campo sanitario	
1.1 A trent'anni da Alma Ata: l'evoluzione delle politiche globali in sanità <i>di Eduardo Missoni e Guglielmo Pacileo</i>	23
1.2 Livelli essenziali di assistenza garantiti a tutti <i>di Gavino Maciocco, Elena Pariotti e Angelo Stefanini</i>	34
1.3 L'aiuto pubblico allo sviluppo e la cooperazione sanitaria <i>di Maurizio Murru e Fabrizio Tediosi</i>	47
1.4 Riusciranno i nostri eroi a rafforzare i sistemi sanitari? <i>di Gavino Maciocco</i>	78
1.5 L'equilibrio macroeconomico e il diritto alla salute in Uganda. Due logiche in conflitto? <i>di Daniele Giusti</i>	98
1.6 Gli aiuti umanitari: tra carità, ideologia, inganno <i>di Adriano Cattaneo, Nicoletta Dentico e Angelo Stefanini</i>	113
1.7 Conflitti armati e lavoro umanitario <i>di Pirous Fateh-Moghadam e Valeria Confalonieri</i>	128
1.8 Gli aiuti internazionali al territorio palestinese occupato <i>di Angelo Stefanini e Enrico Pavignani</i>	140
1.9 I sistemi di valutazione dell'aiuto allo sviluppo <i>di Marianna Bacci Tamburlini e Giorgio Tamburlini</i>	151
1.10 La cooperazione italiana allo sviluppo in sanità: tra contraddizioni e buoni propositi <i>di Eduardo Missoni, Guglielmo Pacileo e Adriano Cattaneo</i>	164
1.11 La cooperazione sanitaria cinese in Africa <i>di Paola Agnelli</i>	179
1.12 L'aiuto allo sviluppo visto dal Sud <i>di Sunil Deepak, Maria Hamlin Zuniga, Narayan Shrestha, Masood Yama e Victor Francisco Gomes</i>	186

1.13 Il punto di vista delle ONG	203
1.13.1 Medici senza frontiere <i>di Kostas Moschochoritis</i>	203
1.13.2 Medici con l’Africa Cuamm <i>di Dante Carraro e Giovanni Putoto</i>	211
1.13.3 Emergency <i>di Carlo Garbagnati</i>	218
1.14 La migrazione del personale sanitario <i>di Maurizio Murru</i>	225
1.15 Il personale infermieristico straniero in Italia <i>di Giancarlo Brunetti</i>	245
PARTE SECONDA	
Attualità e aggiornamenti sulla salute globale	
2.1 Politiche di salute globale	253
2.1.1 Salute e diritti di proprietà intellettuale: la guerra infinita <i>di Nicoletta Dentico e Enrico Materia</i>	253
2.1.2 Big Pharma e i conflitti d’interesse <i>di Luisella Grandori e Adriano Cattaneo</i>	264
2.1.3 I partenariati globali pubblico-privato <i>di Eduardo Missoni e Guglielmo Pacileo</i>	272
2.1.4 <i>Advance Market Commitments:</i> un nuovo meccanismo di aiuto allo sviluppo? <i>di Nicoletta Dentico</i>	279
2.1.5 Rifugiati, richiedenti asilo e diritto alla salute <i>di Maurizio Marceca e Salvatore Geraci</i>	286
2.2 Stato di salute nel mondo	295
2.2.1 Malaria, Tubercolosi, AIDS <i>di Luigi Ciccio</i>	295
2.2.2 Malattie dimenticate <i>di Marco Albonico, Lorenzo Savioli e Valeria Confalonieri</i>	306
2.2.3 Le malattie della bocca e dei denti <i>di Patrizia Di Caccamo e Guido Benedetti</i>	315
2.2.4 Malattie cardiovascolari <i>di Alejandro Macchia, Simona Monte e Gianni Tognoni</i>	322
2.3 Sistemi sanitari	333
2.3.1 USA <i>di Gavino Maciocco e Sara Barsanti</i>	333
2.3.2 Cina <i>di Daniele Brombal</i>	346
2.3.3 Cuba <i>di Maurizio Bonati</i>	354
2.3.4 Brasile <i>di Mauro Serapioni</i>	366
Profilo degli autori	377

Salute globale
e aiuti allo sviluppo
Diritti, ideologie, inganni

3°

*Rapporto
dell'Osservatorio Italiano
sulla Salute Globale*

Prefazione

Tutti siamo responsabili di tutto

I fratelli Karamazov
Fëdor Michajlovič Dostoevsky

L'aiuto allo sviluppo in campo sanitario – tema centrale del terzo Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale (OISG) – dovrebbe intervenire per far fronte alle impressionanti diseguaglianze “globali” nella salute, cui è stato dedicato il precedente, secondo Rapporto.

“L'epidemiologia ci consente di leggere con sempre maggiore precisione la dimensione quantitativa delle diseguaglianze nella salute ed insieme il grado di correlazione tra indicatori sanitari (speranza di vita alla nascita, mortalità generale e specifica per patologia e per età, etc.) e determinanti della salute (reddito, istruzione, accesso ai servizi sanitari, etc.). L'enorme mole di dati a disposizione svela scenari impressionanti. La morte, ogni anno, di 10,8 milioni di bambini di età inferiore ai 5 anni che – nel 90% dei casi – si verifica nei paesi più poveri del pianeta; 10,8 milioni di decessi che potrebbero essere in larga parte (63%) evitati garantendo l'accesso a servizi sanitari di primo livello, tanto efficaci quanto economici (terapia della diarrea con reidratazione orale – solo con questo intervento si eviterebbero oltre 1,4 milioni di morti –, allattamento al seno, parti effettuati in ambiente pulito, somministrazione di vitamina A, vaccinazioni, etc.). La morte ogni anno di circa tre milioni di persone a causa di Hiv/Aids, soprattutto in Africa sub-Sahariana, anche per la mancanza di farmaci (troppo costosi) e di attrezzature e di personale adeguato (sistemi sanitari allo sfascio). Potremmo continuare a citare dati analoghi per tubercolosi, malaria, mortalità materna, etc. Le correlazioni sono quanto mai evidenti: alla base di questo terribile eccesso di mortalità ci sono la deprivazione materiale, i bassi livelli d'istruzione, la pressochè totale impossibilità di accedere liberamente a servizi sanitari di base, essenziali e qualificati”. (*Dalla Prefazione del 2° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale*¹).

Il quadro epidemiologico sopradescritto non è sostanzialmente mutato negli ultimi due anni e in questo Rapporto cerchiamo di analizzare, da molteplici prospettive, le caratteristiche delle politiche di cooperazione sanitaria internazionale, delle azioni e dei programmi dei diversi attori che calcano questa scena. Uno scenario complesso, denso di “contraddizioni e buone intenzioni”, di “carità, ideologie e inganni”. Alla fine però – se dovessimo in estrema sintesi trarre una qualche conclusione – non potremmo che sottoscrivere le affermazioni di un recente editoriale di *Lancet*: *“Bambini e donne stanno morendo perché coloro che hanno il potere di prevenire quelle morti hanno scelto di non agire. Questa indifferenza – da parte di politici, amministratori, donatori, finanziatori della ricerca, da parte della stessa società civile – è il tradimento della nostra speranza collettiva per una società più forte e più giusta; per una società che dà valore a ogni vita, indipendentemente da quanto giovane o nascosta agli occhi del pubblico questa vita possa essere. Quello che abbiamo di fronte è un mondo squilibrato in cui solo coloro che hanno soldi, forza militare e influenza politica stabiliscono cosa conta e chi conta. Come professionisti sanitari noi non dobbiamo accettare questa pervasiva mancanza di rispetto della vita umana”*².

Trent’anni orsono, nel 1978, nessuno avrebbe previsto un’evoluzione così disastrosa della situazione sanitaria (oltre che sociale ed economica) per una parte dell’umanità. È vero che di lì a pochissimi anni sarebbe esplosa, del tutto imprevedibile, l’epidemia di Hiv/Aids, ma questa ha colpito con virulenza selettiva – per i motivi di cui sopra – le diverse aree del pianeta. Il 1978 è stato un anno memorabile per la sanità internazionale. È stato l’anno in cui è stato finalmente debellato su scala planetaria il vaiolo, obiettivo raggiunto attraverso un lungo processo che ha coinvolto, con la regia dell’OMS, le strutture di sanità pubblica di tutto il mondo. Il 1978 è stato soprattutto l’anno della Dichiarazione di Alma Ata³, lo storico documento dell’OMS che – sottoscritto da quasi tutti i paesi del mondo – segnava una svolta per le politiche sanitarie globali. Ne citiamo di seguito alcuni passaggi:

- “La salute, come stato di benessere fisico, mentale e sociale e non solo come assenza di malattia o infermità, è un diritto fondamentale dell’uomo e l’accesso ad un livello più alto di salute è un obiettivo sociale estremamente importante, d’interesse mondiale,

e presuppone la partecipazione di numerosi settori socio-economici oltre che di quelli sanitari”.

- “Le profonde disuguaglianze nello stato di salute tra i paesi più industrializzati e quelli in via di sviluppo, così come all’interno dei paesi stessi, sono politicamente, socialmente ed economicamente inaccettabili e costituiscono motivo di preoccupazione comune per tutti i paesi”.
- “Un livello accettabile di salute per tutti i popoli del mondo nell’anno 2000 può essere raggiunto mediante un uso pieno e migliore delle risorse globali, una parte considerevole delle quali è attualmente spesa in armi e conflitti militari”.
- “Tutte le nazioni dovrebbero agire in uno spirito di stretta cooperazione e di servizio per garantire a ciascuno l’assistenza sanitaria primaria, dal momento che il raggiungimento della salute da parte delle persone di un qualsiasi paese interessa direttamente e rappresenta un beneficio per tutti le altre nazioni”.

Nel 1978 affermazioni del genere apparivano innovative e avanzate per l’impegno “multisettoriale” e “globale” che esigevano, ma non utopiche o velleitarie (come potrebbero sembrare a un lettore di oggi) perché erano coerenti con le politiche adottate fino ad allora da quasi tutti i paesi industrializzati, che avevano incorporato il principio del “diritto alla salute” nei propri ordinamenti giuridici, garantendo a ogni individuo l’accesso alle prestazioni sanitarie essenziali senza barriere geografiche, economiche e sociali, senza discriminazioni culturali e razziali.

Il 1978 è un anno situato sul crinale della storia della sanità internazionale. Dopo il 1978, infatti – come è ben documentato nel capitolo 1.1. di questo Rapporto – le politiche globali in sanità subirono una brusca, radicale inversione di rotta. Così, se nel 1978 appariva realistico l’obiettivo di garantire entro l’anno 2000 a tutti gli abitanti del pianeta il libero accesso ai servizi sanitari essenziali, poco tempo dopo ciò divenne un semplice miraggio per almeno l’80% della popolazione mondiale.

Sull’influenza dell’ideologia liberista – divenuta egemone a partire dagli anni ottanta del secolo scorso – sulla brusca virata della politica sanitaria internazionale post-Alma-Ata vi è un’ampia letteratura e anche noi ne abbiamo scritto nei due precedenti Rapporti (2004⁴ e

2006⁵), oltre che in uno specifico *paper* (“*Da Alma Ata al Global Fund*”, 2007⁶). Meno note sono le dinamiche che hanno portato la destra ultraconservatrice a conquistare il potere negli USA e a ricoprire di conseguenza un ruolo egemone nello scenario politico internazionale, incluse le politiche sanitarie globali. Due recenti libri, di Naomi Klein⁷ e Paul Krugman⁸, ci aiutano – da prospettive alquanto diverse (il primo più attento alle vicende dello scacchiere internazionale, il secondo più focalizzato sulla situazione interna USA) – a leggere quegli avvenimenti, a comprendere quei passaggi così decisivi per la storia recente dell’umanità.

Da Roosevelt a Reagan. Da Keynes a Friedman

La storia ha inizio in America negli anni Trenta del XX secolo, gli anni della Grande Depressione e del *New Deal*. In primo piano due figure: il presidente (democratico) degli Stati Uniti Franklin Delano Roosevelt e l’economista inglese John Maynard Keynes. La risposta alla catastrofe economica e sociale avvenuta dopo il crollo di Wall Street nel 1929 fu assolutamente “eretica” rispetto alla teoria economica dominante che voleva uno stato “non interventista” nell’economia e nelle politiche sociali. Lo stato intervenne pesantemente, finanziando opere pubbliche per dare ossigeno all’occupazione e impiantando per la prima volta negli USA un articolato sistema di sicurezza sociale (*Social Security Act* del 1935⁹) che prevedeva l’istituzione della pensione di vecchiaia, l’assistenza economica per gli anziani poveri, gli assegni familiari per i minori a carico, l’indennità di disoccupazione, la protezione materno-infantile e l’assistenza ai bambini disabili*. La legge fu finanziata attuando una severa politica fiscale. Fino ad allora le tasse rappresentavano un fattore quasi insignificante per i ricchi: l’aliquota massima dell’imposta sul reddito era appena del 24%. Con l’introduzione del *New Deal* i ricchi cominciarono a

* Nonostante i ripetuti tentativi di Roosevelt, rimase fuori dalla legge del 1935 l’istituzione dell’assicurazione nazionale contro le malattie; ciò fu dovuto all’intransigente opposizione dell’associazione dei medici americani (*American Medical Association* – AMA), contrari a ogni forma di assistenza mutualistica e di medicina socializzata. Roosevelt fu costretto a rinunciare all’introduzione di tale provvedimento per non compromettere l’approvazione della legge.

versare imposte decisamente più alte: l'imposta sul reddito salì al 63% durante la prima amministrazione Roosevelt e al 79% durante la seconda. Superata con successo la crisi degli anni Trenta i governi democratici di Roosevelt e, dal 1948, di Harry Truman affrontarono la fase bellica e post-bellica confermando il ruolo attivo del governo nell'economia, intervenendo sul mercato del lavoro, favorendo la perequazione dei redditi e lo sviluppo della presenza dei sindacati.

Ciò che si verificò negli Stati Uniti tra gli anni Venti e Cinquanta – la netta riduzione del divario tra i ricchi e la classe lavoratrice, e la riduzione dei differenziali salariali tra i lavoratori – è stata soprannominata “la *Grande Compressione*”, un processo che ebbe l'effetto di ridurre enormemente le diseguaglianze all'interno della società americana e di far crescere con altrettanta forza la *middle class*. Da notare che la *Grande Compressione* fu seguita dal *boom* economico che durò più a lungo nella storia degli Stati Uniti. Nel 1952 i repubblicani, riconquistando la Casa Bianca, accettarono le istituzioni create dal *New Deal* come elementi permanenti della scena politica americana. “Se un qualsiasi partito politico tentasse di abolire i sistemi di previdenza sociale e di protezione contro la disoccupazione, e di abrogare le leggi sul lavoro e i programmi agrari – scrisse nel 1954 il nuovo presidente degli Stati Uniti, Dwight Eisenhower, in una lettera al fratello Edgar – non sentiresti mai più parlare di quel partito nella nostra storia politica”.

Nello stesso periodo l'Europa non aveva niente da invidiare agli Stati Uniti quanto a *welfare state*¹⁰. Anzi. La Germania di Bismarck, alla fine dell'Ottocento, aveva preceduto tutti istituendo l'assicurazione contro le malattie e gli infortuni sul lavoro, le pensioni di vecchiaia e di reversibilità, e l'indennità di disoccupazione. Negli anni Quaranta in Gran Bretagna, con logica bipartisan, veniva istituito il Servizio Sanitario Nazionale finanziato dalla fiscalità generale, parte di un robusto sistema di *welfare* universalistico che prevedeva, tra l'altro, l'istruzione obbligatoria e gratuita. Anche in Italia, nell'ormai mitico 1978, l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (specchio di quello britannico) avvenne con il consenso di quasi tutte le forze politiche (solo il Partito Liberale Italiano, 3% dell'elettorato, votò contro).

Negli USA l'assicurazione sanitaria nazionale è rimasta un miraggio per motivi spiegati molto bene nel libro di Krugman. In mancan-

za di un atto di riforma generale del sistema si è nel tempo via via provveduto a tante iniziative parziali: l'assicurazione (privata) ai lavoratori dipendenti pagata dai datori di lavoro, *Medicare* (assicurazione pubblica per gli anziani), *Medicaid* (assicurazione pubblica a favore di alcune categorie di poveri), l'assicurazione pubblica per i militari e i veterani. Un sistema costoso e inefficiente che lascia una porzione rilevante di popolazione americana priva di copertura assicurativa. "L'assicurazione sanitaria generalizzata è un'idea i cui tempi sono ormai maturi in America. Noi prenderemo iniziative per garantire che tutti gli americani possano permettersi cure mediche di alta qualità". Parole pronunciate nel 1974 da Richard Nixon, presidente repubblicano, il cui "Piano generale per l'assicurazione sanitaria" non fece molto strada, perché di lì a poco Nixon uscirà di scena a causa dello scandalo Watergate. L'approccio bipartisan alle questioni del *welfare* si chiude alla fine degli anni Settanta quando gli ultraconservatori assumono il controllo del partito repubblicano e portano, nel 1980, Ronald Reagan alla presidenza degli Stati Uniti.

La nuova fase politica si caratterizza per il seppellimento delle idee, delle teorie e delle politiche che avevano nutrito il *New Deal* e orientato le scelte dei governi degli Stati Uniti per circa mezzo secolo. Le nuove parole d'ordine sono: *deregulation*, libero mercato, privatizzazioni, drastici tagli alla spesa pubblica. E se il *New Deal* si era poggiato sulle teorie economiche di Keynes, il nuovo corso ultraconservatore attinge alla idee di Milton Friedman, professore di economia a Chicago, premio Nobel per l'Economia nel 1976, noto anche per aver ispirato le scelte economiche del dittatore cileno Pinochet e per aver allevato una vasta schiera di economisti neoliberisti, noti come *Chicago Boys*, molti dei quali provenienti dall'America Latina, che ritornati nei Paesi di origine (soprattutto in Cile) ricopriranno rilevanti posizioni di governo e di potere.

Il denaro – scrive Krugman – è il collante degli ultraconservatori, finanziati in larga misura da un manipolo di individui estremamente ricchi e da alcune grandi imprese multinazionali che hanno tutto da guadagnare dall'abolizione della tassa progressiva e dallo smantellamento dello stato sociale. Gli ultraconservatori repubblicani hanno governato gli USA dal 1980 a oggi (con l'intermezzo della presidenza democratica Clinton dal 1992 al 2000), da R. Reagan a G.W.

Bush, applicando con determinazione i loro programmi, il primo dei quali è la riduzione del carico fiscale per le fasce più ricche della popolazione. La **Tabella 1** mostra l'evoluzione delle tre aliquote che colpiscono soprattutto l'1% più ricco della popolazione americana, ma che hanno scarso effetto su tutti gli altri. Tra 1979 e il 2006 l'aliquota più alta sui redditi di lavoro è stata dimezzata, quella sui redditi di capitale quasi dimezzata e quella sui profitti aziendali ridotta di oltre un quarto.

L'acquisizione di potere da parte della destra intransigente incoraggiò le imprese a sferrare un attacco in piena regola contro il movimento sindacale, riducendo drasticamente il potere contrattuale dei lavoratori, e liberò i dirigenti dai vincoli politici e sociali che in precedenza avevano posto dei limiti all'aumento vertiginoso della loro remunerazione. Politiche fiscali a favore dei ricchi, erosione dello stato sociale e stagnazione dei salari hanno prodotto un'incredibile dilatazione delle diseguaglianze economiche e sociali, testimoniata da alcuni simbolici dati. Negli anni Settanta la remunerazione degli amministratori delegati era 40 volte superiore al salario medio di un lavoratore a tempo pieno; nei primi anni del 2000 è risultata 367 volte superiore. Quella dei dirigenti delle grandi imprese era 31 volte superiore negli anni Settanta, ma 169 volte superiore agli inizi del 2000.

Tabella 1. Le tre aliquote più alte (percentuali)

Anno	Aliquota più alta sui redditi da lavoro	Aliquota più alta sui redditi di capitale di lungo periodo	Aliquota più alta sui profitti aziendali
1979	70	28	48
2006	35	15	35

Fonte: Urban Brooking Tax Policy Center, vedi nota bibliografica 8.

Con R. Reagan e M. Thatcher (premier britannico conservatore) contemporaneamente al potere, l'influenza delle politiche ultraconservatrici non mancò di estendersi rapidamente nello scacchiere internazionale. Le loro amministrazioni fortemente ideologizzate furono in grado di pilotare Banca Mondiale e Fondo Monetario Internazionale secondo i loro scopi, trasformandole in veicoli primari per

l'avanzamento della crociata neo-liberista. La colonizzazione delle due istituzioni da parte della Scuola di Chicago – scrive N. Klein – fu un processo in gran parte silenzioso, ma divenne ufficiale nel 1989 quando John Williamson presentò al pubblico quello che definiva il “Consenso di Washington”. Si trattava di una lista di 10 provvedimenti economici che venivano imposti ai paesi poveri e indebitati come condizione per poter ottenere prestiti e assistenza finanziaria. Una terapia shock basata su privatizzazioni, liberalizzazioni del commercio e delle importazioni, *deregulation*, taglio delle tasse e soprattutto drastica riduzione della spesa pubblica. “Gli aspetti ideologici di questa politica dello sviluppo sono chiari – afferma l'economista J. Sachs –. I governi degli Stati Uniti, della Gran Bretagna e degli altri paesi conservatori hanno utilizzato le istituzioni internazionali per promuovere politiche che a casa propria non avrebbero potuto applicare. Negli ultimi vent'anni, molti paesi africani hanno subito fortissime pressioni da parte della Banca Mondiale per privatizzare il sistema sanitario o, almeno, volgere a pagamento i servizi sanitari e d'istruzione”¹¹.

Le armi di distrazione di massa

“Solo uno shock – provocato da un cataclisma naturale o dalla violenza intenzionale della guerra, del terrorismo, della tortura – può trasformare il *politicamente impossibile* in *politicamente inevitabile*”, parole di M. Friedman. N. Klein nel suo *Shock Economy* (titolo originale: *Shock Doctrine*) descrive con dovizia di particolari, e una monumentale documentazione, tutti i casi in cui lo shock della guerra, del colpo di stato, della repressione e della tortura sono stati il necessario e deliberato preambolo per rendere inevitabile l'impossibile, ovvero la rapida attuazione di politiche neo-liberiste all'interno di un paese (dal Brasile all'Indonesia, dal Cile all'Uruguay, dall'Argentina all'Iraq). Per i paesi più deboli il “Consenso di Washington” è stato uno shock più che sufficiente per piegare i governi e farla da padroni. Un discorso a parte merita la Cina, meta di ripetute missioni di studio e consulenza di M. Friedman. “La definizione friedmaniana di libertà – scrive N. Klein –, in cui la libertà politica era secondaria, persino non necessaria, rispetto alla libertà di attività

economica illimitata, si armonizzava con la visione che stava prendendo piede nel Politburo cinese. (...) Il modello che il governo cinese voleva emulare non erano gli Stati Uniti, ma qualcosa di molto più vicino al Cile di Pinochet: liberi mercati e controllo autoritario, garantito dalla repressione dei lavoratori, attuata con pugno di ferro”. Il libro della Klein ruota intorno all’idea che le politiche neo-liberiste sono possibili solo in un contesto “shoccato” o repressivo. La domanda che si pone Krugman infatti è: in un paese democratico e ordinato, come può conquistarsi un consenso di massa un movimento che punta a tagliare le tasse e a smantellare lo stato sociale? Tagli delle tasse che vanno in larga parte a beneficio di una ristretta minoranza della popolazione, mentre un assottigliamento della rete di sicurezza sociale colpisce fasce ben più ampie. Per vincere le elezioni, per compensare l’impopolarità intrinseca delle politiche di destra – risponde l’editorialista del *New York Times* – gli ultraconservatori devono necessariamente trovare il modo per spostare l’attenzione su altri argomenti, quelli che Krugman chiama le “armi di distrazione di massa”. Una potente arma usata dai repubblicani è stata quella di strumentalizzare i risentimenti e le paure di natura culturale; per esempio, tenere accesa la questione razziale e sfruttare il re-vanscismo bianco contro il movimento dei diritti civili è valso ai repubblicani la conquista degli stati del sud, tradizionale serbatoio di voti democratici. Altra efficace arma di “distrazione” è rappresentata dalle questioni che riguardano la sicurezza nazionale, tema su cui, fin dai tempi della guerra del Vietnam, vi è una generale percezione che i repubblicani siano più attrezzati dei democratici a governare il paese in condizioni di pericolo e di conflitto.

Cosa ci possiamo aspettare?

Da quanto scritto sopra e da quanto leggerete nei vari capitoli di questo Rapporto, è evidente che il destino di molte delle inaccettabili diseguaglianze nella salute globale, e dei sistemi sociali e sanitari che le sostengono, dipenderà dalle politiche che adotteranno negli anni a venire i paesi ad alto reddito; Stati Uniti in primis, ma anche Unione Europea ed Italia. Un recente commento pubblicato su *Lancet*¹², suggerisce che molto dipenderà da quale *mix* tra cinque possibili

metafore sulla salute globale sarà adottato dai paesi ricchi dopo le prossime elezioni negli Stati Uniti. Le cinque metafore sono: 1) salute globale come politica estera, 2) come sicurezza, 3) come carità, 4) come investimento e 5) come salute pubblica. Sposando la prima metafora, i paesi ricchi forgeranno alleanze con quei paesi in cui hanno interessi strategici e vi apriranno nuovi mercati, proteggendo le loro industrie farmaceutiche. Con la seconda, l'enfasi sarà posta sul controllo di quelle malattie trasmissibili, compreso il bioterrorismo, che potrebbero minacciare anche i paesi ricchi. Con la terza metafora, si promuoverà la salute come arma contro la povertà, con enfasi su madri, bambini, denutrizione, disastri naturali, e con le ONG come naturali alleati. La quarta comporta l'uso della salute globale come strumento di crescita economica; oggetto di attenzione privilegiata saranno i giovani ed i lavoratori, e le malattie che impediscono le attività economiche come l'Aids, la tubercolosi e la malaria, oltre alle malattie degli animali. La quinta metafora mira a diminuire il fardello globale di malattia, dando priorità ai fattori di rischio e ai determinanti sociali per massimizzare gli effetti positivi sulla salute. Non c'è dubbio che dal 1978 ai giorni nostri i paesi ricchi, e soprattutto gli Stati Uniti, abbiano favorito la politica estera e la sicurezza; l'aiuto allo sviluppo in campo sanitario non poteva non risentire di queste tendenze. Le agenzie dell'ONU e la Banca Mondiale hanno invece puntato sulla terza e sulla quarta metafora, e anche queste spinte hanno influenzato le politiche di aiuto allo sviluppo. E se riuscissimo a far muovere il pendolo della salute globale verso la quinta metafora e la salute pubblica?

Il terzo Rapporto sulla salute globale

Il terzo Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale si compone di due parti. La prima è dedicata, come già abbiamo accennato all'inizio della prefazione, al tema dell'aiuto allo sviluppo in campo sanitario nei suoi vari aspetti: le politiche sanitarie globali e quelle dell'aiuto allo sviluppo, la cooperazione sanitaria internazionale, il ruolo dell'Italia (e di un attore emergente come la Cina), il punto di vista di chi riceve gli aiuti e quello delle organizzazioni non governative, con un focus su alcuni temi specifici (come "conflitti armati e lavo-

ro umanitario” e “la migrazione del personale sanitario”), o su alcuni paesi (Uganda e Palestina). La seconda è dedicata ad attualità e aggiornamenti sulla salute globale ed è suddivisa a sua volta in tre sezioni: a) *Le politiche di salute globale* (da “Salute e diritti di proprietà intellettuale: la guerra infinita” a “Rifugiati, richiedenti asilo e diritto alla salute”); b) *Stato di salute nel mondo*, il punto su alcune specifiche condizioni (dall’Aids alle malattie cardiovascolari); c) *Sistemi sanitari*, con l’aggiornamento sull’evoluzione della politiche sanitarie in alcuni paesi (dagli USA a Cuba, dalla Cina al Brasile).

Vogliamo dedicare questo Rapporto agli studenti universitari di vari corsi di laurea – medicina e chirurgia, odontoiatria, scienze infermieristiche, scienze politiche, sociologia – che partecipano ad attività didattiche sulla salute globale che sempre più numerose si stanno diffondendo nelle università italiane, in molti casi su iniziativa e impulso degli studenti stessi. Questa crescente sensibilità verso i temi della salute pubblica e della giustizia sociale è un segnale di speranza e un forte stimolo per la nostra associazione a proseguire e, se possibile a incrementare, l’attività di analisi, di studio, di disseminazione e promozione.

Come gli altri due precedenti Rapporti, anche questo è il frutto di un intenso lavoro collegiale che ha coinvolto 39 autori. Al coordinamento editoriale ha partecipato Valeria Confalonieri, a cui vanno i nostri più sentiti ringraziamenti, anche per la sua impagabile attività di revisione generale dei testi.

Gavino Maciocco e Adriano Cattaneo
gavino.maciocco@unifi.it - cattaneo@burlo.trieste.it

Osservatorio Italiano sulla Salute Globale
www.saluteglobale.it

Note bibliografiche

¹ G. Maciocco, *Prefazione*, in “OISG, *A Caro Prezzo*, 2° Rapporto dell’Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, Edizioni ETS, Pisa 2006, pp. 7-11”.

² Richard Horton, Countdown to 2015: a report card on maternal, newborn and child survival. *Lancet* 2008, 371:1217-19.

³ WHO/UNICEF. Declaration of Alma Ata. WHO, Geneva 1978.

⁴ OISG, Salute e Globalizzazione, 1° Rapporto dell’Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, Feltrinelli Editore, 2004.

⁵ OISG, *A Caro Prezzo*, 2° Rapporto dell’Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, Edizioni ETS, Pisa 2006.

⁶ www.saluteglobale.it

⁷ N. Klein, *Shock Economy*, Rizzoli, 2007.

⁸ P. Krugman, *La coscienza di un liberal*, Editori Laterza, 2008.

⁹ <http://www.ssa.gov/history/35act.html>

¹⁰ G. Maciocco, *Politica, salute e sistemi sanitari*, Pensiero Scientifico Editore, Roma 2008.

¹¹ J.D. Sachs, *La fine della povertà*, Mondadori, 2005, pp. 87-88.

¹² D. Stuckler, M. McKee, *Five metaphors about global health policy*. *Lancet* 2008; 372: 95-7.

Lista delle abbreviazioni

ABC: Abstinence, Be faithful, Condom	DMFT: Decayed, Missing, Filled Teeth
ACF: Action contre la Faim	DOTS: Directed Observed Treatment Short-course
ACNUR: Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati	DPEF: Documento di Programmazione Economica e Finanziaria
AFM: Assistenza Finanziaria Medica	DRGs: Diagnosis Related Groups
AFT: Affordable Fluoride Toothpaste	ECHO: European Commission Humanitarian Aid Office
AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome	ELAM: Scuola Latinoamericana di Medicina (Cuba)
AMB: Assicurazione Medica di Base	EMEA: European Medicines Agency
AMC: Advance Market Commitment	FAP: First Aid Post
ANP: Autorità Nazionale Palestinese	FDA: Food and Drug Administration
APS: Aiuto Pubblico allo Sviluppo	FDI: Foreign Direct Investment
ART: Atraumatic Restorative Treatment	FFS: Fee For Service
ARV: Antiretrovirale	FOCAC: Forum on China-Africa Cooperation
AUS: Aiuti Ufficiali allo Sviluppo	FTA: Free Trade Agreement
BPOC: Basic Package of Oral Care	GAIN: Global Alliance for Improved Nutrition
CARE: Cooperative for American Remittances in Europe	GAVI: Global Alliance for Vaccines and Immunization
CCM: Country Coordinating Mechanism	GBD: Global Burden of Disease
CDI: Commitment to Development Index	GBS: General Budget Support
CERF: Central Emergency Response Fund	GFATM: Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
CGD: Center for Global Development	GHI: Global Health Initiatives
CICR: Comitato Internazionale della Croce Rossa	GHP: Global Health Partnerships
CNDSS: Commissione Nazionale sui Determinanti Sociali della Salute	GISN: Global Influenza Surveillance Network
COFINS: Contribuzione per il Finanziamento della Sicurezza Sociale	GPEI: Global Polio Eradication Initiative
CPIA: Country Policy and Institutional Assessment	GPPP: Global Public Private Partnerships
CPLP: Comunità dei Paesi di Lingua Portoghese	HIV: Human Immunodeficiency Virus
CRS: Creditor Reporting System	HRS: Health and Retirement Survey
DAC: Development Assistance Committee	ICC: Interagency Coordinating Committee
DAH: Development Assistance for Health	ICN: International Council of Nurses
DALYs: Disability Adjusted Life Years	IDA: International Development Association
DFI: Development Friendliness Index (vedi CDI)	IDP: Internally Displaced Person
DFID: Department for International Development	IFFIm: International Financing Facility for Immunisation
DGCS: Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo	IGWG: Intergovernmental Working Group on Public Health, Innovation and Intellectual Property Rights

- IMC: Indice di Massa Corporea
 IPASVI: Collegio degli Infermieri, Assistenti Sanitari e Vigilatrici d'Infanzia
 JIB: Joint Information Bureau
 LICUS: Low Income Countries Under Stress
 LTEF: Long Term Expenditure Framework
 MAE: Ministero degli Affari Esteri
 MDG: Millennium Development Goals (Obiettivi di Sviluppo del Millennio)
 MDM: Médecins du Monde
 MDR: Multi Drug Resistant
 MERCOSUL: Mercado Comun do Sul
 MH: Macroeconomics and Health (Investing in health for economic development)
 MSF: Médecins Sans Frontières, Medici Senza Frontiere
 MTEF: Medium Term Expenditure Framework
 NICE: National Institute for Clinical Excellence
 NTD: Neglected Tropical Diseases
 NU: Nazioni Unite
 OCEE: Organizzazione per la Cooperazione Economica Europea
 OCSE: Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico
 ODA: Official Development Assistance
 OISG: Osservatorio Italiano sulla Salute Globale
 OMC: Organizzazione Mondiale del Commercio
 OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità
 ONG: Organizzazioni Non Governative
 OPS: Organizzazione Panamericana della Salute
 OUT: Oral Urgent Treatment
 PAMI: Programa Nacional de Atencion Materno-Infantil
 PAS: Piani di Aggiustamento Strutturale
 PCR: Polymerase Chain Reaction
 PEAP: Poverty Eradication Action Plan
 PEPFAR: President's Emergency Plan for AIDS Relief
 PHC: Primary Health Care
 PIL: Prodotto Interno Lordo
 PNFP: Private Not For Profit
 PNGO: Palestinian Non Government Organizations
 PNL: Prodotto Nazionale Lordo
 PPP: Public Private Partnership
 PRSP: Poverty Reduction Strategy Papers
 PVS: Paesi in Via di Sviluppo
 RBM: Roll Back Malaria
 RUF: Revolutionary United Front
 SARS: Severe Acute Respiratory Syndrome
 SIDA: Swedish International Development Agency
 SILOS: Sistema Locale di Salute
 SHARE: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
 SMCR: Schema Medico Cooperativo Rurale
 SSN: Servizio Sanitario Nazionale
 STC: Save the Children
 SUS: Sistema Único de Saúde
 SWAp: Sector Wide Approach
 TB: tubercolosi
 TRIPS: Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights
 TPO: Territorio Palestinese Occupato
 UDHR: Universal Declaration of Human Rights
 UE: Unione Europea
 UNAIDS: United Nations Programme on HIV/AIDS
 UNESCO: United Nations Educational Scientific and Cultural Organization
 UNDP: United Nations Development Programme
 UNHCR: United Nations High Commissioner for Refugees
 UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund
 UNIMIS: United Nations Mission in Sudan
 UNITA: Unione Nazionale per l'Indipendenza Totale dell'Angola
 UNRWA: United Nations Relief and Works Agency
 UNWTO: United Nations World Tourism Organization
 USAID: United States Agency for International Development
 USTR: US Office for Trade
 WFP: World Food Program
 WHA: World Health Assembly
 XDR: Extensively Drug Resistant

Parte Prima

L'aiuto allo sviluppo in campo sanitario

1.1. A trent'anni da Alma Ata: l'evoluzione delle politiche globali in sanità di Eduardo Missoni e Guglielmo Pacileo

Il diritto alla salute, l'obiettivo della salute per tutti e la Primary Health Care

Nello statuto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la salute è riconosciuta come un “diritto fondamentale di ogni essere umano senza distinzione di razza, religione, credo politico, condizione economica o sociale”*. Già individuato nella Dichiarazione Universale dei Diritti Umani¹, il diritto alla salute fu successivamente richiamato in numerosi vertici internazionali, nonché spesso tradotto in strumenti vincolanti per i Paesi ratificanti. Alla fine degli anni settanta, il concetto di salute come diritto sembrava essersi solidamente affermato. Facendo seguito all'obiettivo “Salute per tutti entro l'anno 2000”, sancito dalla 30^a Assemblea Mondiale della Salute nel 1977, l'anno successivo, ad Alma Ata, s'identificò la *Primary Health Care* (PHC)² come strategia per il raggiungimento dell'impegnativo traguardo³. La Dichiarazione di Alma Ata indicava l'assistenza sanitaria di base quale parte integrante del sistema sanitario di ciascun Paese, ma soprattutto dell'“intero sviluppo sociale ed economico” della collettività, in una visione basata sull'equità, la partecipazione comunitaria, l'attenzione centrata sulla prevenzione, la tecnologia appropriata e un approccio intersettoriale e integrato allo sviluppo⁴.

L'attuazione della PHC avrebbe richiesto il riorientamento dei sistemi sanitari in quanto a politiche, strategie e allocazione delle risorse, scontrandosi con numerose barriere culturali e politiche. La

* La traduzione italiana di *Primary Health Care* come “assistenza sanitaria di base” – adottata per esempio nel S.S.N. – non rende adeguatamente il concetto, che sarebbe meglio espresso con “cure primarie per la salute”. Per comodità, di seguito, useremo l'acronimo inglese PHC.

necessità di privilegiare le aree rurali e quelle urbane maggiormente deprivate, la medicina di base, le risposte ai bisogni primari e alle patologie dei più poveri, si scontrava con le resistenze derivanti dall'organizzazione sociale e dalla distribuzione del potere in molti Paesi in via di sviluppo. L'élite economica, politica e intellettuale spingeva per servizi curativi di tipo ospedaliero, ad alta specializzazione, costosi e non sostenibili. Il reddito dei medici, il loro riconoscimento sociale e professionale erano, e sono, legati al livello di specializzazione e alla sofisticazione tecnologica, piuttosto che alla valorizzazione, per esempio, del servizio reso dai medici di base nelle aree più degradate. Per una grande varietà di ragioni, non ultimo il fatto che il loro bilancio è determinato dalle scelte adottate dai ministeri economici, i Ministeri della Salute avevano, e hanno, spesso poco peso politico e il loro orientamento non sfuggiva alle logiche di una professione medica più attenta agli aspetti clinici delle malattie, che a quelli sociali. D'altro canto, i Paesi più determinati nell'adozione della strategia della PHC dovevano comunque affrontare gli ostacoli derivanti dalla scarsità di risorse finanziarie e umane, in diversa misura comuni a tutti i Paesi in via di sviluppo.

Di fronte alla complessità del mettere in atto le trasformazioni richieste, si sviluppò una corrente di pensiero, divenuta poi dominante, che tradusse quell'innovativa visione in un approccio riduttivo, denominato *Selective Primary Health Care*, consistente nell'applicazione selettiva di misure "dirette a prevenire o trattare le poche malattie responsabili della maggiore mortalità e morbosità nelle aree meno sviluppate e per le quali esistano interventi di provata efficacia"⁵. La selezione di tali misure si fece solo con criteri di costo/efficacia, peraltro metodologicamente discutibili. I programmi per far fronte a singole malattie o condizioni identificate in base a quei criteri erano decisi a livello centrale e poi realizzati in tutto il Paese (e in tutto il mondo) con le stesse modalità e spesso con risorse rigidamente assegnate; fino al punto di costituire separate istituzioni per ciascun programma, come nel caso, comune in quegli anni, di enti autonomi speciali per l'eradicazione della malaria. Procedendo secondo una dinamica di vertice, opposta a quella dalla base che secondo la filosofia della PHC avrebbe visto le comunità locali al cen-

tro delle decisioni; questo tipo d'approccio è spesso indicato come verticale. La realizzazione di specifiche campagne, relativamente economiche e di grande visibilità, era anche funzionale a mascherare la mancanza di una vera volontà politica per la necessaria trasformazione del sistema sanitario. L'approccio orientato alla malattia, piuttosto che alla salute, rispondeva a modelli occidentali e in alcuni casi risultava più consono alle esigenze politiche o amministrative – per esempio, l'esistenza di specifici capitoli di spesa dell'Aiuto Pubblico allo Sviluppo (APS) – dei Paesi donatori e degli organismi internazionali. L'approccio si adattava meglio anche alle strategie di mercato e di diffusione attraverso i media (*social marketing*).

La riorganizzazione dei sistemi sanitari per programmi verticali (vaccinazioni, pianificazione familiare, controllo di singole malattie, eccetera) portò in molti Paesi alla disarticolazione dell'azione di salute pubblica, con moltiplicazione dei costi e spreco di risorse, senza parlare del totale scollegamento dall'azione di sviluppo realizzata in altri settori (pubblica istruzione, agricoltura, produzione, eccetera). Analogamente, divisioni e programmi orientati per malattie assunsero un peso sproporzionato all'interno dell'OMS rispetto alle risorse dedicate allo sviluppo dei sistemi sanitari e all'azione integrata di promozione della salute. L'attenzione si era allontanata dalla salute, per focalizzarsi sulle malattie.

Gli organismi finanziari internazionali e la riforma dei sistemi sanitari

Non obbligando a impegnativi investimenti in salute pubblica e riorganizzazioni del sistema, l'approccio selettivo era anche confacente alle strategie macroeconomiche neo-liberiste reaganiane e thatcheriane che si andavano affermando dall'inizio degli anni ottanta. Con il manifestarsi della crisi del debito, e dell'attacco radicale verso le politiche d'aiuto, prendono piede le ricette macroeconomiche e i Piani di Aggiustamento Strutturale (PAS) imposti dagli organismi finanziari internazionali (Fondo Monetario Internazionale e Banca Mondiale) ai singoli Paesi come condizione per l'APS. I PAS avevano l'obiettivo strategico di consentire ai Paesi in via di sviluppo

di rimborsare i debiti contratti con le banche commerciali e richiedevano la “riduzione/rimozione dell’intervento diretto dello Stato nei settori produttivi e redistributivi dell’economia”⁶. Essi contemplavano ovunque: riduzione radicale della spesa pubblica; liberalizzazione delle importazioni e rimozione delle restrizioni agli investimenti esteri; privatizzazione delle aziende statali e deregolamentazione finanziaria; svalutazione della moneta; taglio dei salari e indebolimento dei meccanismi di protezione del lavoro. Come una sorta d’appendice tecnica alla politica di aggiustamento, nel 1987 la Banca Mondiale pubblicò *Financing Health Care: an Agenda for Reform*. Privatizzazione, pagamento delle prestazioni nel sistema pubblico e decentramento del governo della sanità vennero a costituire i nuovi capisaldi del dibattito internazionale⁷. Le misure di aggiustamento ebbero un drammatico effetto sulle condizioni di vita di ampie fasce della popolazione e obbligarono ad associare ai PAS reti di sicurezza e ammortizzatori sociali per ridurne gli effetti.

Nel contempo, la strategia di Alma Ata continuava a ispirare altre proposte. Alla Conferenza di Harare nel 1987 il tema del decentramento fu riproposto come strumento di applicazione della strategia della PHC, con il distretto come ambito ottimale per l’identificazione dei gruppi meno serviti e l’integrazione degli interventi per la salute⁸. Analogamente, il concetto di Sistema Locale di Salute (SILOS), proposto più tardi dall’Organizzazione Panamericana della Salute (OPS), si rifaceva a equità e qualità dei servizi, democratizzazione e partecipazione sociale, nell’ambito di un concetto integrale di salute, benessere e sviluppo⁹. In linea con l’obiettivo della salute per tutti nell’anno 2000, l’accento sulla promozione intersettoriale della salute fu ripreso nella Carta di Ottawa, stilata a conclusione della Prima Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute nel 1986, che introducendo l’idea di politiche pubbliche salutari indicava la salute come obiettivo di tutti gli interventi pubblici¹⁰.

Non andavano nella stessa direzione le proposte della Banca Mondiale che nel 1993, con la pubblicazione del suo rapporto annuale dal titolo *Investing in health*, si affermava sullo scenario internazionale come il nuovo protagonista in sanità. Il rapporto ripropo-

neva un aggiornamento dell'approccio selettivo promuovendo l'introduzione di un pacchetto minimo essenziale su cui focalizzare l'azione di salute pubblica diretta ai poveri, promuovendo la riforma dei sistemi sanitari principalmente nel senso di una loro progressiva privatizzazione, con trasferimento dei costi del sistema sanitario all'utenza: *user fees*, cioè pagamento a prestazione, finanziamento comunitario e assicurazioni sanitarie¹¹.

La riforma rimane per tutto il decennio il tema al centro del dibattito internazionale, mentre "la crescente interdipendenza e la globalizzazione stanno chiaramente mettendo alla prova il controllo nazionale delle politiche sanitarie"¹². Il modello globale di sistema sanitario imposto con la riforma mostra ben presto conseguenze fortemente negative in termini di crescita dei costi privati per i servizi sanitari e d'impoverimento delle famiglie, innescando la cosiddetta trappola medica della povertà¹³. Divenuta di gran lunga la principale finanziatrice internazionale di attività sanitarie in Paesi a basso e medio reddito, a metà degli anni novanta, grazie al volume dei suoi finanziamenti e alle condizioni a essi legate, la Banca Mondiale ha progressivamente alterato le priorità settoriali e le relazioni tra donatori e beneficiari sia a livello globale che nazionale¹⁴.

Salute tra lotta alla povertà e iniziative globali verticali

Durante gli anni novanta, in un susseguirsi di vertici^{**}, si assistette a un ampio dibattito internazionale per la ridefinizione dell'agenda mondiale dello sviluppo economico e sociale, iniziando a focalizzare l'attenzione sulla lotta alla povertà. Su di essa s'incentrò il rapporto *Shaping the 21st century: the contribution of development co-operation* dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE)¹⁵, che gettò le basi di un percorso d'approfondimento che porterà nel 2000 alla *Millennium Declaration* e in seguito all'approvazione da parte della stessa OCSE delle Linee Guida per la Ridu-

^{**} Ricordiamo quello all'ONU sull'infanzia nel 1990; di Rio de Janeiro sull'ambiente nel 1992; del Cairo sulla popolazione nel 1994; di Pechino sulla condizione femminile nel 1995; di Copenhagen sullo sviluppo sociale nel 1995; di Istanbul sull'habitat nel 1996.

zione della Povertà¹⁶, nelle quali si sottolinea l'importanza dell'intervento per la salute e la necessità di un approccio integrato che veda alleati nello sviluppo delle strategie nazionali attori locali pubblici e privati e comunità dei donatori.

A partire dal 1999 anche la Banca Mondiale e il Fondo Monetario Internazionale iniziano a fare riferimento alla riduzione della povertà, legando l'accesso ai crediti agevolati e alle operazioni di riduzione del debito alla presentazione di *Poverty Reduction Strategy Papers* (PRSP), piani strategici nazionali di riduzione della povertà che prevedono il coinvolgimento di diversi attori locali pubblici e privati¹⁷. Sull'onda della nuova attenzione per la componente sociale dello sviluppo e dopo un decennio di decadenza successivo al ritiro del carismatico Hafdan Mahler che dal 1973 al 1988 aveva guidato l'OMS, legando il suo nome anche alla Dichiarazione di Alma Ata, con l'elezione di Gro Harlem Brundtland a Direttore Generale, si ritenne che l'OMS avesse finalmente l'opportunità di riconquistare fiducia e influenza come primo promotore della salute pubblica. Nell'assumere l'incarico, il nuovo esecutivo inserì la lotta alla povertà, al sottosviluppo e alla disuguaglianza sociale tra i suoi obiettivi. Nel 2000, l'OMS incentrò il suo rapporto annuale sui sistemi sanitari, misurandone la performance in termini di produzione di salute e valorizzando aspetti quali l'equità, la condivisione del rischio e la risposta alle aspettative degli utenti nei sistemi sanitari, nonché ponendo l'accento sull'intersettorialità nella promozione della salute¹⁸. In contraddizione con quell'approccio sistemico, ma in linea con l'emergere di nuove forme di collaborazione globale tra settore pubblico e privato (profit e non profit), note come *Global Public Private Partnerships* (GPPP) – più genericamente *Global Health Initiatives*, GHI –, sotto la guida della Brundtland l'OMS enfatizzò la sponsorizzazione di molteplici iniziative internazionali a carattere verticale quali *Stop Tuberculosis*, *Roll Back Malaria*, *Malaria Medicines Initiative*, *International Partnership against AIDS in Africa*, *International AIDS vaccine initiative*, *Global Alliance for Vaccines and Immunisation*.

Nel 2001, con il rapporto *Macroeconomics and health: investing in health for economic development* l'OMS rafforzò la tesi del vantaggio

economico degli investimenti in sanità di base, quantificando il fabbisogno in aiuti esterni per i Paesi in via di sviluppo in almeno 22 miliardi di dollari l'anno; da aggiungere ai circa 6 miliardi allora erogati. Il rapporto, però, non si soffermava minimamente sull'analisi delle cause macroeconomiche e politiche della drammatica situazione sanitaria globale e non proponeva soluzioni al di là dell'appello a più consistenti trasferimenti di risorse. Appiattendosi piuttosto su iniziative già promosse in altre sedi, come la costituzione di GPPP, tra le quali il *Global Fund to fight against HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria*, allora già varato dal G8, e un *Global Health Research Fund* per il finanziamento della ricerca biomedica di base, che invece non ebbe seguiti¹⁹. In un'apparente schizofrenia d'indirizzo, due anni dopo la stessa OMS manifesterà dubbi circa la sostenibilità e la governabilità di quelle iniziative, tornando a insistere sull'approccio integrato e intersettoriale degli interventi in sanità nel più ampio contesto della lotta alla povertà²⁰.

L'epidemia di HIV/AIDS rilanciò la salute nell'agenda internazionale. All'inizio del 2000, con quel tema all'ordine del giorno, il Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite affrontò per la prima volta nella sua storia un tema sanitario. A giugno il Segretario Generale, Kofi Annan, nel presentare il rapporto *A better world for all* registrava tra l'altro il "fallimento nell'affrontare le iniquità di reddito, educazione e accesso alle cure sanitarie, e disuguaglianze tra uomini e donne" facendone ricadere la responsabilità anche sulla riduzione degli aiuti allo sviluppo e sull'incoerenza nelle politiche dei donatori²¹. Toccava al Summit del Millennio, che si sarebbe tenuto a New York nel settembre del 2000, fornire nuove risposte e orientamenti. Tre degli otto Obiettivi del Millennio (*Millennium Development Goals*, MDG) sanciti con la dichiarazione conclusiva del summit sono correlati alla salute; non si tratta tuttavia di nuovi obiettivi, ma dell'aggiornamento del traguardo temporale al 2015 di obiettivi stabiliti nel 1990 e in buona parte mancati. Rimaneva peraltro aperto il dibattito sulle strategie per il raggiungimento di questi obiettivi, con il rischio che attenzione e risorse si destinassero a singoli obiettivi nell'assenza di una visione sistemica, perdendo di vista la finalità di riduzione della povertà che quegli obiettivi complessivamente misurano. Allo stesso

modo, la formazione di singole GPPP monotematiche, in alternativa a un'alleanza globale per lo sviluppo basata sulla condivisione delle responsabilità tra i diversi attori, faceva venir meno la necessaria visione d'insieme contenuta nell'ottavo MDG²².

In effetti, dall'idea di *partnership* intesa come una responsabilità sociale per lo sviluppo estesa al di là dei tradizionali attori bilaterali e multilaterali, sul finire degli anni novanta si era passati alla costituzione di vere e proprie *joint-venture* tra il settore pubblico e il settore privato organizzate intorno a tematiche specifiche. Il nuovo modello si affermò con l'istituzione del Fondo Globale per la lotta all'HIV/AIDS, alla tubercolosi e alla malaria, decisa dal G8 al vertice di Genova nel 2001²³. In piena contraddizione con i principi di integrazione e armonizzazione per l'efficacia dell'APS affermati nella Dichiarazione di Parigi²⁴, per ogni problema e per ogni malattia si propone una nuova organizzazione, un nuovo gestore che vede associati governi e settore privato. Introdotta su di un'evidente spinta ideologica, le GPPP contribuiscono a indebolire ulteriormente i già fragili sistemi sanitari dei Paesi poveri. A questa tendenza si contrappone la riemergente affermazione della salute come diritto umano fondamentale, cui ha dato impulso il dibattito promosso dalla Commissione sui Determinanti Sociali della Salute, lanciata dall'OMS nel marzo 2005 (conclusione prevista per il 2008), con l'obiettivo di dimostrare la rilevanza per la salute di interventi e politiche che migliorano le condizioni sociali in cui la gente vive e lavora²⁵. A Bangkok, nel 2005, la 6ª Conferenza Mondiale sulla Promozione della Salute²⁶ riafferma i principi già espressi a Ottawa, ma situa le raccomandazioni in un contesto ormai fortemente globalizzato e sollecita "meccanismi efficaci per il governo globale della salute" per contrastare "gli effetti negativi del commercio, dei prodotti, dei servizi e delle strategie di marketing". Insieme alla responsabilità dei governi, riconosce il ruolo che può essere esercitato dalle comunità e dalla società civile attraverso il consumo critico, e richiama il settore privato a un comportamento eticamente e socialmente responsabile.

Nell'assumere le funzioni all'inizio del 2007, il nuovo Direttore Generale dell'OMS, la cinese Margaret Chan, sopravvenuta al corea-

no Jong-wook Lee prematuramente scomparso, ha posto nuovamente l'accento sulla PHC come strategia per il rafforzamento dei sistemi sanitari, seppure situandola in un contesto ormai globalizzato con nuove sfide da affrontare: l'urbanizzazione, l'invecchiamento della popolazione, la contaminazione ambientale, il modificarsi degli stili di vita e le conseguenze sulla salute, l'aumentata prevalenza di malattie croniche, l'obesità, l'emergenza di nuove malattie infettive e la riemergenza in forme antibiotico-resistenti di quelle già note, le migrazioni, la globalizzazione del mercato del lavoro e la sottrazione di personale sanitario dai Paesi in cui maggiori sono i bisogni, l'accresciuta distanza tra Nord e Sud, tra aree urbane e rurali, tra ricchi e poveri. "Si sono formate potenti *partnership*. Il numero di agenzie esecutive che lavorano in sanità è di gran lunga maggiore che in qualsiasi altro settore. Il numero di meccanismi di finanziamento continua a crescere, come il volume delle risorse che gestiscono. La salute non ha mai ricevuto tanta attenzione, né tante risorse, ma", annota la Chan, "alla forza di quegli interventi non corrisponde la capacità dei sistemi sanitari per fornire servizi a quanti ne hanno maggiormente bisogno". Così si deve constatare che "di tutti gli MDG, quelli relativi alla salute sono quelli che hanno meno probabilità di essere raggiunti"; d'altra parte la condizione per il successo è, ancora secondo la Chan, il ritorno ai valori, ai principi e all'approccio della PHC. Quest'ultima sarebbe il miglior cammino per assicurare l'accesso universale, il miglior modo per assicurare la sostenibilità dei miglioramenti in salute, e la migliore garanzia per l'equità dell'accesso²⁷.

L'OMS sembra dunque voler ripartire proprio da Alma Ata, in un contesto di accelerata globalizzazione, nel quale si scontrano dunque due visioni per il futuro. Per la prima, le regole del mercato non si discutono, "le persone, le famiglie e le economie nazionali devono guadagnarsi da vivere nel mercato globale, e ogni politica sociale deve giustificarsi in termini di resa dell'investimento"²⁸. Per la seconda è indispensabile limitare l'impatto negativo dell'emergente mercato globale e va promossa la giustizia sociale; l'accesso ai servizi sanitari è un pre-requisito per il riconoscimento della salute come diritto umano ed esistono le risorse necessarie; è possibile una globalizzazione

che riconosca l'esistenza di obblighi sociali e un governo globale che ne promuova il rispetto; il mercato dev'essere regolato dai bisogni umani piuttosto che dagli interessi del capitale²⁹. Il prevalere di una visione o dell'altra dipenderà in gran parte dal ruolo che giocheranno i diversi attori e dall'evoluzione complessiva degli equilibri del governo globale e delle strategie per la salute; a trent'anni da Alma Ata.

Note bibliografiche

¹ WHO, *Constitution of the World Health Organisation*, in *Basic Documents*, 42nd Edition, Geneva 1999, p. 1.

² Nazioni Unite, *Dichiarazione Universale dei Diritti Umani*, approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 10 dicembre 1948.

³ G. Maciocco, *La salute come merce: da Alma Ata all'epidemia globale delle riforme sanitarie*, in Osservatorio Italiano sulla Salute Globale. *Rapporto 2004 Salute e globalizzazione*. Feltrinelli, Milano 2004, pp. 87-108.

⁴ WHO/UNICEF, *Alma-Ata, Primary Health Care*, Health for All series n. 1, Geneva 1978.

⁵ J.A. Walsh, K.S. Warren, Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *New England Journal of Medicine* 1979; 301: 967-74.

⁶ W. Bello, *Il futuro incerto. Globalizzazione e nuova resistenza*, Baldini & Castoldi, Milano 2002, pp. 40-43.

⁷ A. Stefanini, *Salute e mercato. Una prospettiva dal Sud al Nord del pianeta*, EMI, Bologna 1997, pp. 57-59.

⁸ WHO, *Interregional Meeting on Strengthening district health systems*, Harare, 3-7 August 1987.

⁹ J.M. Paganini, A.H. Chorny, Los sistemas locales de salud: desafíos para la década de los noventa, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 1990; 109: 424-48.

¹⁰ WHO, *Ottawa Charter for Health Promotion*. 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1.

¹¹ World Bank, *World Development Report 1993: investing in health*, Oxford University Press, Oxford 1993.

¹² G. Walt, Globalization of international health, *Lancet* 1998; 351: 434-37.

¹³ G. Maciocco, *op. cit.*

¹⁴ K. Buse, C. Gwin, The World Bank and global cooperation in health: the case of Bangladesh, *Lancet* 1998; 351: 665-9.

¹⁵ OECD/DAC, *Shaping the 21st Century: the contribution of Development Co-operation*, OECD, Paris 1996.

¹⁶ OECD, *The DAC guidelines. Poverty reduction*, OECD, Paris 2001.

¹⁷ World Bank, *Overview of Poverty Reduction Strategies, 2003* (ultimo accesso 30/09/2004) <http://www.worldbank.org/poverty/strategies/overview.htm>

¹⁸ WHO, *The World Health Report 2000*, WHO, Geneva 2000.

¹⁹ WHO, *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. WHO, Geneva 2001 <http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=whosis,cmh&language=english>

²⁰ OECD/DAC, *Poverty and Health. DAC guidelines and reference series*, OECD-WHO, Paris 2003.

²¹ UN, Press release PI/1261 SOC/4549, Geneva, 26 June 2000.

²² E. Missoni, G. Pacileo, *Le politiche delle Organizzazioni Internazionali e gli obiettivi di sviluppo del Millennio*, in *A caro prezzo. Le diseguaglianze nella salute. 2° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale*, Edizioni ETS, Pisa 2006, pp. 150-163.

²³ E. Missoni, *Il Fondo globale per la lotta all'HIV-Aids, la tubercolosi e la malaria*, in Osservatorio Italiano sulla salute globale. *Rapporto 2004. Salute e globalizzazione*, Feltrinelli, Milano 2004, pp. 221-232.

²⁴ OECD/DAC, *Paris Declaration on Aid Effectiveness*. High Level Forum, Paris, February 28 – March 2, 2005.

²⁵ WHO, www.who.int/social_determinants/about/en (ultimo accesso 18/01/2008).

²⁶ WHO, *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalised World*. 6th Global Conference on Health promotion, Bangkok, Thailand, August 2005.

²⁷ Chan M. Keynote address at the International Seminar on Primary Health Care in Rural China, Beijing, 1 November 2007.

²⁸ R. Labonte, T. Schrecker, Globalization and social determinants of health: promoting health equity in global governance (part 3 of 3). *Globalization and Health* 2007; 3: 7.

²⁹ R. Labonte, T. Schrecker, *ibidem*.

1.2. Livelli essenziali di assistenza garantiti a tutti di Gavino Maciocco, Elena Pariotti e Angelo Stefanini

Premessa

La tendenza a tradurre nel linguaggio dei diritti aspettative e bisogni è stato senza dubbio un modo per mirare a sottrarre la tutela di tali aspettative e bisogni all'arbitrio (politico, culturale, sociale), un modo per renderli incontestabili. Il concetto di diritti si dimostra, così, attraente per la sua capacità di dare forza alle esigenze da esso espresse, di rendere le pretese rivendicabili. Si può dire, infatti, che il riferimento ai diritti sia importante non solo in vista della soddisfazione dei bisogni e delle aspettative da essi coperti, ma innanzitutto per la loro stessa formulazione. Ma, questo è il punto, i diritti sono sempre e davvero incontestabili? Ci sembra di poter dire che la loro incontestabilità dipenda dal superamento di numerosi problemi che investono il piano della giustificazione e il grado di positivizzazione raggiunto.

I lemmi “diritti” e “diritti umani” sono costantemente esposti ai rischi della vaghezza, rischi tali da comprometterne l'efficacia stessa. L'area d'indeterminatezza nei diritti umani può riguardare la definizione del contenuto, la loro giustificazione, la definizione degli obblighi correlativi. Un esempio per tutti: la definizione di salute elaborata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) attesta la spesso strutturale (e, aggiungiamo, opportuna), vaghezza del contenuto dei diritti. Salute è, in questa prospettiva, non mera assenza di malattia ma “stato di completo benessere fisico e psichico”. Cosa si debba intendere per benessere, se e quali graduazioni di tale concetto si possano prevedere, quali soggetti e in quali modi debbano attivarsi per consentire il godimento di tale benessere diventano precisamente le questioni centrali quando si vuole dare alla pretesa la forma giuridica. La graduazione minima di tale concetto, e di riflesso del concetto stesso di diritto alla salute, è quella di garantire a ogni individuo l'ac-

cesso alle prestazioni sanitarie essenziali senza barriere geografiche, economiche e sociali, senza discriminazioni culturali e razziali.

Ciò premesso, in che senso si può e si deve affermare che la salute è un bene protetto da un diritto umano in senso giuridico? Per farlo, partiremo da una sintetica disamina delle nozioni di diritti umani e diritti fondamentali.

Diritti umani e diritti fondamentali

Benché le due espressioni siano spesso usate in modo equivalente, sotto il profilo dell'analisi giuridica la distinzione va mantenuta, come segue:

- a. diritti fondamentali sono quei diritti riconosciuti tali da un determinato ordinamento giuridico statale, alla luce di una costituzione;
- b. diritti umani sono quei diritti la cui titolarità spetta alla persona in quanto tale, indipendentemente dai suoi rapporti con gli Stati, e che risultano riconosciuti dalle fonti dell'ordinamento giuridico internazionale.

Se, sotto il profilo del contenuto, vi può essere, tra diritti fondamentali e diritti umani, una sostanziale convergenza, dal punto di vista della forma giuridica e dei meccanismi di garanzia il discorso cambia. I primi si avvalgono delle garanzie costituzionali, consistenti nelle garanzie strutturali legate alla rigidità della costituzione, garanzie giurisdizionali e possibilità di agire in giudizio per vederli riconosciuti, nella funzione programmatica della Costituzione rispetto all'azione legislativa. I secondi si avvalgono dei meccanismi di tutela internazionale, giunti a un livello di efficacia più elevato per alcuni diritti civili e ancora deficitari per i diritti sociali. Affermare un diritto umano significa, allora, voler tutelare il bene da esso protetto per tutti gli esseri umani, ma ricorrendo a risorse di garanzia giuridica sia internazionali sia interne. Laddove manchi il sostegno istituzionale interno, le garanzie giuridiche si fanno particolarmente labili. L'interazione con il diritto interno risulta infatti spesso essenziale per l'effettività delle norme internazionali.

Quale diritto per la salute

La salute è un bene protetto, all'interno dell'ordinamento giuridico nazionale italiano, da una norma costituzionale, l'articolo 32 (da considerare congiuntamente agli articoli 2 e 3) e da leggi ordinarie attuative. In questo senso, il diritto alla salute è un diritto fondamentale. La salute è, inoltre, un bene protetto anche mediante fonti internazionali e configura, pertanto, un diritto umano. In quest'ultimo caso, le fonti di riferimento sono di vario genere, e precisamente:

- a. fonti di *soft law*, ovvero fonti giuridiche non vincolanti, aventi la funzione di indicare una direzione, registrare obiettivi programmatici maturati all'interno della Comunità internazionale: la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani (UDHR) del 1948, articolo 25; la Dichiarazione di Alma Ata del 1978; la Carta di Ottawa del 1986; la Dichiarazione dell'Unesco su bioetica e diritti umani del 2005, articolo 14. Indirettamente risultano avere attinenza con il diritto alla salute anche la *United Nations Millennium Declaration* del 2000, articolo 19, con riferimento ad alcuni determinanti diretti e sociali della salute, agli obiettivi (*Millennium Development Goals*, MDG) legati alla riduzione della mortalità materna e infantile, nonché alla lotta all'HIV/AIDS;
- b. fonti di *hard law* generali come il Patto Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali del 1966, articolo 12, o frutto della specificazione dei diritti come la Convenzione sull'Eliminazione d'ogni forma di Discriminazione Femminile del 1979, articolo 12, e la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia del 1989, articolo 24.2;
- c. fonti di *hard law* regionali come la Convenzione del Consiglio d'Europa per la Protezione dei Diritti e della Dignità dell'Essere Umano riguardo all'Applicazione della Biologia e della Medicina del 1997, articoli 1 e 3, la Convenzione Americana sui Diritti Umani del 1969 e il protocollo aggiuntivo di San Salvador, articolo 10, o la Carta Africana del 1981, articolo 16.

Il quadro delle fonti sollecita una riflessione. Da un lato, le fonti di *soft law* delineano il contenuto del diritto alla salute in modo concreto, opportunamente inquadrandolo all'interno del tessuto delle condizioni socio-economiche e culturali; e tuttavia poco insistono

sulla dimensione normativa del diritto, affidandone, parrebbe, la garanzia più all'iniziativa politica che alla forza normativa. Dall'altro lato, l'approccio al diritto alla salute desumibile dalle fonti di *hard law* risulta vittima di un duplice limite, nella misura in cui queste collocano nettamente tale diritto nella categoria dei diritti sociali e accentuano la dimensione stato-centrica del processo di attuazione a esso riferito. La qualificazione del diritto alla salute come diritto sociale conferisce a esso un carattere condizionato (dalle risorse finanziarie, dalla volontà politica). L'opzione stato-centrica impedisce di elevare il diritto alla salute a diritto umano proprio laddove la sua internazionalizzazione risulta di vitale importanza, dove gli Stati non possono o non vogliono garantire tale diritto¹.

Ulteriori elementi che giustificano la distinzione tra diverse categorie di diritti (principalmente tra diritti civili e diritti sociali) sono la struttura dell'obbligo correlativo e l'esistenza o meno, così come la natura, dei meccanismi di garanzia. I diritti, tutti, implicano (per lo Stato e i consociati) obblighi negativi (ovvero l'obbligo di astenersi dall'adottare condotte lesive di tali diritti) e obblighi positivi (ovvero l'obbligo di attivarsi per l'attuazione). Pare, tuttavia, che rispetto ai diritti civili (per esempio, libertà di pensiero, di coscienza e di religione) prevalga, nella struttura degli obblighi correlativi, la dimensione negativa; mentre nel caso dei diritti sociali prevarrebbe la dimensione positiva. Ciò spiega la strutturale dipendenza di questi ultimi dall'iniziativa politica. Ecco il primo segno di debolezza: esistono diritti che, sebbene in quanto diritti esprimano esigenze inviolabili, legate alla dignità e all'eguaglianza degli esseri umani, sul piano dell'attuazione dipendono dalla volontà politica. E in certa misura questo esito deriva dal fatto che, rispetto a tali diritti, il legislatore non è chiamato soltanto a rispettare (in negativo) la norma costituzionale, ma è chiamato soprattutto ad attuarla, a conferirle un contenuto concreto e preciso. Il diritto alla salute ha come profilo dominante, rispetto agli obblighi correlativi, il profilo positivo e implica che lo Stato si attivi per la messa a punto di un sistema sanitario che ne renda possibile l'accesso generalizzato.

Il Patto Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali

Abbiamo prima citato tra le fonti di *hard law* il Patto Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali². Questo trattato internazionale, considerato il più importante nell'area dei diritti umani³, fu adottato nel corso dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel 1966 e ratificato da 142 governi (alcuni Paesi, come gli USA e il Sudafrica, l'hanno firmato, ma non ancora ratificato). Il Patto esige che i governi garantiscano il diritto di accesso ai beni essenziali della vita umana, come il lavoro, il cibo, la salute, l'educazione, la casa. Il Patto si occupa di salute all'articolo 12, che così recita:

Gli Stati che aderiscono al Patto riconoscono il diritto di ciascuno di poter godere dello standard più elevato possibile di salute fisica e mentale. I passi necessari per raggiungere la piena realizzazione di questo diritto includono quelli per ottenere:

- la riduzione della natimortalità e della mortalità infantile e lo sviluppo sano del bambino;
- il miglioramento di tutti gli aspetti dell'igiene ambientale e industriale;
- la prevenzione, il trattamento e il controllo delle malattie epidemiche, endemiche e occupazionali;
- la creazione delle condizioni per assicurare a tutti i servizi sanitari e le cure mediche in caso di malattia.

Il Comitato delle Nazioni Unite (*Committee on economic, social and cultural rights*) incaricato di verificare la realizzazione del trattato nel rapporto del 2000 sottolinea come, dal 1966, lo scenario mondiale dello stato di salute della popolazione sia profondamente cambiato⁴:

“Dall'adozione del Patto Internazionale del 1966 la situazione sanitaria mondiale è drammaticamente cambiata e la nozione di salute ha subito sostanziali cambiamenti. Sono emersi nuovi determinanti della salute, come la distribuzione delle risorse e le differenze di genere. Una più ampia definizione di salute tiene oggi conto di fattori correlati alla condizione socio-economica e ai conflitti armati. Inoltre, malattie allora sconosciute come l'AIDS e altre che hanno registrato una rapida diffusione, come il cancro, associate a una rapida crescita della popolazione mondiale, hanno creato nuovi ostacoli per la realiz-

zazione del diritto alla salute”. “Il Comitato è consapevole che, per milioni di persone nel mondo, il pieno godimento del diritto alla salute rimane ancora un obiettivo lontano. In molti casi, specialmente per quelli che vivono in povertà, questo obiettivo sta diventando sempre più remoto. Il Comitato è inoltre consapevole dei formidabili ostacoli strutturali (...) che impediscono la piena realizzazione dell’articolo 12 del Patto in molti Stati”.

Il Comitato inoltre commenta il concetto di standard più elevato possibile di salute introdotto nel testo del Patto del 1966.

“Il diritto alla salute non dev’essere considerato come diritto a essere sano. Il diritto alla salute include libertà e prerogative. Le libertà riguardano il diritto al controllo della propria salute e del proprio corpo, incluse le libertà riproduttive e sessuali, e il diritto di essere libero da costrizioni, come il diritto di essere libero da torture, da sperimentazioni e trattamenti medici non voluti. Le prerogative includono il diritto a un sistema di protezione sanitaria che fornisce a tutti uguali opportunità di godere dei più alti standard possibili di salute. La nozione di ‘più alto standard possibile di salute’ contenuta nell’Articolo 12 del Patto tiene conto delle pre-condizioni biologiche ed economiche dell’individuo e delle risorse statali disponibili. Vi sono aspetti di salute che non possono essere affrontati nell’ambito delle relazioni tra gli individui e lo Stato; in particolare la buona salute non può essere garantita dallo Stato, né gli Stati possono fornire una protezione contro ogni possibile causa di malattia. Infatti i fattori genetici, la suscettibilità individuale verso le malattie e l’adozione di stili di vita rischiosi possono giocare un ruolo importante nella salute degli individui. Conseguentemente il diritto alla salute deve essere inteso come il diritto di accesso a una varietà di prestazioni, beni e servizi e condizioni necessarie per la realizzazione del più elevato standard possibile”. “Il Comitato interpreta il diritto alla salute, come definito nell’articolo 12, come un diritto inclusivo che riguarda non solo un’appropriata e tempestiva assistenza sanitaria ma anche una serie di determinanti della salute come l’accesso all’acqua sicura e all’igiene ambientale, l’alimentazione adeguata, l’abitazione, condizioni occupazionali sicure, l’istruzione e l’informazione. Un ulteriore importante aspetto è la partecipazione della popolazione nelle decisioni riguardanti la salute a livello di comunità, a livello nazionale e internazionale”.

Il Comitato, consapevole che la limitatezza delle risorse finanziarie dei Paesi più poveri rappresenta un ostacolo insuperabile nell'attuazione del Patto, sottolinea due fondamentali concetti: a) il livello essenziale di assistenza sanitaria da garantire a tutti, e i conseguenti obblighi fondamentali; b) l'obbligo degli stati più ricchi di collaborare con i Paesi più poveri nella realizzazione dei diritti riconosciuti dal Patto. Per entrambi i punti si fa riferimento alla Dichiarazione di Alma Ata del 1978:

“Il Patto, mentre prevede una realizzazione progressiva e riconosce le difficoltà dovute alla limitatezza di risorse disponibili, impone tuttavia agli Stati obblighi con effetti immediati. Il Comitato conferma che gli Stati hanno l'obbligo di assicurare il soddisfacimento di un livello minimo essenziale di ciascuno dei diritti enunciati nel patto, incluso l'accesso all'assistenza sanitaria di base essenziale. Riguardo alla salute il Comitato individua i seguenti obblighi fondamentali:

- garantire l'accesso alle strutture sanitarie, ai beni e servizi senza alcuna discriminazione, specialmente nei riguardi dei gruppi più vulnerabili della popolazione;
- erogare i farmaci essenziali in accordo con le linee guida dell'OMS;
- assicurare un'equa distribuzione delle strutture sanitarie, dei beni e servizi”.

“Il Comitato sottolinea l'obbligo di tutti gli Stati di procedere, individualmente e attraverso la cooperazione multilaterale internazionale, verso la piena realizzazione dei diritti riconosciuti dal Patto, come il diritto alla salute. A questo riguardo gli Stati devono fare riferimento alla Dichiarazione di Alma Ata che proclama che le esistenti, profonde disuguaglianze nella salute tra nazioni, e all'interno di una stessa nazione, sono politicamente, socialmente ed economicamente inaccettabili e quindi di comune preoccupazione per tutti i Paesi. Sulla base delle risorse disponibili, gli Stati devono facilitare l'accesso ai servizi essenziali negli altri Paesi, fornendo il necessario aiuto quando richiesto. Gli Stati devono garantire che il diritto alla salute è oggetto della dovuta attenzione negli accordi internazionali. A questo proposito, gli Stati che sono membri delle istituzioni finanziarie internazionali, come il Fondo Monetario Internazionale, la Banca Mondiale e le banche regionali di sviluppo, devono rivolgere una maggiore attenzione alla difesa del diritto alla salute, rendendo coerenti con ciò le politiche di prestito e gli accordi di credito”.

Macroeconomia e salute

Il documento del Comitato delle Nazioni Unite, offrendo un'interpretazione aggiornata del Patto del 1966, evidenzia due particolari aspetti:

- a. abbandona, o quanto meno mitiga fortemente, la visione statocentrica del diritto alla salute e propone una prospettiva di giustizia sociale che tende a costituirsi come globale, chiamando direttamente in causa i Paesi più ricchi e le istituzioni finanziarie internazionali;
- b. supera l'idea di una progressività senza scadenze nella realizzazione del diritto, imponendo l'obbligatorietà dell'intervento, con effetto immediato per il soddisfacimento dei bisogni vitali di sussistenza (l'erogazione dell'assistenza sanitaria essenziale).

Non è forse casuale che l'anno successivo al commento del Comitato, nel dicembre 2001, l'OMS renda pubblico un rapporto *Macroeconomics and health: investing in health for economic development* (MH)⁵, nel quale sono contenute le raccomandazioni per una nuova strategia d'intervento per il miglioramento della salute dei Paesi poveri. Raccomandazioni che sembrano tener conto delle indicazioni del Comitato delle Nazioni Unite. Nel rapporto infatti si propone:

- a. la definizione di un pacchetto di interventi sanitari essenziali da rendere universalmente accessibili e in grado di ridurre drasticamente la mortalità prematura nei Paesi più poveri;
- b. il finanziamento di questo pacchetto attraverso la condivisione dell'impegno da parte dei Paesi interessati e dei Paesi più ricchi.

Il rapporto MH afferma che migliorare la salute dei più poveri è possibile, poiché la gran parte delle malattie che li affliggono è costituita da un numero limitato di condizioni per le quali esistono già interventi di provata efficacia. Il problema è che, a causa delle inefficienze dei sistemi sanitari e della corruzione, ma, soprattutto, a causa della mancanza di risorse finanziarie nei Paesi a basso reddito e della loro distribuzione ineguale in quelli a medio reddito, questi interventi non raggiungono i più poveri. Serve quindi una strategia d'urto basata su investimenti massicci nei sistemi sanitari dei Paesi poveri e nei beni pubblici globali che costituisce, di fatto, anche una

strategia per la riduzione della povertà e per lo sviluppo economico. Sia i governi dei Paesi poveri sia quelli dei Paesi ricchi sono chiamati a impegnarsi a mettere a disposizione le risorse necessarie per finanziare la salute dei più poveri. I governi dei Paesi poveri hanno un ruolo centrale nel finanziamento dei sistemi sanitari e, quindi, devono rivedere le priorità di spesa per aumentare la quota della ricchezza nazionale destinata alla salute e migliorare l'efficienza del settore pubblico. Quelli dei Paesi ricchi devono rivedere le priorità negli interventi internazionali allo sviluppo e triplicare le risorse finanziare attualmente investite nel miglioramento della salute dei più poveri.

I sistemi sanitari dei Paesi poveri, afferma il rapporto MH, devono essere rafforzati soprattutto nel livello della *Primary Health Care* (PHC), per facilitare l'accesso alle cure ai più poveri. Il rapporto propone che ogni Paese individui un pacchetto di interventi essenziali da rendere universalmente e gratuitamente disponibili. Ne individua anche un elenco riguardante le attività di prevenzione e cura delle seguenti condizioni: HIV/AIDS, malaria, tubercolosi, assistenza alla gravidanza e al neonato, le cause della mortalità dei bambini tra cui morbillo, tetano, difterite, malattie respiratorie acute, diarrea, malnutrizione, altre malattie prevenibili con la vaccinazione, condizioni patologiche legate al fumo di tabacco. Nonostante l'appello al rafforzamento della PHC, il rapporto sposa quindi i principi della *Selective PHC* e i pacchetti di cure essenziali proposti dalla Banca Mondiale.

Il rapporto MH stima in 35 dollari pro capite l'anno, per i Paesi più poveri, il fabbisogno finanziario necessario per garantire l'accesso universale a questi pacchetti, inclusi i costi del rafforzamento dei sistemi sanitari; una cifra di gran lunga superiore alla spesa sanitaria pubblica pro capite dei Paesi dell'Africa subsahariana (generalmente inferiore ai 10 dollari pro capite) e della stessa India (6 dollari pro capite). Per raggiungere tale obiettivo, secondo il rapporto, sarebbe stato necessario un progressivo incremento della spesa sanitaria pubblica complessiva di 57 miliardi di dollari l'anno entro il 2007 e di 94 entro il 2015. Ad alimentare le necessarie risorse aggiuntive per la sanità avrebbero dovuto contribuire in parte i Paesi poveri (35 miliardi l'anno entro il 2007 e 63 entro il 2015), in parte quelli ric-

chi, che si sarebbero dovuti impegnare a versare la differenza (circa 22 miliardi l'anno entro il 2007 e 31 entro il 2015).

Nel 2000 le Nazioni Unite lanciano i MDG, in precedenza citati come fonte di *soft law*, con lo scopo di ottenere entro il 2015 una drastica riduzione della povertà estrema e un significativo miglioramento delle condizioni di salute della popolazione (riduzione della mortalità materna e dei bambini, lotta alle principali malattie endemiche: AIDS, tubercolosi e malaria). Per realizzare questi ambiziosi obiettivi servono risorse, molte risorse. Servirebbe, soprattutto, una forte volontà politica dei Paesi bersaglio dell'iniziativa e della comunità internazionale. Jeffrey Sachs, coordinatore dell'appena ricordato rapporto MH, ha calcolato in un'altra pubblicazione l'entità delle risorse provenienti dall' Aiuto Pubblico allo Sviluppo (APS) necessarie per finanziare i MDG: 52 miliardi di dollari l'anno nel 2006 fino a raggiungere i 110 miliardi nel 2015 (di questi circa un terzo riferiti agli obiettivi di salute)⁶. Ma, osserva Sachs, l'APS destina a questi obiettivi una cifra molto inferiore rispetto a quella necessaria (nel 2002 solo 16 miliardi di dollari) e soprattutto le sue politiche e le sue priorità non sono coerenti con quegli obiettivi. Così, a metà del percorso dei MDG, il bilancio relativo ai Paesi più poveri, in particolare i Paesi dell'Africa subsahariana, è sconcertante e per alcuni indicatori, come la mortalità materna, catastrofico, visto che si assiste a un innalzamento della mortalità invece che alla prevista riduzione di tre quarti.

È impressionante notare l'enorme scarto tra il fabbisogno di risorse atteso per poter erogare livelli essenziali di assistenza e/o per ottenere qualche minimo risultato di salute e l'effettiva disponibilità di quelle risorse per quegli obiettivi. Se si analizza la spesa sanitaria pubblica dei Paesi più poveri, che include anche i contributi dei donatori, questa non mostra complessivamente alcun segno di miglioramento, perché le decine di miliardi di dollari che avrebbero dovuto finanziare pacchetti di servizi essenziali e MDG sono rimaste sulla carta. È impressionante anche registrare l'enorme divario tra quelle che ormai quasi unanimemente sono considerate le buone pratiche da attuare nella politica sanitaria dei Paesi più poveri (rafforzare il sistema sanitario, investire in risorse umane, eliminare le barriere economiche all'ac-

cesso ai servizi) e ciò che è di fatto imposto dalle diverse agenzie internazionali (sviluppo di programmi verticali, fuga del personale sanitario verso il settore privato o verso l'estero, sanità a pagamento).

Così, in questo contesto, i ripetuti tentativi di definire pacchetti di prestazioni essenziali da rendere accessibili a tutti appaiono un esercizio non solo vano, di pura facciata, ma perfino grottesco. A partire dal 1993, quando la Banca Mondiale con il rapporto *Investing in Health* lanciò una serie di concetti come *Burden of Disease* e *DALYs (Disability Adjusted Life Years)*, *Cost-effective interventions*, *Essential Health Package*⁷. Lo scopo era misurare il carico di malattia generato da singole patologie, evidenziare il danno economico generato da quel carico di malattia, fare una classifica per rapporto costo/efficacia degli interventi per le singole malattie (per esempio: assistenza alla gravidanza e al parto, 38-63 dollari per anno di vita salvato; tutte le vaccinazioni + supplemento di vitamina A, 15-22 dollari per anno di vita salvato; chemioterapia per la tubercolosi, 1-4 dollari per anno di vita salvato), proporre alla fine il pacchetto degli interventi considerati essenziali, contabilizzandone il costo pro capite (14 dollari pro capite). Il rationale di una simile procedura è chiaro: se le malattie (soprattutto quando colpiscono le persone in età produttiva) provocano un danno economico, gli interventi per mantenere sane le persone o guarirle da una malattia sono un investimento economico. Il rapporto MH (con il significativo sottotitolo *Investing in health for economic development*) segue la stessa logica, anche se con un pacchetto di interventi essenziali decisamente più generoso (35 dollari pro capite). Se questa logica fosse stata tradotta in pratica, qualche risultato in termini di accessibilità ai servizi sanitari si sarebbe registrato: negli anni novanta la spesa sanitaria pubblica dei Paesi più poveri sarebbe raddoppiata e negli ultimi anni addirittura quadruplicata. E invece niente. Da una parte montagne di documenti prodotte per misurare *burden of disease*, *DALYs*, e *cost-effectiveness*, dall'altra neanche l'ombra di un seppur minimo pacchetto di interventi accessibili gratuitamente a tutta la popolazione. Anzi peggio. Da una parte i programmi verticali promossi dalle varie *Global Health Initiatives*, dall'altra i macroeconomisti che impongono di rispettare il tetto della spesa sanitaria pubblica agli infimi livelli che

conosciamo (al di sotto dei 10 dollari pro capite), che significa che ogni nuovo dollaro investito in programmi verticali è sottratto alla già irrilevante spesa per le cure primarie.

Assicurazione sanitaria mondiale

Usando i suggerimenti del rapporto MH, alcuni rappresentanti di Medici Senza Frontiere di Belgio e Gran Bretagna hanno lanciato la proposta di istituire una sorta di Assicurazione Sanitaria Mondiale⁸, basata sui seguenti elementi:

1. il rapporto MH ha stabilito in 35 dollari pro capite l'anno il livello minimo di finanziamento pubblico della sanità per garantire a tutti i cittadini i servizi essenziali;
2. tutti i Paesi, secondo la Dichiarazione di Abuja, sottoscritta dai capi di stato africani nel 2001, dovrebbero devolvere il 15% della spesa pubblica alla sanità (la maggioranza dei Paesi africani destina alla spesa sanitaria pubblica percentuali molto più basse);
3. i Paesi che, pur adempiendo al punto precedente, non riescono a raggiungere i 35 dollari pro capite l'anno di spesa sanitaria pubblica riceverebbero un finanziamento integrativo dalla comunità internazionale;
4. è stato calcolato che sono 47 i Paesi che si trovano nella condizione di ricevere tale finanziamento integrativo, per una cifra annuale complessiva di circa 30 miliardi di dollari;
5. l'onere di questo finanziamento ricadrebbe sui 40 Paesi più ricchi (l'Italia, secondo i calcoli degli autori, dovrebbe sborsare un miliardo e 380 milioni di dollari).

Esempio:

- a. il Burundi aveva, nel 2004, una spesa sanitaria pubblica di 1 dollaro pro capite l'anno;
- b. il governo del Burundi destina alla sanità solo il 2% della spesa pubblica;
- c. se il governo destinasse alla sanità il 15% della spesa pubblica, la spesa sanitaria pubblica salirebbe a 7,5 dollari pro capite l'anno;
- d. per raggiungere i 35 dollari pro capite l'anno, la comunità internazionale dovrebbe versare al governo del Burundi la differenza: 27,5 dollari pro capite × 7,6 milioni di abitanti, pari a 209 milioni di dollari l'anno.

Ritornare ad Alma Ata

Tutti i Paesi del mondo, anche quelli più ricchi, affrontano oggi il problema di gestire i sistemi sanitari in un contesto di risorse scarse, in relazione alla vastità dei bisogni. A maggior ragione l'aspetto della scarsità di risorse è drammaticamente presente nei Paesi più poveri, dove stabilire le priorità e limitare le prestazioni a quelle in grado di dare, sulla base dell'efficienza allocativa, il massimo dei benefici di salute alla popolazione, è un atto tanto doloroso quanto inevitabile. Ma vi è una differenza abissale tra la costruzione a tavolino di un pacchetto di prestazioni essenziali fatta da macroeconomisti sulla base dei DALYs (esercizio risultato totalmente inutile) e l'indicazione contenuta nella Dichiarazione di Alma Ata dove si afferma che la "PHC si basa su tecnologie e metodi scientificamente validi e socialmente accettabili, resi universalmente accessibili attraverso la piena partecipazione della popolazione e a un costo che la comunità e il Paese possono permettersi"⁹.

Note bibliografiche

¹ J. Dine, *Companies, International Trade and Human Rights*, Cambridge University Press, Cambridge (MA) 2005, cap. VI, in particolare pp. 281 ss.; M. Craven, *The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: A Perspective on its Development*, Oxford University Press, New York 1995; P. Alston (a cura di), *The United Nations and Human Rights: A Critical Appraisal*, Clarendon, Oxford 1992; P. Hunt, *Reclaiming Social Rights*, Dartmouth, Aldershot 1996.

² http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_ceschr.htm

³ K. Roth, *Human Rights and the Aids Crisis: The Debate Over Resources*, Human Rights Watch, <http://hrw.org/english/docs/2000/07/11/global2195.htm>

⁴ General comment n. 14, 11/05/00 [www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En?OpenDocument)

⁵ WHO, *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. WHO, Geneva 2001 <http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=whosis,cmh&language=english>

⁶ UN Millennium, *Project. Investing in development: a practical plan to achieve the Millennium Development Goals*, UNDP, 2005.

⁷ World Bank, *World Development Report 1993: investing in health*, Oxford University Press, Oxford 1993.

⁸ G. Ooms, K. Derderian, D. Melody, Do we need a World Health Insurance to realise the right to health? *PLoS Medicine* 2006; 3: 2171-6.

⁹ WHO/UNICEF, *Alma-Ata, Primary Health Care*, Health for All series n. 1, Geneva 1978.

1.3. L'aiuto pubblico allo sviluppo e la cooperazione sanitaria di Maurizio Murru e Fabrizio Tediosi

Gli inizi

Teoricamente, la ragione per l'Aiuto Pubblico allo Sviluppo (APS) risiede nelle ingiuste ed enormi disuguaglianze fra il tenore e la qualità di vita dei popoli ricchi rispetto a quelli poveri. Dopo un alternarsi, per decenni, di varie definizioni e visioni del concetto di sviluppo, dal 1990 si è affermato quello di sviluppo umano. Nel primo Rapporto sullo Sviluppo Umano, pubblicato nel 1990 dall'UNDP (*United Nations Development Programme*), si legge: “[questo termine] indica sia il processo di accrescimento delle possibilità di scelta della popolazione sia il livello di benessere da essa raggiunto”¹. L'APS da parte dei Paesi ricchi dovrebbe quindi, per definizione, contribuire al processo di sviluppo umano delle popolazioni dei Paesi più poveri. Già durante il periodo coloniale furono realizzate sporadiche e slegate attività filantropiche da parte di individui e organizzazioni dei Paesi colonizzatori a favore delle popolazioni dei Paesi colonizzati. Nel secondo dopoguerra i governi inglese e francese stanziarono fondi per lo sviluppo delle loro colonie. Fra il 1945 e il 1955 il governo inglese stanziò, a questo fine, circa 840 milioni di dollari del tempo e quello francese circa 1.108². La nascita delle Nazioni Unite, nel 1945, contribuì all'affermarsi di ideali di universalismo e solidarietà. Il primo esempio significativo e strutturato di APS è costituito dal cosiddetto Piano Marshall che, fra il 1948 e il 1951, trasferì dagli Stati Uniti a 16 Paesi dell'Europa occidentale 13 miliardi e 812 milioni di dollari, circa il 2% del Prodotto Interno Lordo (PIL) statunitense dell'epoca³. “Dobbiamo dare inizio a un nuovo programma coraggioso (...) per il miglioramento e la crescita delle aree sottosviluppate. Per la prima volta nella storia, l'umanità possiede le conoscenze e le capacità per alleviare queste sofferenze”. Harry Truman

pronunciò queste parole il 20 gennaio 1949 durante il discorso inaugurale alla sua presidenza⁴. In quel discorso si possono identificare alcuni dei temi ricorrenti, delle illusioni e delle dichiarate buone intenzioni del sistema degli aiuti internazionali. Non è questa la sede per discutere i vari e complessi aspetti del Piano Marshall. È fuori dubbio che esso mescolasse obiettivi solidaristici a chiari e strategici obiettivi politici ed economici. Anche i contemporanei aiuti allo sviluppo hanno una vasta gamma di motivazioni: dalle più nobili aspirazioni alla solidarietà e alla giustizia sociale alle più grette considerazioni di convenienza politica e di affermazione commerciale. Il tutto, passando attraverso una fitta selva in cui si trovano onesta professionalità e dilettantesco velleitarismo.

Cosa s'intende per aiuto pubblico allo sviluppo

Secondo la Banca Mondiale "... l'assistenza allo sviluppo include strumenti finanziari e non finanziari miranti a sostenere gli sforzi dei Paesi riceventi per accelerare la crescita e ridurre la povertà. Il trasferimento di risorse è una componente importante dell'assistenza allo sviluppo, ma è solo uno degli strumenti e, in alcune situazioni, nemmeno il più utile. Assistenza allo sviluppo include analisi, consigli e rafforzamento delle potenzialità"⁵. L'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE), creata nel 1961 per sostituire l'Organizzazione per la Cooperazione Economica Europea (OCEE), costituita nel 1948 per gestire i fondi del Piano Marshall, "mette assieme i governi dei Paesi impegnati per la democrazia e l'economia di mercato"⁶, e conta attualmente 30 stati membri, mentre altri sono in attesa di ammissione. L'OCSE gestisce la maggior parte delle questioni legate alla cooperazione con i Paesi in via di sviluppo, inclusa la gestione degli APS, attraverso il *Development Assistance Committee* (DAC), di cui fanno parte 22 dei suoi 30 membri. Secondo l'accezione più comunemente usata e introdotta, appunto, dal DAC, per essere considerati APS (in inglese si usa l'acronimo ODA per *Official Development Assistance*), i trasferimenti finanziari dai Paesi ricchi a quelli poveri devono soddisfare almeno tre condizioni⁷:

1. provenire dal settore pubblico;
2. avere come obiettivo principale la promozione della crescita eco-

- nomica e del benessere sociale;
3. essere erogati come doni o, se erogati come prestiti, avere una componente di dono pari almeno al 25% dell'ammontare totale.

Flussi finanziari

I dati sull'ammontare dei fondi trasferiti sotto forma di APS sono frammentari, incompleti e discutibili. Per esempio, fra il 1990 e il 1993 (quando ciò fu vietato dal DAC), gli Stati Uniti hanno incluso negli APS il condono di debiti incorsi, da Paesi poveri, per l'acquisto di armi statunitensi. Ancora, i costi amministrativi incorsi nell'erogazione sono, anch'essi, contabilizzati come APS. I dati più accurati e completi riguardano i fondi erogati dai 22 Paesi OCSE appartenenti al DAC, resi noti ogni anno e accompagnati da grafici, chiarimenti e commenti. Per gli aiuti erogati da Paesi quali Cina, India, Paesi arabi produttori di petrolio, eccetera, le stime disponibili sono approssimate, anche perché molti di questi Paesi sono restii a divulgare informazioni in proposito.

Secondo l'OCSE, nel 1956 l'ammontare dell'APS era di 3,2 miliardi di dollari. Questa cifra aumentò gradualmente, in termini assoluti, specialmente nella seconda metà degli anni settanta e fra il 1985 e il 1992. Dal 1992 l'APS è diminuito gradualmente in termini assoluti. Ha ricominciato a crescere nel 1998 toccando il suo massimo nel 2005, con 106,5 miliardi di dollari, cifra che rappresentava lo 0,33% del Prodotto Nazionale Lordo (PNL)* dei Paesi membri del DAC, in crescita dallo 0,24% del 2004⁸. Da notare che la cifra record del 2005, quando rapportata al PNL dei Paesi donatori, non ha fatto che riportare l'APS ai livelli del 1992. Nel 2006 l'APS dei Paesi appartenenti al DAC è diminuito a 104,4 miliardi di dollari, pari allo 0,31% del PNL combinato degli stessi Paesi (**Tabella 1**)⁹. Nel 2007

* Il PIL misura il valore di tutti i beni e servizi finali prodotti all'interno di un Paese in un determinato periodo di tempo. Il PNL, a differenza del PIL, tiene conto del reddito prodotto dai cittadini di un determinato Paese all'estero. Esso rappresenta, quindi, tutto quello che una nazione riesce a produrre indipendentemente dal fatto che ciò sia avvenuto all'estero. Alla determinazione del PNL si può giungere sommando al PIL i redditi provenienti dall'estero e sottraendovi quelli diretti all'estero.

si è avuta una ulteriore diminuzione a 103,65 miliardi di dollari, pari allo 0,28% del PNL dei Paesi donatori (**Figure 1 e 2**)¹⁰. Questa diminuzione è dovuta al fatto che, nel 2005 e nel 2006, i Paesi DAC hanno condonato ingenti debiti, soprattutto a Iraq e Nigeria. La crescita degli aiuti negli ultimi anni, circa l'11% l'anno fra il 2001 e il 2005, è dovuta per il 70% al condono del debito dei Paesi riceventi e solo per il 25% all'erogazione di nuovi fondi¹¹. Diminuita l'entità dei debiti condonabili è prevedibile, per i prossimi anni, un'ulteriore diminuzione degli aiuti complessivi rispetto al picco del 2005 e nonostante le promesse in senso contrario. L'OCSE prevede che gli aiuti "in contanti" possano aumentare nei prossimi anni, ma in quantità molto inferiori a quelle promesse a Gleneagles nel 2005 (vedi oltre). Nel 2007, sia pure nel quadro di una diminuzione globale, gli aiuti in contanti sono aumentati del 2,4%. La **Figura 3** mostra la crescita reale degli APS a fronte di quella che sarebbe necessaria per mantenere le promesse fatte. Il divario è evidente.

In termini assoluti, gli USA rimangono il maggior donatore mondiale, con 21,8 miliardi di dollari erogati nel 2007; l'Italia è al nono posto con poco meno di 4 miliardi di dollari. Quando si mettono in relazione APS e PIL, gli USA precipitano all'ultimo posto, con lo 0,16%, l'Italia è al quartultimo, assieme al Portogallo, con lo 0,19%. Nel 1969 la Commissione delle Nazioni Unite sullo Sviluppo Internazionale, presieduta da Lester Pearson, propose che i Paesi ricchi destinassero all'APS, ogni anno, una somma pari allo 0,7% del loro PNL. Questo obiettivo fu approvato dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel 1970 e accettato dai Paesi DAC, a eccezione di Stati Uniti e Svizzera. Attualmente, solo cinque dei 22 Paesi DAC rispettano questo impegno: Svezia, Lussemburgo, Norvegia, Olanda e Danimarca (**Figura 2**). La crescita dell'APS negli ultimi anni (dal 2002 al 2005) è dovuta, per il 70%, al condono del debito dei Paesi riceventi e solo per il 25% all'erogazione di nuovi fondi¹².

Numerosi Paesi non appartenenti al DAC destinano somme crescenti all'APS. La frammentazione dei dati rende le stime inaccurate. Secondo l'*International Development Association* (IDA), braccio della Banca Mondiale deputato all'erogazione di prestiti agevolati ai Paesi con reddito inferiore ai 965 dollari annui pro capite, l'APS dei

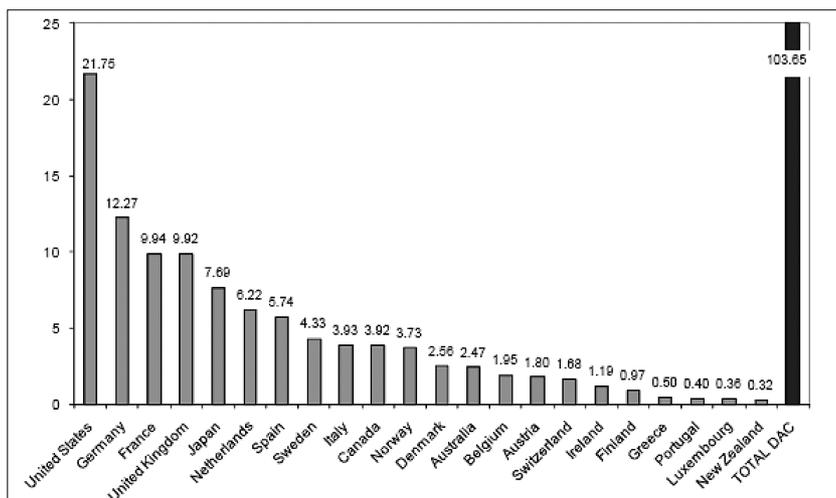


Figura 1. Fondi destinati agli Aiuti Ufficiali allo Sviluppo dai 22 paesi appartenenti al DAC nel 2007 (espressi in miliardi di dollari). Fonte: <http://www.oecd.org/dataoecd/27/55/40381862.pdf>

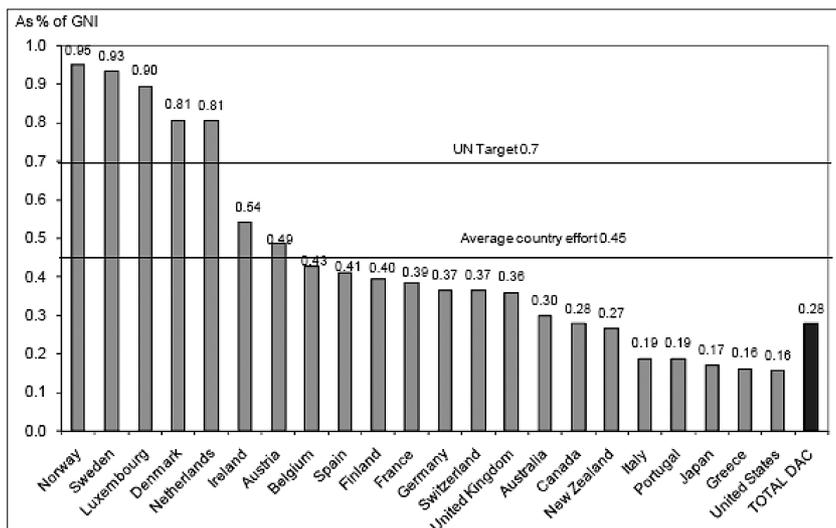


Figura 2. Percentuale del Reddito Nazionale Lordo destinato agli Aiuti Ufficiali allo Sviluppo dai 22 paesi appartenenti al DAC nel 2007. Fonte: <http://www.oecd.org/dataoecd/27/55/40381862.pdf>

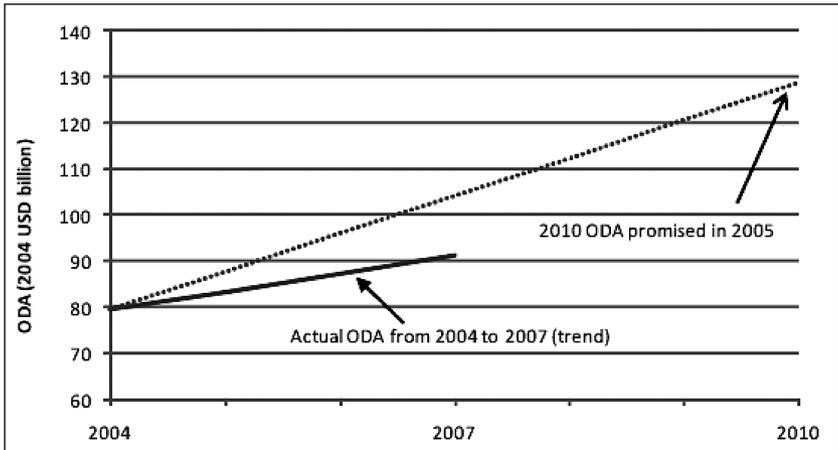


Figura 3. Andamento dei fondi per gli AUS dei 22 paesi membri del DAC a fronte delle promesse fatte nel G8 di Gleneagles nel 2005.

Nota: Il grafico esclude i fondi, eccezionalmente alti, destinati al condono del debito (soprattutto di Iraq e Nigeria) nel 2005 e 2006.

Fonte: <http://www.oecd.org/dataoecd/27/55/40381862.pdf>

Paesi non DAC ma appartenenti all'OCSE ammonterebbe attualmente a circa un miliardo di dollari l'anno e potrebbe raddoppiare entro il 2010¹³. L'APS fornito da Paesi non appartenenti all'OCSE come Arabia Saudita, Brasile, Cina, Federazione Russa, India, eccetera, è stato pari a 5 miliardi di dollari nel 2005 (circa il 4,7% dell'APS erogato dai Paesi appartenenti al DAC), circa il triplo di quanto erogato nel 2001¹⁴. A queste cifre si devono aggiungere quelle fornite da privati cittadini, gruppi religiosi, Organizzazioni Non Governative (ONG) e da varie fondazioni (Bill and Melinda Gates, Clinton, Rockefeller, Soros, eccetera) che sono difficili da documentare. Si stima, comunque, che nel 2005 si sia trattato di circa 14,7 miliardi di dollari; quasi il 14% del totale dell'APS erogato dai Paesi appartenenti al DAC, più del doppio della stessa cifra stimata nel 2001¹⁵.

Altri flussi finanziari verso i Paesi poveri

L'APS non è che uno dei flussi finanziari verso i Paesi poveri. Gli

investimenti stranieri diretti (*Foreign Direct Investment*, FDI), per esempio, costituiscono una significativa fonte di risorse per molti Paesi e, da alcuni anni, sono in crescita. Nel 2006, su un totale di 800 miliardi di dollari, gli FDI nel continente africano sono stati pari a 38 miliardi di dollari e sono stati, per lo più, diretti verso Paesi ricchi di petrolio e altre risorse naturali¹⁶. Sicuramente più significative per la promozione dello sviluppo e la lotta alla povertà sono le rimesse degli emigrati verso i Paesi di origine. Erano stimate a circa 31 miliardi di dollari nel 1990 e a circa 170 miliardi di dollari nel 2005¹⁷. Si tratta di una cifra approssimata. Considerevoli somme sono poi trasferite attraverso canali informali e possono solo essere indovinate. Secondo una stima della Banca Mondiale, la somma che sfugge alle statistiche ufficiali potrebbe essere pari o probabilmente superiore al 50% di quella ufficiale. Questo porterebbe le rimesse a un totale superiore ai 250 miliardi di dollari¹⁸. Una cifra equivalente a più del doppio di quella dell'APS, con costi di transazione immensamente inferiori e che arriva direttamente ai beneficiari, senza intermediari.

La distribuzione degli aiuti

I Paesi che ricevono gli APS dai 22 Paesi DAC sono divisi in quattro categorie¹⁹:

1. Paesi meno sviluppati;
2. Altri Paesi a basso reddito (PIL pro capite inferiore a 825 dollari annui nel 2004);
3. Paesi e territori a reddito medio di livello inferiore (PIL pro capite fra 826 e 3.255 dollari annui nel 2004);
4. Paesi e territori a reddito medio di livello superiore (PIL pro capite fra 3.256 e 10.065 dollari annui nel 2004).

La prima categoria è usata dalle Nazioni Unite dal 1971. Non è basata su meri criteri economici e comprende Paesi giudicati “strutturalmente svantaggiati nel loro processo di sviluppo e, più di altri Paesi, a rischio di fallire nello sforzo di uscire dalla povertà”²⁰. Essa comprende, attualmente, una cinquantina di Paesi, 34 dei quali in Africa. La percentuale dell'APS destinata alle prime due categorie si è aggirata attorno al 60% dagli anni settanta in poi, raggiungendo il 67% fra

il 2001 e il 2005²¹. Fra il 2001 e il 2005 l’Africa subsahariana ha ricevuto il 38% dell’APS dei Paesi DAC (negli anni sessanta tale percentuale era stata del 20% e negli anni settanta del 22%); l’Asia meridionale e centrale ha ricevuto il 15%, il Medio Oriente e il Nord Africa il 14%, e l’Asia orientale l’11%²². La distribuzione dell’APS non è omogenea e non sempre risponde a criteri di equità. Interessi politici e commerciali influenzano, in molti casi, a quali Paesi e a quali attività gli aiuti siano destinati. Durante la guerra fredda considerazioni politiche erano fondamentali nel determinare i destinatari degli aiuti. Sono importantissime anche oggi. Nonostante il volume dell’APS sia cresciuto di circa il 55%, fra il 2001 e il 2005, solamente 18 degli 81 Paesi che possono ricevere aiuti dall’IDA hanno visto l’APS a essi destinato aumentare del 50% o più. Afghanistan, Repubblica del Congo, Repubblica Democratica del Congo, Liberia, Nigeria e Sudan hanno visto gli aumenti più significativi²³.

Gli aiuti agli stati fragili

Con un pietoso eufemismo, sono definiti stati fragili (*fragile states*) quelli che non riescono (o non vogliono) assicurare ai loro abitanti diritti di base quali sicurezza, educazione, salute, opportunità di sviluppo in generale. Si tratta, spesso, di stati in preda a conflitti armati e/o prolungate crisi sociali, retti da governi corrotti, dispotici e inefficienti. Nel 2005 la Banca Mondiale ha identificato 25 Paesi a basso reddito che, analizzati secondo i criteri del cosiddetto CPIA (*Country Policy and Institutional Assessment*) potevano essere definiti stati fragili (la Banca aveva coniato una definizione, poi abbandonata, ancor più edulcorata: *low income countries under stress*, con il relativo, immancabile, acronimo: LICUS). In questi stati vivono circa 500 milioni di persone. In essi, i tassi di mortalità infantile sono di un terzo più alti di quelli di altri Paesi a basso reddito, quelli di mortalità materna del 20% più alti, la speranza di vita alla nascita è di 12 anni più breve²⁴. Negli ultimi anni si è fatta strada la convinzione, basata su fatti e buon senso, che gli aiuti siano più efficaci quando erogati a Paesi retti da governi che funzionano ragionevolmente bene e che, quindi, debbano essere erogati con una certa selettività. È intuitivo che aiuti erogati a un Paese ben amministrato e

in pace, come il Costa Rica, possano raggiungere risultati migliori di quelli erogati a un paese ad alta conflittualità sociale e guidato da un governo cialtronesco, come lo Zimbabwe, o a un Paese virtualmente senza governo e dilaniato dalla guerra, come la Somalia.

C'è, però, un accordo, crescente anche se titubante, nel ritenere che non ci si possa disinteressare degli stati fragili. Da una parte viene ritenuto iniquo dimenticare di circa mezzo miliardo di persone che vivono nelle condizioni più abbiette. Dall'altra si ritiene doveroso tentare di contribuire alla normalizzazione di questi Paesi anche per le negative ripercussioni che tali situazioni hanno per i Paesi vicini. Sembra essere una questione di lungimiranza politica. Secondo uno studio pubblicato nell'ottobre 2007 da *International Action Network on Small Arms*, *Oxfam International* e *Saferworld*, nel solo continente africano i conflitti costerebbero, fra costi diretti e indiretti, circa 18 miliardi di dollari l'anno, oltre a un insieme di altri costi definiti intangibili. Inoltre, il conflitto armato in un Paese ridurrebbe dello 0,9% l'anno la crescita del PIL nei Paesi confinanti²⁵. La logica di un impegno nei confronti di questi Paesi, sia pure con tutte le difficoltà inerenti, poserebbe, quindi, non solo su criteri etici, ma anche di sicurezza internazionale. L'efficacia di questi aiuti è deludente se si considera la situazione generale. Talvolta è possibile che si conseguano risultati modesti sul piano generale, ma significativi su quello locale: un'unità sanitaria che funziona, cibo che è distribuito, piccole comunità che, in qualche modo, restano in contatto col mondo esterno. Nel 2005 gli stati fragili hanno ricevuto, complessivamente, circa 20 miliardi di dollari in aiuti. Escludendo il condono del debito e gli aiuti d'emergenza, tale somma si riduce a circa 10 miliardi di dollari²⁶. In un articolo del 2002, William Easterly, economista della New York University, ha così commentato la decisione della Banca Mondiale e del Fondo Monetario Internazionale di accordare un ulteriore condono del debito al Burkina Faso: "Sarebbe interessante saperne di più su quanto i poveri siano stati ultimamente capacitati (*empowered*) in uno stato retto da un partito unico al potere dal 1987, che era il quinto nel mondo per corruzione nel 2001 e che ha sostenuto signori della guerra che hanno perpetrato tragiche atrocità in Sierra Leone, Liberia e Angola"²⁷. Si tratta di

una questione complessa per la quale non esiste una soluzione soddisfacente. Esistono timide illusioni, desolate speranze e imbarazzanti compromessi.

Modalità di erogazione dell'aiuto pubblico allo sviluppo

L'APS può essere erogato in molti modi: dal governo di un Paese donatore direttamente a quello di un Paese ricevente (aiuti bilaterali) o attraverso organizzazioni internazionali quali le Nazioni Unite, l'Unione Europea, le Banche di Sviluppo e Organizzazioni Regionali (aiuti multilaterali). I secondi dovrebbero essere maggiormente svincolati dagli interessi specifici dei singoli Paesi donatori. Nel 2006, circa il 70% dell'APS dei Paesi DAC è stato erogato tramite canali bilaterali e il rimanente 30% attraverso canali multilaterali; circa il 90% dell'APS bilaterale è erogato sotto forma di dono²⁸. L'APS può finanziare progetti specifici o contribuire al bilancio dello stato o a suoi singoli settori (sanità, educazione, trasporti, eccetera). Il sostegno diretto al bilancio degli stati riceventi (*General Budget Support*, GBS) o a suoi settori (sotto il nome di SWAP, *Sector Wide Approach*), dovrebbe permettere di usare l'APS in modo più flessibile ed efficiente. L'erogazione avviene sulla base di politiche e piani concordati fra governi riceventi e donatori; il monitoraggio delle attività e la valutazione dei risultati è fatta congiuntamente usando un singolo sistema (solitamente quello dello stato ricevente) per la rendicontazione finanziaria. Questa forma di erogazione dell'APS dovrebbe essere quella più consona al raggiungimento di obiettivi quali il coordinamento dei donatori (che mettono i loro fondi a disposizione dello stato ricevente sulla base di politiche e programmi concordati), l'allineamento degli obiettivi dei donatori con quelli dei Paesi riceventi, minori costi di transazione, maggiore facilità e trasparenza di rendicontazione.

In pratica, come sempre, le cose sono un po' più complesse. I donatori, non più separati nel supporto a singoli progetti, ma uniti nel discutere politiche comuni con i governi dei Paesi riceventi, possono costituire un cartello formidabile in grado di influenzare più di quanto non lo possano donatori singoli. Inoltre, molti donatori tengono i piedi in più staffe: mettono una parte dei loro fondi a disposi-

zione del bilancio dello stato ricevente e ne usano un'altra per finanziare progetti. La preponderante influenza di un potente cartello di donatori potrebbe essere contrastata da governi dei Paesi riceventi rappresentati da una massa critica di funzionari con competenza e integrità (è successo in Uganda, nel settore sanitario, alla fine degli anni novanta). Un trasparente sostegno al bilancio dello stato è tanto più probabile quanto più i governi dei Paesi riceventi riescono a riscuotere la fiducia dei governi donatori, per competenza, trasparenza e onestà. Uno studio sulla rilevanza, l'efficienza e l'efficacia del GBS, commissionato da 19 agenzie di cooperazione bilaterale, cinque agenzie internazionali e sette governi di Paesi riceventi, pubblicato nel 2006, è giunto a conclusioni fondamentalmente positive su questa modalità di erogazione degli aiuti²⁹. E molti donatori si stanno orientando sempre di più in questa direzione. Nel 2001 i fondi destinati al bilancio statale dei Paesi riceventi o a suoi singoli settori costituivano l'8% del totale degli APS del DAC. Nel 2004 tale percentuale era salita al 20%³⁰. Secondo stime recenti i fondi destinati ai settori sociali quali educazione, sanità, approvvigionamento idrico, sono cresciuti dal 29% del totale negli anni novanta al 52% fra il 2000 e il 2004 (dal 33% al 60%, rispettivamente, nell'Africa sub sahariana)³¹. L'aumento dei fondi diretti ai settori sociali ha coinciso con l'accresciuta tendenza di molti donatori a legare i fondi da essi erogati a singoli settori (una forma velata di condizionalità).

Proliferazione e frammentazione nella cooperazione internazionale

Con il termine proliferazione s'intende l'aumento del numero dei donatori, mentre per frammentazione s'intende il numero di attività finanziate da un singolo donatore. Negli ultimi anni il numero dei donatori è cresciuto vertiginosamente complicando la scena internazionale e rendendo più difficile coordinare efficacemente l'uso degli aiuti. Negli anni quaranta i donatori bilaterali erano meno di una decina, oggi superano la cinquantina. Anche il numero delle Organizzazioni Internazionali, dei Fondi e dei Programmi specifici è cresciuto rapidamente: se ne contano, oggi, più di 230, ma un censimento aggiornato e completo è impossibile. Il numero medio dei donatori

impegnati in un singolo Paese è cresciuto da circa una dozzina negli anni sessanta a più di una trentina nel periodo compreso fra il 2001 e il 2005. Dalla fine della guerra fredda il numero di Paesi riceventi con più di 40 donatori, fra governi, organizzazioni internazionali, fondi specifici, fondazioni, eccetera, è cresciuto da 0 a 40. Il settore afflitto dal più elevato grado di proliferazione è quello sanitario, nel quale intervengono più di 100 organizzazioni maggiori³². La frammentazione degli aiuti in un elevato numero di attività finanziate dai singoli donatori è l'altra faccia di questo problema. Ciò è aggravato dal fatto che molte di tali attività, spesso di breve durata, consistono in assistenza tecnica, costosa e, spesso, non rilevante. Nel solo 2004 le missioni di assistenza tecnica, spesso legate a piccoli finanziamenti e di breve durata, sono state più di 20.000: più di una al giorno in ognuno dei Paesi destinatari degli aiuti³³.

È facile capire i problemi che questa situazione comporta per l'amministrazione di Paesi strutturalmente deboli. Questo numero alto di attori, con le loro priorità, i loro sistemi di monitoraggio e rendicontazione, le loro attività frammentate, le loro spesso non richieste missioni di assistenza tecnica, portano a un grado elevato di burocratizzazione, confusione, duplicazioni, sprechi. A tutto ciò si aggiunge la volatilità della maggior parte degli aiuti: la maggior parte dei donatori (di qualsiasi natura essi siano) s'impegna per attività di breve durata, comprese fra uno e due anni. L'esempio della Tanzania, uno per tutti, dovrebbe bastare a dare un'idea della situazione quasi demenziale in cui si trovano molti Paesi riceventi. Nel 2005, la maggior parte degli aiuti ricevuti da questo Paese ha finanziato più di 700 progetti, gestiti da una sessantina di unità d'implementazione (*implementation units*) parallele. La metà degli aiuti che arrivano al Paese finanzia attività non coordinate con quelle del governo; sempre nel 2005, nel Paese si sono succedute 541 missioni da parte di vari donatori e di cui solo il 17% ha coinvolto più di un donatore³⁴.

Condizioni sempre imposte ai Paesi riceventi...

Da almeno 60 anni, nei Paesi donatori, si formulano teorie sullo sviluppo, sui suoi obiettivi e sulle politiche più adeguate per conse-

guirli. Politiche che, per lo più, devono essere adottate dai Paesi riceventi come condizione per ricevere gli aiuti stessi. L'idea di condizionalità è spesso, e a ragione, associata al *modus operandi* di Fondo Monetario Internazionale e Banca Mondiale, ma, in modo più o meno accentuato, tutti i donatori hanno condizioni da imporre. L'insieme di queste condizioni ha prevalentemente riguardato, per molti anni, le politiche economiche dei Paesi riceventi. I Programmi di Aggiustamento Strutturale (PAS) ne sono il paradigma: politiche economiche liberiste sono state imposte, a tappeto, ai Paesi poveri senza tener conto dei diversi contesti in Paesi diversi e delle ricadute sociali delle misure imposte, prevalentemente costituite da svalutazione della moneta e tagli alla spesa pubblica, anche nei settori più sensibili, come sanità ed educazione. Nel corso dei decenni, l'insieme delle politiche imposte ai Paesi riceventi ha risentito delle diverse teorie dello sviluppo che si sono succedute le une alle altre. Sempre ritenute corrette, sempre ritenute incontestabili. Si è passati dal sostenere il ruolo guida dello stato nel promuovere lo sviluppo, soprattutto delle infrastrutture, negli anni cinquanta e sessanta del secolo scorso, all'accento sulle cosiddette necessità di base (*basic needs*) negli anni settanta, dall'aggiustamento strutturale degli anni ottanta e novanta, con un ridimensionamento del ruolo dello stato a favore di quello del mercato, all'accento su democrazia e buon governo, lotta alla povertà e alle disuguaglianze di genere, dalla seconda metà degli anni novanta a oggi. Il problema maggiore delle condizioni che accompagnano l'erogazione degli aiuti, non sta tanto e solo nella loro adeguatezza, quanto nell'ottusa e arrogante convinzione di poterle applicare dogmaticamente, senza alcuna attenzione ai contesti locali e senza un'attenta analisi delle possibili conseguenze immediate. Inoltre, spesso, i nuovi obiettivi di sviluppo, e le nuove politiche ritenute *conditio sine qua non* per raggiungerli, non sostituiscono le formulazioni precedenti, ma si sovrappongono a esse. Questo porta a un eccesso di esigenze formali e burocratiche che complicano l'azione dei governi dei Paesi riceventi, sommergono gli operatori sul campo con richieste tanto inutili quanto irritanti, e rallentano il flusso e l'efficacia degli aiuti. Negli ultimi anni, molti governi di Paesi donatori, e le stesse istituzioni di Bretton Woods (Banca Mondiale e Fondo Monetario Internazionale), hanno riconosciuto i problemi legati all'imposizione di con-

dizioni, soprattutto in ambito di politiche economiche. Ma questa inveterata abitudine è dura a morire. Il Fondo Monetario Internazionale e la Banca Mondiale continuano, in vari modi, a imporre politiche (soprattutto economiche) e i governi di molti Paesi donatori approvano, più o meno tacitamente, questa prassi³⁵.

Terminiamo questo paragrafo con una citazione da un discorso che il Presidente del Mali, Ahmadou Toumani Touré, ha tenuto nel 2005 a un Forum sullo Sviluppo tenutosi a Washington: “Un partenariato genuino presuppone l’autonomia dei Paesi beneficiari nel richiedere aiuti e nel determinarne gli obiettivi ... Spesso ci vengono imposti programmi e ci viene detto che questi sono i ‘nostri’ programmi ... Gente che non ha mai visto il cotone viene a darci lezioni sul cotone ... Nessuno è in grado di rispettare le condizioni imposte da certi donatori. Sono talmente complicate che loro stessi trovano difficile farcele capire. Questo non è partenariato. Questo è un professore che si rivolge a un suo studente”. La citazione è presa da un breve saggio pubblicato da Oxfam International nel 2006³⁶. Questo breve saggio critica severamente la perdurante imposizione di politiche economiche ai governi dei Paesi riceventi da parte del Fondo Monetario Internazionale e della Banca Mondiale. Allo stesso tempo, raccomanda l’adozione della cosiddetta *outcome based conditionality*, o condizionalità legata a risultati concordati nel progresso verso il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (*Millennium Development Goals*, MDG). Molto spesso, anche questi risultati concordati, indipendentemente dalla loro adeguatezza o dalla loro raggiungibilità, sono presentati dai donatori ai riceventi ai quali si dice: “Questi sono i risultati che volete ottenere”. In un altro documento, Oxfam e altre ONG criticano il Fondo Monetario Internazionale e la Banca Mondiale non solo per le condizioni che impongono ai Paesi riceventi, ma anche per la mancata valutazione delle loro conseguenze sulle fasce più povere della popolazione e la totale mancanza di responsabilità per gli errori commessi e le loro conseguenze³⁷. Il rapporto fra donatori e riceventi è, per sua stessa natura, sbilanciato. La condizionalità non sparirà mai.

... e promesse, sempre disattese, dei Paesi donatori

I donatori non si sono limitati e non si limitano a imporre, in modo più o meno dichiarato, le loro condizioni. Hanno fatto e continuano a fare, una serie di promesse non solo sulla quantità degli aiuti, ma anche sul modo in cui essi saranno erogati e sugli obiettivi da raggiungere. Come osserva nel suo ultimo libro William Easterly (un critico feroce degli aiuti allo sviluppo), i Paesi ricchi hanno una consolidata tradizione di roboanti dichiarazioni d'intenti e gloriosi obiettivi da conseguire entro date costantemente spostate in avanti³⁸. Si va dall'impegno di assicurare l'accesso universale all'acqua potabile entro il 1990, preso nel 1977 e ora spostato al 2015, a quello di raggiungere l'iscrizione universale alla scuola primaria entro il 2000, preso nel 1990 e, anch'esso, spostato al 2015. La lista potrebbe essere esasperatamente lunga. Si possono comunque ricordare il già citato impegno, preso nel 1970, di destinare all'APS lo 0,7% del PIL e quello preso nel luglio del 2005 dai Paesi del G8 di raddoppiare gli aiuti per l'Africa entro il 2010. Il primo, dopo quasi 40 anni, è stato raggiunto solamente da cinque Paesi; il secondo, stando alla Banca Mondiale, è lontano dall'essere realizzato visto che gli aiuti per l'Africa, in prospettiva, non sembrano destinati ad aumentare³⁹. Secondo l'Oxfam, se le attuali tendenze non cambieranno, i Paesi del G8 avranno erogato sotto forma di APS, nel 2010, 30 miliardi di dollari in meno di quelli promessi⁴⁰. Secondo altre stime, fatte dall'OCSE nell'aprile 2008, la differenza fra le somme promesse e quelle erogate sarà di 40 miliardi di dollari⁴¹.

Dichiarazioni, convegni e tavole rotonde

L'entità dell'APS non è il solo aspetto importante. Importa anche, e non poco, il modo in cui è erogato e usato. Anche in questo campo le promesse dei donatori abbondano. Una delle ultime dichiarazioni in proposito è la Dichiarazione di Parigi sull'Efficacia degli Aiuti, sottoscritta il 2 marzo 2005 alla fine dell'*High Level Forum on Aid Effectiveness* apertosi a Parigi il 28 febbraio dello stesso anno⁴². In essa i firmatari, rappresentanti di più di 100 governi di Paesi donatori e riceventi e diverse agenzie internazionali inclusa la Banca Mondiale, le Nazioni Unite, il DAC, le Banche di Sviluppo Regionale

(Africana, Asiatica, Europea e Inter-Americana), si sono impegnati a perseguire e conseguire una maggiore efficacia degli aiuti. Si parla di cinque aspetti fondamentali:

1. è ai Paesi riceventi, governi e società civile, che devono appartenere le politiche di uso degli aiuti (*ownership*); devono cioè essere i Paesi riceventi a fissare gli obiettivi da conseguire e le modalità per farlo;
2. i donatori devono coordinare i loro interventi (*harmonization*);
3. le azioni dei donatori devono essere in linea con gli obiettivi e le priorità dei Paesi riceventi (*alignment*);
4. è necessario fissare risultati concreti da conseguire e monitorarne e valutarne l'effettivo conseguimento (*results*);
5. infine, è necessario promuovere una sempre maggiore trasparenza accompagnata dalla responsabilità per il proprio operato sia da parte dei donatori sia da parte dei riceventi (*mutual accountability*).

Nessuno di questi concetti è nuovo. Per certi aspetti è sintomatico che, dopo più di 50 anni e più di 2,3 trilioni di dollari spesi in APS, questi concetti debbano ancora formare il corpo di pompose dichiarazioni d'intenti. Come ammette la stessa Banca Mondiale, i risultati conseguiti per rispettare gli impegni presi a Parigi "... sono modesti"⁴³.

La Dichiarazione di Parigi è stata preceduta e seguita da altre simili. Essa s'ispira, esplicitamente, a quella sull'armonizzazione degli aiuti, fatta a Roma nel febbraio 2003, e ai principi enunciati in una tavola rotonda sulla gestione degli aiuti svoltasi a Marrakech nel febbraio 2004. Gli stessi principi si trovano in molte delle linee guida emanate dal DAC, nelle note relative all'ultimo degli otto MDG e in altri numerosi documenti, prodotti al termine di altrettante conferenze, tavole rotonde e *fora*, tutti, ovviamente, di alto livello. Questa girandola di incontri e di editti, nella quale gli impegni presi e disattesi nei raduni precedenti sono riciclati per costituire il corpo di quelli seguenti, è uno spettacolo deprimente. Lo stesso Segretario Generale delle Nazioni Unite, Ban Ki-Moon, nella prefazione all'ultimo rapporto sul progresso verso il raggiungimento degli MDG, afferma senza mezzi termini che "... il mondo non vuole nuove promesse..." e che "... è imperativo mantenere quelle già fatte"⁴⁴.

Efficacia: quanto servono gli aiuti?

Quella dell'efficacia degli aiuti è, ovviamente, una questione fondamentale. Gli articoli e i libri sull'argomento sono numerosi. Ottimismo e pessimismo si contendono il campo, con una certa prevalenza del secondo sul primo. Pessimismo non solo nel valutare quanto è stato fatto finora, ma anche quanto sarà possibile fare in futuro. Un'utile sintesi delle varie posizioni è contenuta in un lavoro scritto da Steven Radelet, esponente del governo statunitense, e pubblicato nel luglio del 2006 dal *Center for Global Development*⁴⁵. L'ONG *Action Aid International* ha pubblicato due interessanti rapporti, nel 2005 e nel 2006, in cui ha tentato di quantificare gli aiuti veri, che raggiungono le popolazioni cui sono destinati e gli aiuti fantasma che, pur essendo conteggiati come aiuti dai Paesi donatori, non arrivano alle popolazioni dei Paesi poveri: o perché tornano da dove sono partiti, o perché sono, letteralmente, sprecati. Tali stime sono, a volte, discutibili, ma hanno il pregio di costituire un tentativo coraggioso nella direzione giusta. Secondo *Action Aid International*, nel 2004, circa 37 miliardi di dollari, che costituivano il 47% dei fondi stanziati dai Paesi DAC per l'APS, erano aiuti fantasma. Più precisamente: 6,9 miliardi di dollari non erano mirati alla riduzione della povertà; 5,7 erano stati contati due volte, come aiuti e riduzione del debito; 11,8 erano stati spesi in assistenza tecnica inefficace, non richiesta e superpagata; 2,5 erano stati sprecati perché legati all'acquisto obbligato di prodotti dei Paesi erogatori a condizioni svantaggiose; 8,1 erano andati persi a causa di una mancata coordinazione fra i donatori stessi; 2,1 erano stati spesi nei Paesi donatori in misure legate all'immigrazione e almeno 70 milioni erano stati spesi in costi amministrativi⁴⁶. Come detto, molte di queste stime contengono un alto grado di arbitrarietà, riconosciuto dagli autori stessi dei rapporti, dovuta sia a motivi concettuali sia alla difficoltà di ottenere dati accurati. Vale tuttavia la pena di citarle perché contengono numerosi elementi validi e meritevoli di riflessione.

Il comune buon senso (niente affatto comune) è sufficiente a far capire e accettare la necessità di monitorare le attività svolte e valutarne l'impatto. Da molte parti s'insiste, con enfasi sempre maggiore, sulla necessità di monitorare non solo la qualità e la puntualità delle

attività svolte, ma i loro effettivi risultati. La Banca Mondiale ha pubblicato un corposo manuale per farlo⁴⁷. In esso si afferma, tra l'altro, che non basta accertarsi che le azioni pianificate siano state realizzate, e si sottolinea la necessità di verificare il conseguimento di risultati concreti e quantificabili. Nel campo sanitario, per esempio, si parla di diminuita mortalità. Questo tipo di valutazione può soffrire di un pericoloso tipo di miopia. In Paesi poveri, gravemente carenti in termini d'infrastrutture, servizi, personale adeguato, i risultati conseguiti in un settore dipendono, in larga parte, da quelli conseguiti, allo stesso tempo, in altri settori. Per raggiungere miglioramenti significativi nei tassi di mortalità (infantile, materna, generale) non basta aumentare la copertura e l'accessibilità dei servizi sanitari. Simultanei miglioramenti nelle tecniche agricole, nel settore educativo, in quello dei trasporti, nell'approvvigionamento idrico, sono altrettanto necessari. Valutare le attività di un singolo progetto o programma, in un singolo settore, può essere fuorviante.

Aiuti allo sviluppo e coerenza politica

La valutazione degli aiuti è fatta, spesso, fermandosi ai flussi finanziari e ai loro obiettivi dichiarati. Questo approccio è riduttivo e, anche a causa degli aiuti fantasma, poco utile. Uno sforzo verso una visione più ampia e significativa è stato compiuto, negli ultimi anni, dal *Center for Global Development* (CGD), un *think tank* con base a Washington. Il CGD ha introdotto, nel 2003, il *Development Friendliness Index* (DFI), poi rinominato *Commitment to Development Index* (CDI, Indice di Impegno per lo Sviluppo). Il CDI analizza le politiche e i comportamenti dei Paesi studiati in sette aree diverse, tutte legate allo sviluppo umano, inteso come miglioramento reale delle condizioni di vita di intere popolazioni. L'APS, valutato per quantità e per qualità, è solo una delle sette aree studiate. Le altre sei sono:

1. politiche commerciali (in particolare, apertura ai prodotti dei Paesi poveri);
2. politiche volte a facilitare investimenti in Paesi poveri;
3. politiche riguardanti l'immigrazione;
4. politiche riguardanti la salvaguardia ambientale;
5. politiche riguardanti la sicurezza globale (in particolare, la parte-

cipazione, con fondi, mezzi e personale alle missioni di mantenimento della pace delle Nazioni Unite);

6. politiche volte alla promozione e alla diffusione di nuove tecnologie (inclusa la ricerca farmaceutica riguardante le malattie che maggiormente colpiscono i Paesi poveri).

Nel 2007 il CGD ha studiato 21 dei 22 Paesi del DAC, con esclusione del Lussemburgo, per valutare il grado d'impegno per lo sviluppo e la coerenza politica in senso lato, mostrati nel 2006. Non sorprende che al vertice di questa particolare classifica si trovino Olanda, Danimarca, Svezia e Norvegia. Non sorprende, nemmeno, che l'Italia si trovi saldamente ancorata al terzultimo posto dal 2004 (era quartultima nel 2003)⁴⁸.

La cooperazione sanitaria

Nell'ambito della cooperazione in generale, quella sanitaria occupa una posizione particolare. Contribuire a migliorare lo stato di salute delle popolazioni più povere è percepito come un obiettivo alto sia dagli operatori sia dall'opinione pubblica. Per cooperazione sanitaria s'intende, in senso stretto, quell'insieme di attività di cooperazione miranti ad aumentare sia la produzione sia l'accessibilità di servizi sanitari di qualità. Quanto, così facendo, si contribuisca a migliorare lo stato di salute di intere popolazioni, come molti sembrano aspettarsi che accada, è discutibile. Il contributo dei servizi sanitari al miglioramento dello stato di salute delle popolazioni è marginale e limitato. Questo dettaglio è spesso trascurato da molti operatori e completamente ignorato dalla gran parte dell'opinione pubblica. La salute di intere popolazioni dipende molto più dalla disponibilità di cibo, acqua, istruzione, lavoro e abitazioni decenti, che dalla disponibilità e dalla qualità dei servizi sanitari. Ciò dovrebbe da una parte ridimensionare troppo ottimistiche speranze sugli effetti della cooperazione sanitaria, dall'altra, almeno a volte, mitigare l'asprezza delle critiche a essa mosse. Il conseguimento di obiettivi quali, per esempio, la diminuzione della mortalità infantile, dipende solo in piccola parte dal settore sanitario e, molto di più, dalle azioni, concomitanti e coordinate, eseguite nei settori sopra citati. Un altro equivoco che s'incontra di frequente e che, in qualche modo,

alimenta troppo grandi aspettative, è quello secondo il quale, nei Paesi poveri, ci si ammala e si muore per malattie, quali diarrea, morbillo, infezioni respiratorie e altre, che si possono prevenire e curare facilmente. Se queste malattie fossero facilmente prevenibili e curabili, sarebbero facilmente prevenute e curate. Non lo sono perché anche i presidi più semplici diventano di difficile e costosa applicazione in contesti di miseria in cui pochi litri d'acqua di dubbia qualità possono costare quattro, sei, o anche otto ore di cammino, il cibo è raramente sufficiente, le abitazioni sono catapecchie malsane, l'igiene è un lusso, l'educazione assente. Quando questi (e altri) fattori saranno corretti secondo giustizia e decenza, le malattie che uccidono i poveri del mondo saranno facilmente prevenibili e curabili. Non prima.

Le motivazioni della cooperazione sanitaria

Oltre alle motivazioni solidaristiche che rendono popolare la cooperazione sanitaria, ne sono spesso citate almeno altre due. La prima è una reazione all'enormemente aumentata facilità di spostarsi che gli esseri umani hanno acquisito negli ultimi decenni. Secondo l'*United Nations World Tourism Organization* (UNWTO), 846 milioni di persone si sono spostate per turismo nel 2006 e questa cifra dovrebbe raddoppiare entro il 2020⁴⁹. Inoltre, ogni anno, circa 200 milioni di persone migrano da un Paese all'altro in cerca di migliori condizioni di vita⁵⁰. La comparsa di nuove malattie infettive, quali AIDS e SARS, e la minaccia di pandemie, come quella, più o meno giustificatamente paventata, di influenza aviaria, hanno contribuito a far capire a molti, anche se non a tutti, che la salute è un bene globale. Rafforzare i sistemi sanitari dei Paesi più poveri, oltre a essere un atto di giustizia, contribuisce a proteggere l'umanità intera. L'altra argomentazione spesso usata a favore della cooperazione sanitaria è che un migliore stato di salute rende le popolazioni più produttive e, quindi, contribuisce alla crescita economica o, posta in termini più nobili, alla lotta alla povertà⁵¹. Entrambe le argomentazioni sono valide. Entrambe, però, rischiano di far passare in secondo piano il fatto che un migliore stato di salute per le popolazioni (tutte) vada perseguito perché è un valore in sé, un diritto umano fondamentale. E questa è una terza motivazio-

ne, più forte delle altre, a favore della cooperazione allo sviluppo in generale e di quella sanitaria in particolare.

Le inique disuguaglianze nella distribuzione delle malattie e delle risorse per combatterle, inique perché evitabili, sono note. Per esempio, le Americhe, con il 10% del carico mondiale di malattie, hanno il 37% degli operatori sanitari del mondo e sono responsabili di più del 50% della spesa sanitaria mondiale. L'Africa, con il 24% del carico mondiale di malattie, ha solamente il 3% degli operatori sanitari mondiali ed è responsabile di meno dell'1% della spesa sanitaria mondiale⁵². Secondo le informazioni del database *Creditor Reporting System* (CRS) dell'OCSE, che sono comunque incomplete, l'APS destinato alla sanità (*Development Assistance for Health*, DAH) è aumentato significativamente negli ultimi anni. Si è passati dai circa 2,5 miliardi di dollari del 1990 (0,016% del PNL dei Paesi donatori, ovvero il 4,6% dell'APS), ai circa 13 miliardi di dollari del 2005 (0,041% del PNL dei Paesi donatori, cioè quasi il 13% del totale dell'APS)⁵³. L'aumento del DAH ha contribuito in qualche modo alla crescita della spesa sanitaria dei Paesi in via di sviluppo, raddoppiata in termini assoluti dai 170 miliardi di dollari del 1990 ai 351 del 2002, passando dal 4,1% al 5,6% dei PIL di questi Paesi⁵⁴. Come spesso accade, non tutto ciò che luccica è oro. L'aumento della spesa sanitaria dei Paesi poveri include, nella maggior parte dei casi, i fondi erogati dai donatori come sostegno diretto al bilancio dello stato in generale o a quello sanitario in particolare. Inoltre, la spesa sanitaria è aumentata nell'insieme dei Paesi poveri, ma è diminuita in alcuni di essi, specialmente fra i cosiddetti stati fragili.

Cooperazione sanitaria e sistemi sanitari

Un sistema è un insieme di componenti che si integrano e operano assieme per conseguire determinati obiettivi. Agire su una delle componenti di un sistema influenza anche il funzionamento delle altre. Pensare e agire in modo sistemico significa considerare l'insieme delle componenti e i possibili effetti complessivi di azioni limitate a una sola o ad alcune di esse. Pensare e agire in modo sistemico è, esattamente, quanto molti donatori e varie organizzazioni non fanno

quando intervengono nei sistemi sanitari dei Paesi poveri.

Il settore sanitario è quello col più alto numero di attori del cosiddetto sistema degli aiuti. È in questo settore che proliferazione e frammentazione raggiungono i loro livelli più alti. Vi operano oltre cento organizzazioni identificabili, ma le iniziative e i flussi finanziari sono migliaia. Si va da piccole organizzazioni che inviano individui con molta buona volontà e poca competenza a svolgere attività di dubbia utilità, a organizzazioni d'importanza mondiale che erogano ingenti finanziamenti gestiti da funzionari molto qualificati, perseguendo politiche sanitarie più o meno concordate con i governi locali. Le prime aumentano la confusione e, spesso, sprecano fondi ed energie; le seconde, altrettanto spesso, mettono in atto pressioni fortissime per indirizzare le scelte di politica (sanitaria e non) dei governi riceventi. Tali pressioni risultano evidenti quando si consideri che le politiche sanitarie di molti Paesi poveri sono quasi sovrapponibili. È vero che anche i problemi di questi Paesi sono, spesso, sovrapponibili. Ma non pare verosimile che le modalità migliori per affrontarli possano, con minime differenze, essere le stesse in ogni situazione e in ogni circostanza: diminuito ruolo dello stato, aumentato ruolo del settore privato, decentralizzazione, autonomia ospedaliera, pagamento dei servizi erogati, assicurazioni sanitarie, eccetera. Queste sono alcune delle ricette universalmente e fortemente consigliate ai governi dei Paesi poveri. Come molte delle ricette provenienti dai Paesi ricchi, esse sono condizionanti. Anche quelle che, come i pagamenti imposti per i servizi sanitari e il diminuito ruolo dello stato, hanno dato risultati prevalentemente negativi. Non è detto che siano tutte e sempre sbagliate. Ma non sono certamente adatte a ogni situazione e in ogni momento. Ma sono consigliate come se lo fossero. Solo governi molto forti e funzionari locali competenti, onesti e con idee molto chiare possono sperare di coordinare una tal messe di attività e di resistere a tali pressioni. Il tutto è ulteriormente complicato dal fatto che, anche all'interno dei Paesi riceventi, non tutte le attività sanitarie cadono sotto la responsabilità del Ministero della Salute. La formazione degli operatori sanitari, in molti Paesi, è gestita dal Ministero dell'Educazione; questioni salariali e disciplinari riguardanti il personale sono gestite dal Ministero della Funzione

Pubblica; il Ministero della Difesa e quello degli Interni gestiscono importanti strutture sanitarie e centri di ricerca; il Ministero del Lavoro gestisce eventuali assicurazioni sanitarie; le rispettive responsabilità delle autorità centrali e di quelle locali sono, spesso, mal definite e confuse.

Approccio verticale e obiettivi limitati

I fondi dei donatori ai settori sanitari sono, spesso, indirizzati a combattere singole malattie quali AIDS, tubercolosi, malaria, poliomielite, eccetera. Fra il 2000 e il 2004, i fondi per il controllo dell'HIV/AIDS sono più che raddoppiati e quelli per le cure primarie si sono dimezzati⁵⁵. Spesso, i donatori finanziano progetti verticali, scarsamente integrati nei sistemi sanitari locali, ognuno con le sue strutture e le sue procedure gestionali. Il denaro speso in questo modo non è sempre utile a chi lo riceve. In uno studio del 2003, il Ministero della Salute ugandese analizzò la destinazione dei flussi finanziari di cinque importanti agenzie internazionali: la statunitense USAID, la svedese SIDA, la tedesca GTZ, la britannica DFID e la danese DANIDA. Fu evidenziato che solo il 32% di quei fondi contribuiva alla realizzazione del Piano Nazionale di Sviluppo Sanitario. Il rimanente 68% se ne andava in spese amministrative, corsi di aggiornamento superflui quando non deleteri, stipendi e simili⁵⁶. Secondo uno studio del 2005, solamente il 20% dei fondi destinati alla cooperazione sanitaria va a sostegno dei Programmi Sanitari Nazionali⁵⁷. Ciò è particolarmente grave se si pensa che i fondi dei donatori possono portare a una diminuzione effettiva di quelli disponibili per i Ministeri della Salute. Questo succede dove, come in Uganda, il Ministero del Tesoro, ispirato dal Fondo Monetario Internazionale, per discutibili (e discusse) ragioni macroeconomiche, fissa un tetto ai fondi dei singoli ministeri e tale tetto include sia i fondi governativi sia quelli dei donatori. Ciò significa che molti governi, a fronte di ingenti aiuti al settore sanitario, riducono i propri stanziamenti per tale settore. Se quegli aiuti, come negli esempi sopra citati, finanziano progetti verticali invece di finanziare le attività previste dai piani sanitari nazionali, portano a una diminuzione dei fondi disponibili per i Ministeri della Salute. La perversione di un simile meccanismo è

evidente. La perversione di chi si ostina a trascurarlo è altrettanto evidente. Nonostante i buoni propositi espressi nella Dichiarazione di Parigi, la verticalità nell'uso dei fondi dei donatori continua. Una giustificazione spesso usata è la debolezza e la fragilità amministrativa dei Paesi riceventi. È un circolo vizioso: il sistema nazionale è debole, quindi si creano tanti piccoli sistemi paralleli che lo indeboliscono ulteriormente. In realtà, si opta per la strada più facile, sicura e visibile. Non è quella che può portare ai risultati migliori e più sostenibili nel tempo. Spesso, però, può assicurare risultati rapidi e facilmente attribuibili ai fondi usati: campagne di vaccinazione, costruzione di nuove unità sanitarie (con i costi di gestione costantemente lasciati ai Paesi riceventi) corsi di aggiornamento, eccetera.

I Partenariati Globali per la Salute

L'approccio verticale si è accentuato nell'ultimo decennio con la nascita di numerosi Partenariati Globali per la Salute, meglio conosciuti con la definizione inglese di *Global Public Private Partnerships* (GPPP), o anche *Global Health Initiatives* (GHI). Si tratta, appunto, di partenariati fra organizzazioni internazionali, nazionali e fondazioni private di vario tipo. Ciascuna GPPP ha obiettivi specifici e limitati. Si va dalla GAVI (*Global Alliance for Vaccines and Immunizations*) al GFATM (*The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*), dalla GPEI (*Global Polio Eradication Initiative*) alla *Global Partnership to Stop TB*, dalla RBM (*Roll Back Malaria*) alla GAIN (*Global Alliance for Improved Nutrition*), e altre ancora. Manca un censimento accurato, ma si stima che, fra grandi e piccole, ne esistano fra 75 e 100, a seconda della definizione adottata⁵⁸. Variano molto per dimensioni, importanza ed efficacia di azione. Il 65% di quelle identificate si occupa di HIV/AIDS, tubercolosi e malaria. Tutte aumentano la complessità di un panorama già complesso. In molti casi sono riuscite e riescono ad attirare l'attenzione sull'importanza e l'urgenza di lottare contro determinate malattie e hanno portato alla mobilitazione di ingenti fondi. Nell'ultimo decennio, infatti, la maggior parte degli aumentati fondi per la cooperazione sanitaria è stata erogata attraverso le GPPP, indirizzandosi, dunque, alla lotta contro specifiche malattie piuttosto che al rafforzamento dei sistemi

sanitari. Difficile dire se questi fondi siano aggiuntivi rispetto agli aiuti in generale. In altre parole, è difficile dire se essi siano stati stanziati, grazie alle GPPP, in aggiunta a quelli che sarebbero comunque stati destinati agli aiuti o se, invece, non siano stati dirottati dagli aiuti in generale verso le attività e gli obiettivi delle GPPP.

Il proliferare delle GPPP, comunque, ha portato a un indubbio accentuarsi dell'approccio verticale. Si è focalizzata l'attenzione su singoli problemi facendo perdere di vista la situazione complessiva e trascurando gli effetti sistemici di azioni specifiche. Iniettando fondi per l'esecuzione di determinate attività, spesso sotto forma di incentivi per il personale, si è favorita l'esecuzione di quelle attività (generosamente remunerate) a scapito di altre altrettanto necessarie e importanti. È quanto è successo con gli incentivi offerti per le vaccinazioni. Effetti ancor più devastanti hanno gli incentivi offerti per partecipare ad attività formative quali corsi di aggiornamento, seminari, incontri di varia natura, tutti finanziati con molta generosità. Una vera e propria epidemia con effetti sistemici molto negativi, come denunciato dalla stessa OMS⁵⁹. Uno studio del 2005, condotto intervistando 350 funzionari in 20 Paesi diversi, ha confermato che le GPPP, con i loro multipli e paralleli sistemi gestionali, risultano troppo onerose per i fragili sistemi di gestione dei Paesi riceventi; che i livelli di comunicazione e scambio fra di esse e i funzionari dei Paesi riceventi sono insoddisfacenti; che poca attenzione è prestata agli effetti sistemici delle loro attività e che i costi di transazione delle loro attività sono troppo elevati⁶⁰. Con i loro fondi ingenti, la loro grande visibilità mediatica e la loro notevole influenza politica, in assenza di un approccio sistemico, le GPPP possono seriamente compromettere la sostenibilità dei piani sanitari nazionali. Possono distorcere le priorità, monopolizzare le scarse risorse umane, creare dispersive duplicazioni e favorire il proliferare di strutture e sottosistemi paralleli per l'erogazione di servizi sanitari. Gli interventi di molte GPPP hanno portato all'introduzione, anche su larga scala, di presidi efficaci ma molto costosi, come i farmaci antiretrovirali e alcuni nuovi vaccini. Non è pensabile, in un futuro prevedibile, che i Paesi poveri possano accollarsi gli elevati costi di mantenimento legati a questi interventi: si sta ipotecendo, per molti anni a venire, una considerevole parte dei loro fondi sa-

nitari. La situazione è resa anche peggiore dall'imprevedibilità degli aiuti in generale e di quelli sanitari in particolare. Questo significa che è impossibile, per i governi dei Paesi riceventi, prevedere, per un ragionevole lasso di tempo, l'ammontare delle risorse disponibili. Impossibile prevedere quali promesse saranno mantenute e quali no. Impossibile elaborare piani a medio e lungo termine con una qualche ragionevole sicurezza di finanziamento.

Una situazione critica che richiede aiuti di migliore qualità

Nonostante gli aiuti destinati ai settori sanitari siano aumentati, gli indicatori sanitari dei Paesi più poveri, specialmente nell'Africa subsahariana, non sono migliorati significativamente, sono rimasti stazionari o, in vari casi, sono addirittura peggiorati. Analizzando le tavole statistiche dell'ultimo rapporto dell'UNICEF sullo Stato dell'Infanzia nel Mondo si scopre che, fra il 1990 e il 2006, il tasso di mortalità infantile e quello dei bambini di età inferiore ai cinque anni, sono peggiorati in 11 Paesi (10 dei quali nell'Africa subsahariana) e la speranza di vita alla nascita è diminuita in 24 Paesi (18 dei quali nell'Africa subsahariana)⁶¹. È ovvio che questi peggioramenti non possono essere imputati agli aiuti internazionali. Come già detto, i settori sanitari sono complessi e gli indicatori di salute di intere popolazioni dipendono da una gamma complessa e ampia di interventi che non sono controllati dai settori sanitari stessi. Sta di fatto, però, che di fronte a una simile realtà, chi si occupa di cooperazione sanitaria dovrebbe impegnarsi su alcuni punti chiave che sono già stati toccati parlando della cooperazione allo sviluppo in generale e che, se rispettati, potrebbero almeno consentire di non fare danni e di non sprecare risorse. Si tratta di allineare i propri interventi con quelli dei governi dei Paesi riceventi; coordinarli con quelli degli altri donatori per evitare duplicazioni, sprechi ed esagerati carichi amministrativo-burocratici; impegnarsi in un costante monitoraggio e in una franca valutazione delle attività svolte; e infine, più importante di tutti, esercitare un'attenzione costante al rafforzamento complessivo dei sistemi sanitari dei Paesi riceventi.

Conclusioni

Sembra ragionevole pensare che, nel futuro prevedibile, l'universo degli aiuti allo sviluppo continuerà a dibattersi nel mare di contraddizioni, illusioni, delusioni, fallimenti e parziali successi nel quale si è dibattuto negli ultimi 50 anni. Anche se qualcosa è cambiato e sta cambiando. C'è una maggiore consapevolezza degli errori commessi, contraddizioni e incoerenze, impostazioni sbagliate, ipocrita e paternalistica arroganza, inefficienze e assenza di responsabilità. Questa maggiore consapevolezza non evita, non ancora, il ripetersi degli errori, il perpetuarsi delle incoerenze, l'intestardirsi su impostazioni sbagliate, l'arroccamento sull'arroganza di chi possiede la verità, lo spreco di ubiquitarie inefficienze, la mancanza di responsabilità per gli errori commessi. Ma riformare un sistema, quello degli aiuti, che, in realtà, non è un sistema ma un calderone in cui di tutto si trova, dal meglio al peggio, è un processo lungo e lento. Rimangono le insopportabili e inique disuguaglianze fra chi ha e chi non ha. Rimane la bontà intrinseca dell'idea che chi ha debba farsi carico di promuovere un cambiamento che porti verso maggiore giustizia, verso una condizione umana più sopportabile per tutti. Affermare che gli aiuti allo sviluppo non hanno portato i Paesi poveri ai livelli di sviluppo desiderati e, quindi, hanno fallito, è ingenuo e riduttivo. Gli aiuti allo sviluppo non porteranno mai ai livelli di sviluppo desiderati. Più modestamente, se meglio gestiti, potranno contribuire a farlo. L'obiettivo è troppo ampio e complesso per un sistema che mobilita circa 100 miliardi di dollari l'anno e ne spreca almeno il 40%. Nella conclusione del suo ultimo libro, William Easterly critica aspramente il sistema degli aiuti perché, dopo 50 anni, "... farmaci da 12 centesimi [di dollaro] non raggiungono i bambini che muoiono di malaria, zanzariere da quattro dollari non raggiungono i poveri per prevenire la malaria..."⁶². Simili livelli di semplificazione lasciano esterrefatti, specialmente quando provengono da autori che, per esperienza e cultura, dovrebbero darci analisi ben più articolate. È vero che i farmaci e le zanzariere non arrivano a chi devono arrivare. Ma questo non è il segno del fallimento degli aiuti allo sviluppo. Non solo. È il segno di un fallimento ben più ampio e grave. Perché farmaci e zanzariere (e molto, molto di più) cambino il desti-

no di milioni di diseredati che muoiono di povertà, è la lotta a quest'ultima che deve essere combattuta e vinta. Gli aiuti non sono che un piccolo strumento. Spesso un alibi di governi e cittadini di Paesi ricchi, una sorta di foglia di fico per nascondere lo scempio, non nascondibile, di disuguaglianze ingiuste e indegne. Gli aiuti non bastano. Occorrono politiche di ben più ampio respiro e di portata internazionale, che vadano, come brevemente visto più sopra, dal commercio internazionale agli investimenti, dalle leggi sull'immigrazione alla ricerca scientifica, dalla protezione dell'ambiente al controllo del commercio e della circolazione delle armi. Condannare il sistema degli aiuti allo sviluppo per inefficienza, corruzione e inefficacia è lecito e, spesso, giusto. Imputare a esso il mancato sviluppo umano di miliardi di persone è nel migliore dei casi segno di miopia, nel peggiore l'ipocrita ricerca di un facile capro espiatorio.

Note bibliografiche

¹ UNDP, *Human Development Report 1990*, Oxford University Press, New York 1990, p. 10.

² D. Pirzio-Biroli, *Aiuti allo Sviluppo, teorie e pratiche, opzioni e prospettive*, Edizioni Arcadia, Modena 1994, p. 2.

³ G. Mammarella, *L'America da Roosevelt a Reagan, Storia degli Stati Uniti dal 1939 ad oggi*. Laterza, Bari 1986, p. 159.

⁴ S.H. Truman, *Discorso inaugurale, 1949*. Disponibile sul sito, consultato il 18 ottobre 2007, www.yale.edu/lawweb/avalon/presiden/inaug/truman.htm

⁵ World Bank, *The role and effectiveness of development assistance, lessons from World Bank experiences. A Research Paper from the Development Economics Vice Presidency of the World Bank*, World Bank, Washington DC 2002, p. IX.

⁶ www.oecd.org/pages/0,3417,en_36734052_36734103_1_1_1_1_1,00.html

⁷ J. Degnbol-Martinussen, *AID, understanding international cooperation*, Zed Books, New York 2003, p. 56.

⁸ OECD, *Aid flows top USD 100 billion in 2005*. OECD, Parigi, 2006. Disponibile sul sito, consultato il 16 ottobre 2007, www.oecd.org/home/

⁹ OECD, *Net Official Development Assistance in 2006, Chart 1, 2007*. Disponibile sul sito, consultato il 7 ottobre 2007, www.oecd.org/home/

¹⁰ OECD, *Net Official development Assistance in 2007*. Disponibile sul sito, consultato il 10 aprile 2008, www.oecd.org/home/

¹¹ IDA, *Aid architecture, an overview of the main trends in official development assistance flows*, International Development Association, 2007.

¹² International Development Association, *Aid architecture, an overview of the main trends in official development assistance flows*. IDA, Washington DC, 2007.

¹³ Ibidem, p. II.

¹⁴ World Bank, *Global Monitoring Report 2007, Millennium Development Goals: con-*

fronting the challenges of Gender Equality and Fragile States. World Bank, Washington DC 2007, p. 152.

¹⁵ Ibidem, p. 154.

¹⁶ UNCTAD, UNCTAD *Investment Brief, Foreign Direct Investment surged again in 2006*. UNCTAD, Ginevra 2007. Disponibile sul sito, consultato il 14 ottobre 2007, www.unctad.org/en/docs/iteiia misc20072_en.pdf

¹⁷ International Labour Office, *International Labour Migration and Development: the ILO perspective*. ILO, Ginevra 2006, p. 3.

¹⁸ World Bank, *Global economic prospects: economic implications of remittances and migration*. World Bank, Washington DC 2006, p. 85.

¹⁹ DAC, *DAC list of ODA recipients, 2006*. Disponibile sul sito, consultato il 16 ottobre 2007, www.oecd.org/home/

²⁰ UNCTAD, *Statistical profile of the Least Developed Countries 2005*. UNCTAD, Ginevra 2005.

²¹ International Development Association, *Aid architecture, an overview of the main trends in official development assistance flows*. IDA, Washington DC 2007, p. 6.

²² Ibidem, p. 9.

²³ World Bank, *Global Monitoring Report 2007, Millennium Development Goals: confronting the challenges of Gender Equality and Fragile States*. World Bank, Washington DC 2007, p. 151.

²⁴ World Bank, *Engaging with fragile states, an IEG review of World Bank support to Low Income Countries Under Stress*. World Bank, Washington DC 2006, p. 4.

²⁵ International Action Network on Small Arms, Oxfam International, Saferworld. *Africa's missing billions, Internationals arms flows and the cost of conflict*. IANSA 2007, pp. 9, 17.

²⁶ World Bank, *Global Monitoring Report 2007, Millennium Development Goals: confronting the challenges of Gender Equality and Fragile States*. World Bank, Washington DC 2007, p. 162.

²⁷ W. Easterly, *The cartel of good intentions. Bureaucracy versus markets in foreign aid*. Center for Global Development, Washington DC 2002, Working Paper N° 4, p. 45.

²⁸ International Development Association, *Aid architecture, an overview of the main trends in official development assistance flows*. IDA, Washington DC 2007, pp. 3-4.

²⁹ Birmingham University, International Development Department, School of Public Policy. *Evaluation of General Budget Support: Synthesis Report*. Birmingham, 2006. Disponibile sul sito, consultato il 15 ottobre 2007, www.oecd.org/dac/evaluation.

³⁰ International Development Association, *Aid architecture, an overview of the main trends in official development assistance flows*. IDA, Washington DC 2007, p. 6.

³¹ Ibidem, p. 11.

³² Ibidem, pp. 12-20.

³³ Ibidem, pp. 22.

³⁴ DAC, *Progress Report on the 2006 survey on monitoring the Paris Declaration*. OECD, Parigi 2006. Disponibile sul sito, consultato il 15 ottobre 2007, www.oecd.org/dac/evaluation

³⁵ Oxfam International, *Kicking the habit: how the World Bank and the IMF are still addicted to attaching economic policy conditions to aid*. Oxfam briefing paper, 2006. Disponibile sul sito www.oxfam.org.

³⁶ Ibidem, p. 3.

³⁷ Oxfam International e altre ONG. *Blind spot, the continued failure of the World Bank and IMF to fully assess the impact of their advice on poor people*. Oxfam 2007, Joint NGO briefing note.

³⁸ W. Easterly, *The white man's burden, why the west's efforts to aid the rest have done so much ill and so little good*. Oxford University Press, Oxford-New York 2006, p. 9.

³⁹ World Bank, *Global Monitoring Report 2007, Millennium Development Goals: confronting the challenges of Gender Equality and Fragile States*. World Bank, Washington DC 2007, pp. 155-156.

⁴⁰ Oxfam International, *The world is still waiting, broken G8 promises are costing millions of lives*, Oxfam 2007, p. 5

⁴¹ A. Gurria, Segretario Generale OCSE. *We must do better, trends in Development Assistance*. 4 aprile 2008, http://www.oecd.org/document/7/0,3343,en_2649_201185_40385351_1_1_1_1,00.html

⁴² *Paris Declaration on Aid Effectiveness*, Parigi 2005. Disponibile in varie lingue sul sito dell'OCSE www.oecd.org/dac/effectiveness

⁴³ Ibidem, p. 164.

⁴⁴ UN Department of Economic and Social Affairs, *The Millennium Development Goals Report 2007*, United Nations, New York 2007. Disponibile sul sito, consultato il 18 ottobre 2007, www.un.org/millenniumgoals/pdf/mdg2007.pdf

⁴⁵ S. Radelet, *A primer on foreign aid*. Working Paper N° 92, Center for Global Development, 2006. Disponibile sul sito www.cgdev.org

⁴⁶ Action Aid International, *Real Aid, making technical assistance work*, Johannesburg 2006. Disponibile sul sito, consultato il 15 ottobre 2007, www.actionaid.org

⁴⁷ World Bank, *Ten steps to a results-based monitoring and evaluation system, a handbook for development practitioners*, World Bank, Washington DC 2004.

⁴⁸ Center for Global Development, *Commitment to Development Index 2006*. Disponibile sul sito, consultato il 6 ottobre 2007 www.cgdev.org

⁴⁹ www.unwto.org/index.php consultato il 17 febbraio 2008.

⁵⁰ Global Commission on International Migration, *Migration in an interconnected world: new directions for actions*, Ginevra 2005.

⁵¹ WHO, *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*, WHO, Geneva 2001 www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=whosis,cmh&language=english

⁵² WHO, *World Health Report 2006: working together for health*, WHO, Ginevra 2006, pp. XVIII-XIX.

⁵³ OECD/DAC, *Aid statistics*. www.oecd.org/statisticsdata/0,3381,en_2649_34447_1_119656_1_1_1,00.html Consultato il 17 marzo 2008.

⁵⁴ WHO, *Aid effectiveness and health*. WHO/HSS/healthsystems/2007.2. WHO, Ginevra 2007.

⁵⁵ World Bank, *Global monitoring report 2006. Millennium Development Goals: strengthening mutual accountability, aid, trade, and governance*, World Bank, Washington DC 2006

⁵⁶ F. Ssengooba, R. Yates, V. Oliveira, C. Kirunga, Have system reforms resulted in a more efficient and equitable allocation of resources in the Ugandan health sector? In: *Health System Reforms in Uganda: Processes and Outputs*. Institute of Public Health, Makerere University, Health Systems Development Programme, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Kampala 2006, p. 117.

⁵⁷ M. Foster, *Fiscal space and sustainability: towards a solution for the health sector*. Presentato al terzo High-Level Forum on the Health MDGs, Parigi, 14-15 Novembre 2005.

⁵⁸ K. Caines, *Key evidence from major studies of selected global health partnerships*. Background paper prepared for the High-Level Forum on the Health MDGs, Working Group on Global Health Initiatives and Partnerships, DFID Health Resource Centre, Londra 2005.

⁵⁹ WHO, *World Health Report 2006: working together for health*, WHO, Ginevra 2006, pp. 20-21.

⁶⁰ Bill & Melinda Gates Foundation and McKinsey & Company, *Global health partnerships: assessing country consequences*. Presentato al terzo High-Level Forum on Health MDGs, Parigi, 14-15 Novembre 2005 www.hlfhealthmdgs.org/Documents/GatesGHPNov2005.pdf

⁶¹ UNICEF. *The State of the World Children 2008: child survival*. UNICEF, New York 2007, pp. 114-134.

⁶² W. Easterly, *The white man's burden, why the west's efforts to aid the rest have done so much ill and so little good*, Oxford University Press, Oxford, New York 2006, p. 335.

1.4. Riusciranno i nostri eroi a rafforzare i sistemi sanitari? di Gavino Maciocco

La denuncia di Lancet

“Bambini e donne stanno morendo perché coloro che hanno il potere di prevenire quelle morti hanno scelto di non agire. Questa indifferenza – da parte di politici, amministratori, donatori, finanziatori della ricerca, da parte della stessa società civile – è il tradimento della nostra speranza collettiva per una società più forte e più giusta; per una società che dà valore a ogni vita, indipendentemente da quanto giovane o nascosta agli occhi del pubblico questa vita possa essere. Quello che abbiamo di fronte è un mondo squilibrato in cui solo coloro che hanno soldi, forza militare e influenza politica stabiliscono cosa conta e chi conta. Come professionisti sanitari noi non dobbiamo accettare questa pervasiva mancanza di rispetto della vita umana”¹.

Con questa dura, amara affermazione si chiude un editoriale firmato dal direttore di *Lancet*, Richard Horton. Editoriale di apertura di un serie di articoli dedicati a “*Countdown*”, un’iniziativa indipendente (sponsorizzata dalle Nazioni Unite e da altre agenzie internazionali) portata avanti da un gruppo di qualificati ricercatori ed esperti del settore materno infantile, con lo scopo di monitorare periodicamente lo stato di salute delle donne e dei bambini fino al 2015, anno conclusivo dei *Millennium Development Goals* (MDG). Gli Obiettivi del Millennio – stabiliti dalle Nazioni Unite nel 2000 – prevedono infatti che entro il 2015 (rispetto ai dati del 1990) si dovrebbe raggiungere: a) la riduzione di 2/3 della mortalità dei bambini di età inferiore ai 5 anni (MDG 4); b) la riduzione di 3/4 della mortalità materna (MDG 5).

Countdown ha recentemente pubblicato il Rapporto del 2008². Esso contiene la descrizione di una batteria d’indicatori che misurano lo stato e le tendenze della salute delle donne e dei bambini nei 68 paesi del mondo dove si concentra il 97% delle morti per gravidanza e parto e nei soggetti di età inferiore ai 5 anni. A ogni paese è

dedicata una pagina del documento dove – in una grafica molto chiara e suggestiva – sono sintetizzati i seguenti elementi: a) dati demografici e epidemiologici (nutrizione compresa); b) indicatori di sistema sanitario (spesa sanitaria, risorse umane, equità, etc.); c) salute ambientale (accesso all’acqua potabile, a strutture igieniche); d) livello di copertura degli interventi considerati efficaci: dall’allattamento al seno al supplemento di vitamina A, dalle vaccinazioni alla prevenzione della malaria, dal trattamento della diarrea e della polmonite alla prevenzione della trasmissione materno-fetale dell’Hiv, dai controlli periodici in gravidanza al parto assistito da personale qualificato.

Le evidenze di Countdown 2008

Dei 68 paesi oggetto dell’analisi, 16 hanno mostrato significativi miglioramenti e si trovano nella traiettoria del raggiungimento del MDG 4 nel 2015: dal Brasile all’Egitto, dal Messico a Nepal, dalla Bolivia alla Cina, nazione che negli ultimi tre anni ha recuperato molto terreno e ora si trova “*On track*”. All’estremo opposto si trovano 26 Paesi – quasi tutti collocati in Africa subsahariana –, classificati come “*No progress*”, nessun miglioramento rispetto ai dati del 1990 (es: Sierra Leone, da 290 bambini al di sotto dei 5 anni morti su 1.000 nati vivi nel 1990 a 270 per 1.000 nel 2006; Angola da 206 a 206 per 1.000); molti di questi paesi registrano un trend negativo: es: Botswana da 58 a 124 per 1.000; Congo da 103 a 126 per 1.000; Kenya da 97 a 121 per 1.000; Zimbabwe da 76 a 105 per 1.000. A metà strada i restanti 26 Paesi, i cui progressi sono considerati “*insufficient*”, ovvero inadeguati ad avvicinarsi significativamente agli obiettivi MDG 4.

Countdown 2008 ci dice inoltre che c’è una stretta relazione tra l’indicatore della mortalità dei bambini al di sotto dei 5 anni (il meglio documentato in termini statistici) e quello sulla mortalità materna, e infatti i 26 paesi con nessun miglioramento nel MDG 4 registrano i più alti livelli di mortalità materna (es: 2.100 morti materne per 100.000 nati della Sierra Leone o 1.800 per 100.000 del Niger).

Riguardo ai livelli di copertura degli interventi ritenuti a elevata efficacia nel settore materno-infantile si registrano grandi disparità tra differenti nazioni e anche tra diverse tipologie d’intervento. In

questo caso la valutazione delle tendenze è stata costruita mettendo a confronto i dati del 2000 e quelli del 2003 (o comunque due date di confronto dopo il 2000). Mediamente si sono registrati miglioramenti molto modesti (intorno al +2%) nell'assistenza ai bambini con diarrea e polmonite e nel garantire la presenza di personale qualificato durante il parto. La media generale della copertura di un'assistenza qualificata per la diarrea (ovvero accessibilità alla terapia con sali reidratanti) è del 38% (*range* 7-76%) con diversi paesi che registrano un peggioramento rispetto al passato (Chad -17%, Etiopia -14%, Malawi - 13%); situazioni analoghe si osservano nella possibilità di somministrare antibiotici in caso di sospetta polmonite (copertura media generale 32% - *range* 12-93%) e per i parti assistiti da personale qualificato (copertura media generale 53% - *range* 6-100%).

Miglioramenti maggiori (+ 4-7%) si sono verificati nella copertura di interventi quali la vaccinazione antitetanica in gravidanza (copertura media generale 81% - *range* 31-94%), la vaccinazione contro il morbillo (copertura media generale 80% - *range* 23-99%), nell'assistenza prenatale (copertura media generale 49% - *range* 16-99%). L'ampiezza del *range* – la distanza tra il valore massimo e minimo di un determinato indicatore – testimonia abissali differenze nell'assistenza sanitaria anche tra paesi che condividono condizioni critiche nello stato di salute delle donne e dei bambini.

Dai dati di *Countdown* emerge che gli interventi più programmabili e a minore tecnologia (es: vaccinazioni e cure prenatali) mostrano livelli di copertura e anche di miglioramento nettamente migliori di quelli “a domanda”, che richiedono la presenza di personale esperto 24 ore su 24 (es: assistenza al parto, terapia della polmonite e della diarrea).

Countdown 2008 fotografa una situazione drammaticamente grave nel settore materno-infantile sia nei livelli di salute, che nell'organizzazione dei servizi sanitari per una significativa parte dell'umanità, che provoca poco meno di 10 milioni di morti l'anno tra i bambini al di sotto dei 5 anni e di oltre mezzo milione di morti materne (circa il 50% di questo carico di morte si concentra in Africa subsahariana). Nelle **Figure 1 e 2** sono riportati i dati complessivi dell'Africa subsahariana riguardo agli obiettivi MDG 4 e 5. Per en-

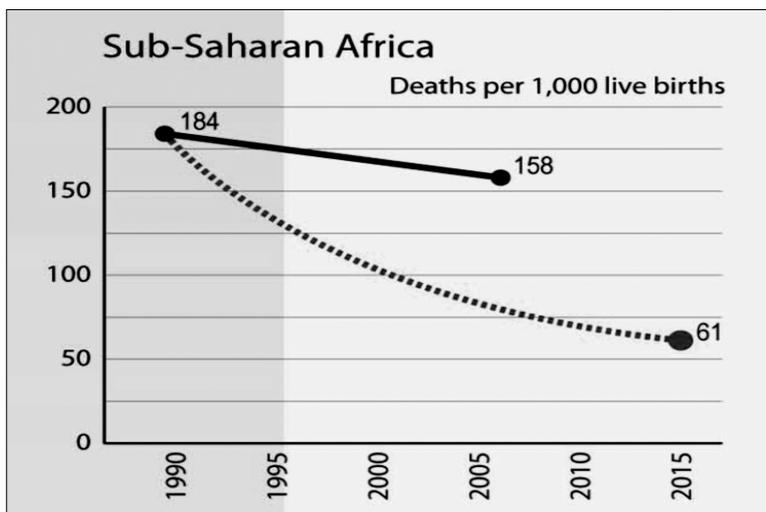


Figura 1. Obiettivo del Millennio 4 (MDG 4). **Mortalità dei bambini al di sotto dei 5 anni** (per 1.000 nati vivi). **Africa Sub-Sahariana**. *Linea tratteggiata*: obiettivo del millennio. *Linea continua*: situazione attuale. Fonte: OMS.

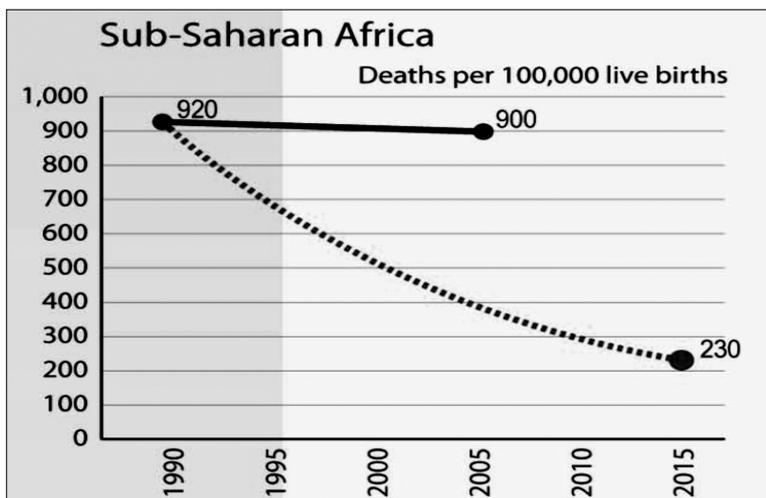


Figura 2. Obiettivo del Millennio (MDG 5). **Mortalità materna** (per 100.000 nati vivi). **Africa Sub-Sahariana**. *Linea tratteggiata*: obiettivo del millennio. *Linea continua*: situazione attuale. Fonte: OMS.

trambi – ma soprattutto per il MDG 5 – la situazione attuale è lontanissima dal trend prospettato nel 2000.

Le ragioni di una catastrofe annunciata

Questa situazione negativa dello stato di salute della popolazione dell’Africa subsahariana, espressa non solo dagli indicatori materno infantili sopra descritti, ma anche da una serie di altri indici generali (es: speranza di vita alla nascita) o specifici (prevalenza/mortalità per una serie di patologie) è da attribuire a due fondamentali ragioni: a) la povertà estrema in cui versa gran parte della popolazione di quella regione; b) le scelte di politica e cooperazione sanitaria internazionale attuate negli ultimi due decenni.

Povertà estrema e denutrizione. Secondo i più recenti dati della Banca Mondiale³ in Africa subsahariana 315 milioni di persone (il 41% della popolazione) vivono al di sotto della soglia di un 1 dollaro pro-capite di reddito al giorno. L’Africa subsahariana è la sola regione al mondo dove il numero delle persone “poverissime” non è diminuito, anzi tra il 1981 e il 2001 è quasi raddoppiato. Tra i vari aspetti della povertà la denutrizione è un potente fattore di aggravamento sulla salute delle persone: è stato stimato che questa contribuisca per il 35% alla mortalità dei bambini al di sotto dei 5 anni (ovvero: la fame concorre ogni anno a determinare la morte di circa 3 milioni e mezzo di bambini) e per almeno il 20% alla mortalità materna⁴.

Le scelte di politica e cooperazione sanitaria internazionale. Le principali cause di morte dei bambini al di sotto dei 5 anni sono rappresentate dai disordini neonatali (in particolare: prematurità, asfissia, infezioni gravi), diarrea e polmonite. Queste tre voci spiegano quasi l’80% dell’intera mortalità di questa fascia di popolazione. Le principali cause di morte materna sono rappresentate da emorragie, infezioni, eclampsia e parto ostruito. Per affrontare queste patologie, per venire incontro a questi bisogni, così comuni e così diffusi, la strada è chiara e netta ed è quella di rafforzare il sistema sanitario nel suo complesso a partire dal livello delle cure primarie. Quello che serve è la presenza capillare di strutture e personale in grado di garantire un *continuum* di assistenza a livello domiciliare e di comu-

nità (per trattare una diarrea o una polmonite, per assistere un parto e per sorvegliare la salute di un neonato), con la possibilità di accedere a servizi di riferimento in casi gravi e di emergenza (esecuzione di un taglio cesareo o una trasfusione). *Countdown* ha identificato una serie di indicatori – con relativi standard minimi – per misurare la capacità di un sistema sanitario di venire incontro ai bisogni dei neonati, dei bambini e delle madri⁵. Tra questi segnaliamo nella **Tabella 1** quelli relativi all'erogazione di servizi e al personale.

Tabella 1. Indicatori di funzionamento del sistema sanitario. Fonte: Rif. Bibliog. 5.

Indicatori di erogazione di servizi.		
		Standard
1.	Disponibilità di servizi di assistenza ostetrica di emergenza	Minimo di quattro strutture di emergenza ostetrica di base + una avanzata di riferimento per 500.000 abitanti
2	Ostetriche autorizzate a svolgere interventi salvavita	Strategia adottata e sistematicamente implementata
3	Gestione integrata delle malattie dell'infanzia (<i>Integrated Management of Childhood Illness*</i>) adottata per coprire la prima settimana di vita	Strategia adottata e sistematicamente implementata
4	Operatori sanitari di base autorizzati a identificare e trattare le polmoniti	Strategia adottata e sistematicamente implementata
5	Promozione della reidratazione orale a base di sali e supplementi di zinco per il trattamento della diarrea	Strategia adottata e sistematicamente implementata
Indicatori di personale		
1	Densità di medici, infermieri e ostetriche	Minimo di 2,5 medici, infermieri e ostetriche per 1.000 abitanti per garantire adeguati livelli di copertura degli interventi di primo livello

*www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/imci/en/index.html

I risultati dell'indagine di *Countdown* ci dicono che gli standard “minimi” di gran parte di questi indicatori sono fuori della portata di quasi tutti i paesi dell'Africa subsahariana, in particolare quelli relativi alle strutture di assistenza al parto e al personale. Rispetto allo standard minimo di 2,5 medici, infermieri e ostetriche per 1.000 abitanti, la gran parte dei paesi africani si colloca al di sotto dell'1,0 per 1.000 abitanti, con paesi che registrano situazioni di carenza estreme (Burundi 0,2 x 1.000, Niger 0,3 x 1.000).

Tutto ciò non è oggetto di sorpresa: in vari capitoli di questo Rapporto sono ampiamente descritte le ricette di politica sanitaria che Banca Mondiale, G8 e una miriade di Iniziative Globali per la Salute (*Global Health Initiatives, GHI*) hanno adottato e imposto su scala planetaria: forte impulso alla privatizzazione dei servizi sanitari, servizi sanitari pubblici rasi al suolo con livelli irrisori di finanziamento da parte sia dei governi locali sia dei donatori; decentralizzazione, autonomia degli ospedali, servizi a pagamento e promozione delle assicurazioni private; sviluppo di monumentali programmi per il controllo e la cura di alcune malattie (Aids, tubercolosi, malaria, patologie cardiocirurgiche, etc.) e il totale abbandono dei servizi di base (quelli sopra descritti, quelli che maggiormente servono a curare i bambini e le donne).

Ha ragione Horton quando afferma: “Bambini e donne stanno morendo perché coloro che hanno il potere di prevenire quelle morti hanno scelto di non agire.”

Potremmo aggiungere che gli “stessi” in precedenza avevano scelto di agire, imponendo ricette tutte ideologiche, incuranti delle ben prevedibili conseguenze negative che si sarebbero abbattute sulle organizzazioni sanitarie locali e sui livelli di salute della popolazione.

E non è solo *Lancet* – con la recente serie di articoli di *Countdown* – a denunciare l'attuale situazione e a richiedere un radicale cambiamento di rotta nelle politiche sanitarie, rimettendo al centro dell'interesse, delle strategie e – soprattutto – dei finanziamenti l'organizzazione generale del sistema sanitario (risorse umane, infrastrutture, *governance*, accessibilità) con un occhio di riguardo al settore rimasto più indietro, quello delle cure primarie.

Il rafforzamento dei sistemi sanitari

Lo stesso Fondo Monetario Internazionale (istituzione gemella della Banca Mondiale) aveva dovuto riconoscere i deleteri effetti di queste politiche:

“In maniera perversa, il grosso flusso di assistenza da parte dei donatori indirizzata a queste malattie (attraverso i cosiddetti programmi verticali) ha indebolito le infrastrutture e drenato le risorse umane necessarie a prevenire e trattare le malattie comuni (come la diarrea e le infezioni respiratorie) che possono uccidere molte persone. Inoltre, una moltitudine di donatori, ognuno con le sue priorità, richieste burocratiche e strutture di supervisione, ha creato sperperi e confusione tra i paesi oggetto dell’assistenza. Infine, una preoccupazione importante è la sostenibilità di questi programmi verticali, dal momento che i finanziamenti dei donatori potrebbero non essere garantiti sul lungo periodo. Per i paesi oggetto di assistenza, questo flusso di denaro ha dato luogo a difficili sfide nella gestione del settore salute”⁶.

L’OMS ha recentemente dedicato un *working paper* al tema dell’efficacia degli aiuti in campo sanitario (*Aid Effectiveness and Health*)⁷, esaminando nel dettaglio le tre principali distorsioni dell’attuale modello di cooperazione sanitaria internazionale basato sui programmi verticali.

1. I programmi verticali minano alle fondamenta le strutture del sistema sanitario nazionale.

L’attuale modello di cooperazione sanitaria basato sulle GHI indirizza solo il 20% delle risorse alla gestione corrente del sistema sanitario, cosicché i governi locali hanno difficoltà a finanziare settori essenziali come la retribuzione e la formazione del personale, lo sviluppo e la manutenzione delle infrastrutture. Così, per esempio, dal 2000 al 2004 il finanziamento per l’Aids è raddoppiato (che certamente è un bene) ma parallelamente, nello stesso periodo, i finanziamenti per le cure primarie si sono dimezzati.

2. Gli aiuti sono imprevedibili, a breve termine, volatili.

Gli aiuti non sono soltanto settoriali, disancorati dalle priorità dei governi locali, ma anche imprevedibili, a breve termine, volatili, rendendo impossibile per le autorità locali intraprendere qualsiasi programmazione a lungo termine.

3. La presenza di molteplici attori non è coordinata e genera alti costi “transazionali” per i governi locali.

I due difetti precedenti – settorialità e volatilità – vanno moltiplicati per 5 o per 10 o per 100 a seconda delle GHI presenti in un paese. Ognuna di queste organizzazioni ha le sue procedure amministrative, i suoi sistemi di valutazione. Così l'organizzazione sanitaria locale, già stremata dalla mancanza di risorse di base, è costretta a dedicare parti consistenti del proprio tempo al coordinamento di iniziative altrui e al soddisfacimento delle esigenze amministrative dei donatori.

Nel 2007 il ministero britannico per la cooperazione internazionale (*Department for International Development* – DFID) ha prodotto un documento di revisione delle linee politiche della cooperazione in campo sanitario⁸. Il Ministro presentandolo ha premesso: “Per prima cosa non dobbiamo fare danni. Dobbiamo essere sicuri che interventi rivolti a singole malattie non compromettano il nostro impegno più ampio”.

Le tre priorità della cooperazione sanitaria britannica

1. Affrontare le principali cause di malattia.

Nel mondo ogni anno muoiono circa 10 milioni di bambini al di sotto dei 5 anni e mezzo milione di donne per cause legate alla gravidanza e al parto; quasi tutte queste morti si verificano nei paesi più poveri del pianeta e – cosa più grave – basterebbe molto poco per evitarle: la disponibilità di acqua pulita e servizi sanitari di primo livello accessibili e funzionanti, compresa l'assistenza alla nascita fornita da personale qualificato. Lo stato di salute della popolazione è condizionato dal PIL del paese e dal reddito delle famiglie, ma – afferma il documento – vi sono casi come Cuba, Sri Lanka o lo stato indiano del Kerala in cui drammatici progressi nello stato di salute si sono verificati pur in assenza di alti redditi e di rapida crescita economica.

Il settore materno-infantile riceve pochissime risorse dai donatori internazionali, ma anche dove si registra una massiccia iniezione di aiuti come nel caso di Aids, tubercolosi e malaria i risultati sono deludenti. Il problema quindi non è solo l'entità degli aiuti ma come questi vengono utilizzati. “Noi dobbiamo usare le risorse più effica-

cemente – sostiene il documento – sostenendo l'intero sistema sanitario, erogando servizi integrati e affrontando le ragioni di fondo che rendono le popolazioni così vulnerabili alle malattie”.

2. Investire nel rafforzamento dei sistemi sanitari, affinché siano in grado di erogare servizi sanitari essenziali.

In molti paesi la spesa sanitaria pubblica è al di sotto dei 34 \$ procapite, la soglia che l'OMS considera necessaria per garantire ai cittadini l'accesso a un pacchetto di servizi sanitari essenziali. Rientrano in questa categoria la gran parte dei paesi africani, diversi paesi asiatici e dell'America latina, nonché alcune repubbliche dell'ex Unione Sovietica.

In queste realtà i sistemi sanitari pubblici sono totalmente abbandonati a se stessi: strutture fatiscenti, mancanza di attrezzature e di farmaci, pochi operatori (spesso in fuga dal loro paese), demotivati e mal pagati. Le persone sono inoltre costrette a pagare le prestazioni. Per questo i pazienti si rivolgono per lo più al mercato privato, non regolato, di bassissima qualità, invaso da personale abusivo e da farmaci contraffatti.

In queste condizioni qualsiasi intervento di cooperazione rischia di affondare e comunque di risultare insostenibile una volta concluso un progetto.

Gli obiettivi del DFID su questo punto sono:

- a) Sostenere un gruppo di paesi selezionati nel rafforzamento del loro sistema sanitario sia dal punto di vista economico che da quello gestionale e della *governance*, nonché nello sviluppo delle risorse umane;
- b) Fornire assistenza diretta ad alcuni paesi al fine di potenziare i servizi sanitari di base ed aiutare i paesi che intendono rimuovere le barriere economiche nell'accesso ai servizi essenziali rendendoli gratuiti;
- c) Proseguire nella strategia di lotta contro l'HIV/AIDS (*Taking Action*) al fine di raggiungere entro il 2010 l'obiettivo dell'accesso universale ai farmaci antiretrovirali;
- d) Assicurarsi che gli investimenti in altri settori – acqua, nutrizione, istruzione, infrastrutture, ambiente – abbiano la massima ricaduta in termini di salute.

3. Migliorare l'efficacia del finanziamento internazionale della sanità.

Negli ultimi anni il mondo della cooperazione sanitaria internazionale si è popolato di un numero impressionante di attori: 40 agenzie bilaterali (ovvero agenzie nazionali che si occupano di cooperazione sanitaria – poi molti paesi, come l'Italia, hanno dato vita ad agenzie regionali. *ndr*), 26 agenzie delle Nazioni Unite, 20 istituzioni finanziarie regionali e globali, e più di 90 iniziative sanitarie globali, basate sulla partnership pubblico-privato, generalmente finalizzate alla cura di una determinata malattia o al supporto di una branca della sanità. A tutto ciò si aggiunge la galassia delle organizzazioni non governative.

Questo affollamento di donatori provoca non solo un'incredibile frammentazione degli interventi (con relativi sprechi e duplicazioni), ma anche continue invasioni di campo nei confronti dei governi dei paesi "beneficiari", privati alla fine di ogni possibilità di controllo e di programmazione.

Gli obiettivi del DFID su questo punto sono:

- a) Affidare alle Nazioni Unite il compito di coordinamento e di semplificazione dei meccanismi di finanziamento, in modo che a livello dei paesi beneficiari i fondi siano destinati non a una specifica malattia, ma al sistema sanitario nel suo complesso;
- b) Riformare il ruolo della Banca Mondiale che in futuro dovrà spostare il suo interesse dal finanziamento delle singole malattie al finanziamento dei servizi sanitari pubblici e al supporto a lungo termine dei bilanci nazionali;
- c) Esplorare nuove strade per rafforzare la responsabilità di tutte le maggiori istituzioni sanitarie internazionali nel sostenere l'espansione dei servizi sanitari di base a livello di paese.

Le vittime non previste della generosità

Il caso scoppiò all'interno del *Global Fund to fight Aids, Tuberculosis and Malaria* (GFATM) nel 2005. Riguardava la situazione del Malawi dove i finanziamenti del GFATM per l'Aids si limitavano all'erogazione di farmaci e *test* di laboratorio, ignorando completa-

mente gli investimenti nelle risorse umane; così il già carente organico di personale si trovò improvvisamente sovrachiato da un'enorme quantità di nuovo lavoro all'interno di strutture inadeguate. A seguito delle proteste del governo, il GFATM concesse al Malawi un finanziamento aggiuntivo di 40 milioni di dollari per il rafforzamento del sistema sanitario che si tradusse nell'assunzione di 5.228 *community health workers* necessari per sostenere il programma *Malawi's Essential Health Package*, programma che include interventi per Hiv/Aids, Malaria, Tuberculosis e altre malattie.

Dal 2005 il GFATM consentì di presentare progetti finalizzati al rafforzamento del sistema sanitario (e da allora una modesta percentuale del suo budget è dedicata a questa voce). Da quell'anno è iniziata la rincorsa a invocare più attenzione, più sostegno, più finanziamenti rivolti al rafforzamento del sistema sanitario nel suo complesso. Era ormai evidente a tutti che le strategie basate sui programmi verticali se da una parte producevano qualche risultato nei confronti di "una" malattia, dall'altra avevano il duplice, drammatico effetto di lasciare senza difese le fasce più vulnerabili della popolazione e di annientare l'intera organizzazione sanitaria di un paese; dai livelli più elevati dove le strutture centrali e periferiche del ministero della sanità perdono ogni ruolo e competenza (e ogni dignità), ai livelli più bassi dove gli operatori – mal pagati e demotivati dallo stato di abbandono delle strutture di base – vanno alla caccia del programma verticale che offre i migliori vantaggi.

“Programmi verticali ben finanziati dai donatori internazionali hanno “dirottato” operatori sanitari locali qualificati lontano dal sistema sanitario locale di primo livello. In Etiopia, per esempio, per realizzare le proposte del GFATM, il personale medico locale è stato assunto con contratti di consulenza pagati al triplo dei salari del settore pubblico. Di conseguenza, il settore salute si è organizzato in maniera verticale, con personale che si spostava da una sezione all'altra, mettendo in pericolo l'accesso ai servizi e sollevando preoccupazioni importanti nei confronti dell'equità. Questo drenaggio “interno” di cervelli ha conseguenze devastanti e mette a repentaglio i servizi essenziali di assistenza primaria”⁹.

Queste distorsioni non si limitano ai paesi più poveri dell'Africa subsahariana e quindi più dipendenti dagli aiuti esterni, riguardano anche un paese ricco di risorse come il Sudafrica. Il brano che ripor-

tiamo è tratto da un ampio reportage del *Los Angeles Times* dedicato alle attività della *Bill and Melinda Gates Foundation* in Sudafrica, dal titolo “Le vittime non previste della generosità della Fondazione Gates”¹⁰.

“Riversando la maggioranza dei contributi nella lotta contro killer di alto profilo come l’Aids, i beneficiari degli aiuti di Gates hanno aumentato la domanda di specialisti clinici ben pagati, dirottandovi il personale di livello primario. Le conseguenti carenze di operatori sanitari hanno abbandonato molti bambini che sopravvivono all’Aids ai killer più comuni: setticemia neonatale, asfissia, diarrea. L’enfasi su poche malattie ha fatto dimenticare bisogni fondamentali come la nutrizione e i trasporti, minando l’efficacia degli aiuti della fondazione. Molte persone affette da Aids hanno così poco da mangiare che vomitano le loro pastiglie gratuite per l’Aids. Altre non possono recarsi ai centri di salute che offrono loro il trattamento salvavita gratuito per mancanza del biglietto dell’autobus. I programmi di vaccinazione finanziati da Gates hanno istruito gli operatori ad ignorare – o addirittura scoraggiare i pazienti dal discutere – condizioni che non si possono prevenire con le vaccinazioni. Ciò è particolarmente pericoloso in postazioni periferiche dove una visita per ricevere un vaccino è l’unico contatto che alcuni residenti hanno per anni con chi fornisce servizi di salute”.

Un fiorire di iniziative e di prese di posizione

Negli ultimi anni – dicevamo – si è registrato un fiorire di iniziative e di prese di posizione nel tentativo di correggere una rotta manifestamente sbagliata. Le parole d’ordine più popolari sono diventate: “*Strengthening Health Systems*” (rafforzare i sistemi sanitari) e “*Maximizing positive synergies*” (promuovere l’integrazione tra l’approccio verticale, tipico delle GHI, e quello orizzontale, orientato al rafforzamento del sistema sanitario nel suo complesso). Di seguito si riportano alcune delle più significative iniziative in questo senso.

International Health Partnership¹¹. Il governo britannico nel settembre 2007 si è fatto promotore di questa iniziativa, coinvolgendo una serie di attori tra cui OMS, Unione Europea, Banca Mondiale, *African Development Bank*, UNAIDS, UNICEF, GFATM, *Bill and Melinda Gates Foundation*, e – in rappresentanza dei paesi afri-

cani e asiatici – Burundi, Etiopia, Kenya, Mozambico, Zambia, Cambogia e Nepal. Tre gli obiettivi dichiarati dell’iniziativa: a) concentrarsi nel miglioramento dei sistemi sanitari nel loro complesso e non su singole malattie o singoli settori; b) promuovere un miglior coordinamento tra donatori; c) sostenere e sviluppare i piani sanitari dei singoli paesi.

15 by 2015. È un’iniziativa promossa da Jan De Maeseneer, capo del dipartimento di *Family Medicine and Primary Health Care* dell’Università di Ghent (Belgio) e presidente dell’*European Forum for Primary Care*, a cui hanno aderito molteplici organizzazioni accademiche e non (tra cui WONCA, l’organizzazione mondiale dei medici di famiglia), con il sostegno del *British Medical Journal*¹². L’obiettivo è quello di convincere agenzie e donatori internazionali, quali OMS, Banca Mondiale, *Bill and Melinda Gates Foundation*, *GFATM*, *US President’s Emergency Plan for Aids Relief (PEPFAR)*, etc. ad allocare il 15% del budget dei programmi verticali al supporto dei programmi orizzontali di cure primarie, entro il 2015.

“La maggior parte del sostegno finanziario va a progetti-malattia (programmi verticali), piuttosto che ad affrontare una gamma più ampia di malattie attraverso servizi di livello primario integrati e misure preventive (programmi orizzontali). Questi programmi-malattia non hanno raggiunto l’obiettivo principale di migliorare la salute dell’intera comunità. Nonostante le grosse somme donate, questi progetti si concentrano solo su una piccola parte della popolazione. I programmi-malattia sottostimano l’importanza dell’accesso ai servizi di salute per l’intera popolazione. Inoltre, in molti paesi i programmi-malattia portano a un aumento della carenza di personale nei servizi generali mediante l’impiego degli operatori locali nei loro progetti per salari spesso 2-4 volte superiori alla media, creando un drenaggio di cervelli interno”. (dal sito www.15by15.org).

Maximizing positive synergies between health systems and Global Health Initiatives. Nel maggio 2008 l’OMS ha organizzato a Ginevra un convegno di due giorni cui hanno partecipato circa 150 rappresentanti di varie istituzioni e organizzazioni: governi, agenzie internazionali, partenariati globali per la salute, organizzazioni non governative, università. Di seguito riportiamo un brano tratto dal documento conclusivo¹³.

“Le GHI sono caratterizzate da un’enfasi su specifiche malattie, prodotti o popolazioni ed includono generalmente un elemento di partnership pubblico-privato. Alcune delle maggiori e più affermate GHI sono il GFATM, la *Global Alliance for Vaccines and Immunization* (GAVI) e il Pefar. In totale, oltre 80 GHI sono attualmente attive nel campo della salute pubblica. Queste GHI sono riuscite a far aumentare considerevolmente il livello delle risorse per la salute, in parte per la loro specificità ed in parte per l’enfasi che pongono nel collegare le risorse impiegate ai risultati”.

L’importanza di sistemi sanitari robusti

“Tuttavia, con i loro interventi, le GHI hanno messo a nudo debolezze vitali nel più vasto tessuto di sistemi sanitari a scarsità di risorse. Come in un circolo vizioso, malattie quali la malaria, la tubercolosi, l’HIV e alcune malattie prevenibili con vaccini hanno eroso in maniera così grave alcuni sistemi sanitari da far loro mancare la capacità di mettere in atto con successo i programmi ideati dalle stesse GHI per affrontare proprio queste malattie. Inoltre, l’approccio selettivo ai servizi di salute adottato dalle GHI potrebbe, in alcuni casi, aver anche avuto l’effetto indesiderato di erodere ulteriormente la capacità dei sistemi sanitari di rispondere ai bisogni di salute più generali. In risposta a queste sfide, c’è stato un accresciuto impegno da parte di tutti gli attori interessati a rafforzare in maniera più vasta i sistemi sanitari in termini di strutture, risorse umane, gestione della catena di rifornimenti, sistemi informativi, finanziamenti e politiche integrate di salute”.

La necessità di garantire un guadagno massimo per la salute pubblica globale

“La consultazione dell’OMS sulle sinergie positive è stata convocata per rispondere a un riconoscimento sempre più vasto del bisogno urgente di affrontare le sfide intrinseche alla relazione tra sforzi complessivi per rinforzare i sistemi sanitari ed interventi selettivi delle GHI. Vi sono pochi dubbi sul fatto che esistano sinergie positive tra i due. Ma la consultazione ha dovuto affrontare la seguente questione: sono queste sinergie energeticamente sfruttate da tutte le parti in causa per garantire il massimo mutuo valore aggiunto? O si stanno perdendo nuove opportunità per migliorare la salute pubblica in paesi a medio e basso reddito?”

L’OMS ha recentemente organizzato una conferenza ministeriale sui sistemi sanitari (Tallin, 25-27 giugno 2008) dedicata al tema: **Quando i programmi verticali hanno un ruolo nei sistemi sanitari?**

“I programmi verticali possono essere desiderabili come misura temporanea se il sistema sanitario (e l’assistenza primaria) è debole; se è necessa-

ria una risposta immediata; per raggiungere economie di scala; per affrontare i bisogni di gruppi specifici che non è facile raggiungere in altro modo; per fornire alcuni servizi molto complessi che abbisognano di operatori molto qualificati. In pratica, la maggior parte dei servizi di salute combina elementi verticali e integrati, con diversi gradi di equilibrio.

Quando i programmi verticali sono desiderabili, coloro che elaborano politiche di salute potrebbero considerare due alternative: (1) programmi verticali limitati nel tempo, con chiare strategie volte a evitare la tracimazione dei loro effetti negativi nel sistema sanitario e nella popolazione non obiettivo di questi programmi verticali; e (2) programmi indefiniti nel tempo, con meccanismi a livello strategico e operativo per rinforzare i legami tra elementi verticali e orizzontali del sistema sanitario.

Considerazioni di economia politica in un contesto particolare ed altri fattori tecnici relativi al sistema sanitario influenzeranno la portata dell'integrazione. Dal momento che poderosi gruppi d'interesse potrebbero opporsi all'integrazione dei programmi verticali, coloro che elaborano politiche di salute dovrebbero sviluppare strategie per controbilanciare tale opposizione.

Dove esistono già una gestione, un finanziamento ed una fornitura di servizi di tipo verticale, l'integrazione sarà difficile e i cambiamenti dovranno essere sostenuti da aggiustamenti delle leggi e dei regolamenti volti a collegare la gestione, l'organizzazione ed il finanziamento dei programmi verticali con il sistema sanitario principale¹⁴”.

Toyako Framework for Action on Global Health - Report of the G8 Health Experts Group. La periodica sessione del G8 tenuta nel luglio 2008 in Giappone ha trattato i temi della salute attraverso un documento prodotto da un gruppo di esperti, approvato dai capi di stato. Di seguito alcuni brani del documento.

“È chiaro anche che il rafforzamento dei sistemi sanitari è importante per affrontare efficacemente le sfide sanitarie nel loro insieme. Gli approcci rivolti a una malattia e il rafforzamento dei sistemi sanitari dovrebbero rinsaldarsi a vicenda e contribuire entrambi al raggiungimento dei MDG per la salute. (...) I sistemi sanitari sono multi-dimensionali. La comunità internazionale dovrebbe affrontare vari aspetti dei sistemi sanitari, quali gli operatori e le risorse umane; il sistema informativo; il buon governo; le infrastrutture essenziali; l'impegno per la qualità; la gestione dei materiali medici e dei farmaci essenziali; e il finanziamento sostenibile ed equo. Con l'obiettivo di garantire accesso universale ai servizi di salute, il G8 enfatizza

l'importanza di approcci integrati per affrontare il rafforzamento dei sistemi sanitari, inclusa la protezione sociale della salute, e opererà con i paesi partner per promuovere una copertura adeguata dei costi ricorrenti dei sistemi sanitari”.

Il nocciolo della questione

Non c'è dubbio che la questione del rafforzamento dei sistemi sanitari, in un contesto egemonizzato dalle GHI, è entrata con forza nell'agenda della politica sanitaria internazionale e più in particolare nell'agenda di chi si occupa di cooperazione sanitaria internazionale.

L'idea di risolverla trasferendo un po' di risorse dalle relativamente ricche casseforti delle GHI al “povero” sistema sanitario, per finanziare risorse umane, infrastrutture, spesa corrente delle attività “generali”, può apparire realistica e pragmatica, ma è solo apparenza. Per due fondamentali motivi, il primo politico, il secondo finanziario.

Il motivo politico. La proliferazione delle GHI e dei relativi programmi verticali non risponde ai criteri tecnici e ai requisiti enunciati dall'OMS nel citato documento di Tallin. Infatti, ciò che si è verificato negli ultimi due decenni nell'arena della sanità globale risponde a logiche che hanno poco a che vedere con le strategie dell'organizzazione sanitaria (chi può negare l'utilità, talora la necessità, di strutture sanitarie verticali per affrontare adeguatamente rilevanti problemi di sanità pubblica?). Ciò che ha connotato le GHI non è stato solo la loro “missione” (programmi verticali), ma soprattutto la loro “natura”: autonoma al limite dell'anarchia, fuori del controllo delle istituzioni internazionali (ONU, OMS), anzi in sorda antitesi con esse; fuori dal controllo dei governi, delle istituzioni e delle organizzazioni sanitarie locali, anzi spesso in aperto conflitto con esse. La natura politica delle GHI è chiara: esse sono nate all'insegna del motto neo-conservatore “il governo non è la soluzione, il governo è il problema”, intendendo per governo tutto ciò che rientrava nella sfera pubblica. Così mentre da una parte venivano rasi al suolo i sistemi sanitari pubblici dei paesi poveri, e dall'altra le tradizionali istituzioni sanitarie internazionali perdevano credibilità e influenza, dilagavano – con la benedizione di G8 e Banca Mondiale – le GHI, “*magic bullets*” della sanità globaliz-

zata. In mancanza di una radicale revisione di indirizzo politico (che per ora non si vede all'orizzonte, dopo le elezioni americane chissà!), è poco probabile approdare all'auspicato riequilibrio di poteri tra GHI e istituzioni internazionali e nazionali. Assisteremo nel futuro a qualche simbolica “sinergia positiva”, qualche dollaro in più transiterà dai budget delle GHI a quelli dei sistemi sanitari, ma il quadro di fondo non cambierà, così come difficilmente muterà la natura tutta autoreferenziale delle GHI.

Prendiamo il caso del PEPFAR, la più potente delle GHI (il 16 luglio 2008 il Senato americano ha approvato un budget di 48 miliardi di dollari per i prossimi 5 anni). PEPFAR è una struttura estremamente centralizzata, con una linea di comando definita “direttiva-prescrittiva” nei confronti delle agenzie (quasi tutte americane) che operano localmente¹⁵, assai poco disponibile a discutere con le autorità locali le strategie d'intervento, “guidata dall'ideologia più che dalla scienza” (enfasi assoluta sull'astinenza come mezzo per la riduzione del rischio di Aids, proibizione di aiutare le prostitute, opposizione a fornire aghi e siringhe sicure ai tossicodipendenti), come nota un recente articolo del *New England Journal of Medicine*¹⁶.

Il motivo finanziario. I programmi verticali nel 2006 hanno totalizzato circa 7 miliardi di dollari di budget¹⁷. Anche se si ottenesse subito il trasferimento del 15% di questa somma ai sistemi sanitari ciò equivarrebbe a poco più di 1 miliardo di dollari. Una cifra assolutamente insufficiente se messa a confronto con il fabbisogno di 22 miliardi di dollari di contributi esterni necessari per far funzionare a un livello minimo accettabile i sistemi sanitari dei paesi più poveri, per raggiungere cioè l'obiettivo di 35 dollari pro-capite di spesa sanitaria pubblica (vedi Capitolo 1.2.). Proiettati al 2015 gli stessi valori diventano rispettivamente 31 miliardi di dollari e 40 dollari pro-capite¹⁸. Tra la ricca letteratura fiorita intorno a questi temi si segnala l'originale proposta di un gruppo di autori, già noti per aver lanciato un'altra interessante idea, l'Assicurazione Sanitaria Mondiale¹⁹; G. Ooms & C questa volta propongono di trasformare il GFATM in ***Global Health Fund***, un'agenzia incaricata di occuparsi dell'intero sistema sanitario dei paesi più poveri e non di un singolo settore. Per fare questo ci vorrebbero – hanno calcolato gli autori – 28 miliardi

di dollari l'anno di contributi esterni²⁰. Rafforzare (ricostruire dalle fondamenta) i sistemi sanitari dei paesi più poveri è una sfida terribile, un'impresa ciclopica, se solo si pensa che in Africa mancano all'appello un milione di operatori sanitari. I soldi non sono tutto lo sappiamo, ma senza quei 20-30 miliardi di dollari l'anno di contributi della comunità internazionale l'impresa non si comincia neppure.

Note bibliografiche

¹ Richard Horton, *Countdown to 2015: a report card on maternal, newborn and child survival*. Lancet 2008, 371: 1217-19.

² <http://www.countdown2015mnch.org/documents/2008report/2008Countdown2015fullreport.pdf>

³ [siteresources.worldbank.org/INTPROSPECTS/ Resources/334934-1199807908806/SSA.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTPROSPECTS/Resources/334934-1199807908806/SSA.pdf)

⁴ Countdown Coverage Writing Group, *Countdown to 2015 for maternal, newborn and child survival: the 2008 report on tracking coverage and intervention*; Lancet 2008; 371:1247-58.

⁵ Countdown Working Group on Health Policy and Health Systems, *Assessment of the health system and policy environment as a critical complement to tracking intervention coverage for maternal, newborn, and child health*, Lancet 2008; 371: 1284-93.

⁶ W. Hsiao, P.S. Heller, *What should macroeconomists know about health care policy?*, IMF, Working Paper, WP/07/13, January 2007.

⁷ WHO/HSS/healthsystems/2007.2 - Working paper No. 9 - Aid effectiveness and health.

⁸ *Working together for better health* - <http://www.dfid.gov.uk/pubs/files/health-strategy07.pdf>

⁹ J. De Maeseneer *et al.*, *Strengthening primary care*, British Journal of General Practice, January 2008.

¹⁰ C. Piller and D. Smith, *Unintended victims of Gates Foundation generosity*, Los Angeles Times, December 16, 2007.

¹¹ www.dfid.gov.uk/news/files/pressreleases/ihp.asp

¹² J. De Maeseneer *et al.*, *Funding for primary health care in developing countries*, BMJ 2008;336:518-9.

¹³ *Report on the expert consultation on positive synergies between health systems and Global Health Initiatives*, WHO, Geneva, 29-30 May 2008.

¹⁴ R.A. Atun, S. Bennett and A.Duran, *When do vertical (stand-alone) programmes have a place in health systems?* World Health Organization 2008.

¹⁵ J. Hanefeld, *How have Global Health Initiatives impacted on health equity?* *Promot Educ* 2008; 15; 19.

¹⁶ WM El-SAdr, D. Hoos, *The President Emergency Plan for AIDS Relief – Is the Emergency Over?* N ENGL J MED 2008; 359:553-555.

¹⁷ Più esattamente sono 6,85 miliardi di dollari i contributi dei donatori internazionali indirizzati nel 2006 verso programmi contro Aids e altre malattie infettive (tubercolosi, malaria, vaccinazioni, etc), Fonte: OECD.

¹⁸ WHO. *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. WHO, Geneva 2001 <http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=whosis,cmh&language=english>

¹⁹ G. Ooms, K. Derderian, D. Melody, Do we need a World Health Insurance to realise the right to health? *PLoS Medicine* 2006; 3: 2171-6.

²⁰ G. Ooms *et al.*, The 'diagonal' approach to GFATM financing: a cure for the broader malaise of health systems? *Globalization and Health* 2008, 4: 6.

1.5. L'equilibrio macroeconomico e il diritto alla salute in Uganda: due logiche in conflitto?

di Daniele Giusti

Introduzione

Il diritto alla salute è la giustificazione più forte, o almeno la più citata, dell'intervento dello stato nel finanziamento e nell'erogazione di servizi sanitari alla popolazione. Questo vale anche nella stragrande maggioranza dei paesi a basso reddito, al di là della reale capacità che le economie deboli di questi paesi hanno di onorare l'impegno politico, etico e legale preso con la popolazione. La costituzione Ugandese riconosce questo diritto ai suoi cittadini e il Ministero della Salute ha sviluppato il secondo dei suoi piani strategici per rendere questo diritto, per lungo tempo disatteso, effettivo. Avvicinandoci alla metà del ciclo strategico, appare evidente che molti dei target fissati dal piano non saranno raggiunti. Altrettanto elusivi sono i *Millennium Development Goals* (MDG) relativi alla salute, che pure non saranno, verosimilmente, raggiunti¹. Non sarà verosimilmente raggiunto neppure l'obiettivo intermedio della dichiarazione di Abuja che impegnava gli stati sottoscrittori, tra cui l'Uganda, a stanziare il 15% del loro budget alla sanità entro il 2015. In Uganda siamo al 7.8%. Parallelamente all'impegno dei paesi a basso reddito a perseguire l'obiettivo della salute dei propri cittadini, esiste un impegno da parte dei paesi più ricchi ad assistere con fondi e altri tipi di aiuti. Un momento particolarmente importante di questo impegno si è raggiunto, nel 2005, con la *Paris Declaration on Aid Effectiveness*, dov'è emerso un consenso sulla necessità di privilegiare il sostegno al bilancio dello stato come meccanismo di aiuto. In parallelo a questo processo tendente a favorire l'incremento e l'armonizzazione dei flussi degli aiuti bi- e multi-laterali, si è assistito negli ultimi anni alla nascita e allo sviluppo di molteplici iniziative globali, le cosiddette *Public Private Partnerships* (PPP)*, che, se da un lato hanno messo una certa massa

* Esiste una certa confusione tra le PPP a livello globale (definite GPPP) e le PPP a li-

di fondi a disposizione di interventi sanitari, dall'altro hanno introdotto grosse distorsioni nel sistema sanitario. Ma, a prescindere da considerazioni legate alla gestione delle risorse, si potrebbe dire che, dalla pubblicazione del rapporto *Macroeconomics and health: investing in health for economic development* nel 2001², e nonostante le luci e ombre legate a meccanismi erogativi specifici, si sia andato a creare quella sorta di largo consenso che avrebbe messo a disposizione dei paesi a basso reddito un ammontare ragguardevole di risorse finanziarie sul medio e lungo termine^{**}. Si potrebbe dire che, almeno in termini di intenti, non si siano probabilmente mai avute condizioni così favorevoli per la salute. Questo è certamente vero per l'Uganda, come testimoniano i due Piani Strategici elaborati dal 2000. O meglio, è stato vero fino ad un certo punto; fino al momento in cui si scoprì che esistevano dei vincoli e dei limiti macroeconomici alla crescita della spesa sanitaria. Cosa questi vincoli e limiti fossero, divenne chiaro solo nel tempo e sono l'oggetto di questa breve esposizione.

L'imperativo dell'equilibrio macroeconomico

Può un'economia debole, che ha imboccato la strada di uno sviluppo trascinato dalla crescita del settore privato, svilupparsi se la sua valuta è sopravvalutata sul mercato del denaro e se l'inflazione sale sopra la soglia rappresentata dal tasso di crescita del prodotto interno lordo (PIL)? Può un'economia debole svilupparsi se il deficit fiscale del budget dello stato, pur essendo interamente finanziato da fondi esteri (donazioni, non prestiti!), si aggira intorno al 50% e talora anche più? Questi sono gli argomenti con cui il Ministero della Salute Ugandese e altri attori nel complesso panorama del partenariato pubblico-privato in sanità (e con questi ultimi anche chi scrive), hanno dovuto accettare di cimentarsi. Si è trattato di un cimen-

vello di implementazione locale. In quest'articolo si farà riferimento ad entrambe. Poiché si tratta di due partenariati con logiche e meccanismi diversi, si prega il lettore di applicare la dovuta distinzione.

^{**} Il condizionale è d'obbligo. L'autore non è in grado di stabilire se in Uganda, e più in generale nei paesi dell'Africa sub-Sahariana, il flusso netto di risorse sia aumentato, diminuito, o rimasto ai livelli precedenti. Questa incapacità è soprattutto legata al moltiplicarsi dei canali di erogazione con tempistiche e modalità di esborso molto varie e altamente imprevedibili, cosa che rende impensabile anche il più approssimativo tentativo di quantificazione.

tarsi all'inizio un po' incredulo e quasi divertito, davanti alla fondamentale estraneità sia del linguaggio sia dei concetti proposti dal Ministero delle Finanze. Ma divertimento e incredulità hanno dovuto ben presto lasciar posto alla consapevolezza del trovarsi di fronte ad un ostacolo insormontabile. In soldoni, cosa impone questo desiderabile equilibrio macroeconomico, che costituisce uno dei cinque pilastri del *Poverty Eradication Action Plan* (PEAP), la versione ugandese dei *Poverty Reduction Strategy Papers* (PRSP)?³ Impone di fare tutto quello che si deve fare per combattere la povertà senza:

1. aumentare il deficit fiscale, anzi, diminuendolo;
2. causare una sopravvalutazione della moneta locale;
3. causare un aumento dell'inflazione.

Si tratta di tre “senza” facili da enunciare; il problema vero è che, se si vogliono rispettare questi capisaldi dell'equilibrio macroeconomico, non si possono spendere i soldi dei donatori! O, per lo meno, se ne possono spendere pochi, troppo pochi. Lascio ai virtuosi il compito di cimentarsi nella comprensione dei tortuosi meccanismi attraverso cui si arriva a questa conclusione, magari con l'aiuto di un articolo magistrale⁴. Procedo invece speditamente ad illustrare il risultato netto di questa politica macroeconomica sul budget sanitario, su alcuni indicatori e sul caso specifico che mi sta a cuore: la sorte del settore sanitario privato non-profit (PNFP = *Private Not For Profit*)[†].

Cos'è successo al budget della sanità

Se si valuta l'andamento del budget della sanità e del Governo, complessivo di risorse nel budget ordinario[‡] e nei progetti multi e bi-

[†] Il settore PNFP (ospedali, dispensari, scuole infermieri) costituisce una fetta ragguardevole del sistema sanitario in Uganda ed eroga circa un terzo del volume di servizi alla popolazione; un altro terzo è erogato dal settore pubblico-governativo, mentre il rimanente terzo è erogato dal privato for-profit.

[‡] La componente ordinaria del budget corrisponde all'allocazione di fondi derivanti dalla tassazione e dalle donazioni multi e bilaterali al budget. La componente che qui è chiamata “progetti” corrisponde a flussi di donazioni “*earmarked*”, che si possono cioè usare solo per interventi specifici. Entrambe le componenti sono sottoposte ai tetti di spesa compatibili con una situazione di equilibrio macroeconomico. In realtà, i tetti di spesa si applicano al budget dello Stato nella sua globalità. Poiché la sanità è il settore con maggiore potenzialità ad attrarre fondi di donatori, esso pone il problema dei tetti di spesa in modo più palese.

lateralmente, sull'arco degli ultimi dieci anni[§], la prima osservazione che balza all'occhio è che in entrambi i casi c'è stato un aumento netto. Ma il paragone tra l'aumento del pacchetto destinato alla sanità con il pacchetto totale è rivelatore: mentre la sanità ha visto il suo pacchetto raddoppiare, il budget del governo è quasi triplicato. La forbice è ben visibile sia nella **Tabella 1** sia nella **Figura 1**. Ma questa considerazione è resa ancora più rivelatrice se si considera che mediamente si è registrata nel paese un'inflazione del 5% l'anno; questo equivale a dire

Tabella 1. Uganda. Budget complessivo dello Stato e della sanità, 1997-8-2007-8. (B Ugx = Miliardi di scellini ugandesi*)

	1997-8	2007-8	Aumento %
Budget complessivo della sanità (B Ugx)	202.52	426.34	+110.5
Budget complessivo dello Stato (B Ugx)	1,220.38	4,744.60	+288.8

Fonte. Ministero della Sanità Ugandese

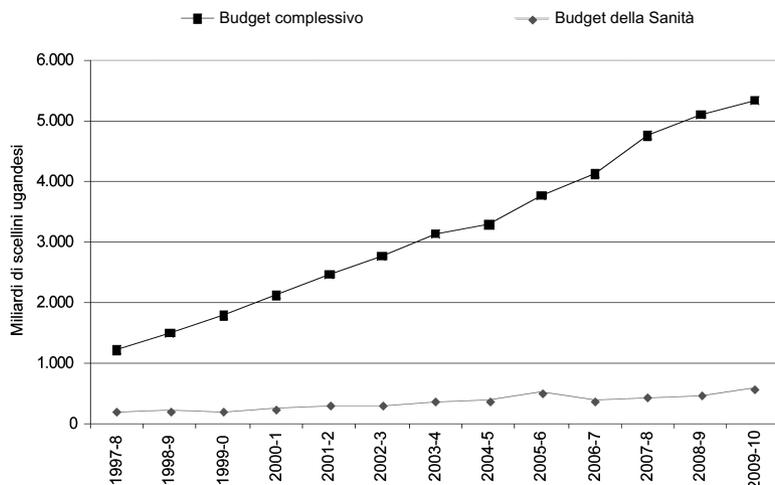


Figura 1. Budget complessivo e della Sanità, inclusi i progetti.

[§] Le cifre del budget 2007-8 sono ormai note. Le proiezioni per i due anni successivi del periodo di medio termine (2008/9 e 2009/10) sono semplici stime. Le stime di proiezione si sono dimostrate regolarmente più ottimiste del dato al momento della decisione allocativa.

* 1€ = 2.230 scellini ugandesi (Ugx) - cambio al 14.10.08.

che, in termini di potere d'acquisto, il budget della sanità non è mutato nel corso degli ultimi dieci anni. Può darsi che questa sia un'approssimazione grossolana, ma a giudicare da quanto si vede nella pratica quotidiana a livello di implementazione, si tratta di un'approssimazione molto verosimile. L'impressione che l'investimento in sanità non sia stato molto generoso è ulteriormente confermata dall'indice di spesa sanitaria per abitante, che registra un aumento del 47.8%. Questo dato, corretto per inflazione, corrisponde ad una netta diminuzione delle risorse disponibili per abitante (**Tabella 2**).

Tabella 2. Uganda. Andamento della spesa sanitaria. 1997-8 - 2007-8.

	1997-8	2007-8	Aumento %
Budget complessivo della sanità (B Ugx)	202.52	426.34	+110.5
Popolazione (in milioni di abitanti)	20.7	29.5	+42.5
Spesa sanitaria pubblica complessiva pro capit (Ugx)	9,785	14.463	+47.8
Spesa sanitaria pubblica ordinaria pro capite (Ugx)	2,579	9,344	+262.3

Fonte. Ministero della Sanità Ugandese

In realtà, nell'arco degli ultimi dieci anni, le risorse finanziarie disponibili nel budget ordinario (cioè le risorse non relative ai progetti) sono aumentate in modo notevole in termini sia assoluti sia relativi (+262.3%; **Tabella 2**). Questo fatto ha permesso di gestire meglio lo scarso budget, e quindi di ottenere alcuni guadagni di efficienza. È appunto grazie all'aumentata disponibilità di risorse nel budget ordinario che, per esempio, il Ministero della Salute è stato in grado di stabilire un PPP col settore PNFP. Nelle **Figure 2 e 5** si può notare come questo sia accaduto in particolare dall'anno 2000-01 fino al 2004-05; questi sono stati gli anni ruggenti del Sector Wide Approach (SWAp), durante i quali è stata l'aumentata disponibilità finanziaria nel budget ordinario a spingere la spesa sanitaria. È da notare però come, benché vi siano notevoli variazioni di anno in anno, questi volumi di erogazione siano costituiti, per circa la metà del loro valore, da soldi di donatori in moneta estera. Infatti, dal 2003-04, sono scattati i meccanismi di contenimento legati alla politica di stabilizzazione

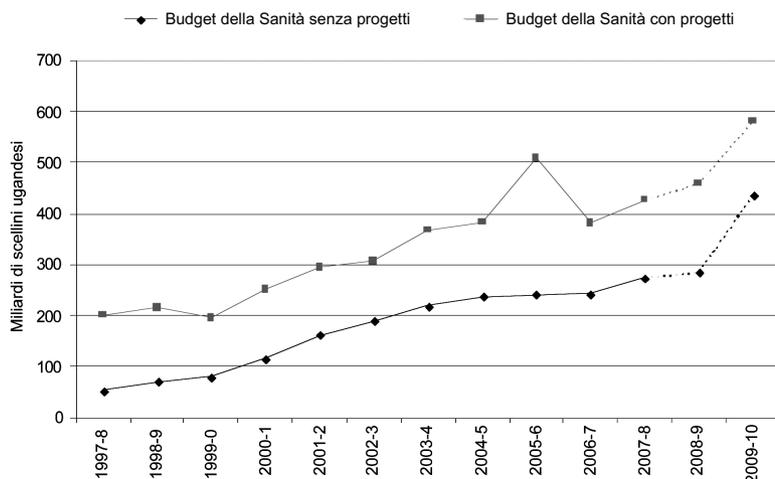


Figura 2. Budget della Sanità con e senza progetti.

macroeconomica⁵. Da allora il budget ordinario della sanità è rimasto praticamente stazionario. Il lieve aumento registrato nell'anno finanziario corrente è frutto di un serrato negoziato tra i Ministeri della Salute e delle Finanze^{††}. Infatti le proiezioni originali di quest'ultimo mantenevano il budget ordinario addirittura a livelli stazionari. Da notare che la componente progetti continua a mantenersi costante, salvo per un'impennata nel corso del 2005-06, che ha certo contribuito a creare un'ulteriore giustificazione al congelamento degli aumenti alla sanità nel budget ordinario. Questo picco riguarda le risorse apportate da iniziative come il *Global Fund to fight Aids, Tuberculosis and Malaria* (GFATM) e il *President's Emergency Plan for AIDS Relief* (PEPFAR), principalmente fondi per AIDS e, in misura minore, malaria e tubercolosi. Ma, come ben si vede, a questo picco è corrisposta una compressione del budget ordinario.

^{††} Purtroppo, dei circa 32 miliardi di scellini aggiuntivi messi a disposizione dal Ministero delle Finanze a seguito della pressione del Ministero della Salute, sostenuto da parte del Parlamento, una buona parte sono andati ai due Ospedali Nazionali, agli Ospedali Regionali e ad un centro cardiocirurgico. Molto meno della metà è andato ai distretti. Nulla è invece toccato al PNFP, nonostante questo settore fosse stato dichiarato, per ben due anni consecutivi, la prima priorità non finanziata della Sanità, in attesa di fondi aggiuntivi per ottenere parziale giustizia allocativa. Non è accaduto così, con buona pace dei donatori, che hanno taciuto a fronte dell'asimmetria tra priorità dichiarate e scelte allocative.

In termini di spesa per abitante in dollari USA, si può notare che essa è ritornata, nello scorso e corrente anno finanziario, ai valori registrati all'inizio dello SWAp (**Figura 3**). Queste cifre contrastano marcatamente con le stime fatte dalla Commissione dell'OMS su Macroeconomia e Salute, che indicavano in 32 dollari per abitante la spesa necessaria per l'erogazione di un pacchetto minimo di servizi (esclusi farmaci antiretrovirali), e con le stime fatte in loco che indicavano una cifra più conservativa di 28 dollari, necessari per la realizzazione del secondo Piano Strategico Sanitario Nazionale. Comunque la si voglia vedere, la sostanza dei fatti non cambia: il sistema sanitario è gravemente e persistentemente sottofinanziato, sia rispetto alle stime di costo di erogazione del pacchetto minimo di servizi, sia rispetto alla crescita del budget dello stato, che evidentemente privilegia altri tipi di spesa. Non è chiaro invece quanto influisca la disponibilità di risorse finanziarie legate ai progetti, oggi in gran parte legate al GFATM e al PEPFAR, nello scoraggiare un maggiore investimento delle risorse locali nel budget ordinario. Tutti i tentativi di dimostrare il rispetto (o la disattesa) della richiesta delle *Global Health Initiatives* di fondi addizionali per il sistema sanitario sono finite in un nulla di fatto.

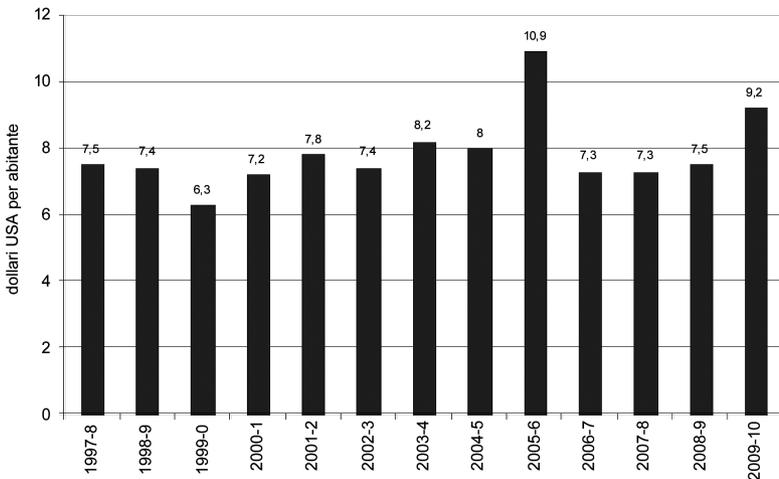


Figura 3. Spesa pubblica per la Sanità.

Cos'è successo agli indicatori di salute e del sistema sanitario

È molto difficile associare gli *inputs* ai risultati sul medio e breve termine. Gli indicatori di impatto sembrano essere in miglioramento, come si vede nella **Tabella 3**⁶. Questo dato riflette molto probabilmente l'apporto di altri settori oltre che l'aumentata efficienza del budget globale e sanitario nel quinquennio precedente. Del resto è noto che indicatori di impatto sulla salute riflettono un complesso di fattori più che il risultato di interventi diretti in campo sanitario. Più interessanti sono alcuni indicatori legati alla performance del sistema sanitario⁷, che mostrano una mancanza di progresso, quando non addirittura un regresso. Nella **Tabella 4** si può vedere una selezione di

Tabella 3. Uganda. Mortalità materna, mortalità infantile, mortalità dei bambini al di sotto dei 5 aa. 1995, 2000-1, 2006.

	1995	2000-01	2006
Tasso di mortalità materna	527/100,000 nati vivi	505/100,000	435/100,000
Tasso di mortalità infantile	81/1000 nati vivi	88/1000	76/1000
Tasso di mortalità dei bambini al di sotto dei 5 aa.	147/1000 nati vivi	152/1000	137/1000

Fonte. Nota bibliografica 6.

Tabella 4. Uganda. Piano strategico della sanità. Indicatori selezionati.

Indicator	Baseline Value 03/04	2004/05 value	2005/06 value	2006/07 value	2009/10 target
Percentuale del Budget del governo allocata al settore sanitario	11.6%	9.3%	8.5%	7.9%	13.2%
Spesa sanitaria pubblica (compresa la quota dei donator) pro capite	\$ 7.8	\$ 8.03	\$ 10.2	\$ 7.02	\$ 18.0
Percentuale di strutture sanitarie prive di farmaci essenziali (es: farmaci antimalarici, vaccine antimorbillo, cotrimoxazolo)	40%	35%	27%	n.d.	80%
Percentuale di bambini al di sotto di 1 anni che hanno ricevuto 3 dosi di vaccinazioni di base	83%	89%	89%	77%	90%
Percentuale di parti esplesati in strutture sanitarie, supervisionato da personale qualificati	24.4%	20%	29%	29%	50%
Percentuale dei casi di tubercolosi notificati rispetto ai casi attesi	49%	50.3%	n.d.	49.6%	70%

Fonte. Ministero della Sanità Ugandese

indicatori del Piano Strategico della Sanità, aggiornati all'anno che si è appena concluso, in relazione al valore di tre anni fa e al target per il 2009/10. Come si vede, se non si può dire che gli indicatori stiano peggiorando (ma mancano gli intervalli di confidenza), si può invece dire che il sistema sanitario non sta bene, arranca, ansima. È ormai certo che non ce la farà a raggiungere molti degli obiettivi previsti.

Risorse e obiettivi: cresce il gap

È chiaro a questo punto che il paese non intende investire di più in sanità; le proiezioni in qualche modo discretamente ottimistiche per il 2009/10 (**Figura 2**) sono state osservate in tutte le edizioni del *Medium Term Expenditure Framework* (MTEF); quello che accade in realtà è che le proiezioni ottimistiche si ridimensionano nella fase di elaborazione del budget. In termini reali non aumentano né le risorse del budget ordinario né quelle relative ai progetti. Questo potrà forse cambiare se il petrolio da poco scoperto, in un futuro più o meno vicino (ma non vicinissimo), modificherà in senso favorevole gli imperativi dell'equilibrio macroeconomico. Una conferma ulteriore della spiccata tendenza al risparmio sulla sanità viene dalla recentissima formulazione del Piano Strategico per le Risorse Umane per la Sanità, che vede proiezioni molto conservative degli obiettivi di produzione di personale da qui al 2020, allineate sulla disponibilità finanziaria prevista, nel lungo termine, dal Ministero delle Finanze^{8 ***}. Se ne può dedurre che le ristrettezze macroeconomiche previste nel medio termine rimarranno anche nel lungo termine. Né più soldi, quindi, né più personale: gli *inputs* della sanità restano più o meno invariati. Ciò che varia, ed aumenta esponenzialmente, sono le attese della popolazione. Queste sono legate alle strabilianti promesse di obiettivi da raggiungere, per i quali si mobilitano le risorse delle *Global Health Initiatives*: è ovvio che la *Global Alliance for Vaccines and Immunisations* (GAVI), come

*** Le obiezioni del PNFP al Piano sono state dettagliatamente sottoposte al Ministero della Sanità per iscritto e, in ripetute occasioni, espresse in vari incontri di pianificazione, ma sono state ignorate. Non si è avuto fino ad ora alcun riscontro o menzione di altre voci preoccupate o dissenzienti, neppure tra coloro che promuovono lo *scaling up* di servizi per pazienti con AIDS, tubercolosi e malaria.

risultato del suo aiuto, chieda un aumento della copertura vaccinale; è anche ovvio che il GFATM e il PEPFAR chiedano un aumento del numero di pazienti in trattamento antiretrovirale; lo stesso dicasi per malaria e tubercolosi, per circoncisione e accesso ai preservativi, per aumento della copertura della pianificazione familiare, etc. La lista potrebbe continuare e si sta allungando, perché le *Global Health Initiatives* si stanno moltiplicando. È evidente che nessuno di questi progetti può permettersi il lusso di finanziare uno “status quo” o addirittura un ridimensionamento degli obiettivi. Per cui gli obiettivi e i rispettivi indicatori crescono, e si aggiungono a quelli governativi. I soldi, invece, svaniscono, perché si sostituiscono a quelli del budget ordinario.

C'è poi un'aggravante: i *targets* (e le promesse politiche) non rimangono all'interno del circolo dei tecnocrati, ma cortocircuitano immediatamente sulla stampa nazionale, radio e televisione. La gente è invitata a tenere conto di chi ha dato e per che cosa (bisogna essere trasparenti, e soprattutto ben visibili!!!) e a reclamare, a suo tempo, i propri diritti. Questi ultimi sono poi debitamente reclamati al punto di contatto tra popolazione e sistema sanitario: il punto di erogazione dei servizi. C'è qualcuno che dubita quanto possa essere motivante e gratificante per un medico, o un infermiere, essere davanti ad un paziente che chiede ciò che gli è stato detto è suo diritto chiedere, e non poterlo garantire, perché le risorse non ci sono, o sono sproporzionatamente inferiori all'attesa creata?

Cos'è successo al settore sanitario non for-profit

Il punto di vista esposto in questo scritto potrebbe concludersi a questo punto. Ma non sarebbe giusto dimenticare che in questa situazione precaria, esiste anche un settore sanitario PNFP che subisce in modo ancor più acuto la pressione dello iato che si è aperto tra risorse e obiettivi. Per questa ragione il destino del settore PNFP merita una menzione a parte. Di fatto questo settore decise di optare per un'integrazione funzionale nel sistema sanitario nazionale fin dal 1997-98. A fronte di questo impegno, che comportava un progressivo allineamento sulla politica sanitaria nazionale e la condivisione dell'informazione relativa ad *inputs* e risultati, il Governo decise di

erogare sussidi a questo settore^a. Nel quadro dell'allineamento con le linee di politica nazionale, il settore PNFP arrivò anche a ridurre sostanzialmente le tariffe di co-finanziamento applicate ai pazienti⁹. Cosa questo abbia ottenuto per il sistema sanitario è ampiamente descritto in varia documentazione¹⁰. Basti dire qui che il partenariato così stabilito si è dimostrato conveniente per gli utenti, decisamente conveniente per il Governo, che con una spesa pari al 7% del budget è riuscito ad assicurarsi un buon 30% del volume di erogazione dei servizi (**Figura 4**)^{aa}, e conveniente per il PNFP che ha così potuto perseguire, almeno fino al passato più prossimo, la sua missione sociale e recuperare livelli di efficienza accettabili¹¹.

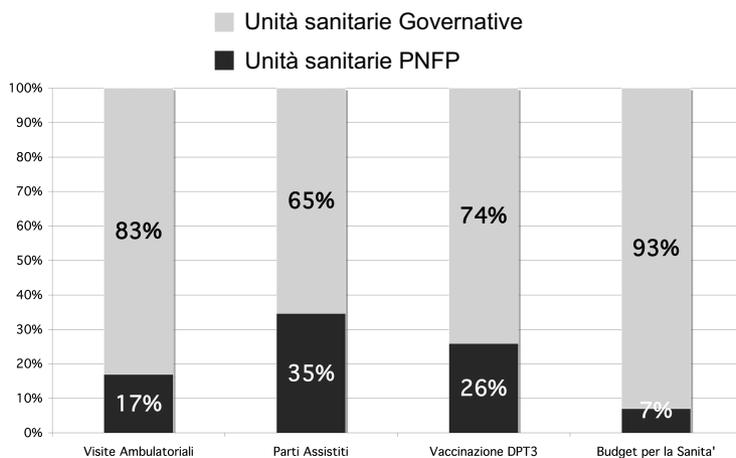


Figura 4. Contributo del settore PNFP al sistema sanitario nazionale.

^a Al momento attuale, questi sussidi costituiscono il 20-25% del costo di produzione; il 35-40% del costo di produzione è coperto dai pagamenti a prestazione; il restante 35-45% da donatori.

^{aa} La Figura 4 presenta la quota dei tre indicatori chiave della sanità. Questi sono i tre indicatori che riflettono il contributo del Ministero della Salute al PEAP. Naturalmente esistono molte altre evidenze che non sono riportate in questa sede. Ma il contributo ai *targets* su cui il Ministero delle Finanze basa la valutazione del settore sanitario hanno un particolare valore politico.

Dalla metà del 2004, questo fecondo processo di allineamento ha, per così dire, perso il senso di direzione. L'implementazione della strategia di consolidamento fiscale ha avuto come vittima il budget della sanità. Per essere più precisi, ha avuto come vittima soprattutto la popolazione, perché i lavoratori della sanità impiegati dal servizio pubblico hanno visto il loro stipendio aumentare (e aumenterà ulteriormente nel corso del prossimo anno finanziario). A fronte quindi di una stagnazione delle risorse, il Ministero della Salute, sulla spinta di una minaccia di sciopero, è riuscito a sbilanciare il suo magro budget privilegiando l'investimento in risorse umane (sia un aumento di salario che un aumento di organico) e punendo l'investimento nelle spese operative e del settore PNFP, che da quattro anni vede il suo stanziamento congelato (**Figura 5**). Il risultato è intuibile da chi abbia un minimo di esperienza di gestione. Questo ha anche innescato una nuova crisi nel settore PNFP, che si è trovato ad affrontare livelli di rotazione del personale mai registrati in precedenza. Negli ultimi due anni la perdita di infermieri nei centri di primo livello si è aggirata sul -50% , mentre negli ospedali si è assestata al -30% .

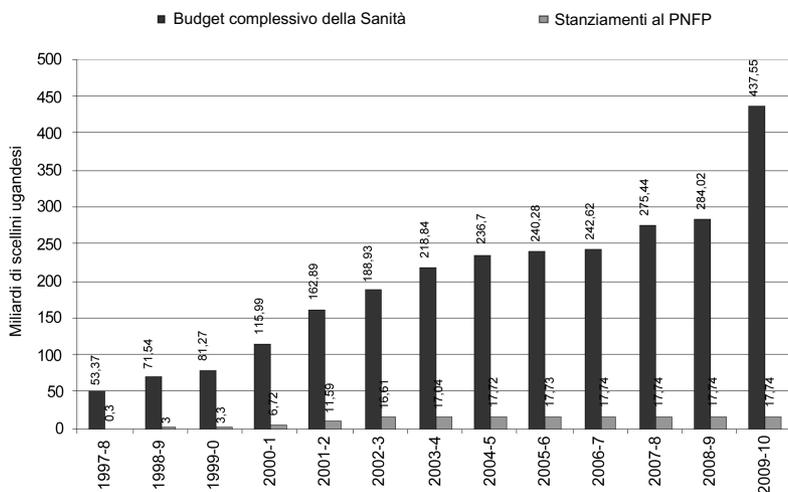


Figura 5. Stanziamenti al settore PNFP in relazione al budget della Sanità.

In sintesi, il settore sanitario PNFP sta assorbendo una quota non irrisoria della stretta fiscale ed è entrato in una crisi paragonabile a quella registrata agli inizi degli anni '90. Poco aiutano gli aumenti di risorse dai donatori, che sono per lo più legati a iniziative globali, concentrate su specifici servizi della ormai classica terna AIDS, tubercolosi e malaria, quindi tendenzialmente distorcenti il sistema, sia a livello macro che micro. La conversione di questi approcci verticali in approcci più rispettosi del sistema è stata invocata da più parti: ma ancora non si vede e, qualora dovesse apparire all'orizzonte, si troverebbe comunque a dover superare l'ostacolo degli imperativi macroeconomici.

Conclusioni

È difficile pensare che si possa garantire alla popolazione qualcosa che si avvicini in qualche modo ai servizi di cui avrebbe diritto. Con una spesa sanitaria pari a 7-8 dollari per abitante non è possibile garantire il diritto alla salute. Non sarebbe possibile neppure se si spendesse il doppio. Ma bisognerebbe spendere almeno quattro volte di più per cominciare a vedere un po' di luce. Però sappiamo che non è possibile. Non lo sarebbe neppure se domani si trovassero dei donatori disposti a dare tutto quello che occorre. Non è possibile perché l'economia deve svilupparsi in un certo modo e non in un altro: esistono equilibri macroeconomici da mantenere. Lo sappiamo da qualche anno, anche se c'è voluto del tempo per digerire l'amara pillola. Lo sanno anche i donatori multi e bilaterali e le nuove iniziative GPPP, che pure chiedono che le loro risorse siano aggiuntive al budget, non sostitutive. Ma si fermano all'enunciazione del principio da rispettare, e sorvolano su quello che accade dopo. Il Ministero delle Finanze non ha fatto misteri della direzione che intende seguire. Chi scrive non è in grado di dire se l'argomento espresso dai macroeconomisti a giustificazione del loro approccio sia valido oppure no: il modo in cui è presentato ha certamente una logica convincente e una certa forza. Infatti, questo è quanto accade, e non ci sono voci forti che abbiano, fino ad ora, osato dire il contrario. Per cui l'unica cosa che sarebbe giusto fare, a questo punto, è ridimensionare gli obiettivi di risultato, e spiegare alla popolazione in modo

onesto cosa ci si debba aspettare e cosa debba invece attendere tempi migliori. Su questo punto però esiste una congiura del silenzio che accomuna i fautori dell'approccio sistemico come quelli dell'approccio verticale o selettivo. Infatti gli obiettivi (virtuali) di risultato restano e aumentano. C'è forse da stupirsi che il sistema sanitario stia dando chiari segni di asfissia? In tutto questo, c'è un sottosistema, il PNFP, che ha ricominciato a dare chiari segni di sofferenza dopo essersi ripreso da una grave crisi qualche anno fa. I leaders religiosi hanno alzato la loro voce per denunciare questo stato di cose.^{12 bb} Ma finora nessuno ha risposto.

^{bb} “Vale la pena di ricordare a tutti che attualmente il bilancio pubblico assicura meno di un quarto dei soldi necessari a garantire il pacchetto minimo di assistenza sanitaria che il governo desidera fornire alla popolazione, pacchetto che essa si aspetta di ricevere. È triste dover sapere che tale somma non sta aumentando proporzionalmente né con l' aumento della popolazione, né con le promesse di servizi migliori. È ancora più triste che gli obiettivi di sviluppo del millennio (MDGs), compresi quelli di lotta contro HIV/AIDS, TB e malaria sottoscritti da molti paesi, compreso l'Uganda, siano diventati un pretesto per dichiarazioni politiche ambiziosissime non seguite da disponibilità di denaro e mobilitazione di risorse. I due programmi Mid-term-expenditure-framework (MTEF) and Long-term-expenditure-framework (LTEF) probabilmente non ci permetteranno di raggiungere gli obiettivi del MDGs. Abbiamo sentito che il bilancio pubblico è soggetto ai vincoli macroeconomici e che ci sono preoccupazioni circa la relativa sostenibilità, ma tutto ciò non è tradotto in termini comprensibili anche dalla gente comune. L'impegno per raggiungere i MDGs deve essere sia politico che finanziario. Gli ospedali, i centri di salute ed il sistema sanitario in generale non possono offrire di più se non ci sono risorse sufficienti in termini di soldi, personale e strutture. Le strutture sanitarie se sono sollecitate continuamente a produrre di più ma in deficit, saranno costrette a chiudere a causa della destabilizzazione. Ciò accade alle istituzioni del governo così come alle nostre. Ed è di queste ultime di cui siamo maggiormente preoccupati perché risulteranno severamente danneggiate e di esse siamo responsabili anche legalmente. Quindi denunciamo come demagogia vera e propria tutte le dichiarazioni e promesse che accrescono le aspettative della gente e che non sono appoggiate da una previsione di risorse sufficienti né ora né in un futuro imprevedibile. Dobbiamo ricordare ai politici di tutti i livelli e di tutti gli orientamenti che si facciano carico seriamente della propria responsabilità morale ogni volta che promettono cose che non potranno mantenere”.

Lettera aperta dei leaders religiosi ugandesi pubblicata sul quotidiano di Kampala The New Vision - 6 maggio 2005.

Note bibliografiche

¹ Ministry of Health. Annual Health Sector Performance Report 2006/7.

² WHO, *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. WHO, Geneva 2001 <http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=whosis,cmh&language=english>

³ Ministry of Finance. Poverty Eradication Action Plan 2004-5 2007-8.

⁴ M. Brownbridge, E. Tumusiime-Mutebile, Aid and fiscal deficits: lessons from Uganda on the implications for macroeconomic management and fiscal sustainability. *Development Policy Review* 2007;25:193-213.

⁵ Ibidem.

⁶ Uganda Bureau of Statistics. Uganda Demographic and Health Survey 2006.

⁷ Ministry of Health. Annual Health Sector Performance Report 2006/7.

⁸ Ministry of Health. Uganda Human Resources for Health Strategic Plan 2005-2020 (Costed Draft, March 2007).

⁹ J. Odaga, E. Maniple, Faithfulness to the mission: effect of reducing user fees on access to PNFP health units. Final Report. Kampala 2003.

¹⁰ D. Giusti, P. Lochoro, J. Odaga, E. Maniple, Pro-poor health services: the Catholic Health Network in Uganda. Development Outreach, World Bank Institute, 2004.

¹¹ UCMB, UPMB, UMMB. Facts and figures of the PNFP health sector. Kampala 2007.

¹² The New Vision, May 6th, 2005. Open letter of the Religious Leaders to the Government of Uganda regarding the PNFP health sector.

1.6. Gli aiuti umanitari: tra carità, ideologia, inganno di Adriano Cattaneo, Nicoletta Dentico e Angelo Stefanini

Introduzione

“Umanitario: aggettivo che conferma la cattiva opinione che la maggior parte degli abitanti del pianeta ha sul genere umano. Questa non è la definizione del dizionario. Non ancora, almeno, ma visto il passo con cui stiamo andando lo sarà presto”¹. Oggi che tutto, problemi e soluzioni, porta questo nome, l’estenuante dibattito sulle enormi aspettative e le pelose contraddizioni del mestiere umanitario è un esercizio al quale coloro che operano nel settore con spirito critico e senso del limite della propria azione non possono sottrarsi. Malgrado l’aggettivo umanitario sia ormai usato come scorciatoia per descrivere attività o scenari che umanitari non sono, sviando così l’attenzione dalle cause essenzialmente politiche delle emergenze, pochi concetti mantengono suggestioni tanto incantatorie quanto quello dell’umanitarismo.

Tale idea proviene dall’assoluto morale secondo cui una persona in condizioni di bisogno dev’essere aiutata, semplicemente perché è la cosa giusta da fare, l’espressione della dignità e del valore di ciascun individuo. Assistenza e protezione, dunque, per soccorrere popolazioni in pericolo a causa di crisi naturali o per violazioni dei loro diritti umani. La fine della Guerra Fredda aveva fatto scaturire l’idea di un sistema politico internazionale in grado di giocare d’anticipo sulle guerre attraverso un complesso meccanismo di negoziati, di mediazioni tra parti belligeranti, di circostanziate imposizioni della pace. Dopo il crollo del Muro di Berlino, molti credevano che una prodigiosa miscela di libero mercato e democrazia avrebbe trasformato il mondo in un pacifico consorzio di nazioni moderne e civili, in cui non solo i confini geografici, ma anche quelli umani, sarebbe-

ro stati abbattuti, per “trasformare tutti gli amici e nemici in concorrenti”².

Una pia illusione, quella della pacificazione, della società senza guerra. Le guerre occupano sempre più spesso le prime pagine, accanto alle catastrofi naturali spesso provocate dall’azione dell’uomo. L’interventismo umanitario esplose nel segno della sicurezza collettiva, come sofisticata arma di geopolitica. Il modo di affrontare le crisi umanitarie tende a uniformarsi grazie a una istituzionalizzazione vista con sospetto da governi e popoli dei Paesi in via di sviluppo, con agenzie e organismi specializzati e con un contorno mediatico seriamente condizionante. L’approccio attuale all’aiuto umanitario, teorizzato in Francia alla fine degli anni ottanta³, è stato integrato nelle politiche dell’ONU, a partire dall’Agenda per la Pace di Boutros Ghali, nel segno dell’ottimistica presunzione che la comunità internazionale possa gestire la risoluzione dei conflitti o addirittura porre le basi di un “nuovo ordine internazionale”. Trattandosi ormai di una concezione condivisa dalla maggioranza della nostra società globale, una sorta di credo in valori collettivi che giustificano e danno origine a interventi e comportamenti, l’attuale approccio all’aiuto umanitario è stato considerato come una “ideologia umanitaria”⁴. Essa si basa su quattro tipi di concetti e principi:

1. il principio morale del “far del bene” (carità, solidarietà, pietà, compassione);
2. il principio giuridico del rispetto del diritto internazionale, come enunciato nella Convenzione di Ginevra;
3. il concetto politico di dovere/diritto d’ingerenza, per prevenire i massacri e salvaguardare la vita di popolazioni civili;
4. il concetto economico e sociale di aiuto allo sviluppo, di cui per molti l’aiuto umanitario forma parte integrante.

L’anno 1999 segna un punto di svolta e impone il superamento di ogni residua presunzione di innocenza. Tre eventi, tutt’altro che indipendenti, mettono l’umanitario a confronto con le ambiguità del proprio successo. Nel marzo 1999, la NATO inizia i bombardamenti in Kosovo, e il Presidente Clinton battezzerà questa guerra come una “missione umanitaria”. A poche settimane dalla fine conclamata

della guerra umanitaria Bernard Kouchner, paladino del senzafrontierismo e incontenibile padre del dovere/diritto d'ingerenza, è nominato rappresentante speciale dell'ONU in Kosovo. Nell'autunno, il comitato norvegese del Nobel per la Pace decide di attribuire il riconoscimento all'organizzazione *Médecins Sans Frontières* (MSF), con la motivazione di sostenerne l'azione indipendente e imparziale, rapida ed efficace, nonché la capacità di mobilitare l'opinione pubblica di fronte agli abusi del potere, in nome di un umanitarismo politicamente impegnato. Difficile immaginare una contingenza così densa di provocazioni. Se per alcuni la presenza di Bernard Kouchner come proconsole dell'ONU a Pristina rappresenta la vittoria dell'ingerenza a difesa delle vittime, una buona parte della comunità umanitaria vi riconosce invece la perversa deriva della sua azione, il simbolo della definitiva perdita di autonomia dell'umanitarismo dalle interferenze dei governi⁵. Nella sequenza degli eventi e nella saldatura culturale tra diritto di ingerenza e guerra umanitaria, il Premio Nobel per la pace a MSF da un lato comporta rischi di legittimazione, dall'altro sottolinea con amaro paradosso la crisi dell'umanitarismo, "il senso di malessere e di languore", come lo ha definito Jean-Christophe Rufin, il medico francese che presiede Action contre la Faim (ACF) ed è stato vicepresidente di MSF, "la tristezza e la strana percezione di fallimento"⁶.

Un po' di storia

Se da una parte l'impulso umanitario è universale e senza tempo, dall'altra esso è stato codificato, nelle situazioni di conflitto, attraverso regole e principi del cosiddetto Diritto Umanitario Internazionale racchiusi nelle Convenzioni di Ginevra del 1949 e nei due protocolli aggiuntivi del 1977. Questo corpo legislativo è l'espressione del tacito compromesso raggiunto tra le necessità politico-militari che tragicamente degenerano in conflitti armati e il dettato della coscienza umana, l'imperativo umanitario. Il ruolo di garante del rispetto di queste regole è stato affidato a un'organizzazione *super partes*, la Croce Rossa Internazionale, nume tutelare dei principi umanitari: il principio di umanità (salvare vite umane e alleviare le sofferenze), di imparzialità (intervenire soltanto in base al bisogno senza alcuna discriminazio-

ne), di neutralità (non prendere posizione circa la giustezza o la validità delle ragioni in causa) e di indipendenza (mantenere gli obiettivi umanitari autonomi da quelli politici, economici e militari)⁷. Quanto l'enunciazione di tali principi trovi corrispondenza nella realtà pratica è oggetto di infuocato dibattito. La stessa legislazione umanitaria rappresenta, come detto sopra, un esplicito accomodamento: visto che la guerra è inevitabile nonostante l'impegno assunto dalla comunità internazionale nello statuto delle Nazioni Unite, che essa almeno segua regole comuni che mitighino la sua disumanità. È la nascita dell'odioso ossimoro "etica della guerra".

Il prototipo di organismo per l'aiuto umanitario è quindi la Croce Rossa, fondata a Ginevra nel 1863 da Henri Dunant, dopo la drammatica esperienza della battaglia di Solferino. Nata come organismo indipendente e neutrale (Comitato Internazionale della Croce Rossa, CICR), la Croce Rossa si è rapidamente ramificata in comitati nazionali, riuniti dal 1919 nella Federazione Internazionale della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa, spesso al seguito degli eserciti e quindi tutt'altro che neutrali. Fin troppo neutrale, invece, appare il CICR, tanto da non interferire nemmeno con l'olocausto, pur essendo a conoscenza di quello che succedeva nei campi di concentramento nazisti fin dal 1942. Questa complicità assistenziale in nome della sovranità si è ripetuta durante la guerra del Biafra, nel 1967. È proprio nel corso di questa guerra che, per smarcarsi dal CICR che li aveva reclutati e di cui non condividevano l'approccio, Bernard Kouchner e un gruppo di medici francesi fondano nel 1971 MSF, il modello del moderno organismo per l'aiuto umanitario. Sulla scia dell'antiautoritarismo della fine degli anni sessanta, prende il sopravvento l'umanitarismo inquieto, non accomodante e interventista⁸.

In precedenza, poco dopo la prima guerra mondiale, era nato in Gran Bretagna *Save the Children* (STC), per aiutare i bambini austriaci e tedeschi che rischiavano la fame. E durante la seconda guerra mondiale era stato fondato, da un gruppo di intellettuali progressisti di Oxford che desideravano soccorrere civili greci affamati dall'invasione nazista, l'*Oxford Committee for Famine Relief*, meglio conosciuto come Oxfam. Dopo la guerra, l'ONU istituisce le sue agenzie

per l'aiuto umanitario: *United Nations Children's Fund* (UNICEF), *World Food Programme* (WFP) e *United Nations High Commissioner for Refugee* (UNHCR). Negli Stati Uniti le grandi Organizzazioni Non Governative (ONG) per l'aiuto umanitario sono spesso espressione di gruppi religiosi: l'*American Friends Service Committee* fu fondato nel 1917 dai quaccheri, *Catholic Relief Services* nel 1943 dai cattolici, *World Vision International* nel 1950 da gruppi evangelici per prestare soccorso alle vittime della guerra di Corea. Altre ONG statunitensi hanno un carattere laico: l'*International Rescue Committee*, fondato su petizione di Albert Einstein per soccorrere gli oppositori di Hitler ed evacuare gli ebrei dalla Francia occupata, e la *Cooperative for American Remittances in Europe* (CARE) fondata dopo la seconda guerra mondiale e poi rinominata *Cooperative for Assistance and Relief Everywhere*, una delle maggiori multinazionali dell'aiuto umanitario con filiali in 11 Paesi ad alto reddito. In Francia Bernard Kouchner, preoccupato per l'eccessiva indipendenza dell'aiuto umanitario dalla politica, esce da MSF e fonda nel 1979 *Médecins du Monde* (MDM); nello stesso anno, su stimolo di intellettuali come Bernard-Henry Levy, nasce ACF. In Italia, Gino Strada fonda Emergency nel 1994; ma l'aiuto umanitario italiano è convogliato anche da organismi religiosi come la Caritas e governativi come la Protezione Civile. Non è l'unico esempio: molti governi hanno i loro uffici per l'aiuto umanitario, spesso annidati all'interno delle agenzie per lo sviluppo. Il maggior finanziatore di aiuti umanitari al mondo è l'ufficio istituito nel 1992 dall'Unione Europea, noto come *European Commission Humanitarian Aid Office* (ECHO).

Storicamente, quindi, sono le guerre a far da levatrici agli organismi per l'aiuto umanitario. Ma durante la seconda guerra mondiale, e ancor meno durante la battaglia di Solferino, non c'era la CNN. È soprattutto con l'avvento delle grandi catene mediatiche mondiali che le crisi umanitarie entrano di prepotenza nelle nostre case. Le grandi carestie dell'Etiopia e di altri Paesi del Sahel negli ultimi decenni del Novecento non sono più solo tragedie locali; diventano un evento, quasi un happening globale (chi non ricorda i concerti di *Live Aid*?). Assistiamo in diretta allo sbarco dei marines in Somalia, subito alle prese con i giornalisti per spiegare la loro missione. L'inizio delle due

guerre del Golfo è un ricordo pirotecnico legato ai tracciati luminosi che solcano i cieli di Baghdad. Le guerre balcaniche segnano gli anni novanta. Emerge progressivamente una correlazione negativa tra il profilo politico-mediatico internazionale di una determinata crisi e la capacità dell'organizzazione mondiale di muoversi nel rispetto dei principi del diritto umanitario internazionale. Intanto, le televisioni trasmettono tutto. Vediamo quasi prorompere l'onda dello tsunami, che anomala inonda gli schermi assieme alla pubblicità. Catastrofi e affari, in una contraddizione solo apparente. Anche l'aiuto umanitario è divenuto in qualche modo *business*: non c'è grande agenzia od organismo umanitario che non scateni il suo ufficio marketing per conquistare nuove quote nel mercato delle donazioni. Che ormai si fanno stando seduti di fronte alla televisione: basta un SMS, comodo e anonimo, come rimangono anonime le vittime di guerre e catastrofi naturali. E come in ogni *business* che si rispetti, non mancano gli sponsor, perché i consumatori apprezzano un tocco di umanitario su un deter-sivo e su un sistema operativo per computer⁹.

Ciò che all'interno della comunità internazionale è cambiato negli ultimi anni, soprattutto in seguito agli eventi dell'11 settembre 2001, è la percezione della "*human security*", concetto che integra in un nuovo quadro metaculturale pace e sviluppo, allargandosi anche al discorso della protezione della salute (*health security*)¹⁰. In base a tale criterio, le regioni del mondo sono differenziate in arene di intervento delle potenze mondiali: esistono regioni dove pullula il terrorismo, come il Medio Oriente; altre dove la finalità principale è la stabilizzazione; altre ancora considerate di scarso interesse strategico, come l'Africa subsahariana. Questa ri-classificazione dello scacchiere mondiale sposta inesorabilmente il dibattito dal "*relief and development continuum*" (ossia il passaggio da un aiuto a carattere di emergenza a quello inteso a promuovere sviluppo a lungo termine) al legame tra aiuto e sicurezza. Sempre più insomma l'aiuto è visto come uno strumento di lotta al terrorismo e di promozione della sicurezza internazionale.

Le dimensioni

Nel 2003, l'Aiuto Pubblico allo Sviluppo (APS) da parte dei Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) membri del *Development Assistance Committee* (DAC) ammontava a circa 69 miliardi di dollari (642 miliardi di dollari, nello stesso anno, le spese militari). Di questi, circa 39 provenivano dai Paesi dell'Unione Europea, il resto da Stati Uniti, Canada, Giappone, Australia, Nuova Zelanda e Svizzera¹¹. Per una decina d'anni questa cifra era rimasta ferma, con alti e bassi, attorno ai 60 miliardi di dollari l'anno, dopo le impennate degli anni settanta e ottanta. Dal 2001, con l'avvento degli Obiettivi del Millennio, e dal 2003, con la conferenza di Monterrey, l'APS ha ripreso a crescere, al ritmo di circa il 10% l'anno (per il 70% attribuibili al condono del debito dei Paesi poveri), toccando i 106,5 miliardi di dollari nel 2005, 104,4 miliardi nel 2006. Le grosse iniezioni di denaro per l'Afghanistan e l'Iraq fanno pure parte di questa contabilità.

Quanto dell'APS è usato per aiuti umanitari? Difficile stimarlo. Nel 2005, l'OCSE faceva ammontare questa cifra a circa 18 miliardi di dollari, ma era l'anno dello tsunami che probabilmente contava per un terzo del totale¹². Né è facile sapere se questa proporzione sia stabile o in aumento, sul lungo periodo; è sicuramente in crescita dal 2002, proporzionalmente all'aumento di tutto l'APS, e vi sono evidenti picchi in occasione di guerre (Golfo, Balcani, Grandi Laghi, Sudan, Timor Est) e catastrofi naturali (carestie del Sahel, terremoti in Asia e America Latina, inondazioni in Mozambico e Bangladesh, lo tsunami). Il recente inglobamento dell'aiuto umanitario pubblico nei budget per le spedizioni militari rende ancora più difficile la rendicontazione; sempre nel 2005, l'OCSE classificava 3 dei 18 miliardi di dollari di aiuti umanitari alla voce "*post-conflict and peace building*". ECHO afferma di contribuire con circa 600 milioni di euro l'anno per aiuti umanitari (539 nel 2002, 671 nel 2006), circa il 30% del totale globale degli aiuti governativi; i Paesi dell'UE, singolarmente, contribuirebbero per un altro 25%¹³.

All'aiuto umanitario ufficiale, che riguarda solo i Paesi dell'OCSE, va aggiunto quello di Paesi come Cina, India, Brasile, Russia,

Paesi arabi, che però sono restii a pubblicare dati (si calcola un totale di circa 5 miliardi di dollari l'anno). Infine, le associazioni di volontariato. I grandi organismi (MSF, MDM, ACF, STC, Oxfam, CARE, eccetera) hanno bilanci che variano tra 20 e 500 milioni di dollari l'anno. Si stima che l'insieme di queste associazioni gestisca 6-8 miliardi di dollari l'anno in aiuti; le cifre sono approssimative perché alcune ONG hanno programmi di sviluppo, oltre agli interventi umanitari. Altre, inoltre, agiscono a volte su committenza di governi e agenzie dell'ONU e usano fondi già conteggiati in altri bilanci. ECHO, per esempio, canalizza circa il 50% del suo budget verso interventi gestiti da ONG. Si deve inoltre tener conto dei picchi legati a eventi particolari. Nel 1985, per esempio, la sola carestia in Etiopia attirò circa 4 miliardi di dollari¹⁴; Oxfam in tre anni ha raccolto quasi 300 milioni di dollari per lo tsunami¹⁵; mentre all'Iraq si stima siano stati attribuiti 862 milioni di dollari di aiuti umanitari nel 2003, 875 nel 2004, 453 nel 2005, e soltanto 95 milioni nel 2006¹⁶. Se i fondi raccolti e gestiti dalle piccole associazioni non sono facili da accertare, esistono invece i corposi bilanci delle agenzie dell'ONU: l'UNICEF ha raccolto 513 milioni di dollari nel 2006 per una cinquantina di interventi umanitari, 1.129 milioni nel 2005 (di nuovo, effetto tsunami)¹⁷. Il WFP spende 1-2 miliardi di dollari l'anno per aiuti alimentari in situazioni d'emergenza.¹⁸ Nel 2006 l'UNHCR aveva a disposizione quasi 1,5 miliardi di dollari, di cui circa 2/3 per interventi umanitari¹⁹. Parte dei bilanci delle agenzie dell'ONU contiene denaro proveniente dai governi e quindi già conteggiato nel bilancio globale. Nel 2006, per esempio, ECHO ha versato il 37% dei suoi fondi per l'emergenza ad agenzie dell'ONU.

Una buona parte delle risorse indirizzate all'aiuto umanitario va in materiali e logistica. Una quota considerevole è usata per il personale, sia locale sia espatriato, che varia a seconda degli interventi svolti. Infine, una parte dei fondi è usata per la gestione complessiva dell'organismo stesso. Le ONG, per lo meno quelle europee, tendono a limitare al massimo questa quota. STC, per esempio, prevede un tetto massimo del 15% delle entrate, MSF il 20%. Oltre oceano si arriva anche oltre il 30%. Gli organismi governativi e delle Nazioni Unite tendono invece a spendere porzioni maggiori dei loro bilan-

ci per la gestione; ciò è dovuto alla loro struttura, in generale più pesante di quella delle ONG, e in parte al più elevato livello degli stipendi pagati al personale.

Efficacia

La letteratura riporta numerosi esempi di aiuto umanitario inefficace²⁰: dall'invio di prodotti per dimagrire a popolazioni affamate a quello di latte in polvere per lattanti in campi profughi dove l'acqua per diluirlo è scarsa e contaminata, dalla distribuzione di scarpe con tacco a punta a donne vittime di inondazioni a quella di farmaci inadatti alle malattie del luogo, o prossimi alla scadenza, ed etichettati in lingue incomprensibili per gli operatori sanitari; per non parlare delle enormi quantità di aiuti umanitari finiti direttamente nelle tasche del dittatore di turno. Dal punto di vista tecnico le cose sono sicuramente migliorate negli ultimi 20 anni. Tutti i maggiori organismi hanno sviluppato protocolli operativi in grado di prevenire gli errori più madornali, e procedure che velocizzano gli interventi e facilitano l'avvio e lo sviluppo delle attività secondo metodi ben sperimentati²¹. Ciò permette di ridurre rapidamente la mortalità generale e specifica per alcune malattie, come il morbillo²², di controllare le forme peggiori di denutrizione²³ e di prevenire la trasmissione delle infezioni più frequenti²⁴. Ma le derive politiche, anche recenti, non mancano. Basti pensare all'involuzione dovuta alla messianica campagna delle bombe e del pane di Tony Blair in Afghanistan nel 2001, tanto duramente condannata da organizzazioni come Oxfam e MSF, non solo perché illegittima e tecnicamente inadeguata, ma anche per il grottesco paradosso cromatico che rendeva i contenitori delle razioni umanitarie indistinguibili dagli involucri delle bombe a grappolo disperse e inesplose sul terreno, che hanno nuovamente minato il territorio afgano durante le operazioni belliche contro Bin Laden.

Ma come si misura l'efficacia degli aiuti umanitari? In realtà l'aiuto umanitario è per definizione un indicatore di insuccesso, perché arriva sempre quando il disastro ha già avuto luogo; il suo unico obiettivo è alleviare e ridurre il danno, a volte soltanto a breve termine. Ma cosa succede per esempio all'economia locale dopo che una

regione è stata inondata da prodotti gratuiti? Molte popolazioni vittime di crisi umanitarie hanno bisogno soprattutto di sementi, bestiame, aratri, macchinari, pezzi di ricambio. Hanno bisogno di denaro contante, perché dopo i primi giorni di crisi si ristabilisce generalmente un'economia locale nella quale, con qualche dollaro in più, si riesce a ottenere ciò che serve per sfamarsi, per riparare la casa e, soprattutto, per riprendere la vita economica e sociale interrotta dall'evento catastrofico. E invece le popolazioni ricevono ciò di cui hanno bisogno nei primi giorni (alimenti, coperte, farmaci, eccetera), ma non sempre ciò che è indispensabile per riprendere a vivere, lavorare e produrre come prima della catastrofe. Il dopo emergenza è spesso peggiore dell'emergenza, ma non garantisce la stessa visibilità e mai riempie le prime pagine dei giornali.

In caso di conflitti armati, la fornitura di aiuti umanitari contribuisce spesso ad aumentare conflitti e massacri – si pensi alla regione dei Grandi Laghi dopo il genocidio in Rwanda, nel 1994 – e rappresenta comunque una fonte di entrate per le parti in lotta, o attraverso la legittimazione di criminali di guerra invitati ai tavoli dei negoziati, o ancora attraverso il tentativo di trovare compromessi politici basati su ipotesi di esclusione²⁵. Non va dimenticato infine che, per mantenere un alto livello d'efficacia tecnica, gli organismi per l'aiuto umanitario si appoggiano finanziariamente e tecnicamente (per esempio nel caso del trasporto aereo e delle comunicazioni) ai governi o alle forze armate coinvolte nei conflitti. Di qui la tendenza crescente a integrare l'aiuto umanitario con l'azione militare, com'è successo nei Balcani, poi in Afghanistan e Iraq, con danni colossali al principio dell'indipendenza e allo spazio di libertà dell'azione umanitaria stessa. Come si valutano in questi casi efficacia e impatto dell'aiuto umanitario? E che dire della totale inefficacia di alcuni interventi umanitari, come quelli in Darfur, a fronte della politica di *laissez-faire* voluta dal Sudan? Senza dimenticare il fatto che, per poter accedere ai finanziamenti dei donatori, alcuni organismi umanitari potrebbero essere tentati di ubicarsi esclusivamente in aree che siano considerate interessanti dai donatori stessi, ovvero le crisi rese bulimiche dai media, a discapito di altre crisi passate sotto silenzio.

Aiuto o ingerenza?

Occorre sottolineare che il concetto di intervento umanitario si pone in una logica di rapporti di forza tra ricchi e poveri. Non vi sono infatti esempi di interventi umanitari in Paesi ad alto reddito, con violazione della sovranità, da parte di Paesi a basso reddito, con la parziale e non del tutto frivola eccezione dell'offerta di Cuba di mandare equipe mediche di soccorso a New Orleans dopo l'uragano Katrina. La natura "nordista" dell'umanitarismo si riflette pesantemente nel modo in cui i media, e gli uffici stampa delle organizzazioni umanitarie, presentano le persone e gli eventi oggetto dell'aiuto. Essi inducono i cittadini dei Paesi donatori a considerare i Paesi in situazioni di crisi per lo più come inetti e incapaci di soluzioni. Non solo perché privi delle risorse materiali e delle tecnologie necessarie, ma anche perché vittime di leader corrotti. Oggettivamente inferiori. I donatori, e gli organismi che li rappresentano, diventano automaticamente detentori del bene, depositari di una missione salvifica, civilizzatrice. Esattamente come all'epoca della colonizzazione: non per niente, per taluni intellettuali del sud, il fatto che l'imperialismo del XIX secolo fosse comunque velato di una giustificazione umanitaria rende l'azione umanitaria moderna, per quanto onesta ed efficace intenda essere, un'iniziativa politicamente sospetta, se non addirittura moralmente ripugnante.

I Paesi a basso reddito non sono in grado di risolvere o alleviare le crisi, dunque i Paesi ricchi hanno il dovere di intervenire. Anzi il diritto, nel caso di resistenza od opposizione, o di ostacoli di qualsiasi tipo all'intervento (dazi, permessi, burocrazia, eccetera). Dal diritto d'ingerenza alla guerra umanitaria e alla guerra preventiva non c'è che un minuscolo passaggio logico. Se il bellicismo teorizzato in nome e per conto dell'umanità appare idealmente debole, tanto da dover essere, ogni volta, alimentato con le ragioni del passato – "è la Shoa il peccato originale della post modernità, la metafora del male da sconfiggere e da evitare, che assurge a criterio di classificazione di ogni conflitto"²⁶ – il termine "etnico" diventa un *passpartout* per definire fenomeni anche molto distanti fra loro, sinonimo di disordine e anarchia. Le parole si confondono. La nuova politica di interventismo si configura, citando il sociologo tedesco Ulrich Beck, co-

me “una miscela di generosità umanitaria e logica imperialista” che nasce “quando vengono meno le classiche differenze tra guerra e pace, interno ed esterno, attacco e difesa, diritto ed arbitrio, vittime e carnefici, civiltà e barbarie”²⁷. La popolazione civile, insomma, è insieme bottino e bersaglio, mezzo militare e capro espiatorio: “il copione del massacro degli abitanti di un villaggio, donne bambini uomini e vecchi, non concede troppe digressioni, ogni volta si ripete come l’assalto all’accampamento indiano codificato dall’epopea del cinema western”²⁸.

Dopo aver cercato una sua legittimazione definitiva presentandosi come guerra umanitaria e guerra per il diritto, il diritto d’ingerenza è stato quindi ri-definito nel concetto di guerra preventiva, a uso e consumo della più attuale lotta permanente contro il terrorismo. Tale legittimazione della guerra comporta il capovolgimento dell’impegno della Carta dell’ONU, che voleva liberare le future generazioni da tale flagello, e si propone invece come “lavoro di generazioni”, quante ce ne vorranno per liberare il mondo dai tiranni. In questa logica, le ONG sono assorbite come “*force multipliers*”, moltiplicatrici di forza. Poco importa se questo diritto si applica in maniera selettiva, e cioè solo ove l’aiuto umanitario sia associato a interessi economici (petrolio, minerali e risorse naturali strategiche) o geopolitici (controllo di aree politicamente strategiche).

Aiuto o sonnifero per le coscienze?

L’invito a donare con un SMS ci arriva dallo schermo televisivo, spesso dalla bocca di uno dei nostri personaggi preferiti. A casa ci viene recapitato il conto corrente per una donazione. Per evitare la coda all’ufficio postale possiamo versare direttamente via internet oppure mediante domiciliazione bancaria, in modo da dover pensare all’atto del donare solo una volta l’anno o addirittura una sola volta nella vita. Distacco completo dalle tragedie, relegate a evento mediatico. Delega totale dell’azione all’organismo per l’aiuto umanitario che ci è risultato più sexy. In questo modo, a poco a poco ci abituiamo all’idea che la responsabilità di affrontare le crisi umanitarie sia individuale e privata, come privata è l’ONG cui versiamo il no-

stro obolo, e non collettiva e pubblica. Individuale e privata, ma riservata a cittadini di razza bianca e residenti in Paesi ad alto reddito, oltre che ad alto tasso di civiltà. Le persone che aiutiamo non sono soggetti e protagonisti della loro storia. Spesso risultano mere comparse mentre i reportage ci mostrano soltanto la gioiosa macchina degli aiuti. Così, progressivamente, il nostro immaginario individuale e collettivo esclude l'idea che i problemi (nutrizionali, sanitari, sociali, economici, eccetera) si possano affrontare con politiche di medio e lungo termine. Con strategie più profonde. Gli unici interventi immaginabili restano quelli, visibili e di corto respiro, dell'emergenza. A poco a poco scompare la complessità delle crisi umanitarie, sostituita dalla semplificazione della pubblicità e della donazione.

Il ruolo estremamente importante svolto dai media è dimostrato dal controllo quanto mai efficace dell'informazione che governi e apparati militari riescono a imporre con conseguente manipolazione di situazioni e responsabilità che ha finito per condurre alla progressiva politicizzazione del sistema degli aiuti umanitari. Il giornalista britannico Robert Fisk racconta come nella prima guerra del Golfo, che definisce "la più sconosciuta alla gente comune tra le guerre recenti", le notizie fornite dal *Joint Information Bureau* (JIB) statunitense fossero ridotte a "un intrattenimento per tutta la famiglia", dove il responsabile del JIB "pubblicizzava la guerra e noi giornalisti eravamo i suoi venditori"²⁹.

Conclusioni

L'ideologia umanitaria tende a considerare le vittime di guerre e catastrofi naturali come mero oggetto di aiuto piuttosto che come individui temporaneamente in difficoltà, ma in grado di far fronte a pieno titolo alle sfide poste dall'ambiente, inteso in senso sociale e politico, in cui vivono. Come i crediti dell'ultimo trentennio hanno indebitato molti Paesi poveri, rendendoli dipendenti dai Paesi ricchi e dagli organismi finanziari internazionali, così gli aiuti tendono gradualmente a rendere i Paesi che ne dipendono incapaci di affrontare le proprie crisi. Inoltre, l'aiuto umanitario si focalizza spesso sul diritto alla sopravvivenza, dimenticandosi del diritto alla vita con tutti

i suoi addentellati economici, sociali e politici. L'aiuto umanitario infatti tende a soccorrere le popolazioni senza interrogarsi troppo sulla complessa rete di cause che portano alla crisi umanitaria. Non agisce cioè sui meccanismi che danno origine al bisogno di aiuti umanitari. Ciò comporta, come in un circolo vizioso, un ripetersi di crisi che finisce per beneficiare gli stessi organismi per l'aiuto umanitario, permettendone la sopravvivenza e la crescita. Come scrive lo storico francese Bernard Hours: "Sotto le luci dei riflettori, [l'ideologia umanitaria] dichiara di lavorare per la dignità umana. Nell'ombra, dove sempre giace il senso, è un'impresa dagli eccessi mortiferi"³⁰. Purtroppo il cliché che considera gli organismi per l'aiuto umanitario inattaccabili perché "fanno del bene" rappresenta un ostacolo a qualsiasi tipo di pensiero critico nei loro confronti. Solo esercitando questo pensiero critico si può contribuire a far uscire l'aiuto umanitario dalla spirale che tende ad assimilarlo alle cause stesse dei disastri e delle tragedie cui si propone di portare sollievo.

Note bibliografiche

¹ E. Galeano, Umanitario a chi? Le ragioni umanitarie delle armi e delle guerre. *Il Manifesto*, 25 febbraio 2000.

² T.L. Friedman, *The Lexus and the olive tree*. Anchor Books, New York 2000, pp. IX, XVI, 12.

³ M. Bettati, B. Kouchner, *Le devoir d'ingérence*. Denoël, Paris 1987.

⁴ B. Hours, *L'ideologia umanitaria: lo spettacolo dell'alterità perduta*, L'Harmattan Italia, Torino 1999.

⁵ D. Rieff, *A bed for the night: humanitarianism in crisis*, Simon & Shuster 2002, p. 197.

⁶ P. Haski, Le grand malaise de l'humanitaire. *Liberation*, 16-17 ottobre 1999.

⁷ <http://www.goodhumanitarianidonorship.org/> sito visitato il 16/11/2007.

⁸ M. Ignatieff, *Impero light: dalla periferia al centro del Nuovo Ordine Mondiale*, Carocci, 2003, p. 64.

⁹ <http://www.savethechildren.org/newsroom/2007/gates-southasia-floods.html>

¹⁰ World Health Organization. *World Health Report 2007*. WHO, Geneva 2007.

¹¹ United Nations Development Programme, *Human Development Report 2005. International cooperation at a crossroads: aid, trade and security in an unequal world*, UNDP, New York 2005, p. 278.

¹² Global Humanitarian Assistance 2006 www.globalhumanitarianassistance.org

¹³ http://ec.europa.eu/echo/finances/index_en.htm

¹⁴ G. Hancock, *Lords of poverty*, Mandarin, London 1989, pp. 4.

¹⁵ Oxfam International Tsunami Fund. Third Year Report, December 2007.

¹⁶ Oxfam International, *Rising the humanitarian challenge in Iraq*, Briefing paper 105, July 2007.

- ¹⁷ UNICEF Humanitarian Action Report 2007 http://www.unicef.org/har07/files/HAR_FULLREPORT2006.pdf
- ¹⁸ http://www.wfp.org/aboutwfp/facts/2006/index.asp?section=1&sub_section=5
- ¹⁹ <http://www.unhcr.org/excom/EXCOM/44fe8cb52.pdf>
- ²⁰ G. Hancock, *op. cit.*
- ²¹ The Sphere Project. *SPHERE: humanitarian charter and minimum standards in disaster response*. Steering Committee for Humanitarian Response, Geneva 2004.
- ²² M. Toole, R. Steketee, R. Waldman, P. Neiburg, Measles prevention and control in emergency settings. *Bull World Health Organ* 1989; 67: 381-8.
- ²³ WHO, *Management of nutrition in major emergencies*. World Health Organization, Geneva 2000.
- ²⁴ M.A. Connolly, M. Gayer, M.J. Ryan, P. Salama, P. Spiegel, D.L. Heymann, Communicable diseases in complex emergencies: impact and challenges. *Lancet* 2004; 364: 1974-83.
- ²⁵ M. Kaldor, *Le nuove guerre. La violenza organizzata nell'età globale*, Carocci, Roma 1999, p. 19.
- ²⁶ N. Janigro, *La guerra moderna come malattia della civiltà*, Paravia Bruno Mondadori Editore, 2002, p. 10.
- ²⁷ A. D'Orsi (a cura di), *Guerre globali: capire i conflitti del XXI° secolo*, Carocci, 2003, p. 56.
- ²⁸ N. Janigro, *op. cit.*, p. 26.
- ²⁹ R. Fisk, *The great war for civilization: the conquest of the Middle East*, Harper Perennial, London 2006, p. 738.
- ³⁰ B. Hours, *op. cit.*, pp. 118-119.

1.7. Conflitti armati e lavoro umanitario di Pirous Fateh-Moghadam e Valeria Confalonieri

Mi impegno seriamente a stabilire le migliori relazioni con le ONG che per noi rappresentano tanti moltiplicatori di forza, una parte importantissima della nostra squadra di combattimento.

Colin Powell¹

Un mondo di guerre

I conflitti armati continuano a rappresentare una grave minaccia per la salute pubblica e l'integrità ambientale del nostro pianeta. Durante il periodo 1990-2001 si sono verificati 57 conflitti armati di maggiori dimensioni in 45 luoghi diversi², in maggioranza conflitti interni, frequentemente con partecipazione di eserciti regolari, ma anche conflitti internazionali come la guerra Iraq-Kuwait, la prima guerra del Golfo, i conflitti tra India e Pakistan e tra Etiopia ed Eritrea, l'intervento della NATO nella ex Jugoslavia. Nel solo 2002 si sono contati 21 conflitti, in maggioranza guerre civili; nello stesso anno è iniziata la guerra in Afghanistan e nel 2003 la seconda guerra del Golfo, entrambe tuttora in corso ed entrambe sempre più con i connotati di una guerra civile. Molti conflitti, in particolare quelli civili, sono poco rappresentati dal punto di vista mass-mediatico nonostante i loro effetti devastanti: si stima, per esempio, che durante la guerra nella Repubblica Democratica del Congo siano morte dal 1998 quasi 4 milioni di persone, di cui circa 600.000 nel periodo 2003-04, con 1.200 morti in eccesso al giorno³. Dal 2006 sta tenendo una tregua tra Israele e Libano, raggiunta dopo oltre un mese di conflitto a danno quasi esclusivamente della popolazione civile libanese, mentre le aggressioni a cui è esposta la popolazione palestinese residente nei Territori Occupati stanno continuando quotidianamente, creando una situazione di insicurezza globale di cui è vittima la stessa popolazione israeliana.

Aiutare le vittime delle guerre: un compito sempre più difficile

I conflitti armati hanno un enorme impatto sulla vita e la salute pubblica, distruggono famiglie, comunità e a volte intere nazioni e culture. Il lavoro delle organizzazioni umanitarie non governative che cercano di contrastare questi effetti ovviamente non è mai stato facile. Tuttavia, a partire dalla fine degli anni novanta e più precisamente dall'aggressione all'ex-Jugoslavia nel 1999, un'ulteriore criticità si è aggiunta: l'invenzione del concetto di "guerra umanitaria". Secondo questo concetto, l'intero intervento militare è considerato alla stregua di un'azione umanitaria in difesa dei diritti umani. In questo modo, da un lato chiunque si opponga alla guerra all'interno delle nazioni belliciste è sospettato di appoggiare il nemico e le ingiustizie da questi commesse; l'infamia di tale sospetto è potenziata ulteriormente dal fatto che il nemico di turno, chiunque esso sia, è presentato come reincarnazione di Hitler. Dall'altro lato, sul teatro di guerra, spariscono i confini tra chi opera militarmente e chi svolge funzioni di assistenza umanitaria. Entrambi gli effetti sono voluti e promossi attivamente dai governi bellicisti faticosamente impegnati a raccogliere il consenso dell'opinione pubblica per le loro avventure militari.

La capacità delle organizzazioni di assistenza umanitaria di rimanere neutrali riceve un ulteriore colpo, secondo alcuni mortale, dalla situazione creatasi dopo gli attacchi terroristici dell'11 settembre 2001. La dottrina "o con noi o contro di noi" del governo di George W. Bush "impedisce totalmente la facoltà di rimanere neutrali, ponendo la questione nei termini di una lotta tra terrorismo contro libertà e civilizzazione", dichiara Jo Nickolls, il consulente sull'Iraq di Oxfam⁴. Infatti nel 2001, appena prima dell'invasione dell'Afghanistan, il segretario di stato Colin Powell dichiarava di fronte alle Organizzazioni Non Governative (ONG) degli USA di considerarle "parte del nostro team di combattimento" con la funzione di "moltiplicatori di effetto" degli sforzi bellici della NATO⁵. Successivamente, in una circolare del ministero della difesa del 2005, la capacità di ricostruzione e stabilizzazione attraverso operazioni umanitarie è definita *a core US military mission*, parte integrante della missione militare⁶. Il primo ministro britannico Tony Blair sottolineava la neces-

sità di una “coalizione militare-umanitaria”, un fatto che, secondo Jean Michel Piedagnel, il direttore della sezione inglese di Medici Senza Frontiere (MSF), comporta un ulteriore aumento della percezione che tutte le ONG occidentali siano semplici appendici della politica estera dei loro governi. Alcune ONG si fanno effettivamente scortare da militari, consigliano i militari sui siti di intervento, o richiedono interventi militari in zone particolari⁷. In questo contesto per le ONG interessate a mantenere la loro indipendenza non è più possibile rimanere in silenzio. “Non siamo attori nella guerra al terrorismo”, con queste parole MSF cerca di chiarire la propria posizione a seguito dell’attentato del 27 ottobre 2003 contro la sede del Comitato Internazionale della Croce Rossa a Baghdad⁸. Un mese dopo, il *British Medical Journal* è ritornato sul tema riportando le parole della responsabile tedesca di MSF, Ulrike von Pilar, che sui rischi collegati alla non netta distinzione tra lavoro umanitario e politica diceva: “In Iraq, per esempio, i soldati statunitensi girano in macchine segnate come ‘Aiuto Umanitario’. Questo porta a una confusione nella distinzione tra occupanti e organizzazioni di aiuto. Come può la popolazione locale essere ancora in grado di distinguere tra coloro che perseguono interessi militari e quelli che vogliono dare un aiuto indipendente?”⁹.

Nel maggio 2004, preoccupazioni rispetto alla confusione ingenerata nella popolazione civile sono state nuovamente sollevate da MSF per la situazione in Afghanistan, per la distribuzione di volantini, poi ritirati, che univano aiuto umanitario a operazioni militari¹⁰. Per il direttore delle operazioni, Kenny Gluck, la distribuzione di questi foglietti aveva “ulteriormente compromesso il carattere indipendente e neutrale dell’aiuto umanitario”. In quell’occasione, il capo missione di MSF nel Paese, Nelke Manders, ha dichiarato: “collegare deliberatamente assistenza umanitaria e obiettivi militari distrugge il significato stesso di umanitarismo. Alla fine, gli afgani più bisognosi non riceveranno gli aiuti di cui hanno estrema necessità e coloro che forniscono gli aiuti si trasformeranno in obiettivi”. Un mese dopo saranno uccisi cinque operatori di MSF, che si vede costretta al ritiro dal Paese¹¹.

Anche in Italia vi sono numerose ONG con esperienze concrete in contesti di conflitti armati. Per poter arricchire queste riflessioni con il punto di vista di rappresentanti di alcune di queste ONG, sono state condotte interviste a Rossella Miccio, Coordinatrice dell'Ufficio Umanitario di Emergency (RM); Kostas Moschocoritis, Direttore Generale di MSF Italia (KM); Raffaele Salinari, Presidente di Terre des Hommes Italia (RS); e Fabio Alberti, Presidente di Un Ponte per (FA), ponendo a tutti gli intervistati le stesse tre domande.

1. Quali sono i criteri essenziali per poter effettuare un lavoro genuinamente umanitario nel contesto di un conflitto armato?
2. Quale di questi criteri è più spesso violato?
3. Quali sono gli effetti della guerra al terrorismo sul lavoro delle agenzie umanitarie?

Quali sono i criteri essenziali per poter effettuare un lavoro genuinamente umanitario nel contesto di un conflitto armato?

RM. La caratteristica essenziale del lavoro umanitario è la neutralità. Il servizio dev'essere reso disponibile a tutti coloro che ne abbiano bisogno. È per questo, per esempio, che quando interveniamo in un Paese in guerra cerchiamo di essere presenti con nostre strutture su entrambi i lati del fronte. Nei nostri ospedali, inoltre, non è permesso introdurre armi né sono presenti guardie armate. Questo è un segnale importante per la popolazione locale che, soprattutto negli ultimi anni, vede sempre più spesso operatori umanitari accompagnati e scortati da militari. Altro elemento fondamentale è l'accessibilità delle strutture per i feriti. È fondamentale che le parti in conflitto non blocchino l'arrivo dei feriti agli ospedali, né che interferiscano nella gestione delle attività cliniche imponendo di ricoverare un paziente piuttosto che un altro.

KM. In ogni situazione di conflitto il primo obiettivo di un'organizzazione umanitaria è l'accesso alla popolazione. Sfida che sarebbe impossibile se l'azione umanitaria non si basasse su tre principi fondamentali: indipendenza, neutralità e imparzialità. Rappresentano quei caratteri che contraddistinguono e devono contraddistinguere l'azione umanitaria in quanto tale, da altre azioni spesso chiamate

umanitarie, ma che in realtà sono ben altro. L'indipendenza non può essere solo politica, dev'essere anche economica. Come si può pensare di lavorare in maniera autonoma in Somalia o in Iraq, prendendo soldi da uno dei governi coinvolti nella guerra al terrorismo? Come si verrebbe percepiti da quella parte di popolazione che non si sente rappresentata dagli interessi occidentali? Un altro criterio che seguiamo è quello di garantire la sicurezza dei nostri operatori. Accettiamo di prendere rischi calcolati, valutando i pericoli rispetto ai risultati attesi. Purtroppo, nonostante adottiamo procedure di sicurezza molto rigorose, negli ultimi anni abbiamo assistito a un preoccupante incremento di atti di violenza contro i nostri operatori: dalle uccisioni in Afghanistan nel 2004, al rapimento di una dottoressa e un'infermiera in Somalia alla fine del 2007. Inoltre, grande attenzione dev'essere rivolta al fatto che gli aiuti non siano manipolati o strumentalizzati da una delle parti in conflitto: le ONG devono essere rigorose e impedire quanto più possibile che vi siano cedimenti ed è molto importante, nelle zone di conflitto, che l'organizzazione sia presente con propri operatori.

RS. Dopo la guerra in Iraq, e ancor prima durante l'intervento armato in Afghanistan, possiamo dire di essere entrati in una nuova fase dell'aiuto umanitario. Dalla proclamazione dei bombardamenti NATO sulla Serbia come guerra umanitaria e ai bombardamenti contemporanei di bombe a grappolo e razioni alimentari per le popolazioni afgane, per arrivare alla totale inagibilità dell'Iraq da parte delle ONG umanitarie non *embedded*, si apre la necessità di ripensare i fondamenti stessi dell'azione umanitaria, almeno come recepiti dalle Convenzioni di Ginevra. Se pure i criteri di neutralità, imparzialità e ubiquitarietà restano validi, dobbiamo declinarli in senso ampio, e cioè denunciando tutte quelle situazioni politiche e militari che non solo impediscono che l'aiuto sia portato a chi ne ha bisogno, ma anche l'uso distorto che se ne fa oggi, specialmente da parte delle forze militari che usano l'aiuto umanitario come arma da guerra e propaganda. Non possiamo restare neutrali per quello che concerne la violazione del diritto umanitario, ma dobbiamo essere partigiani e politicamente schierati a sua difesa. I criteri non sono cambiati, ma abbiamo la necessità di renderli ancora più radicali nella

loro difesa ed esecuzione: piena neutralità, separazione netta tra umanitario e militare, denuncia delle sovrapposizioni, denuncia delle ONG *embedded* come contravventori a questi criteri. In ultimo, ed è un punto importante, alla logica della guerra permanente globale contro il terrorismo dobbiamo contrapporre, come ONG umanitarie, una politica per il disarmo permanente globale come unica garanzia che l'aiuto umanitario sia confinato alle situazioni di catastrofi naturali e non sempre di più come palliativo degli effetti collaterali di una logica di guerra.

FA. Per definizione un intervento umanitario dev'essere neutrale e non discriminatorio. L'aiuto o il soccorso dev'essere portato nella stessa misura alle vittime di tutte le parti in conflitto, in particolare ai civili. Perché questo sia possibile occorre come condizione non negoziabile che le iniziative siano completamente svincolate dalle parti e in particolare dai soggetti armati, qualunque essi siano, e qualunque siano le ragioni del conflitto. Per questo non possono, per esempio, essere definite umanitarie le iniziative di aiuto che sempre più spesso sono messe in atto anche dagli eserciti o da stati parte del conflitto, anche se non partecipano ai combattimenti. Queste iniziative si preoccupano infatti di soccorrere solo le popolazioni dei territori controllati o sotto la giurisdizione dei propri alleati. Nel dibattito internazionale sugli aiuti umanitari si stanno però affermando anche altri parametri, in particolare quello di tendere nella misura massima possibile a far conto sulle risorse locali. Occorre cioè aiutare una popolazione ad aiutare se stessa, cercando di non sostituirsi portando gli aiuti dall'esterno.

Quale di questi criteri viene più spesso violato?

RM. Negli ultimi anni, purtroppo, intervenire nei conflitti in corso è diventato sempre più difficile e pericoloso. Stiamo assistendo a un velocissimo arruolamento delle ONG e agenzie umanitarie nelle fila della politica. Quando è stata decisa la guerra in Afghanistan nel 2001 è stato ordinato alle agenzie umanitarie di evacuare il Paese. Sarebbero tornate poi, e coloro che stavano per bombardare il Paese avrebbero fornito anche le risorse economiche per realizzare i pro-

getti di ricostruzione. Peccato che proprio durante i bombardamenti la popolazione avrebbe avuto maggior bisogno di aiuto internazionale. Più di recente, sempre in Afghanistan, si sta sviluppando da parte delle forze internazionali e dai militari afgani una nuova politica di sicurezza. Durante operazioni militari o in seguito ad attentati ed esplosioni, le aree interessate sono completamente chiuse e i feriti non possono essere evacuati fino a quando la zona non è stabilizzata. Nel corso degli ultimi anni anche Emergency ha verificato un pesante peggioramento delle condizioni di lavoro nei Paesi in guerra. Le ultime vicende afgane ne sono un esempio.

KM. Dalla fine della guerra fredda più volte sono stati violati e strumentalizzati a fini politici tutti e tre i pilastri dell'azione umanitaria. Il Kosovo nel 1999 e soprattutto l'Afghanistan nel 2001 erano già stati l'oggetto di interventi militari cosiddetti umanitari nell'ambito di un conflitto armato. Il termine umanitario è usato abbondantemente dagli attori politici e militari per giustificare i loro interventi. Ma il problema non è solo la manipolazione effettuata da governi ed eserciti; oggi le stesse ONG accettano sempre più spesso di agire come attori *embedded* di questo o quel governo, di questo o quel contingente militare, come mostra molto chiaramente l'esempio dell'Iraq.

RS. Certamente la separazione tra militare e civile, cioè il criterio della neutralità. È ovvio che i militari non possono, in zona di guerra, proporsi come agenti umanitari: oggi danno le caramelle e domani sparano. Altro criterio sempre più violato è la possibilità di aiutare i feriti civili. In alcune zone di guerra, come l'Iraq ma anche l'Afghanistan, dove i civili muoiono nelle condizioni peggiori, non è possibile operare perché spesso la guerra è irregolare, condotta con mezzi oscuri, al di fuori delle convenzioni internazionali sia per quello che concerne lo *jus in bellum* sia per l'uso di armi sperimentali al di fuori delle convenzioni sull'uso di armi non convenzionali. Ultimo, ma non per importanza, alle ONG non *embedded* è sempre più negata l'agibilità alle zone di operazione, vedi il caso di Falluja, dove nessuno di noi è potuto entrare per soccorrere i feriti. Assistiamo dunque a violazioni plurime, che sono però tutte collegate da una necessità evidente: smantellare il diritto internazionale umanita-

rio perché anello debole ma simbolico di una relazione di equità tra stati sovrani. Mentre la guerra attuale al terrorismo è una guerra costituente e cioè vuole reimpostare le relazioni di forza e dunque le regole internazionali, anche a partire dalla negazione del diritto all'assistenza.

FA. Si è detto della ormai frequente violazione del principio di neutralità che deriva dagli interventi degli eserciti, cosa che sta erodendo lo spazio umanitario, che era anche uno spazio di sicurezza per gli operatori umanitari e di garanzia per tutte le vittime del diritto al soccorso. Ma anche le ONG, troppo spesso, ancora oggi tendono a realizzare in proprio le iniziative invece che attivare partnership con la società civile locale o sostenere le azioni che autonomamente le popolazioni possono mettere in atto.

Quali sono gli effetti della guerra al terrorismo sul lavoro delle agenzie umanitarie?

RM. L'effetto principale è la cancellazione della legalità e del rispetto per il lavoro umanitario. Non sono più ammessi attori neutrali: o sei con me o sei contro di me. Il diritto a essere curato perché ferito è sempre più calpestato, la possibilità di raggiungere chi ha più bisogno negata agli operatori umanitari.

KM. Innanzitutto dobbiamo prendere atto che siamo entrati in un'era in cui vige lo "stai con noi o contro di noi". In molte zone in cui è condotta la guerra al terrorismo, le ONG sono percepite come attori occidentali e schierate dalla parte opposta. Il fatto che governi ed eserciti, con la complicità dei mezzi d'informazione schierati in assetto di guerra, definiscano la propria azione come umanitaria non sta né in cielo né in terra, è una pura azione di propaganda. Camuffare una presenza militare con il ricorso alla semantica umanitaria non fa che confondere il ruolo delle ONG, che per definizione dovrebbero essere non governative. Purtroppo c'è da dire che il fenomeno delle ONG *embedded* alimenta ulteriormente la confusione e rende l'azione umanitaria più vulnerabile.

RS. La guerra al terrorismo è una guerra senza confini evidenti, senza nemici di facile definizione, irregolare come metodi e logica. Quando tutto l'impianto dello *jus ad bellum* e dello *jus in bellum* è stravolto, quando si creano coalizioni *à la carte*, quando le armi che si usano sono più rivolte ad ammazzare i civili che i militari, quando sono progressivamente negate per ragioni di sicurezza le agibilità sia all'interno dei luoghi del conflitto sia all'interno dei Paesi belligeranti in termini di circolazione e controllo delle persone, allora possiamo dire che la guerra ci riguarda tutti e che il securitarismo, cioè la gestione in termini di ordine pubblico e di stato di eccezione delle vite, diventa una forma della politica dentro e fuori dai teatri della guerra guerreggiata. E allora gli effetti sono che l'aiuto umanitario, ma soprattutto la difesa dei suoi principi diventano di applicazione realmente globale, ogni giorno per ogni cittadino al mondo, diventano un baluardo alla violazione progressiva dei diritti umani che sono la vera meta di questa guerra al terrorismo, il diritto umanitario violato in ogni dove diventa la realtà per una denuncia quotidiana e una azione di "aiuto umanitario preventivo" dentro e fuori dai teatri della guerra guerreggiata. Questo è oggi il ruolo forse principale delle ONG umanitarie indipendenti.

FA. La cosiddetta guerra al terrorismo è una mera copertura ideologica per giustificare e nobilitare guerre e azioni militari che hanno ben altri scopi (geopolitici, di controllo delle risorse, di mantenimento della superiorità militare, eccetera) e nello stesso tempo per dare copertura a processi di restrizione delle libertà fondamentali che gli stati autoritari, ma non solo, stanno portando avanti. Nell'ambito della guerra al terrorismo lo spazio umanitario è stato ulteriormente ristretto e in pratica negato alle popolazioni che stanno "dalla parte sbagliata". La confusione sullo spazio umanitario ingenerata dalle attività definite umanitarie degli eserciti e degli stati che sono parte nel conflitto ha ridotto drammaticamente la sicurezza degli operatori e anche la stessa possibilità di azione delle agenzie umanitarie indipendenti, che sempre più spesso sono identificate dai gruppi terroristi, o definiti tali, come parte del dispositivo militare avversario e conseguentemente oggetto di possibili azioni offensive.

Conclusioni

Sia dalle opinioni espresse a livello internazionale che dalle interviste condotte con gli esperti italiani del settore emerge un giudizio fortemente negativo sull'integrazione delle ONG nello sforzo bellico. Accettare le richieste di integrazione militare-umanitaria non solo significa rinunciare ai requisiti ritenuti i più importanti per un lavoro umanitario efficace, la neutralità e l'indipendenza, ma rappresenta una vera e propria violazione delle Convenzioni di Ginevra, secondo le quali le azioni militari devono essere nettamente distinte dalle azioni umanitarie. Quindi la strategia bellica "umanitaria" in verità costituisce la negazione delle regole del diritto internazionale umanitario che a parole pretende di difendere. Questo diventa ancora più evidente se sono presi in considerazione altri requisiti di tali norme: secondo le Convenzioni di Ginevra i civili non devono costituire bersagli di azioni militari, la scelta delle armi dev'essere tale da permettere una netta distinzione tra combattenti e non combattenti, esistono standard che stabiliscono le condizioni della resa, il trattamento e la detenzione dei prigionieri, eccetera. Tutti principi palesemente e immancabilmente violati nella conduzione routinaria di una guerra con coinvolgimento di moderni eserciti, di cui è possibile elencare le seguenti caratteristiche comuni¹²:

- il ricorso sistematico e irreversibile ad armamenti e strategie militari che rendono impossibile la discriminazione tra obiettivi civili e militari con danni sempre maggiori alla popolazione civile, tra cui, a partire dagli anni novanta, si verifica il 90% delle vittime dei conflitti¹³;
- l'importanza degli effetti indiretti (distruzione delle infrastrutture della normale vita civile, esposizione umana e ambientale a sostanze tossiche con tempi di latenza a lungo termine) nella determinazione delle conseguenze sanitarie per le popolazioni esposte alla guerra, che si possono protrarre per decenni dopo la fine delle ostilità;
- la sottrazione di risorse economiche al settore sociosanitario, che contribuisce all'aumento delle disuguaglianze sociali; nel contempo, chi è svantaggiato dal punto di vista socioeconomico corre maggiori rischi di essere ferito o ucciso in guerra¹⁴;
- la parziale privatizzazione della guerra che rende ancora meno controllabili le operazioni militari¹⁵;

- la mancanza di limiti spaziali, temporali e giuridici nel quadro di un crescente disordine mondiale che favorisce il ricorso a interventi armati e che comporta anche la tendenza all'erosione dei diritti civili all'interno degli stati bellicisti¹⁶;
- il rischio di uso di armi termonucleari da parte dei Paesi che ne possiedono e lo stimolo a una corsa verso lo sviluppo di questo tipo di arma da parte di altri Paesi;
- la crescente commistione di interventi militari con azioni di ONG con compiti umanitari;
- la contraddizione tra gli effetti reali registrati e le formule retoriche (interventi umanitari, difesa/esportazione della democrazia e del benessere, aumento della sicurezza internazionale tramite la prevenzione di atti terroristici, eccetera) con cui i governi bellicisti sostengono la loro politica.

Da queste caratteristiche risulta l'inconciliabilità tra la natura stessa della guerra e qualsiasi istanza di emancipazione dell'uomo, imponendo la prevenzione come unico modo di affrontare il problema. Analogamente ad altri ambiti della salute, anche nella prevenzione dei conflitti armati è possibile distinguere tre differenti forme: la prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

- La prevenzione primaria, cioè prevenire lo scoppio di guerre o fermare una guerra cominciata, è possibile solo agendo sulle cause dei conflitti e dovrà quindi essere realizzata attraverso azioni politiche di lungo respiro¹⁷.
- La prevenzione secondaria significa prevenire e ridurre al minimo le conseguenze su salute e ambiente di una guerra in atto e viene normalmente realizzata attraverso l'applicazione dei vari trattati che regolano lo *ius in bellum*, in primo luogo le Convenzioni di Ginevra.
- La prevenzione terziaria si riferisce al trattamento delle conseguenze della guerra ed è quindi affidata a organizzazioni e operatori sanitari che operano sul campo svolgendo un lavoro di tipo umanitario. In passato molte di queste organizzazioni si sono occupate poco o per niente delle altre due forme di prevenzione, anzi non raramente hanno rivendicato la loro a-politicità. L'attuale situazione sembra mettere definitivamente in crisi questo atteggiamento.

La politica governativa bellicista ha arruolato, nei fatti o nella percezione di larghi strati di popolazione colpita dai conflitti, le ONG all'interno del *combat team* creando una situazione apparentemente paradossale in cui la neutralità e l'indipendenza delle organizzazioni umanitarie possono essere mantenute solo attraverso un deciso e sincero posizionamento politico di parte. Se in futuro un genuino lavoro umanitario potrà ancora essere possibile dipenderà anche dalla misura in cui le agenzie umanitarie raccoglieranno tale sfida.

Note bibliografiche

¹ C.L. Powell, *Remarks to the national foreign policy conference for the leaders of nongovernmental organizations*. US Department of State, October 26, 2001, www.state.gov/secretary/former/powell/remarks/2001/5762.htm#

² Global Health Watch Report 2005, pp. 253 www.ghwatch.org/2005_report_contents.php

³ B. Coghlan et al. Mortality in the Democratic Republic of Congo: a nationwide survey. *Lancet* 2006; 367: 44-51.

⁴ P. Shetty, How important is neutrality to humanitarian aid agencies? *Lancet* 2007; 370: 377-8.

⁵ C.L. Powell, *op. cit.*

⁶ M. Frederik, Jr. Burle, Measuring humanitarian assistance in conflicts. *Lancet* 2008; 371: 189-90.

⁷ P. Shetty, *op. cit.*

⁸ *Non siamo attori nella guerra al terrorismo*. La posizione di MSF sull'indipendenza dell'azione umanitaria in Iraq, 31/10/2003 www.medicisenzafrontiere.it/msfinforma/comunicati_stampa.asp?id=1115.

⁹ J. Burgermeister, Charity says its staff are put at risk by US military's descriptions of itself as "humanitarian". *BMJ* 2003; 327: 1248.

¹⁰ K. Gluck, *Afghanistan, le forze della coalizione mettono a rischio gli interventi umanitari*. 5 maggio 2004. www.medicisenzafrontiere.it/msfinforma/editoriale.asp?id=742.

¹¹ MSF. 28/7/2004 www.medicisenzafrontiere.it/msfinforma/comunicati_stampa.asp?id=852

¹² P. Fateh-Moghadam, Epidemologia e conflitti armati. *Epidemiologia e Prevenzione* 2007; 31: 295-6.

¹³ R.M. Garfield, A.I. Neugut, The human consequences of war. In: Levy BS, Sidel VW. *War and Public Health*. Oxford University Press, New York, 1997 pp. 27-39.

¹⁴ P. Fateh-Moghadam, Diseguali alla guerra, giustizia sociale, diritti civili e conflitti armati. In: G. Maciocco (a cura di), *A caro prezzo, le diseguaglianze nella salute*, Edizioni ETS, Pisa 2006, pp. 85-100.

¹⁵ P.W. Singer, *Corporate warriors: the rise of the privatized military industry*. Cornell University Press, Ithaca 2003, pp. 206-243.

¹⁶ J. Butler, Unbegrenzte Haft, in J. Butler, *Gefährliches Leben*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main 2005, pp. 69-120.

¹⁷ R. Saracci, Prevenire la guerra. *Epidemiologia e Prevenzione* 1991, n. 47.

1.8. Gli aiuti internazionali al territorio palestinese occupato

di Angelo Stefanini e Enrico Pavignani

Introduzione

Una nota preliminare è d'obbligo trattando di un tema che ha sullo sfondo una profonda sofferenza, sia individuale sia sociale, per entrambi gli avversari. Sono qui in gioco due valori universali sanciti dalla legislazione umanitaria internazionale: la neutralità e la imparzialità. *Neutralità* significa non schierarsi con alcuna delle parti, ossia non prendere posizione circa la giustezza o la validità di una determinata causa. *Imparzialità* vuol dire trattare i contendenti allo stesso modo, utilizzando gli stessi criteri di giudizio per valutare le azioni di entrambe le parti senza offrire vantaggi all'uno o all'altro¹. Nel caso della questione palestinese è difficile essere coerenti con questi principi, e il comportamento della comunità internazionale (come vedremo in seguito) ne è un chiaro esempio².

L'assistenza internazionale

Dalla fine della Seconda Guerra Mondiale a oggi, le relazioni fra Paesi ricchi e Paesi poveri sono state associate a flussi finanziari progressivamente più ampi e strutturati, fino a rappresentare un segmento non trascurabile dell'economia di molti stati. Questa dimensione delle relazioni internazionali ha assunto caratteristiche precise, definite dalle agenzie specializzate, dagli addetti ai lavori e dalle istituzioni di ricerca che operano nell'industria degli aiuti. Essa ha acquisito un suo linguaggio, una sua etica e anche una sua patologia apparentemente intrattabile.

Gli aiuti concessi dai Paesi ricchi ai Paesi di reddito basso e medio vengono definiti come *Official Development Assistance* (ODA), o Assistenza Ufficiale allo Sviluppo. Si distinguono come *Assistenza Ufficiale* gli aiuti ai Paesi ricchi, come Israele, che per questa ragione non viene di solito annoverato fra i maggiori beneficiari dell'assi-

stenza internazionale. A questi finanziamenti elargiti da governi, si associano importanti flussi privati, su base caritativa, identitaria o politica, meno documentati e difficili da studiare, a causa della loro frammentazione e frequente informalità di transazione.

Le agenzie erogatrici di aiuti classificano i loro contributi secondo una varietà di parametri, fra cui è importante distinguere l'assistenza allo *sviluppo* da quella *umanitaria*. Semanticamente, la differenza sembrerebbe ovvia, ma la realtà è spesso refrattaria alle categorie nette. Mentre la prima è in gran parte concessa a stati beneficiari, di frequente attraverso accordi bilaterali diretti, la seconda è in genere veicolata da agenzie intermediarie. In molti casi, la differenza risiede più nella modalità dell'assistenza concessa che nelle azioni intraprese sul terreno grazie ai fondi in questione. La preferenza per un canale o l'altro dipende in certi casi dalla volontà del governo donatore di associarsi direttamente a quello beneficiario, o invece di mantenere una formale distanza con lo stesso, operando attraverso intermediari.

Nell'atipica situazione palestinese, appare evidente l'inadeguatezza delle definizioni ufficiali. Mentre esistono milioni di rifugiati beneficiari di aiuti 'umanitari' da ormai sessant'anni, l'assistenza internazionale è stata erogata secondo modalità diverse a seconda dei contesti politico-diplomatici (e dei cavilli a essi associati) e dalle posizioni assunte dai governi donatori. In realtà, questi fondi sono serviti soprattutto a coprire le spese correnti del territorio palestinese occupato (TPO) e dell'emergente Amministrazione Palestinese. Quindi, una larga parte dell'assistenza erogata non presenta di fatto né caratteristiche di sostegno allo sviluppo, né di aiuto umanitario, ma piuttosto si connota come un enorme sussidio, volto al mantenimento della situazione. Tuttavia, se da una parte la generosità dei donatori internazionali verso il popolo palestinese farebbe supporre un equivalente sostegno politico, dall'altra nella pratica tale sostegno è invece manifestato all'occupante governo israeliano, a sua volta beneficiario di finanziamenti ancora più generosi.

Gli aiuti elargiti al popolo palestinese sono qualitativamente diversi da quelli erogati agli altri Paesi in difficoltà essendo 'a fondo perduto', senza cioè attendersi 'sviluppo' in ritorno. Lo scopo più o meno esplicito di questa assistenza sembra essere invece quello di influenzare la politica medio-orientale, ed è in questa prospettiva che

vanno viste le decisioni prese. Come inoltre succede in molti altri casi, gli aiuti hanno anche la funzione di affievolire le rivendicazioni dei beneficiari e i sensi di colpa del pubblico dei Paesi donatori.

Dimensioni e implicazioni degli aiuti al TPO

Un vero e proprio programma di assistenza internazionale al TPO inizia con gli Accordi di Oslo e la nascita della Autorità Nazionale Palestinese (ANP) nel 1994. Gli obiettivi dichiarati di tale aiuto erano di sostenere il 'processo di pace', contribuire allo sviluppo socio-economico e alla nascita delle istituzioni in grado di governare il futuro stato della Palestina³. Nell'euforia di quel periodo, gli aiuti venivano visti quasi come un 'incoraggiamento' alla buona volontà di palestinesi e israeliani a impegnarsi a convivere pacificamente.

I maggiori donatori sono i Paesi arabi, l'UE, il Giappone, le Nazioni Unite e gli USA, oltre alla Banca Mondiale. Il veicolo privilegiato di aiuto al TPO (2,9 miliardi US\$ dal 1994 al 2002, circa il 40% del totale delle donazioni in quel periodo) è l'*United Nations Relief and Works Agency* (UNRWA), che gestisce scuole e servizi sanitari per i palestinesi registrati come rifugiati.

Nonostante l'enormità di flussi finanziari di cui è stato oggetto in questi anni, il TPO non è tuttavia il primo nella classifica della assistenza internazionale⁴. Prima dello scoppio della seconda *Intifada* (settembre 2000), l'assistenza classificata come umanitaria a Israele era superiore in termini di valore assoluto a quella offerta al TPO. È tuttavia difficile confrontare l'entità globale degli aiuti ricevuti dai palestinesi e dagli israeliani soprattutto per il fatto che, non rientrando Israele nella categoria di Paese a basso o medio reddito, l'aiuto che riceve non è classificato come ODA. È interessante comunque notare come questo Paese dal 1949 al gennaio 2000 abbia beneficiato esclusivamente dagli USA (senza contare i risarcimenti per l'Olocausto e le donazioni delle comunità ebraiche) di una somma pari a 134 miliardi di US\$, dal 1973 circa 3 miliardi di US\$ all'anno⁵. A confronto, l'intera ODA mondiale per il 2004 non ha raggiunto i 92 miliardi di US\$⁶.

Gli aiuti internazionali possono indubbiamente essere considerati come condizione essenziale per la sopravvivenza della popolazione palestinese. Allo stesso tempo, però, come si vedrà in seguito, essi

contribuiscono a mantenere una situazione politicamente insostenibile (e difficile da giustificare alla luce del diritto internazionale) provocando distorsioni nell'economia e nelle istituzioni palestinesi. L'assistenza internazionale si configura quindi come parte sia della soluzione sia del problema portando i più critici a percepirla come uno strumento politico inappropriato ma prodigalmente erogato soprattutto per limitare i danni creati da una situazione ormai incancrenita e troppo difficile da affrontare.

La gestione degli aiuti

L'elaborata struttura di coordinamento creata dai Paesi donatori con gli Accordi di Oslo per gestire gli aiuti al TPO, composta di una cascata di comitati di collegamento e di controllo e arricchita di nuovi organi dopo l'inizio della seconda Intifada, mostra chiaramente come aiuti e diplomazia siano inestricabilmente legati.

Il fatto che il governo di Israele fosse stato incluso in questo complesso meccanismo era espressione del fatto che, nonostante la parziale autonomia concessa dagli Accordi di Oslo alla neonata ANP, Israele continuava a controllare il 60% della Cisgiordania, Gerusalemme Est e una vasta parte di Gaza. L'ANP mancava inoltre di sovranità sul controllo dei suoi confini, sulla propria politica estera, sulla moneta e quindi sulla propria politica fiscale e monetaria, e delle sue risorse naturali. Gli stessi addetti all'assistenza internazionale sono praticamente 'ospiti' in casa israeliana, dovendo utilizzare l'aeroporto di Tel Aviv, richiedere visti al Ministero degli Esteri israeliano e operare nel territorio palestinese soltanto grazie a un accordo stipulato con il governo israeliano.

Le restrizioni al movimento imposte da Israele nel TPO attraverso il sistema delle *clousures** hanno reso estremamente difficoltoso anche l'accesso dei materiali e degli operatori umanitari e l'erogazione dei servizi. L'efficacia e la dimensione geografica dei progetti di aiuto hanno di conseguenza sofferto una riduzione. Tutto ciò ha para-

* Per un approfondimento sulla situazione dei diritti umani e in particolare del diritto alla mobilità della popolazione palestinese nel TPO si veda: Stefanini A. e Ziv H. Diritti umani e diritti alla salute nei Territori palestinesi occupati. In: Osservatorio Italiano sulla Salute Globale. *Rapporto 2004. Salute e Globalizzazione*, Feltrinelli, Milano 2004, pp. 55-75.

dossalmente contribuito alla ulteriore frammentazione territoriale dei TPO con la formazione di *enclaves* sempre più isolate tra di loro e spesso inaccessibili al flusso degli aiuti⁷.

L'abbandono del consolidato canale di sostegno allo sviluppo, attraverso il quale molti finanziamenti venivano integrati nel bilancio della ANP, a favore di vecchi e nuovi strumenti umanitari ha devastato la gestione pubblica palestinese, pazientemente costruita da Oslo in poi e additata come modello di efficacia e trasparenza. Tale comportamento culminava con la decisione da parte del Quartetto^{**} di sospendere gli aiuti alla ANP in seguito alla vittoria elettorale di Hamas nel gennaio 2006 e la istituzione da parte della UE del cosiddetto Meccanismo Internazionale Temporaneo che convoglia aiuti essenziali come salari ai dipendenti pubblici e medicine, configurandoli come 'umanitari', attraverso agenzie internazionali, senza passare attraverso la ANP.

I Paesi donatori hanno così demolito la costruzione amministrativa su cui avevano investito anni di sforzi e di risorse. Il rendimento degli enormi fondi ora concessi al popolo palestinese per alleviare gli effetti del boicottaggio internazionale è diminuito significativamente non a causa della scarsa performance dei beneficiari, ma per la scelta di strumenti impropri di gestione da parte dei donatori. Come riconosce lo stesso Fondo Monetario Internazionale, da una posizione di avanguardia nell'amministrazione dell'assistenza internazionale, l'ANP è precipitata in una situazione di totale precarietà e paralisi gestionale⁸.

Sono i donatori stessi a dominare la scena e decidere su tipo e modalità dell'aiuto, senza considerare i reali bisogni dei beneficiari palestinesi ma in base a considerazioni esclusivamente politiche, contrariamente a quanto stabilito dalla comunità internazionale in termini di 'buone pratiche' nell'ambito della cooperazione⁹. Con il collasso del processo di pace, gli aiuti aumentano esponenzialmente, passando tuttavia da un rapporto di 5:1 dei finanziamenti a favore dello sviluppo a 7:1 a favore dell'aiuto umanitario¹⁰. Come fanno notare i ricercatori Lister e Silkin: *Le istituzioni della ANP costruite negli anni sono state seriamente danneggiate, mentre c'è stato un netto deterioramento in trasparenza e assunzione di responsabilità nella gestione fi-*

^{**} Il cosiddetto *Quartet* (Quartetto) comprende USA, UE, Russia e ONU.

nanziaria pubblica. Una grande parte di ciò è direttamente attribuibile al comportamento dei donatori... Approcci a breve termine, connotati come elemosina, sono pregiudiziali sia per l'erogazione dei servizi che per il mantenimento della capacità istituzionale. Il TPO sta testimoniando un ritorno al classico circolo vizioso che le linee guida sull'efficacia degli aiuti intendevano spezzare, circolo nel quale la sfiducia nelle istituzioni pubbliche porta a evitarle e quindi a un loro ulteriore deterioramento e a un incentivo ancora maggiore a sottrarsene¹¹.

Influenza dell'assistenza internazionale sulla sanità palestinese

La sanità palestinese presenta caratteristiche complesse, indotte dalle eccezionali circostanze in cui è evoluta, dai modi in cui le decisioni si sono stratificate, e in cui i servizi sono stati finanziati. Gli indicatori sanitari sono piuttosto soddisfacenti, equivalenti o migliori di quelli degli altri Paesi medio-orientali. Date le condizioni in cui i servizi devono essere erogati, si tratta di un risultato straordinario, indotto da vari fattori, fra cui la competenza di molti operatori sanitari, l'abbondanza delle risorse e il significato politico che i servizi sanitari hanno acquisito agli occhi del pubblico. Questo successo, comunque, è stato raggiunto a caro prezzo.

La frammentazione territoriale, istituzionale, organizzativa, politica e culturale del settore sanitario è estrema. La generosa assistenza esterna è veicolata da troppe agenzie, locali e straniere, che si disputano uno spazio sovraffollato. L'inefficienza è imperante, con costi crescenti. Modelli assistenziali di alto contenuto tecnologico sono adottati senza verificare la loro appropriatezza ed efficacia nel contesto palestinese. La divisione territoriale, la natura non pianificata della rete sanitaria e le severe restrizioni alla mobilità imposte da Israele contribuiscono a causare gravi dis-economie di scala.

I beneficiari sembrano dare per scontati i generosi aiuti concessi al settore. I servizi si sviluppano quindi abbastanza organicamente, senza vincoli fiscali, ma soltanto in risposta alla disponibilità di finanziamenti esterni. I livelli tecnici, e i relativi costi indotti, raggiunti dall'assistenza sanitaria eccedono quindi nettamente le risorse interne disponibili. Il risultato inevitabile di tutto questo è che il settore sanitario viene strutturato in modo da rimanere a lungo dipendente

dagli aiuti, anche qualora la crisi politica fosse superata.

In questo modo, vecchi problemi, come l'ipertrofica forza-lavoro nel settore sanitario della ANP, la frammentazione dell'assistenza, l'alto costo dei farmaci, o la precarietà dei meccanismi di regolamentazione sono lasciati crescere nella loro gravità. Queste scottanti questioni non vengono affrontate, non solo a causa delle loro pesanti implicazioni politiche, ma anche perché l'abbondanza degli aiuti permette di rimandare misure tanto impopolari quanto rischiose e l'affossamento istituzionale e politico della ANP rende impraticabili riforme radicali. Consolidandosi e aggravandosi, queste distorsioni diventano sempre meno correggibili, mentre la dipendenza aumenta.

La sanità palestinese, nonostante il successo registrato nel fornire servizi in un contesto così sfavorevole, pare dunque finita in un vicolo cieco da cui è difficile uscire. Riformarla richiede chiarezza strategica, un coraggio e un capitale politico di cui l'ANP sembra sprovvista, e un orizzonte programmatico stabile e prolungato, ugualmente mancante. Appare necessario, inoltre, un dialogo fecondo con i soggetti produttori di servizi sanitari, come le organizzazioni non governative (Palestinian Non Government Organizations - PNGO), di importanza centrale anche nel flusso della assistenza esterna. I rapporti con l'ANP non sono mai stati facili dopo la sua nascita, quando le PNGO esplicitamente affermarono il loro diritto a esistere, il loro ruolo di totale indipendenza e di gruppi di pressione per "armonizzare l'attività governativa con i valori democratici e i diritti umani"¹².

Il conflitto tuttora in corso tra le due parti è dovuto sia alla politicizzazione, a volte estrema, che ha sempre caratterizzato il mondo del volontariato e della società civile palestinese divisa tra fazioni e partiti spesso legati a schieramenti ideologici tradizionali, sia al ruolo svolto dai donatori con la loro agenda politica più rivolta ai propri interessi diplomatici che non ai reali bisogni dei palestinesi. Il fatto poi che entrambe le parti, ANP e PNGO, siano dipendenti dalle stesse fonti di finanziamento esterno rende la concorrenza più feroce che mai¹³. La sempre maggiore dipendenza esterna delle PNGO ha portato in molti casi a una strisciante de-politicizzazione di organizzazioni e iniziative di base radicate nel territorio e alla formazione di strutture elitarie alternative non affatto rappresentative, con la conseguenza di una ulteriore frammentazione della società civile¹⁴. L'in-

dustria degli aiuti, dal canto suo, associa al finanziamento il periodico invio di esperti che propongono l'ultima *trendy* ricetta internazionale, spesso senza tenere molto conto del contesto proibitivo in cui il cambiamento suggerito dovrebbe realizzarsi.

Non vi è dubbio che la razionalizzazione del settore sanitario debba passare necessariamente per la normalizzazione politica, economica ed amministrativa. Nel frattempo, però, bisogna essere disposti ad accettare che la erogazione di servizi nel presente contesto sia necessariamente più costosa e complessa. Come spesso sottolineato dai palestinesi, in fondo è giusto che i costi eccedenti di una situazione imposta da fuori siano coperti dall'esterno. Questo potente argomento, tuttavia, induce anche a tollerare distorsioni che potrebbero essere almeno parzialmente corrette. La rassegnazione allo stravolgimento di ogni criterio razionale di produzione di servizi sanitari, percepibile in tanti dirigenti palestinesi, non è che un altro aspetto delle contraddizioni in cui questi si trovano a operare e degli astrusi compromessi che ogni giorno devono negoziare (con mirabile creatività e tenacia) per mantenere l'assistenza sanitaria in funzione.

Conclusion

Ciò che rende il caso degli aiuti umanitari al TPO unico nel suo genere è riassumibile nella posizione di Israele (potenza occupante e 'padrone di casa inadempiente') e nell'atteggiamento della comunità internazionale nei suoi confronti. Il dilemma centrale è potentemente espresso dallo scrittore israeliano, ex vice-sindaco di Gerusalemme, Meron Benvenisti: *I Palestinesi sono riusciti a sopravvivere grazie all'aiuto internazionale, ma [...] il vero beneficiario dell'opera di salvataggio da parte della comunità internazionale è stato il loro nemico, Israele, che può permettersi una occupazione 'deluxe' della Cisgiordania, una totale dominazione militare senza alcuna responsabilità nei confronti della popolazione occupata e nessun prezzo da pagare. Se Israele fosse stato costretto a mantenere i suoi impegni come potenza occupante [come previsto dalla Convenzione di Ginevra], avrebbe dovuto spendere 5-6 miliardi di NISⁱ all'anno per offrire servizi di base a più di tre milioni di perso-*

ⁱ Il NIS (Shekel) è la moneta israeliana in uso anche nel TPO. 1 € = 5 NIS circa.

ne. Al contrario, è riuscito a creare un precedente clamoroso: una occupazione doppiamente finanziata dalla comunità internazionale. Più dure sono le misure di closures, posti di blocco e barriere di separazione e maggiore è l'aiuto internazionale 'per prevenire una crisi umanitaria'. E senza che Israele ne venga ritenuto responsabile¹⁵.

Inoltre, nonostante i benefici economici che trae dall'aiuto umanitario offerto alla popolazione palestinese, Israele interferisce nel flusso di tali aiuti bloccandone l'accesso e riducendone quindi l'efficacia. *Se da una parte ammassa barriere che impediscono all'aiuto di giungere ai Palestinesi e i Palestinesi all'aiuto, dall'altra, di fronte alla comunità internazionale, è entusiasta nel sostenere l'aiuto umanitario¹⁶.*

Che il flusso degli aiuti internazionali al TPO sia diretto ad alleviare la crisi del popolo palestinese, piuttosto che a incoraggiarne una soluzione permanente, traspare dal comportamento che la comunità internazionale mantiene nei confronti del governo israeliano. Se, come dimostrato anche da agenzie insospettabili di posizioni ostili nei confronti di Israele¹⁷, la responsabilità principale della gravissima situazione nella Cisgiordania ricade sulla occupazione israeliana, l'atteggiamento dei donatori appare per lo meno ambigua se non apertamente ipocrita. Le ripetute violazioni da parte di Israele¹⁸ della legislazione umanitaria internazionale e di quella sui diritti umani hanno immancabilmente dato luogo a risposte insufficienti, in genere limitate a vaghe condanne e risoluzioni in seno alle Nazioni Unite con effetto praticamente nullo sulla politica israeliana.

Le oggettive condizioni di "occupante" e "occupato", e le evidenti asimmetrie tra Israele e TPO in termini di sviluppo socio-economico, potere in seno alla comunità internazionale e impatto degli eventi sulla opinione pubblica mondiale (si confronti la copertura mediatica che riceve un morto ammazzato israeliano rispetto a uno palestinese), rendono problematici anche gli sforzi di riconciliazione tra le due parti che alcune organizzazioni stanno conducendo. Tali attività si fondano in genere sul presupposto che facilitando l'azione comune in settori meno sensibili, come quello sanitario o sociale, si possa creare un canale indipendente di dialogo che porta a maggiore comprensione reciprocaⁱⁱ. Contraria a un tale approccio è una vasta

ⁱⁱ Si veda per esempio il progetto "Health as a Bridge for Peace" della Organizzazione

parte della società palestinese¹⁹ che denuncia l'ambiguità insita in iniziative che offrono soluzioni esterne a problemi creati dall'occupazione israeliana, che non riflettono le priorità dei presunti beneficiari, che non tengono in considerazione la colpevole indifferenza dell'establishment scientifico e culturale israeliano, e che pretendono di essere apolitiche quando invece gran parte dei benefici in termini di immagine finisce per essere a favore di uno soltanto dei contendenti.

Al momento di affidare questo scritto alla stampa (settembre 2008), la situazione nel TPO e soprattutto nella striscia di Gaza è praticamente fuori controllo e priva di concrete possibilità di soluzione. Come si è arrivati a questo punto? Una possibile interpretazione degli eventi recenti e dei fattori che li hanno condizionati si trova nel “Rapporto di Fine Missione” (maggio 2006) dell’Inviato delle Nazioni Unite in Medio Oriente, Alvaro de Soto²⁰, che offre una descrizione devastante del fallimento della diplomazia internazionale e del modo di intervenire, anche attraverso l’aiuto umanitario, in questa area del mondo.

Le sofferite e, ci auguriamo, eccessivamente pessimistiche considerazioni qui fatte vorrebbero sottolineare il profondo bisogno di ulteriore ricerca e analisi di cui gli aiuti umanitari necessitano. Come afferma un documento della Croce Rossa Internazionale: *Nel campo umanitario è necessaria una ‘memoria istituzionale’ e una cultura della ricerca... sia perché alcuni dei dilemmi e delle opportunità da affrontare sono nuovi, sia perché alcuni sono senza tempo. L'ignoranza non è una scusa per ripetere vecchi errori e per farne nuovi*²¹.

Note bibliografiche

¹ J. Macrae, N. Leader, *The Politics of Coherence: Humanitarianism and the Foreign Policy in the Post-Cold War Era. HPG Briefing No.1.* Overseas Development Institute, London, July 2000.

² L. Fast, *Aid in a Pressure Cooker. Humanitarian Action in the Occupied Palestinian-Territory.* The Feinstein International Center, Humanitarian Agenda 2015, Case Study n.7, November 2006, p. 31.

³ A. Le More, The international politics of aid in the occupied Palestinian territory. *Humanitarian Exchange*, November 2004; 28: 17-20.

⁴ S. Hever, The Economy of the Occupation. Part 1. Foreign Aid to Palestine/Israel. The Alternative Information Center, February 2006. <http://www.alternativenews.org/aic-publications/the-economy-of-the-occupation>

⁵ R.M. Clyde, Israel: U.S.Foreign Assistance. Issue Brief for Congress. Citato in: Hever S. 2006, *op. cit.*

⁶ S. Radelet, A Primer on Foreign Aid. Working Paper Number 92. Center for Global Development, July 2006.

⁷ A. Le More, 2004, *op. cit.*

⁸ S. Lister, T. Silkin, Aid Harmonisation and Effectiveness in Palestine. Inception Report, 2007.

⁹ Idem, p. 18.

¹⁰ A. Morli, *Palestine: Economy, Development Aid and Higher Education in International Cooperation*. International University Masters in Cooperation and Development. VII Edition, 2004, pp. 49-53. Citato in: Hever S. *op. cit.*

¹¹ S. Lister, T. Silkin, 2007, *op. cit.*

¹² The Position of Non-Government Organizations of the Occupied Palestinian Territories in Light of the Palestinian-Israeli Declaration of Principles,1993. www.pngo.net/founding_eng.htm Sito visitato il 18 ottobre 2007.

¹³ S.A. Al-Shouli, NGOs in Palestine: the Relationships between the Palestinian National Authority and the Palestinian Nongovernmental Organizations. Major Paper submitted to the Faculty of the Virginia Polytechnic Institute and State University in partial fulfillment of the requirements for the Degree in Master in Urban and Regional Planning. Blacksburg, Virginia, May 4th, 2006.

¹⁴ Y. Awad, R.E. Foxsohn, Breaking the complicity: "Developing" Palestine means ending occupation. Mimeo.

¹⁵ M. Benvenisti, International community supports a deluxe occupation. *Haaretz*, Sept 11, 2003.

¹⁶ S. Hever, 2006, *op. cit.*, p. 13.

¹⁷ World Bank. Disengagement, the Palestinian Economy and the Settlements. Washington DC, World Bank, 23 June 2004.

¹⁸ A. Stefanini, H. Ziv, Occupied Palestinian Territory: Linking Health to Human Rights. *Health and Human Rights* 2005; 8(1): 160-175.

¹⁹ An Open Letter to the Palestinian and International Community Regarding Palestinian-Israeli Cooperation in Health, May 2005. <http://umkahlil.blogspot.com/2005/06/open-letter-to-palestinian-and.html> Sito visitato il 4 febbraio 2008.

²⁰ Alvaro De Soto, Under-Secretary General, United Nations Special Coordinator for the Middle East Peace Process. *End of Mission Report*, May 2007. <http://www.david-morrison.org.uk/other-documents/DeSotoReport-2007may.htm> Sito visitato il 4 Febbraio 2008.

²¹ A. Roberts, The role of humanitarian issues in international politics in the 1990s. *International Review of the Red Cross*, 31 March 1999; Nr. 833:19-43. <http://www.icrc.org/web/eng/siteeng0.nsf/html/57JPSU> Sito visitato il 30 gennaio 2008.

1.9. I sistemi di valutazione dell'aiuto allo sviluppo di Marianna Bacci Tamburlini e Giorgio Tamburlini

Introduzione

Il nostro contributo si propone di offrire un quadro d'insieme dei concetti usati nella valutazione degli interventi di aiuto allo sviluppo. Il materiale presentato è frutto di una ricognizione, ampia ma senza pretese di completezza, di come diverse agenzie (internazionali, bilaterali e Organizzazioni Non Governative-ONG)* affrontano il problema dal punto di vista dei principi. Un apprezzamento critico di come e quanto questi principi siano applicati richiederebbe un impegno di ricerca ben più complesso, che integri quanto reperibile da siti e documenti ufficiali con fonti di natura diversa, quali per esempio interviste (a responsabili di agenzie, rappresentanti dei beneficiari, operatori chiamati a realizzare gli interventi sul campo), per fornire una più diretta testimonianza degli ostacoli esistenti. Nell'esposizione si è data priorità alle scelte strategiche (perché e cosa valutare) rispetto agli aspetti metodologici (come e quando valutare, chi valuta), che trovano il loro significato solo all'interno di una filosofia valutativa precisa. Un'ultima considerazione riguarda la complessità intrinseca al tema: tra i potenziali e auspicabili utilizzatori della valutazione degli aiuti allo sviluppo (donatori, realizzatori degli interventi, beneficiari) gli interessi e i punti di vista sono molto diversi.

Perché valutare?

I modelli consultati individuano concordemente la finalità principale della valutazione nell'offerta di elementi utili a “fare le cose me-

* La scelta delle fonti è essenzialmente il risultato dell'opportunità di includere le diverse tipologie di agenzie (internazionali e nazionali, governative e non) e naturalmente della disponibilità ed esaustività del materiale reperibile in rete.

glio". Tuttavia, fare le cose "bene" (preoccupazione che tutti condividono) non significa necessariamente fare le cose "giuste". La distinzione non è banale e ha chiare implicazioni, come vedremo, riguardanti il "cosa" valutare. Una buona definizione è fornita dall'agenzia di cooperazione britannica, il *Department for International Development* (DFID): "la valutazione degli aiuti allo sviluppo descrive cosa è successo e perché... in modo che si apprendano delle lezioni per il futuro"¹. Nello stesso documento si sottolinea che il processo di apprendimento implica una "documentazione dell'esperienza aperta a tutti i partner", così che "l'informazione può essere trasformata in conoscenza" utile ad "aiutare la pianificazione strategica di progetti futuri e coinvolgere i realizzatori degli interventi in discussioni sull'operato dell'agenzia". Secondo questa impostazione, dunque, le "lezioni apprese" possono riguardare sia un progetto specifico sia l'operato più generale di una o più agenzie, e la validità degli obiettivi così come le strategie per raggiungerli. Il documento raccomanda inoltre di comprendere tra le finalità della valutazione la "costruzione di una cultura organizzativa trasparente, autocritica e capace di porsi domande scomode". Questi propositi, che trovano completa articolazione nella guida del DFID, sono condivisi dal *Development Assistance Committee* (DAC), che fornisce linee guida per la valutazione dell'aiuto allo sviluppo per conto dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE)². Se fossero fatti propri e attuati, questi principi rappresenterebbero di per sé un grande passo in avanti per tutte le agenzie che gestiscono aiuti allo sviluppo.

Un secondo ordine di finalità proposte per la valutazione è quello di costituire strumento per la rendicontazione (*accountability*), definita come il processo per cui si è responsabili per l'uso fatto delle risorse assegnate nei confronti delle diverse parti interessate, cioè finanziatori, partner, beneficiari, eccetera. Si ponga attenzione qui sia al fatto che il termine beneficiari include realtà molto diverse (gruppi di popolazione che sono destinatari diretti dell'intervento, associazioni e comunità di riferimento, istituzioni locali, eccetera), sia al fatto che le diverse agenzie attribuiscono rilievo diverso ai vari referenti. Per esempio, nell'accezione della Banca Mondiale la rendicontazione è prevalentemente riferita alla capacità della controparte go-

vernativa di render conto dell'uso dei fondi. In generale, la preoccupazione di molte agenzie appare rivolta più alla rendicontazione nei rispetti dei donatori che dei beneficiari**. C'è anche chi, come *Save the Children*³, ricorre a valutazioni di affidabilità gestionale fornite da agenzie indipendenti, strumento finalizzato al *fund raising* che non garantisce sui contenuti degli interventi. Esiste poi una rendicontazione "interna" al progetto: in questo senso la cooperazione spagnola sottolinea il ruolo della valutazione nello "stimolare la partecipazione, garantire i flussi di comunicazione e la supervisione della qualità del processo"⁴. Come si è anticipato, un esame di quanto i sistemi di valutazione esposti nei documenti programmatici siano di fatto attuati e fino a che punto le lezioni apprese conducano a effettive ricadute richiederebbe un'indagine di ben altre dimensioni. Alcune agenzie, per esempio la Banca Mondiale e la Commissione Europea, forniscono con esemplare trasparenza i testi integrali delle valutazioni dei vari progetti, ma quasi mai danno informazioni sulle ricadute della valutazione stessa^{5,6}. I cambiamenti di rotta in molti casi sono la conseguenza di mutamenti nel quadro politico interno o esterno all'agenzia. Accanto alle finalità dichiarate e "nobili" della valutazione vi sono anche suoi possibili usi distorti, su cui richiama l'attenzione l'agenzia per la cooperazione svedese *Swedish International Development Agency* (SIDA): l'uso "rituale" e privo di vere ricadute, l'uso per legittimazione "politica" di approcci specifici, l'uso tattico ai fini di promuovere un'agenzia o una filosofia di intervento⁷.

Cosa valutare?

La maggior parte delle agenzie condivide, quali aspetti da valutare nei progetti di aiuto allo sviluppo, quelli proposti dal DAC e cioè:

** Per una più completa discussione di questo aspetto, vedi il documento "*From Paris 2005 to Accra 2008: will aid become more accountable and effective? draft for discussion at regional consultations, September 2007*" preparato da International Civil Society Steering Group for the Accra High Level Forum (www.betteraid.org), di cui riportiamo una significativa citazione (p. 6): "Il monitoraggio dei governi riceventi è in larga misura una revisione dell'adesione a norme e standard spesso definiti dai donatori".

rilevanza, efficacia, efficienza, impatto e sostenibilità⁸. Più recentemente si sono aggiunte le nozioni di armonizzazione ed *empowerment*. Esaminiamo brevemente questi concetti, facendo riferimento alle definizioni del DAC.

La **rilevanza** (la misura in cui gli obiettivi di un intervento sono coerenti con le esigenze dei beneficiari, le priorità globali e le politiche dei donatori) include una combinazione di coerenza (con gli obiettivi specifici del progetto e/o con la *mission* generale dell'organizzazione) e di appropriatezza al contesto. Un aspetto problematico è costituito dal fatto che, con periodicità a volte inferiore alla durata di molti progetti, le agenzie rivedono i propri obiettivi generali.

L'**efficacia** (la misura in cui gli obiettivi sono stati raggiunti o si presume possano essere raggiunti, tenendo conto anche della loro relativa importanza) è un concetto chiaro. La sua misurazione si scontra in pratica con molte difficoltà di ordine sia pratico (disponibilità e attendibilità delle fonti di dati) sia metodologico (possibilità di discriminare gli effetti attribuibili all'intervento da quelli dovuti ad altri fattori).

Non c'è molto da commentare nemmeno sull'**efficienza** (la misura di quanto economica sia la conversione di risorse in risultati), se non che abitualmente non è valutata.

È importante invece soffermarsi sul concetto di **impatto**. Questo, come si sottolinea, può essere "positivo" e "negativo", e consiste negli "effetti, primari e secondari, a medio e lungo termine, prodotti, intenzionalmente o meno, da un intervento di aiuto". Una valutazione di impatto, come suggerisce la Banca Mondiale, mira a valutare "i cambiamenti nel benessere degli individui che possono essere attribuiti ad un particolare progetto, programma o politica"⁹. Porsi il problema dell'impatto deve significare prendere in considerazione tutti i cambiamenti intervenuti in conseguenza dell'intervento, compresi quelli non esplicitamente perseguiti dall'intervento, che possono anch'essi essere di segno diverso. Quest'ultimo aspetto va sottolineato in quanto è quasi sempre trascurato nella valutazione degli interventi di cooperazione allo sviluppo. La SIDA fornisce un'utile lista di possibili risultati "negativi" o "indesiderabili" del progetto¹⁰, tra i quali:

- sostituzione o rimpiazzo: effetti positivi per un gruppo ottenuti a scapito di altri gruppi o di obiettivi più importanti;
- bersaglio errato: popolazione bersaglio dell'intervento non inclusa o insufficientemente raggiunta. A questo proposito è usato un indicatore, *benefit incidence*, che misura la proporzione di benefici che raggiungono il 20% più povero della popolazione¹¹; è sorprendente come questo indicatore sia basso nella maggior parte dei progetti sanitari, a conferma della validità della "legge delle cure inverse" ("la disponibilità di servizi sanitari di qualità varia inversamente con il bisogno di essi nella popolazione servita")¹²;
- effetti di rimbalzo (*recoil effects*): contraccolpi negativi quali un sovraccarico critico dell'apparato statale preposto a un settore;
- compensazione (*fungibility*): risorse locali "liberate" dall'aiuto allo sviluppo e usate in altri settori, talvolta "indesiderabili";
- effetti perversi: effetti contrari alle finalità dell'intervento, per esempio un'aumentata dipendenza dagli aiuti esterni in un progetto finalizzato all'autonomia di una comunità.

L'impatto complessivo del progetto dovrebbe quindi essere in testa alla gerarchia degli aspetti da valutare. Un programma che raggiunga i suoi obiettivi specifici e non produca un impatto complessivo positivo sulla popolazione, o ne produca uno contraddittorio, o negativo, non avrebbe infatti senso. Il problema sta nel fatto che l'impatto in molti casi può essere misurabile solo a distanza, quindi ci si deve spesso accontentare di evidenze plausibili del fatto che realizzare un intervento *x* possa significare produrre gli effetti *y* e *z* nella popolazione.

La **sostenibilità** (la probabilità di mantenere i benefici a lungo termine dopo che l'intervento è terminato) è ormai concetto comune quanto disatteso, anche in conseguenza della volatilità di alcune politiche, bilaterali e multilaterali, di cooperazione allo sviluppo: sia garantire la sostenibilità sia la possibilità di valutarla richiedono infatti una programmazione di lungo termine.

L'**armonizzazione** (lo sforzo di uniformare obiettivi, indicatori e filosofie di intervento) è concetto relativamente nuovo: la comunità internazionale sta facendo uno sforzo di adeguamento a questo concetto, che ha avuto una conferma ufficiale nella dichiarazione di Parigi sull'efficacia degli aiuti¹³. Si tratta di obiettivi condivisibili, ma

in parte discutibili. È stato argomentato, per esempio, che “gli aiuti creano relazioni di potere tra donatori, governi e cittadini” e che accorpendo programmi e allineando politiche i donatori “aumentano il loro già significativo potere sui destinatari degli aiuti, perpetuando così le loro priorità e interessi”¹⁴. Inoltre, se vi sono degli errori di strategia, l’armonizzazione diventa un modo per ampliarne le conseguenze. All’armonizzazione forse è da preferire il concetto, più operativo, di coordinamento.

Infine, l’**empowerment**, secondo la Banca Mondiale “il processo per cui si incrementa la capacità di individui o gruppi di fare delle scelte e di trasformarle nei risultati desiderati”¹⁵. Si tratta di un elemento divenuto obbligatorio nei programmi di aiuto allo sviluppo, arduo da valutare se non per dimensioni molto specifiche: un recente progetto di microcredito in Sudafrica ha scelto come indicatore di *empowerment* delle donne la diminuzione della violenza intrafamiliare¹⁶.

Come valutare e quando

Non si entra nel merito degli elementi che una valutazione dovrebbe comprendere (quali gli indicatori necessari per valutare se e in che misura sono raggiunti gli obiettivi, le risorse per la valutazione stessa e il piano di lavoro) né vi è spazio per soffermarsi sulle problematiche relative a fonti di dati e strumenti di analisi, quali quelli di carattere epidemiologico e statistico tipici della valutazione di interventi sanitari. È invece importante in questa sede sottolineare la differenza tra monitoraggio e valutazione. La valutazione si avvale del monitoraggio (un processo continuo condotto per valutare il progresso nello sviluppo degli interventi e nell’uso delle risorse), ma si propone un’analisi più in profondità di risultati e di impatto, chiedendosi le ragioni, interne ed esterne al progetto, per le quali le cose sono andate in un determinato modo. Potremmo dire che l’aspetto centrale risiede proprio nel porsi le domande giuste, comprese quelle scomode, e tradurle in indicatori misurabili. Nei riquadri si propongono alcuni esempi, relativi a un ipotetico progetto di intervento nell’area della salute materna, di applicazione dei criteri DAC per identificare quesiti, dai quali derivare indicatori specifici per la valutazione.

Rilevanza

Quesiti: Gli obiettivi del progetto sono in linea con le esigenze indicate dai beneficiari e/o con le priorità rilevabili dall'analisi della situazione per quanto riguarda le tematiche relative alla gravidanza e al parto? Le attività previste sono coerenti con l'obiettivo di ridurre la mortalità materna e le complicanze relative alla gravidanza, e compatibili con il sistema locale ed eventuali altri programmi realizzati in loco? Il progetto tiene conto di fattori di contesto? Per esempio, se si propone un sostegno a ospedali di riferimento per meglio gestire le gravidanze complicate, si è preoccupato della questione dell'accesso e del trasporto? Se si propone la formazione di ostetriche da destinare ai centri di salute periferici, ha affrontato il problema del loro alloggio e trasporto?

Esempi di possibili indicatori qualitativi o semiquantitativi: coerenza degli obiettivi del progetto con le priorità indicate nei piani sanitari locali, coerenza degli interventi specifici previsti con gli interventi efficaci a ridurre mortalità e complicanze materne indicati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Efficienza

Quesiti: È stato posto un limite alla proporzione di spesa per la gestione amministrativa e logistica del progetto? Le risorse del progetto sono state distribuite adeguatamente fra le varie componenti (risorse umane, materiali, farmaci, eccetera) e sono usate senza sprechi? Sono stati usati solo farmaci essenziali e tecnologie appropriate? Si è cercato il miglior coordinamento con il sistema locale ed eventuali altri progetti per minimizzare i costi, per esempio per l'acquisto e il trasporto di farmaci e materiali?

Esempi di possibili indicatori quantitativi: costo per unità di processo o di risultato previsto (per esempio per ogni gravidanza in più seguita con visite prenatali, o per ogni gravidanza complicata riferita all'ospedale, per ogni morte materna evitata), proporzione del budget usata per spese amministrative.

Efficacia

Quesiti: Vi è un miglioramento, rispetto alla situazione precedente, o a quanto è osservabile in aree simili non servite dall'intervento, di indicatori di processo quali aumento di visite prenatali e parti assistiti da personale qualificato, o di risultato (morti materne, complicanze specifiche, morti neonatali)? Sono state osservate riduzioni della mortalità ri-

spetto a dati affidabili riguardanti la fase pre-intervento o distretti/aree con caratteristiche simili?

Esempi di possibili indicatori quantitativi: tasso di mortalità materna, o di specifiche complicanze ostetriche prima e dopo l'intervento, o in distretti con e senza intervento.

Impatto

Quesiti: Vi sono aspetti, esterni all'oggetto specifico dell'intervento, per i quali sono stati osservati effetti derivanti dall'intervento o dall'esistenza stessa del progetto? Per esempio, si è verificato un drenaggio di personale qualificato o di risorse da altri settori del sistema sanitario? Con quale impatto stimabile? Il miglioramento della copertura per le cure perinatali ha prodotto effetti positivi anche sull'informazione delle donne su altre questioni di salute, quale la pianificazione familiare o l'alimentazione? Vi sono stati effetti di redistribuzione progressiva (verso maggiore equità) o regressiva (verso maggiore disuguaglianza) tra i gruppi di popolazione riguardo all'accesso alle cure, o più in generale al reddito disponibile? Quali altri cambiamenti avvenuti nella comunità servita sono imputabili almeno in parte al progetto?

Esempi di possibili indicatori qualitativi o semiquantitativi: andamento delle prestazioni nei servizi sanitari di provenienza del personale locale operante nel progetto (se diversi dall'attuale), accesso e uso dei servizi di salute diversi da quelli direttamente interessati dal progetto da parte delle comunità coinvolte.

Sostenibilità

Quesiti: È prevedibile che le istituzioni locali siano in grado, nel medio-lungo termine, di mantenere gli eventuali progressi ottenuti, sia finanziariamente sia organizzativamente? Per esempio, è stato previsto uno sforzo di *capacity building* nella gestione amministrativa delle maternità e un'assunzione di responsabilità di amministratori, leader e associazioni locali, rispetto a elementi cruciali quali l'accesso al trasporto e il personale sanitario necessario?

Esempi di possibili indicatori qualitativi o semiquantitativi: esistenza di un piano locale di risorse umane e finanziarie a garantire il mantenimento delle attività correnti introdotte dal progetto, aumento misurabile delle responsabilità e capacità gestionali relative alle attività interessate dal progetto da parte di quadri locali (amministratori ospedalieri, dirigenti di servizi).

La risposta a queste domande e la quantificazione dei relativi indicatori può richiedere l'uso di fonti di informazione non previste dal monitoraggio, quali indagini qualitative (interviste ai donatori e ai realizzatori del progetto, e soprattutto ai diversi beneficiari). Interessante in proposito quanto proposto da Baker¹⁷: la valutazione può essere rigorosa solo se esplora cosa si sarebbe verificato senza il progetto in questione, ovvero ciò che è definito come *determining the counterfactual*. Concetto utile che, se nella sua formulazione rigorosa richiede un'analisi complessa di dati, può essere applicato al limite anche in via qualitativa, come esercizio di pensiero all'interno di un progetto. Un piano di valutazione completa richiede risorse che ovviamente vanno commisurate al budget disponibile: ma se è evidente che esiste un limite a quanto si può spendere per valutare, è anche evidente che senza valutazione aumentano le probabilità di spendere male in corso di intervento e nel futuro. Per molte delle ragioni discusse finora, un piano di valutazione dovrebbe essere concepito fin dall'inizio, essere abbastanza flessibile da consentire l'adeguamento a mutamenti nel progetto, o negli aspetti che si ha interesse a valutare, prevedere valutazioni intermedie per consentire correzioni di rotta *in itinere*, oltre che, aspetto fondamentale, essere sufficientemente trasparente e partecipativo, anche a garanzia del fatto che l'obiettivo sia quello di apprendere lezioni utili ai fini del progetto e non la penalizzazione di qualcuno (realizzatori, controparti, eccetera).

Chi valuta

Alcune agenzie, le maggiori, dispongono di un organo preposto alla valutazione: per il DFID è il *New Independent Advisory Committee on Development Impact*¹⁸, per l'Unione Europea l'*Evaluation Unit*¹⁹***. Il DFID individua una serie di partner interessati alla valutazione: committenti, beneficiari, valutatori, altri utenti e parti interessate, inclusi i rappresentanti di istituzioni coinvolte, decisori, pianificatori, consulenti, operatori²⁰. È evidente che, dipendendo dalle caratteristiche del progetto, tutti questi dovrebbero essere coinvolti nel processo di valu-

*** La Commissione Europea valuta secondo una programmazione per temi e per aree geografiche, dove per ogni anno sono previste valutazioni in diverse aree.

tazione. Uno degli aspetti importanti riguarda l'uso di valutatori esterni, indispensabili per assicurare imparzialità e prospettiva critica. I valutatori devono avere dei precisi termini di riferimento (la guida della Banca Mondiale fornisce esempi di come elaborarli)²¹, tra i quali abitualmente c'è la consultazione di operatori interni al progetto, fondamentali per avere una visione approfondita dei motivi dei successi o degli insuccessi. Esiste un sito (www.dac-evaluations-cad.org) dove si possono trovare sintesi, e spesso anche il testo integrale, di valutazioni effettuate da tutta la comunità dei donatori, catalogate per agenzia, Paese, settore, tipo di valutazione, parole chiave. Il materiale è messo a disposizione dal DAC mentre il sito è gestito dall'Agenzia Canadese di Aiuto allo Sviluppo.

Uso della valutazione

Uno degli aspetti critici riguarda l'uso della valutazione. Accade infatti sia che valutazioni rigorose e quindi dispendiose non siano usate a dovere, sia che le informazioni emerse non siano messe a disposizione di tutti i "portatori d'interessi" in un determinato progetto, inclusi evidentemente tutti i beneficiari. Un contributo di un *senior evaluator* della Banca Mondiale elenca le ragioni principali di un cattivo uso dei risultati della valutazione, sintetizzate come segue²²:

- i beneficiari, o altri partner nel progetto, non si riconoscono nei quesiti/obiettivi/metodi della valutazione in quanto non sono stati coinvolti a sufficienza;
- i risultati non sono disponibili in tempo utile per essere usati a beneficio del progetto, programma, eccetera;
- i risultati non sono in grado di rispondere ai quesiti principali riguardo l'impatto, l'efficacia, eccetera;
- la metodologia è debole per cui le conclusioni appaiono discutibili;
- la filosofia della valutazione non è ancora patrimonio della cultura dei beneficiari;
- la comunicazione dei risultati è insufficiente.

Di tutto questo è utile tener conto già in fase di impostazione della valutazione. Va detto peraltro che le prime due difficoltà elencate sono proprie soprattutto di valutazioni formali di tipo certificativo,

abituamente effettuate al termine del progetto, che costituiscono requisito indispensabile dei progetti di maggior peso portati avanti da grandi agenzie internazionali e governative. Se si persegue la finalità formativa della valutazione, questa dovrebbe avere un carattere più continuo e partecipato, e quindi minimizzare il rischio che i suoi risultati non siano usati.

Conclusioni

Da quanto finora discusso, ci sembra possano essere proposti alcuni suggerimenti sugli aspetti di maggiore rilievo:

- ogni agenzia impegnata negli aiuti allo sviluppo dovrebbe avere una sua linea guida in tema di valutazione, frutto di una discussione interna e con una struttura concettuale che consenta valutazioni condivise con altre agenzie (vedi i criteri proposti dal DAC);
- il piano di valutazione dovrebbe essere disegnato per il fine primario di fornire indicazioni utili a “fare le cose bene” e “fare le cose giuste”, e quindi porsi quesiti precisi in questa direzione;
- il piano di valutazione dovrebbe includere una valutazione di impatto più generale dell’intervento, evitando di restare confinata agli obiettivi specifici del progetto;
- il piano di valutazione dovrebbe prevedere momenti anche intermedi di valutazione condivisi tra i diversi livelli degli operatori coinvolti nel progetto e/o dell’agenzia che ne è responsabile, e tra i diversi portatori d’interessi nel progetto stesso, in modo da favorire la comunicazione e una rielaborazione congiunta;
- le valutazioni di maggior portata (progetti di grandi dimensioni o interi programmi) dovrebbero avvalersi anche di valutatori esterni e di fonti di dati indipendenti;
- il piano di valutazione dovrebbe sempre includere il punto di vista dei beneficiari, quindi sia le controparti istituzionali locali sia i rappresentanti della popolazione interessata.

L’indubbia complessità del tema non deve tuttavia scoraggiare dall’impegnarsi in uno sforzo di valutazione critica di quanto si fa e si propone nel campo della cooperazione allo sviluppo. Questo

aspetto, la cui importanza decisiva speriamo di essere stati capaci di argomentare, è infatti già fin troppo trascurato, o male affrontato, soprattutto in Italia. È necessario promuovere un atteggiamento critico, e far sì che porsi con un minimo di sistematicità alcune domande relative ai risultati del proprio intervento divenga obbligatorio per interventi di aiuto allo sviluppo. Lo slancio umanitario può avere un valore in sé, ma non può in alcun modo esentare da un serio tentativo di chiedersi quale sia l'impatto prodotto nelle persone e nelle realtà che si pretende di aiutare. La consapevolezza delle ingenti risorse necessarie per una valutazione metodologicamente rigorosa, alla portata solo delle grandi organizzazioni, non può esentare da un esercizio di valutazione e riflessione critica che può essere utilmente svolto anche con risorse molto limitate.

Note bibliografiche

¹ DFID, *Guidance on evaluation and review for DFID Staff*. Evaluation Department, July 2005. www.dfid.gov.uk/aboutdfid/performance/files/guidance-evaluation.pdf

² OECD/DAC, Development Assistance Committee, Development Co-operation Directorate of the Organization for Economic Co-operation and Development. *Glossario dei principali termini utilizzati negli ambiti valutazione e gestione basata sui risultati*. www.oecd.org/dataoecd/14/31/17484948.pdf

³ Save the Children, Results and evaluations. <http://www.savethechildren.org/about/ratings-evaluations.html>

⁴ Manual de Evaluación de la Cooperación Española, *Aprender para Mejorar*. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, 2007.

⁵ www.worldbank.org

⁶ <http://ec.europa.eu/europeaid/how/evaluation/work>

⁷ www.sida.se *Looking back moving forward*, SIDA, 2007.

⁸ OECD/DAC, *op. cit.*

⁹ <http://web.worldbank.org/wbsite/external/topics/extpoverty/extispma/0,,menuPK:384336~pagePK:149018~piPK:149093~theSitePK:384329,00.html>

¹⁰ SIDA 2007, *op. cit.*

¹¹ J. Baker, *Directions in development: evaluating the impact of development projects on poverty. A handbook for practitioners*. The World Bank, Washington DC 2000.

¹² J. Tudor Hart, The inverse care law. *Lancet* 1971; 1: 405-12.

¹³ OECD/DAC, *Paris Declaration on Aid Effectiveness*. High Level Forum, Paris, February 28 – March 2, 2005 http://www.oecd.org/document/15/0,2340,en_2649_3236398_35401554_1_1_1_1,00.html

¹⁴ International Civil Society Steering Group. From Paris 2005 to Accra 2008: will aid be more accountable and effective? http://betteraid.org/index.php?option=com_content&task=view&id=88&Itemid=26

¹⁵ www.worldbank.org

¹⁶ J.C. Kirr, C.H. Watts, G.R. Hargreaves, et al., Understanding the impact of a microfinance – based intervention on women’s empowerment and the reduction of intimate partner violence in South Africa. *Am J Public Health* 2007; 97: 1794-802.

¹⁷ J. Baker, *op. cit.*

¹⁸ www.dfid.gov.uk

¹⁹ <http://ec.europa.eu/europeaid/evaluation/index.htm>

²⁰ DFID, *op. cit.*

²¹ J. Baker, *op. cit.*

²² M. Bamberger, Enhancing the utilization of evaluations for evidence-based policy making, in M. Segone (ed.) *Bridging the gap: the role of monitoring and evaluation in evidence-based policy making*, UNICEF Regional Office CEE/CIS, 2008.

1.10. La cooperazione italiana allo sviluppo in sanità: tra contraddizioni e buoni propositi di Eduardo Missoni, Guglielmo Pacileo e Adriano Cattaneo

Introduzione

Nonostante da molte legislature si tornino a proporre progetti di riforma, la cooperazione dell'Italia con i Paesi in Via di Sviluppo (PVS) è tuttora regolamentata dalla legge n. 49/87 dove si legge, tra le altre cose, che essa "è finalizzata al soddisfacimento dei bisogni primari e in primo luogo alla salvaguardia della vita umana". Nel 1989 il settore sanitario della Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo (DGCS) del Ministero degli Affari Esteri (MAE) si dotò di principi guida per le attività in quello specifico settore¹. Si pose allora l'accento sulla sanità di base, intesa come strategia integrata verso l'obiettivo della Salute per Tutti fissato nel 1979 ad Alma Ata, più tardi inserito nel contesto della più ampia strategia di lotta alla povertà². A partire da quell'orientamento, l'enfasi sulla prevenzione, la partecipazione delle comunità, l'appropriatezza tecnologica, l'approccio intersettoriale e la promozione dell'autosufficienza locale hanno a lungo guidato l'azione della Cooperazione italiana allo sviluppo nel settore socio-sanitario. Tali linee guida, mai aggiornate, si richiamavano anche alla promozione dell'equità nella distribuzione e nell'accesso alle risorse per la salute, che è stato a lungo un principio retto della politica italiana in tema di sanità sia a livello nazionale sia nell'ambito delle iniziative italiane di cooperazione allo sviluppo. Benché tali concetti siano richiamati nelle più recenti relazioni della Cooperazione italiana³, e nonostante si insista sull'adozione di un approccio "interdisciplinare che vede la salute non solo come diritto umano fondamentale, ma anche come un fattore essenziale per lo sviluppo socioeconomico complessivo"⁴, seguendo le tendenze affermatesi negli ultimi anni a livello mondiale, l'Italia sembrerebbe aver abbandonato il tradizionale approccio sistemico, facendosi promotrice di iniziative paucitematiche, come il Fondo Globale per la lotta all'AIDS, la tubercolosi e la malaria (GFATM). Co-

me per gli altri settori, anche in ambito sanitario l'aiuto pubblico allo sviluppo dell'Italia si attua sia bilateralmente, ovvero collaborando direttamente con i Paesi partner, con interventi gestiti direttamente dalla DGCS o affidati a Organizzazioni Non Governative (ONG), Regioni, enti locali, università e strutture pubbliche, sia attraverso il canale multilaterale, collaborando con l'Unione Europea (UE) e le Organizzazioni Internazionali.

La dimensione dell'aiuto italiano

Da un punto di vista quantitativo, l'Italia continua a essere nettamente al di sotto dei parametri stabiliti dall'UE, nonché di quelli dell'ONU per quanto concerne il volume degli aiuti misurato in base al rapporto tra Aiuto Pubblico allo Sviluppo (APS) e Prodotto Interno Lordo (PIL). Tramite la propria cooperazione allo sviluppo, l'UE si è impegnata a sostenere in particolare i programmi per la salute, adottando anche obiettivi vincolanti. Nel marzo 2002, a Barcellona, i 15 Stati Membri dell'UE (i cosiddetti UE15) hanno concordato di impegnarsi a raggiungere ognuno lo 0,33% nel rapporto APS/PIL entro il 2006, per arrivare all'obiettivo fissato dall'ONU dello 0,7% entro il 2015. Nel 2005, queste cifre sono state corrette definendo il target dello 0,51% dell'APS/PIL (UE15) e dello 0,17% per i nuovi Stati Membri (UE10), da raggiungere entro il 2010. Ciò porterebbe a un contributo collettivo dello 0,56% entro il 2010⁵. Nel 2006 solo la Grecia (0,17%), l'Italia (0,20%), il Portogallo (0,21%) e la Spagna (0,32%) non avevano raggiunto l'obiettivo stabilito per quell'anno, richiamato – per quanto concerne l'Italia – nel Documento di Programmazione Economica e Finanziaria (DPEF 2003-2006). Nel 2007 la Spagna ha aumentato il suo contributo allo 0,41% del PIL, mentre l'Italia l'ha ulteriormente ridotto allo 0,19%, assieme a Portogallo (0,19%) e Grecia (0,16%); da notare che anche Belgio (-11%), Francia (-16%), Svezia (-3%) e Gran Bretagna (-29%) hanno diminuito il loro contributo. L'eccezionale picco positivo che si osserva nel 2005 per l'Italia (**Tabella 1**) è in effetti solo apparente, essendo dovuto, essenzialmente, a iniziative di cancellazione del debito piuttosto che a un reale incremento del volume dell'aiuto, che al netto della cancellazione del debito si è in effetti ulte-

riormente ridotto tra il 2005 e il 2006 del 42%⁶.

Inoltre le più recenti disposizioni in materia di manovra finanziaria, contenute nel Decreto Legge 25 giugno 2008, N.112, prevedono una riduzione dell'aiuto pubblico a favore dei Paesi in via di sviluppo di 170 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2009.

Esaminando più specificamente le risorse destinate alla sanità, l'Italia, con il 4,7% del totale a dono, sembrava collocarsi al di sopra della media destinata dai Paesi DAC (*Development Assistance Committee*) dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) a questo settore nel 2005, ma decisamente al di sotto nel 2006, con il 3,8%. In realtà, considerando anche l'investimento in popolazione e salute riproduttiva che altri Paesi registrano separatamente, l'apporto italiano risulta decisamente inferiore alla media in entrambi gli anni (**Tabella 2**)⁷. Le attività strettamente definibili di "popolazione", peraltro, non sono mai state particolarmente significanti in quantità per la Cooperazione italiana. Considerando l'enunciato strategico della stessa, più preoccupante appare il ridursi del volume destinato alla sanità di base.

Deve essere sottolineato che i dati dell'OCSE/DAC non includono le attività sanitarie realizzate nel contesto degli interventi settoriali, né di quelli classificati come emergenza e aiuto umanitario, dei quali le attività sanitarie rappresentano in alcuni casi una proporzione significativa. D'altra parte, vale la pena ricordare che dello strumento straordinario si è spesso abusato, usandolo per iniziative del tutto prive delle caratteristiche dell'emergenza. Del totale dei finanziamenti per la sanità, corrispondenti a tutte le iniziative in corso nel 2006, indipendentemente dall'anno di inizio, il 7% sono stati destinati a iniziative di emergenza⁸. Considerando che la durata dei progetti di emergenza non dovrebbe superare l'anno, mentre i valori forniti sono relativi a più anni, la percentuale di fondi per la sanità erogati mediante quella modalità è necessariamente superiore. Inoltre, i dati OCSE/DAC riflettono il totale dell'APS e quindi, per quanto concerne l'Italia, non solo le risorse dell'APS canalizzate attraverso la DGCS cui la legge affida il coordinamento e lo svolgimento delle attività di cooperazione.

Nel 2006 la Cooperazione italiana era presente con 157 iniziative

Tabella 1. Evoluzione dell'APS dell'Italia tra il 2001 e il 2006.

Anno	US\$ (milioni)	% PNL
2001	1627	0,15
2002	2332	0,20
2003	2433	0,17
2004	2462	0,15
2005	5091	0,29
2006	3641	0,20
2007	3929*	0,19

* di cui 570 per cancellazione del debito.

Fonte: OCSE/DAC.

Tabella 2. Percentuale di APS in attività di salute e popolazione in alcuni Paesi OCSE/DAC tra 2005 e 2006.

Settore	Canada		Francia		Germania		Italia		Usa		Media DAC	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Sanità	4,7	8,0	4,7	2,7	2,0	2,6	4,7	3,8	4,4	5,6	4,5	4,7
(di cui PHC)	2,9	6,1	2,9	1,8	1,4	1,6	2,8	1,1	4,0	4,9	2,6	2,9
Popolazione	6,3	1,9	6,3	0,0	2,0	2,4	0,4	0,2	6,6	11,7	3,2	4,1
Totale	11,0	9,9	11,0	2,7	4,0	5,0	5,1	4,0	11,0	17,3	7,7	8,8

Fonte: OCSE/DAC.

sociosanitarie in 45 Paesi⁹. Il dato presentato dalla DGCS, che include tutte le iniziative in corso indipendentemente dal tipo di ente esecutore (governi locali, enti pubblici italiani, gestione diretta della DGCS, Organizzazioni Non Governative-ONG, Organismi Internazionali)*, dalla modalità di finanziamento (dono o credito) e dall'anno di delibera o avvio dei progetti, offre solo una fotografia e non è di grande utilità per una valutazione di tendenza; esso denota, piuttosto, una scarsa capacità (o volontà) di elaborazione statistica dei dati peraltro ottenibili dal sistema informatico. La fotografia offre tuttavia spunti critici. Come per esempio un sorprendente 28% di finanziamenti che usano lo strumento del credito pur essendo diretti a iniziative a carattere socio-sanitario. Geograficamente, l'Africa continua a essere l'area di massima priorità, ricevendo una crescente percentuale del totale degli aiuti in sanità (**Tabella 3**). L'ammontare delle risorse canalizzate attraverso gli Organismi Internazionali risulta alquanto altalenante (**Tabella 4**), come nel caso dei contributi volontari erogati a favore dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS): 7.283.258 di euro nel 2003, 1.850.000 nel 2004, 14.137.500 nel 2005, nulla nel 2006**.

Strategie ed esperienze

Le iniziative della Cooperazione italiana nel settore sanitario sono state per anni ancorate a due fondamentali linee strategiche¹⁰: il sostegno ai sistemi sanitari nazionali e il sostegno ai sistemi sanitari locali e ai processi di decentramento. Più recentemente è stata posta crescente enfasi sulla lotta ad alcune pandemie. In quest'ambito, grande rilievo è stato dato all'apporto dell'Italia al GFATM. Il volume complessivo dei contributi italiani al Fondo nel periodo 2000-2005 è ammontato a 404 milioni di euro¹¹, spostando significativamente l'aiuto italiano nel settore sanitario sul canale multilaterale, ma rischiando paradossalmente di indebolire nel contempo la collaborazione con gli organismi internazionali preposti al governo globale delle politiche per la salute, in particolare l'OMS, di cui in passato l'Italia ha sempre sostenuto il ruolo di coordinatore¹².

* È escluso il finanziamento al GFATM.

** Fonte: Ministero degli Affari Esteri, DGCS, Sistema informativo cooperazione – SIC, 2008. Elaborazione degli autori.

Tabella 3. Cooperazione Italiana allo Sviluppo nel settore sanitario: erogazioni nette per area geografica (milioni di euro).

Area Geografica	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%
Africa Centrale	15.785	12,6	4.571	16,1	11.040	23,1	6.089	17,5
Africa Australe	11.336	9,1	10.015	35,4	19.013	39,8	10.124	29,1
America Latina e Caraibi	2.002	1,6	3.007	10,6	2.354	4,9	2.301	6,6
Asia e Pacifico	2.199	1,8	1.901	6,7	3.116	6,5	1.551	4,5
Bacino Mediterraneo e Medio Oriente	2.739	2,2	2.806	9,9	4.355	9,1	2.196	6,3
Europa orientale e mediterranea	1.288	1,0	3.860	13,6	1.454	3,0	11.925	34,3
Non ripartibile	89.500	71,7	2.161	7,6	6.472	13,5	616	1,8
Totale	124.847	100	28.321	100	47.802	100	34.803	100

Fonte: Ministero degli Affari Esteri, DGCS, Sistema informativo cooperazione - SIC, 2008. Elaborazione degli autori.

Tabella 4. Cooperazione Italiana allo Sviluppo nel settore sanitario: erogazioni nette per canale di erogazione (milioni di euro).

Canale	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%
Bilaterale	27.334	21,9	23.265	82,2	23.960	50,1	33.904	97,4
Multi-bilaterale	6.605	5,3	1.605	5,7	6.833	14,3	900	2,6
Multilaterale	90.908	72,8	3.451	12,2	17.009	35,6	0	0
Totale	124.847	100	28.321	100	47.802	100	34.804	100

Fonte: Ministero degli Affari Esteri, DGCS, Sistema informativo cooperazione – SIC, 2008.
Elaborazione degli autori.

Nell'ambito delle iniziative bilaterali, per lo più preesistenti ai nuovi orientamenti, in alcuni PVS la Cooperazione italiana in sanità mantiene un approccio integrato alle politiche di settore e di sostegno allo sviluppo dei sistemi sanitari nazionali. In questa linea si inseriscono le attività di assistenza tecnica ai Ministeri della Sanità¹³. Dal 1997 è cresciuto l'interesse per un approccio integrato settoriale, il cosiddetto *Sector Wide Approach* (SWAp)^{***}, con una corrispondente riduzione del più tradizionale approccio a progetto, e il coinvolgimento della Cooperazione italiana al fianco di altri donatori¹⁴. In proposito, la relazione al Parlamento del 2004, segnalava che in base a quello schema “nel 2003 è stato dato inizio ai primi programmi settoriali, contribuendo ai piani di sviluppo sanitari nazionali in Etiopia e in Uganda, rispettivamente per 15 e 10 milioni di euro su base triennale, articolati in sostegno al bilancio pubblico (Canale I) e assistenza tecnica in gestione diretta (Canale III)”¹⁵. Relazioni più recenti indicano che, sulla base delle due esperienze citate, la concessione di contributi al bilancio dello stato per il settore sanitario si è estesa anche al Mozambico, ai Territori Palestinesi, al Niger e al Burkina Faso¹⁶. In contrasto, la più recente revisione tra pari svolta dall'OCSE/DAC nel 2004 segnalava la tendenza della Cooperazione italiana a privilegiare comunque, nel canale bilaterale, l'approccio a progetto, anche nell'affrontare tematiche intersettoriali quali la lotta alla povertà, la promozione della condizione femminile e l'AIDS. L'OCSE sottolineava come le difficoltà e le incongruenze legate a questo tipo di approccio risultino esasperate dalla cronica carenza di risorse umane e dalla frammentazione dell'aiuto. Nel 2004 il numero complessivo (tutti i settori) dei Paesi beneficiari dell'APS italiano risultava pari a 118, cinque in più rispetto alla precedente revisione tra pari¹⁷.

*** Secondo lo schema SWAp, le agenzie internazionali contribuiscono a finanziare l'intero settore, sacrificando le loro priorità e i loro progetti. In cambio hanno il diritto di partecipare alla formulazione delle politiche nazionali di sviluppo e alle decisioni riguardanti la destinazione delle risorse. La partecipazione ai programmi SWAp può assumere modalità diverse: la partecipazione finanziaria al budget nazionale del Paese beneficiario (indicato come Canale I); il contributo diretto al bilancio del Ministero della Sanità (Canale II) e l'esecuzione e il finanziamento diretti di attività comunque comprese nel Piano Sanitario predisposto dalle autorità nazionali e sottoscritto da tutti i donatori (Canale III).

*Le nuove tendenze:
il Fondo Globale e le partnership pubblico-privato globali*

In generale, pur riconoscendo la rilevanza di alcune specifiche problematiche sanitarie, la Cooperazione italiana ha sempre considerato che esse non dovessero essere affrontate con risorse legate e interventi verticali, ma secondo un approccio sistemico alla salute, garantendo innanzitutto l'accessibilità universale a servizi sanitari efficienti ed efficaci e quindi attraverso l'inclusione di appropriate strategie e interventi nei piani sanitari nazionali e locali. Negli ultimi anni, invece, nonostante continui richiami internazionali all'integrazione degli interventi nei piani nazionali e l'allineamento dei donatori anche al fine dell'ottimizzazione delle risorse¹⁸, l'attenzione internazionale e contraddittoriamente quella dell'Italia, tradizionalmente aliena ad approcci selettivi, si è tornata a concentrare su singole malattie infettive e in particolare su HIV/AIDS, malaria e tubercolosi, soprattutto attraverso il GFATM¹⁹. Nella relazione al Parlamento sulle attività di cooperazione del 2005, si fa rilevare che il nuovo impegno assunto dal nostro Paese "colloca l'Italia tra i primi paesi al mondo nella lotta contro le tre pandemie. Ai già citati 404 milioni di euro per il GFATM erogati nel periodo 2000-2005, debbono essere aggiunti circa 80 milioni di euro per altre iniziative finanziate sul canale bilaterale e multilaterale"²⁰. In effetti, il sostegno al GFATM, concepito nell'ambito della presidenza italiana del G8 e divenuto operativo nel gennaio 2002²¹, è oggi una delle principali linee di intervento della Cooperazione italiana allo sviluppo, certamente la principale in ambito sanitario. In occasione della conferenza di rifinanziamento del GFATM, svoltasi a Londra il 6 settembre 2005, l'Italia si è impegnata a contribuire con 130 milioni di euro nel 2006 e 130 milioni di euro nel 2007. Il volume di quel contributo ha consentito all'Italia di rimanere tra i primissimi donatori del Fondo (al quarto posto, allineati al Giappone, dietro a Francia, Stati Uniti e Gran Bretagna) e di mantenere un seggio unico nazionale nel comitato direttivo del GFATM, come gli Stati Uniti e il Giappone²². Inoltre, per il 2008 l'Italia si è impegnata a contribuire al Fondo con 200 milioni di euro, secondo quanto si apprende dalla relazione previsionale del 2007²³. Nel 2006 però non sono stati versati contributi per

il GFATM, né d'altra parte alcun contributo volontario all'OMS, e si è dovuto aspettare il 2007 per compensare assolvendo a tutti gli impegni presi dal 2005, onorando anticipatamente anche quelli relativi al 2008²⁴. Vista la cronica difficoltà nell'onorare gli impegni contratti a favore del GFATM, è stata anche presentata una proposta di legge per l'istituzione del fondo di finanziamento del GFTAM stesso, assicurando dotazioni finanziarie a carattere pluriennale²⁵. Chi scrive considera che sarebbe un grave errore cercare di individuare risposte legislative *ad hoc*, laddove l'incapacità operativa è legata piuttosto a carenze strutturali della Cooperazione italiana, che da più di un decennio richiedono una riforma complessiva del settore²⁶; un'esigenza che esaminiamo più avanti.

Parallelamente, secondo la stessa logica, l'Italia ha sostenuto anche altre iniziative multilaterali a carattere di *Global Public Private Partnership* (GPPP), come per esempio: il programma dell'OMS *Roll Back Malaria*, cui tra il 2004 e il 2005 l'Italia risulta aver destinato circa 3 milioni di euro²⁷; la *Global Polio Eradication Initiative*, cui si è impegnata a versare 14 milioni di dollari in tre anni; la *Stop TB Initiative*, finanziata con 3,5 milioni di euro attraverso l'OMS²⁸. Non possono poi essere trascurate una serie di iniziative tese a istituire nuovi meccanismi di mercato per generare finanziamenti per lo sviluppo, e in particolare per la sanità. Queste, che fanno seguito al dibattito sulla finanza per lo sviluppo avviato al summit di Monterrey nel 2002, sono gestite sotto l'egida del Ministero dell'Economia. Su spinta della *Global Alliance for Vaccines and Immunization* (GAVI), l'Italia ha promosso nell'ambito del G8 un meccanismo denominato *Advance Market Commitment* (AMC), che prevede un impegno dei donatori a sovvenzionare l'acquisto di futuri vaccini che il settore farmaceutico si impegna a produrre secondo criteri prestabiliti²⁹. Con quasi la metà del finanziamento, l'Italia contribuisce al primo progetto pilota per accelerare lo sviluppo di un nuovo vaccino contro lo pneumococco. All'impegno complessivo di 1,5 miliardi di dollari oltre all'Italia partecipano il Canada, la Norvegia, la Russia, il Regno Unito e la Fondazione Bill & Melinda Gates³⁰. Analogamente, l'Italia ha aderito all'*International Financing Facility for Immunisation* (IFFIm), iniziativa lanciata nel 2003 dal Ministro degli

Esteri britannico Gordon Brown. L'IFFIm introduce un altro meccanismo, che prevede l'emissione di titoli obbligazionari per la raccolta di fondi da destinare all'acquisto di farmaci e vaccini da parte del GAVI. La relazione previsionale e programmatica per il 2007 indicava nell'Italia uno dei primi Paesi a essersi dotato di uno strumento legislativo per il finanziamento dell'IFFIm "prevedendo, nella Finanziaria 2006, uno stanziamento totale di 504 milioni di euro fino al 2025"³¹. Infine, coincidendo con altri importanti donatori bilaterali e multilaterali, a settembre 2007 l'Italia ha sottoscritto l'iniziativa lanciata da Gordon Brown, nel frattempo diventato primo ministro, per la costituzione dell'*International Partnership for Health*, una nuova partnership internazionale per la salute con l'obiettivo di sostenere i sistemi sanitari e favorire il coordinamento dei maggiori donatori, quindi per risolvere i problemi creati dalle GPPP che molti dei partner di questa nuova iniziativa sostengono e hanno spesso fin qui entusiasticamente promosso³².

I limiti del contesto istituzionale

Per diversi osservatori, la partecipazione dell'Italia "a numerose iniziative multilaterali, spesso in partenariato con il settore privato e con un approccio verticale che punta alla soluzione di problemi specifici, senza però iniziare percorsi di cambiamento strutturale"³³, e più in generale il ricorso alle Organizzazioni Internazionali, sono motivati dall'incapacità da parte del MAE di gestire efficacemente i fondi. Un problema che per gli stessi autori ovviamente non caratterizza solo la cooperazione in sanità, ma l'APS nel suo complesso e la cui risposta starebbe in una improrogabile "legge di riforma del sistema di cooperazione che metta le risorse non solo quantitativamente all'altezza degli impegni, ma anche in grado di essere impegnate e spese".

Dopo l'approvazione al Senato nel settembre del 1999, il percorso parlamentare di un primo tentativo di riforma della legge n. 49/87, già strenuamente ostacolato dalla burocrazia della Farnesina, fu interrotto dallo scadere della XIII Legislatura nel marzo dell'anno successivo. Nonostante la possibilità di riprendere il dibattito nell'al-

tro ramo del Parlamento, durante la XIV Legislatura il tema fu lasciato cadere. Con la XV Legislatura alcune scelte del governo Prodi sembravano segnare un rinnovato interesse a uscire dalla crisi economica e di strategie che da tempo attanaglia la Cooperazione italiana. L'istituzione di un Vice Ministro con delega alla cooperazione, la destinazione di fondi aggiuntivi in sede di legge finanziaria, le indicazioni riportate nell'ultimo DPEF e la presentazione di un nuovo disegno di legge di riforma, in esame al Senato³⁴, lasciavano ben sperare. Ma la caduta del governo ha posto fine al processo di riforma.

Il disegno di legge elaborato nel corso della XV Legislatura recepiva i principi dell'OCSE e della Dichiarazione di Parigi sull'efficacia degli aiuti. Tra le principali novità, il testo prevedeva l'istituzione di un'agenzia *ad hoc* per l'attuazione delle finalità stabilite dal governo e per la gestione delle risorse, per separare cioè l'indirizzo politico da quello programmatico e operativo. L'istituenda Agenzia, tuttavia, non avrebbe gestito tutti i fondi stanziati per l'APS; infatti, una grossa parte sarebbe restata sotto il controllo del Ministero dell'Economia. Altre caratteristiche positive del disegno di legge erano la proibizione di usare fondi dell'APS per operazioni militari (già previsto, peraltro, dalla legge in vigore) e l'adozione del principio dello svincolamento totale dei fondi dal legame con le imprese italiane, permettendo cioè l'impiego anche esclusivo, nei progetti di cooperazione, di beni e servizi prodotti nei Paesi in cui si realizzano gli interventi. Infine, il disegno di legge era stato elaborato in stretta collaborazione e assiduo dialogo con la società civile, rappresentata soprattutto dalla vasta rete di associazioni e di enti locali che si occupano da decenni di aiuto allo sviluppo. Non è dato sapere, mentre si scrive questo capitolo, se l'attuale governo riprenderà o meno il cammino di riforma della legge n. 49/87 e, se sì, se userà questo testo come base o partirà da nuovi e diversi principi, privilegiando, per esempio, il ruolo della Protezione Civile per interventi di emergenza sganciati dai programmi ordinari gestiti dall'Agenzia, o riducendo la proporzione di fondi pubblici per dare più enfasi a quelli privati.

La cooperazione decentrata

Nel frattempo, perché prevista dalla legge n. 49/87 e sotto la spinta della Commissione Europea, che la promuove con una linea specifica di finanziamento, si è notevolmente sviluppata negli ultimi vent'anni la cosiddetta cooperazione decentrata, intesa come attività di cooperazione allo sviluppo realizzata da regioni, province e comuni, singolarmente o in consorzio tra loro, con il concorso della società civile organizzata: università, sindacati, aziende sanitarie, piccole e medie imprese, imprese sociali, ONG. I fautori della cooperazione decentrata ne lodano i vantaggi: partecipazione popolare per una cooperazione dal basso; contatto diretto e non mediato dalle burocrazie statali tra chi offre e chi recepisce l'aiuto; dialogo tra società civili di diversi Paesi; progetti a misura d'uomo con facilità di verifica dei risultati e riprogrammazione; maggiore attenzione per lo sviluppo umano che per la crescita economica; possibilità di ottenere cambiamenti piccoli ma duraturi. Non mancano ovviamente i detrattori con i loro argomenti: frammentarietà degli interventi e mancanza di coordinamento; possibile incongruenza con politiche e strategie nazionali e locali; logica assistenziale che non incide sulle cause profonde dei problemi; variabilità degli interventi associata alla variabilità delle politiche e dei rapporti di potere tra e negli enti locali che promuovono la cooperazione decentrata. È purtroppo difficile dar ragione agli uni o agli altri, e la situazione è probabilmente troppo complessa per un giudizio complessivo. Fatto sta che le iniziative si moltiplicano e molte sono le regioni, per citare solo uno dei livelli amministrativi coinvolti, fortemente impegnate in questo tipo di cooperazione con apposite leggi e documenti di programmazione a breve e medio termine. Ecco alcuni esempi, senza la pretesa di essere esaustivi (cosa che del resto risulta impossibile, data la miriade di attori presenti sul campo).

- L'Emilia Romagna stanziava da 1 a 4 milioni di euro l'anno per un centinaio di progetti, circa la metà dei quali per interventi d'emergenza, in una ventina di Paesi in Africa, Medio Oriente, America Latina ed Europa dell'Est. Moltissimi, e a pioggia, i progetti in campo sanitario: dal controllo delle malattie infettive al rifornimento d'acqua potabile al recupero psicofisico delle vittime dei conflitti³⁵.

- Anche il Veneto stanZIA da 1 a 3 milioni di euro l'anno per la cooperazione decentrata e in quest'ambito ha un'intensa attività di cooperazione sanitaria, da iniziative per promuovere la *Primary Health Care* a interventi di emergenza, dal recupero di attrezzature ospedaliere ai cosiddetti ricoveri umanitari, dalla formazione del personale a programmi di salute mentale, in una quindicina di Paesi³⁶.

- La Toscana investe quasi 20 milioni di euro l'anno per la pace e la cooperazione internazionale; di questi, circa 3 milioni vanno a progetti di cooperazione sanitaria. A queste risorse si aggiungono quelle di enti e imprese private, delle associazioni di volontariato e delle istituzioni religiose. Tra gli interventi sanitari si distinguono l'offerta di trattamento specialistico presso ospedali toscani per oltre 4.000 bambini palestinesi e il sostegno al centro cardiocirurgico inaugurato da Emergency in Sudan³⁷.

- Le regioni più piccole stanZiano somme minori, ma spesso in aumento negli anni. Il Friuli Venezia Giulia, per esempio, è passato dai 574.000,00 euro del 2004 ai 1.100.000,00 del 2005 e ai 1.500.000,00 del 2006³⁸. Il numero dei progetti è proporzionalmente minore; ma non lo è la dispersione per numero di Paesi, per settori d'intervento e per varietà delle attività finanziate nell'ambito di un settore. Il Lazio, per esempio, nel 2007 ha finanziato una decina di progetti sanitari in Madagascar (salute delle donne, radiologia), Ecuador (medicina per comunità indigene), Camerun (acqua potabile), Argentina (reparto di pediatria), Kenya e Tanzania (vaccinazioni), Bolivia (nutrizione), Eritrea (prevenzione), Libano (clinica per i denti), Senegal (gestione delle acque di scarico) e Brasile (assistenza sanitaria per i popoli della foresta)³⁹.

Conclusioni

La Cooperazione italiana in sanità, al di là dei buoni propositi di moltissimi individui, associazioni e istituzioni che vi operano, e al di là di singole e lodevoli iniziative, non può certo vantare molti successi, soprattutto se osservata con un'ottica generale e di lungo periodo. Ciò è in parte dovuto, come del resto in molti altri Paesi, alla mancanza di seri tentativi di valutazione, sia riguardanti le politiche, i piani, i progetti e le priorità, sia in termini di risultati e di impatto.

Come in ambito globale, la mancanza di successi è anche spiegabile con l'enorme frammentazione dei programmi e degli interventi, legata alla miriade di attori che vi operano, ciascuno con una sua prospettiva e finalità. Ma vi è anche una specificità tutta italiana: la mancanza di una legislazione al passo con i tempi e in grado di stimolare, per lo meno, tentativi di correggere l'inadeguatezza dei meccanismi di valutazione e la quasi totale assenza di coordinamento per la costruzione e la messa in atto di strategie comuni, coerenti ed efficaci. Infine, il nostro Paese non brilla certo per generosità in termini di APS complessivo, anche se molto generosi, ma tutt'altro che coordinati, sono enti locali, istituzioni e associazioni impegnate nella cooperazione decentrata. Un miglioramento della cooperazione in sanità non può prescindere dallo stanziamento di fondi adeguati e da una loro gestione coordinata e strategicamente orientata: le briciole sparse difficilmente avranno un impatto sulla salute di popolazioni così deprivate dell'essenziale come sono quelle, per esempio, dell'Africa subsahariana.

Note bibliografiche

¹ MAE/DGCS, *La Cooperazione sanitaria italiana. Principi Guida*, Roma 1989.

² MAE/DGCS, *Linee guida della cooperazione italiana sulla riduzione della povertà*. <http://sedi.esteri.it/PortaleDgcs/PortaleDGCS/italiano/LineeGuida/pdf/LineeGuidaRiduzionePoverta.pdf> consultato il 20/01/2008

³ MAE/DGCS, *Relazione annuale sull'attuazione della Politica di cooperazione allo sviluppo nel 2005*, www.cooperazioneallosviluppo.esteri.it/pdgcs/italiano/Pubblicazioni/pdf/2005_cap1.pdf consultato il 20/01/2008.

⁴ MAE/DGCS, *DIPCO* n. 22, 7/6/2007, pp. 97-104, consultato il 20/01/2008 www.cooperazioneallosviluppo.esteri.it/pdgcs/italiano/Pubblicazioni/Dipco/Dipco.asp?offset=20

⁵ Azione per la Salute Globale. *Allarme salute*, 2007, consultato il 20/01/2008 www.actionforglobalhealth.eu/index.php/media/home/italia

⁶ www.oecd.org/dac/stats/dac/dcrannex

⁷ *ibidem*

⁸ MAE/DGCS, *Relazione annuale... 2005*, *op. cit.*

⁹ *Ibidem*.

¹⁰ MAE/DGCS. *Relazione annuale sull'attuazione della politica di cooperazione allo sviluppo*, 2004, pp. 13 www.cooperazioneallosviluppo.esteri.it/pdgcs/italiano/Pubblicazioni/pdf/RelazioneParlamento2004-it.pdf

¹¹ MAE/DGCS, *Relazione annuale, op. cit.*, 2005.

¹² E. Missoni, G. Pacileo, *Elementi di salute globale*, Franco Angeli, Milano 2005.

¹³ MAE/DGCS, *Relazione annuale, op. cit.*, 2004.

¹⁴ OECD/DAC, *Development Cooperation Review Series, Italy*, 2000.

- ¹⁵ MAE/DGCS, *Relazione annuale, op. cit.*, 2004.
- ¹⁶ Cooperazione Italiana, DIPCO n. 22, 7/7/2007, pp. 97-104.
- ¹⁷ OECD/DAC, *Development Cooperation Review Series, Italy*, 2004.
- ¹⁸ Per esempio con la Dichiarazione di Parigi, nel 2005. Vedi: OECD, *Paris Declaration on Aid Effectiveness*. High level Forum, Paris, 2005. www.oecd.org/dataoecd/11/41/34428351.pdf consultato il 20/01/2008.
- ¹⁹ E. Missoni, Il ruolo della cooperazione italiana, in Osservatorio Italiano sulla Salute Globale. *Rapporto 2004 Salute e globalizzazione*, Feltrinelli, Milano 2004.
- ²⁰ MAE/DGCS, *Relazione annuale, op. cit.*, 2004.
- ²¹ E. Missoni, Il Fondo globale per la lotta all'Hiv-Aids, la tubercolosi e la malaria. In: Osservatorio Italiano sulla Salute Globale. *Rapporto 2004 Salute e globalizzazione*, Feltrinelli, Milano 2004.
- ²² MAE/DGCS. *Relazione previsionale e programmatica sulle attività di cooperazione allo sviluppo nell'anno 2006* www.cooperazioneallosviluppo.esteri.it/pdgcgs/italiano/Pubblicazioni/pdf/RelazionePrevisionale2006-it.pdf consultato il 20/01/2008.
- ²³ MAE/DGCS. *Relazione previsionale e programmatica sulle attività di cooperazione allo sviluppo nell'anno 2007* www.cooperazioneallosviluppo.esteri.it/pdgcgs/italiano/Pubblicazioni/pdf/RelazionePrevisionale2007-it.pdf consultato il 20/01/2008.
- ²⁴ GFATM. www.theglobalfund.org/en/funds_raised/pledges/ consultato il 28/01/2008.
- ²⁵ Camera dei Deputati. Proposta di legge n. 1194, d'iniziativa dei deputati Leoni et al. Istituzione di un Fondo di finanziamento del Fondo globale per la lotta all'AIDS, la tubercolosi e la malaria, presentata il 23 giugno 2006.
- ²⁶ E. Missoni, Aspettando Godot. Ovvero la riforma della Cooperazione allo sviluppo. *Salute e Sviluppo* (nuova serie) n. 2, maggio-agosto 1999.
- ²⁷ MAE/DGCS, Sistema informativo cooperazione - SIC, 2006.
- ²⁸ Azione per la Salute Globale, *Allarme salute*, 2007, consultato il 18/01/2008 www.actionforglobalhealth.eu/content/download/7380/38313/file/AFGH_Report_IT.pdf
- ²⁹ G. Tremonti, Minister of the Economy and Finance, Italy. Background papers to Advanced Market Commitments for vaccines. A new tool in the fight against disease and poverty. Report to the G8 Finance Ministers, London, 2/12/2005.
- ³⁰ Azione per la Salute Globale, *op. cit.*
- ³¹ MAE/DGCS, *Relazione previsionale 2007, op. cit.*
- ³² DFID, *The International Health Partnership launched today*. September 6, 2007 www.dfid.gov.uk/news/files/ihp/default.asp
- ³³ AGI mondo ONG, Focus. *Salute è allarme nel Sud*, 26.9.2007 www.ong.agimondo.it/repository/salute-allarme-nel-sud consultato il 18/01/2008.
- ³⁴ Senato della Repubblica, XV Legislatura, 3^a Commissione permanente, 91^a Seduta, 5.12.2007. Testo unificato proposto dal relatore per i disegni di legge, NN. 83, 517, 1260, 1398, 1537, 1599 E 1641 NT, "Riforma della disciplina sulla Cooperazione allo sviluppo".
- ³⁵ www.spaziocooperazione.decentrata.it/2006/index.asp consultato il 21/05/08.
- ³⁶ www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona+Sanita/Rapporti+Socio+Sanitari+Internazionali/Cooperazione+decentrata.htm consultato il 21/05/08.
- ³⁷ cooperazione.formez.it/sections/regioni/toscana consultato il 21/05/08.
- ³⁸ www.regione.fvg.it/rafvgrapportieuropeinternazionali/areaArgomento.act?dir=/rafvgr/cms/RAFVG/AT11/ARG17/ consultato il 21/05/08.
- ³⁹ www.regione.lazio.it/web2/contents/cooperazione/ consultato il 21/05/08.

1.11. La cooperazione sanitaria cinese in Africa di Paola Agnelli

Introduzione

La Cina ha cominciato molto rapidamente dopo la proclamazione della Repubblica nel 1949 ad avere rapporti di cooperazione con diversi Paesi, ma è sicuramente con l’Africa che queste relazioni hanno iniziato prima e si sono maggiormente sviluppate¹⁵. La Cina, infatti, ha sostenuto i movimenti di liberazione africani degli anni sessanta e ha aiutato vari Stati dopo la loro indipendenza con la costruzione di infrastrutture come strade, linee ferroviarie, ospedali e scuole, come per esempio la linea ferroviaria¹⁵ tra la Tanzania e lo Zambia costruita nel 1976 con un finanziamento di ben 455 milioni di dollari USA (ben al di sopra delle possibilità della Cina dell’epoca) e successivamente ammodernata nel 2005. Fra gli anni cinquanta e settanta le relazioni fra la Cina e l’Africa erano basate su questioni ideologiche e politiche e quindi interessavano i Paesi africani ideologicamente più affini. Dagli anni ottanta in poi le relazioni diplomatiche e commerciali tra la Cina e i Paesi del sud del mondo si sono notevolmente estese e sono state costruite intorno a precisi interessi economici: ricerca di materie prime (principalmente il petrolio) e di possibili mercati per l’exportazione di merci cinesi.

La Cina ha con i vari Paesi un atteggiamento egualitario, non si considera un Paese superiore che assiste un Paese inferiore ma piuttosto un Paese in via di sviluppo che ne assiste un altro. La politica attuale cinese di non ingerenza negli affari interni dei singoli stati gli ha fatto guadagnare il rispetto dei *leaders* e delle *elites* che considerano vantaggioso un tale tipo di relazioni, per cui attualmente quasi tutto il continente africano e in parte quello sudamericano hanno con la Cina relazioni molto intense. La Cina considera questi aiuti non condizionati un presupposto per relazioni più durature.

Ogni anno la Cina è meta di numerose delegazioni estere non solo per motivi commerciali ma anche per incrementare gli scambi in campo sanitario. Nel settembre 2002 il Ministero della Sanità cinese ha condotto un corso di formazione sul trattamento della malaria e delle malattie tropicali a cui hanno partecipato 30 studenti provenienti da 17 Paesi africani. Nello stesso anno si è svolto il primo Forum fra Cina e Africa¹ ed è stato istituito il *Forum on China-Africa Cooperation* (FOCAC)², organo consultivo sui temi della cooperazione, ed è stata tenuta una conferenza specifica sulla medicina tradizionale e i prodotti farmaceutici. A questo proposito va notato che la Cina è anche uno dei maggiori produttori di prodotti farmaceutici contraffatti che invadono il mercato africano¹⁷. La Cina ha sicuramente una lunga storia di *health diplomacy* con i Paesi africani e del medio oriente e ha fino a oggi offerto aiuti all'Africa per 6 miliardi di dollari per 800 diversi progetti³.

Cooperazione con l'Africa in ambito medico

La Cina ha inviato il suo primo gruppo di medici in Algeria nel 1964^{3,4} dietro consiglio di Chu Enlai, su invito del governo algerino che avendo da poco conquistata la indipendenza aveva scarsità di personale. Negli anni successivi sono diventati sempre più numerosi i Paesi che richiedevano tale collaborazione: nel 1968 gruppi di medici cinesi e vietnamiti erano presenti per esempio in Guinea Conakry¹⁶, dove la rottura delle relazioni diplomatiche con la Francia, dopo l'indipendenza, aveva portato a una forte carenza sia di personale insegnante che di medici.

Come si è già detto questo primo periodo di cooperazione sanitaria in Africa si caratterizzava per motivi di affinità ideologica. Infatti i nuovi Paesi cooperanti avevano conquistato da poco l'indipendenza e, dopo la rottura con i Paesi europei, gravitavano allora nell'orbita social-comunista. Tra questi l'Etiopia, l'Uganda, la Guinea Conakry, la Tanzania e lo Zambia.

La Cina ha continuato a inviare team medici anche durante gli anni bui della rivoluzione culturale sentendolo come un obbligo "socialista" di aiuto nei confronti dei Paesi "fratelli" in difficoltà. Attualmente la Cina ha relazioni diplomatiche con 47 Paesi su 53 per-

ché l'unica clausola che pone è quella di non riconoscimento del governo di Formosa².

Bisogna rimarcare che la cooperazione cinese ha avuto e ha caratteristiche sue proprie. I cinesi si muovono sempre in gruppo, a volte comprendendo anche il cuoco, spesso accompagnati da strumentazione e farmaci, e si stabiliscono insieme presso una unica struttura sanitaria, dove si fermano per due anni per venire poi sostituiti da un altro gruppo di personale sanitario; non esiste quindi la figura del singolo cooperante.

In effetti andare in Africa come cooperante non è una scelta individuale ma è una scelta politica a cui il singolo deve aderire. Se questo non costituiva un problema negli anni passati, attualmente il personale tecnico sanitario cerca di evitare una tale evenienza dato che questo comporta una perdita finanziaria, poiché generalmente i medici cinesi sono pagati come i medici locali. Le condizioni economiche sono comunque definite attraverso accordi fra i due governi, ma per i Paesi più poveri la Cina copre tutte le spese dei viaggi e fornisce gratuitamente medicinali e strumentazione. Spesso comunque i medici cinesi vengono pagati dai Paesi africani attraverso prestiti e donazioni provenienti dalla Cina stessa.

Un'altra particolarità della Cina è che ogni stato africano viene preso in carico da una singola provincia: il Sichuan per l'Uganda, lo Shandong per la Tanzania, il Jangsu per Zanzibar, lo Shaanxi per il Sudan e così via⁵. In questo modo si creano legami molto solidi e duraturi fra i due Paesi e le singole province. Attualmente la capacità di mandare medici in Africa da parte delle varie province è anche limitata dal fatto che le risorse finanziarie delle province si sono ridotte con la riforma che prevede dal 2006 l'abolizione delle tasse rurali. Alcune province più ricche non trovando più personale disposto ad andare in Africa, sono costrette a reclutare personale dalle province più povere creando così una carenza di personale nelle zone della Cina dove è già meno numeroso.

Le autorità sia cinesi sia africane considerano l'invio dei team medici come un bene prezioso e in generale il lavoro dei medici è molto apprezzato e questi spesso hanno ricevuto riconoscimenti e premi dai Paesi africani. Il Ministero della Sanità cinese prepara con appositi corsi i *leaders* dei vari gruppi, gli interpreti e i logisti, e tiene in-

contri al loro ritorno.

Negli anni fra il 1964 e il 2006 la Cina ha inviato più di 15.000 medici in 47 diversi Paesi africani^{4,6} secondo i dati del Ministero della Sanità cinese, e sono stati trattati più di 180 milioni di pazienti. Sempre secondo le stesse statistiche, 45 medici cinesi sono morti in questi anni in Africa. Attualmente 860 persone lavorano in progetti di cooperazione in ambito sanitario in 37 Paesi africani, suddivisi in 35 team. Secondo He Wenping, direttrice dell'Istituto di Studi Africani dell'Accademia delle Scienze Sociali, "i team medici hanno svolto un ruolo chiave per la diplomazia cinese, cementando durante tutti questi anni i rapporti fra i due paesi e facendo in modo di sostenersi reciprocamente nelle relazioni internazionali (vedi Darfur)"⁷.

Situazione attuale della cooperazione sanitaria

Nel novembre 2006 si è svolto a Pechino con sfarzo di mezzi un Forum sulla cooperazione fra Cina e Africa a cui hanno partecipato 41 capi di stato e di governo africani. In tale occasione è stata adottata una dichiarazione per un nuovo tipo di *partnership* strategica nella cooperazione e un piano di azione per il 2007-09. Il presidente cinese Hu Jintao ha annunciato il seguente pacchetto^{7,8}:

- raddoppiare l'assistenza all'Africa per il 2009;
- fornire 3 miliardi di dollari di prestiti agevolati e 2 di crediti agevolati ai partner commerciali;
- stabilire un fondo di sviluppo di 5 milioni di dollari per incoraggiare le compagnie cinesi a investire in Africa;
- costruire un centro conferenze per l'Unione Africana;
- cancellare il debito dei Paesi più poveri che hanno relazioni diplomatiche con la Cina;
- aprire il mercato cinese ai prodotti africani eliminando per gran parte di essi i dazi doganali;
- aprire nei prossimi 3 anni 3-5 zone di cooperazione economica e commerciale.

In tal modo la Cina diventerà il più importante finanziatore per l'Africa, superando la Banca Mondiale. La Cina è attualmente il terzo partner commerciale per l'Africa dopo gli Stati Uniti e la Francia e prima della Gran Bretagna.

La Cina si impegna altresì a fornire training professionale a 15.000 africani, a inviare esperti nel campo dell'agricoltura e giovani volontari e di offrire borse di studio per 4.000 studenti l'anno compreso personale sanitario.

Dal punto di vista della sanità, l'impegno è di costruire 30 ospedali soprattutto finalizzati al trattamento e prevenzione della malaria^{9,10}.

Questo perché dopo l'introduzione dell'artemisina, derivato dalla pianta cinese *artemisia annua* e già utilizzato nella medicina tradizionale cinese, come trattamento efficace per il trattamento della malaria, la cooperazione medica cinese si sta focalizzando su tale problema. La Cina fornirà aiuti per 37 milioni di dollari nei prossimi 3 anni per combattere la malattia e invierà medicine per lo stesso scopo a 33 Paesi.

Un progetto pilota per l'eradicazione della malaria sarà attuato nell'isola di Moheli nelle Comore con un finanziamento di 320.000 dollari, usando una combinazione di artemisina e piperachina¹¹.

Sono stati firmati progetti congiunti con l'Africa sul tema dell'AIDS¹² e su altre malattie infettive e per quanto riguarda le misure di allerta e di risposta in caso di epidemie.

Un altro punto di collaborazione con i Paesi africani è il tema della medicina tradizionale. I Paesi africani vedono la Cina come un esempio di valorizzazione e integrazione della medicina tradizionale e anche in questo campo sono avviate collaborazioni col supporto e l'appoggio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Sono stati firmati accordi specifici con alcuni stati africani: nel 2002 col Sudafrica (uso delle medicine tradizionali per il trattamento dell'AIDS); nel 2006 con la Tunisia (istituzione di un Centro per l'Ago-puntura col progetto di svilupparlo in futuro come centro per la medicina tradizionale cinese e per il training di medici provenienti non solo dai Paesi africani ma anche dai Paesi arabi)¹³, nel 2007 col Senegal (invio di una equipe di 16 medici che lavoreranno per 2 anni in un ospedale a Dakar e con l'invio di 256.000 dollari di medicine per il trattamento della malaria); col Marocco dove sono presenti dal 1975 e dove 1.200 medici hanno lavorato nel passato e 121 sono attualmente presenti.

Come afferma la già citata He Wanping nel suo articolo⁷ *The ba-*

lancing act of China's Africa policy, l'Africa è forse il più importante test per la promozione del *China soft power*, intendendo con questo un atteggiamento di disponibilità e di partneriato amichevole. Questi sforzi vanno in due direzioni: portare africani in Cina (vedi gli impegni del Forum) e mandare cinesi in Africa, e in questo senso si comprende anche la apertura di ben cinque Istituti Confucio in Africa negli ultimi anni, proprio con l'intento di diffondere le idee del governo cinese.

Esistono poi in Africa due situazioni particolari in campo sanitario. Una è la presenza di personale medico militare in appoggio alle truppe cinesi nella zona del Darfur, che presta comunque la sua opera anche a favore di truppe di altri Paesi e di civili; l'altra è la presenza di medici cinesi che si sono stabiliti in Africa, specie in Tanzania, e hanno cliniche private dove usano la medicina tradizionale cinese⁶.

Conclusioni

La Cina si presenta ai Paesi in via di sviluppo come un Paese senza un passato colonialista e questo accresce la sua credibilità. La sua influenza e le sue solide relazioni sono il risultato di una lunga politica di scambi tecnici, culturali e commerciali, in ambito medico e della educazione. L'attitudine cinese di "non vedere demoni" è uno degli aspetti più caratteristici e più apprezzati dagli altri Paesi ma è anche di grande aiuto per lo sviluppo di ogni specie di relazione.

Note bibliografiche

¹ Zhang Wenkang (a cura di), *2003 Yearbook of health in the P.R. of China*, People's Medical Publishing House, Beijing 2004.

² F. Cini, "La politica della Cina in Africa". *Politica Internazionale* n. 126, 5-17, gennaio-marzo 2006.

³ Drew Thompson "China soft power in Africa: from Beijing consensus to health diplomacy" <http://w.w.w.asiamedia.ucla.edu>

⁴ "Sailing doctors deliver 'Health Diplomacy'".

People's Daily Online 22 giugno 2006 <http://english.people.com.cn/>

⁵ E. Hsu, "Medicine as business: chinese medicine in Tanzania".

<http://www.ascleiden.nl/Pdf/paper10mei.pdf>

⁶ "Chinese medicine in East Africa and its effectiveness", IAS Newsletter#45, Autumn 2007.

⁶ (dall'agenzia di stampa cinese Xinhua) "China to continue to send medical teams to Africa". *People's Daily online* 18 ottobre 2006.

⁷ He Wenping. "The balancing act of China's Africa Policy", *China Security* 3 (3), estate 2007, p. 23-40, http://www.wsichina.org/cs7_2.pdf
e http://waas.cass.cn/en/others/show_user.asp?id=48

⁸ (dall'agenzia Xinhua) "China to double its assistance to Africa by 2009". *People's Daily*, 4 novembre 2006.

e Chee Yuk Ling, "China doubles aid and investment in Africa". *Third World Network infoserie*, 8 novembre 2006.

<http://www.twinside.org.sg/title2/finance/twninfo...>

⁹ Mao Xiulin, "Stilling on the chills". *China Daily* 7 febbraio 2007.

¹⁰ "Medical aid to Africa focuses on malaria". *People's Daily* 2 gennaio 2007.

¹¹ D. Lague, "On island off of Africa, China tries to wipe out malaria". 5-6-2007.

<http://www.iht.com/articles/2007/06/05/europe/malaria>

¹² "China, Africa vow closer cooperation in fighting on HIV/AIDS". *People's Daily* 6 novembre 2006

¹³ Tunisian health minister expects wider cooperation on traditional Chinese medicine. *People's Daily* 29 ottobre 2006.

¹⁴ P. Mooney, "China Africa safari". *Yale Global online* 3 gennaio 2005.

<http://yaleglobal.yale.edu/article.print?id=5106>

¹⁵ J-Ch. Servant, "China trade safari in Africa". *Le Monde diplomatique* maggio 2005.

¹⁶ (esperienza personale dell'autore).

¹⁷ Liu Weiling, "Bad medicine" *China Business Weekly*, 7-13 Novembre 2005.

1.12. L'aiuto allo sviluppo visto dal Sud di Sunil Deepak, Maria Hamlin Zuniga, Narayan Shrestha, Masood Yama e Victor Francisco Gomes

Introduzione

“Insieme al denaro e alle armi il terzo più importante prodotto d'esportazione nord-americano è l'idealista U.S., presente in ogni zona del mondo: il maestro, il volontario, il missionario, l'animatore di comunità, il consulente economico, il vacanziero solidale. Idealmente, queste persone definiscono il loro ruolo come servizio. In realtà essi molto spesso non fanno altro che mitigare il danno prodotto dal denaro e dalle armi o convincere i 'sottosviluppati' della bontà del mondo dell'affluenza e del profitto”. Era il 1968 e con queste parole Mons. Ivan Illich si rivolgeva agli studenti di Cuernavaca in Messico¹.

Negli ultimi decenni l'aiuto internazionale ha assunto le dimensioni di un'industria. Si stima che circa 1,6 trilioni di euro sono stati spesi nell'aiuto allo sviluppo negli ultimi cinquant'anni². Questo periodo ha visto crescere la professionalizzazione dell'aiuto allo sviluppo, con la produzione di una gigantesca mole di documenti strategici, linee guida, protocolli e manuali sui diversi aspetti della distribuzione degli aiuti. Questo contributo si propone di analizzare l'aiuto allo sviluppo dal punto di vista di chi riceve questo aiuto. Molte delle osservazioni contenute derivano dall'esperienza diretta degli autori nel loro lavoro nel Paese in cui vivono.

Il paradigma dell'aiuto

Nell'opinione pubblica l'aiuto è generalmente percepito come una forma di altruismo, un atto caritatevole che produce un flusso di risorse dai ricchi ai poveri, consentendo di ridurre la povertà e di dare più forza ai diseredati³. Spesso, anche tra i professionisti dell'aiuto, questa percezione di altruismo e di conseguente superiorità si trova racchiusa nel contesto di idee quali partenariato, dignità e

sviluppo. Gli ultimi decenni hanno registrato, in diversi modi, una graduale trasformazione delle norme che regolano l'aiuto allo sviluppo. L'entità degli aiuti dei Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) spesa per finanziare la salute e altri programmi sociali è sorprendentemente piccola: 3% per i servizi sanitari di base, 2% per altri servizi sanitari, 2% per l'istruzione di base e 7% per altri interventi educativi⁴. Gli USA, il più importante donatore al mondo in termini di volume di aiuti, ha progressivamente assegnato gli aiuti bilaterali in funzione della guerra al terrorismo. Le agenzie bilaterali e multilaterali usano gli aiuti per finanziare la privatizzazione dei servizi e promuovere i profitti delle multinazionali⁵. Le statistiche sull'aiuto pubblico allo sviluppo (APS) danno un'immagine deformata della realtà, perché in realtà i Paesi ricchi portano via risorse dai Paesi poveri attraverso gli interessi sul debito e altri meccanismi commerciali. Per esempio, nei Paesi col più alto carico di debito estero l'ammontare degli interessi versati rappresenta più di 7,5 volte la quantità dell'aiuto ricevuto⁶. Le esperienze personali degli autori di questo scritto che vivono in Nicaragua e Nepal, riportate rispettivamente nei riquadri 1 e 2, danno un'idea di alcuni dei problemi.

Box 1. Aiuto allo sviluppo in Nicaragua: esperienze di un'organizzazione comunitaria

Durante gli anni settanta e ottanta ci fu un ampio sostegno a favore di idee progressiste. Ciò si concretizzò nell'appoggio ai programmi della Rivoluzione Sandinista come pure ai movimenti di liberazione in El Salvador e Guatemala. Per esempio, nel campo dell'assistenza alle donne, l'orientamento si spostò dal classico approccio materno-infantile all'enfasi sulla salute delle donne distinta dalla salute dei bambini e quindi rivolto ai diritti sessuali e riproduttivi. Tuttavia, negli anni novanta il neoliberalismo cominciò a esercitare un forte controllo sulle scelte delle Organizzazioni Non Governative, forse perché gran parte di queste dipendevano dai finanziamenti del governo. Le conseguenze di questo cambio di paradigma furono lo spostamento da programmi basati su processi di lunga gittata a progetti con impatto a breve termine.

Box 2. Aiuto allo sviluppo in Nepal: esperienze di un'organizzazione di base

Dopo aver iniziato un intervento nel campo dell'HIV/AIDS in un distretto del Nepal, nei primi nove mesi di lavoro identificammo 61 casi di positività. Nove di questi morirono a causa di tubercolosi, malnutrizione, discriminazione e mancanza di assistenza. Così noi cercammo il supporto di un'agenzia di donatori. L'agenzia organizzò seminari di formazione, pagando 3.000 Rupie (circa 45 dollari) al giorno per partecipante, ma senza dare aiuto ai pazienti HIV positivi che stavano per morire. L'agenzia giustificò la sua scelta col fatto che tale intervento avrebbe provocato dipendenza.

Naturalmente non tutte le agenzie di aiuto allo sviluppo si comportano allo stesso modo e aumentano quelle che forniscono, oltre alla formazione, gli strumenti necessari a mettere in pratica quanto appreso. Ma l'esperienza riferita indica a quali eccessi si può arrivare se si applicano progetti verticali, che si occupano cioè di un intervento specifico, magari lodevole, senza interessarsi e occuparsi del contesto e di come cambia in seguito all'intervento. L'egemonia del paradigma neo-liberale negli aiuti internazionali può segnare il passaggio verso una politica di risposte rapide e standardizzate, focalizzate su obiettivi ristretti, su soluzioni tecnologiche relativamente semplici da rendicontare, ma che non rispondono ai bisogni articolati e complessi delle popolazioni.

La giustificazione per l'aiuto

Le opinioni sull'aiuto allo sviluppo sono varie, ma si possono distinguere due opposte posizioni:

1. la giustificazione dell'aiuto finanziario in termini di risorse necessarie per rispondere ai bisogni della popolazione oggetto di aiuto e per raggiungere obiettivi di sviluppo umano;
2. la percezione dell'aiuto allo sviluppo come strumento del mondo industrializzato per mantenere o promuovere il dominio dei Paesi ricchi su quelli poveri.

È stato calcolato che i Paesi in via di sviluppo hanno bisogno di un aiuto addizionale annuo pari a una cifra variabile da 25 a 70 mi-

liardi di dollari per raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (MDG)⁷. Generalmente questi calcoli e relativi appelli per ottenere maggiori finanziamenti ricevono risposte insufficienti dai donatori. Per esempio, il governo afgano aveva stimato un fabbisogno di aiuti di 168 dollari per abitante l'anno per la durata di sette anni⁸. Nei fatti, i versamenti erogati all'Afghanistan nel periodo 2002-2005 sono stati di circa 83 dollari per abitante l'anno⁹. All'altro estremo, l'aiuto allo sviluppo è visto con sospetto, come un piano per perpetuare il dominio neo-coloniale del mondo sviluppato.

Da questo punto di vista, sia le Organizzazioni Non Governative (ONG) internazionali che i loro partner nazionali sono a volte considerati complici delle politiche neo-liberiste che spingono per il ritiro dello Stato dalle sue responsabilità in campo sociale, sanitario ed educativo. In un articolo dal titolo esilarante ("La posizione del missionario"), alcuni sostengono che "...fu quando i programmi di aggiustamento strutturale furono imposti in Africa dalle istituzioni finanziarie internazionali e dalle agenzie per lo sviluppo che le ONG cominciarono a prosperare, prendendo gradualmente il posto dello stato, che nel frattempo era stato convinto a disimpegnarsi dall'erogazione dei servizi sociali alla popolazione... Il ruolo giocato dalle ONG nell'espandere e consolidare l'egemonia neo-liberista nel contesto globale può essere stato inconsapevole. Può essere stato non diretto e neppure subdolo, come alcune attività volontariamente portate avanti da organizzazioni missionarie e di volontariato durante il periodo coloniale. Ma non per questo è stato meno significativo. Anzi, si potrebbe affermare che proprio per questo è stato più efficace"¹⁰. Le ONG, pur essendo consapevoli che talvolta il loro lavoro può essere usato dai governi come alibi per non assumersi le loro responsabilità, sostengono che spesso non hanno altra scelta. Questa situazione può essere ancora più problematica in Paesi con regimi repressivi, dove l'aiuto alle popolazioni può essere interpretato come un supporto ai regimi. Il dilemma alla fin fine è questo: possiamo lasciare le persone soffrire o morire per mettere i governi di fronte alle loro responsabilità? O persone innocenti patire per i crimini dei loro regimi repressivi? Il recente esempio della tragedia che ha colpito la Birmania (primavera 2008) ha posto nuovamente in primo piano questa questione.

La dipendenza dall'aiuto esterno

Nella realtà attuale, con una situazione totalmente deteriorata in molti Paesi in via di sviluppo in termini di risorse, la dipendenza dall'aiuto esterno non è una scelta. Non c'è scampo da questa dipendenza per garantire qualche servizio sanitario, sociale ed educativo quando si è schiacciati tra un ingiusto ordine mondiale, la mancanza di sviluppo e di risorse, un pesante carico di debiti e una serie di problemi interni come la corruzione e la presenza di politiche che favoriscono le élite locali. L'esempio del riquadro 3 illustra questa situazione.

Box 3. Dipendenza dall'aiuto esterno: un esempio dalla Guinea Bissau

In questo Paese i fondi per il settore sanitario provengono dall'esterno, ma il loro flusso non è regolare. Se la disponibilità dei fondi non è assicurata, il governo non può fare programmi a lungo termine. Il Programma nazionale per il controllo della tubercolosi registrò un'interruzione nell'erogazione dei farmaci quando il partner estero decise di ritirarsi. Il governo, che non aveva le risorse per acquistare i farmaci, si mise alla ricerca di un nuovo partner. Dal 2005 il programma beneficia del supporto del *Global Fund*, che tuttavia, a causa della sua burocrazia, non è stato in grado di dare una risposta rapida all'emergenza della mancanza di farmaci, perché questi non erano stati inclusi nel progetto. Il Programma nazionale decise allora di applicare uno schema di trattamento alternativo, ma i centri di cura non erano attrezzati per erogare altri schemi di terapia. In situazioni come queste come si può evitare lo sviluppo di resistenze?

Si tratta chiaramente di un esempio estremo, perché non sempre le cose vanno così male, anche se un grado alto di dipendenza dall'esterno, come nel caso della Guinea Bissau, fa aumentare le probabilità che si verifichino situazioni simili. Globalmente, l'aiuto allo sviluppo costituisce circa il 3,7% della spesa sanitaria totale dei Paesi che ricevono aiuti; a livelli così bassi la dipendenza non è così drammatica, ma lo può diventare quando l'aiuto raggiunge il 30%, il 50% o più della spesa sanitaria, come succede a volte in qualche paese dell'Africa subsahariana. E anche in questi casi vi possono essere eccezioni. Governi che possiamo, per un verso o per l'altro,

classificare come forti, per esempio gli attuali governi di Sudan, Uganda e Zimbabwe, mostrano una notevole tendenza a non farsi condizionare, o a farsi condizionare a intermittenza, pur dipendendo in larga misura dagli aiuti esterni.

La necessità di coordinare gli aiuti da parte dei governi

Come l'aiuto allo sviluppo sia incanalato è un'altra questione chiave, senza facili soluzioni. Ci sono molti argomenti per sostenere che gli aiuti debbano passare attraverso i governi locali in modo coordinato, per far sì che le politiche e le linee guida nazionali siano rispettate, e che i servizi essenziali siano coperti adeguatamente e in modo da creare sinergie, evitando la nascita di iniziative parallele e lo spreco di risorse. D'altro canto, i donatori sollevano problemi di trasparenza, corruzione, uso improprio di fondi, mancanza di risultati misurabili, e difficoltà di monitoraggio e valutazione per giustificare un intervento diretto, senza la mediazione del governo. Per esempio, in Guinea Bissau, 40 organizzazioni internazionali sono coinvolte nel fornire sostegno finanziario al settore sanitario¹¹. A causa della fragilità del governo nazionale, e della mancanza di trasparenza e di risorse umane qualificate, spesso le Organizzazioni Internazionali non tengono conto delle priorità nazionali e si mettono a competere tra loro. Nello stesso Paese, le organizzazioni religiose spesso si muovono senza alcun coordinamento con il governo. Di fronte a queste difficoltà il governo non è in grado di usare le risorse esterne disponibili per il settore sanitario in maniera ottimale. Un altro esempio, proveniente dall'Afghanistan (riquadro 4), dà l'idea della complessità del problema.

Box 4. Promuovere l'efficacia degli aiuti: un esempio dall'Afghanistan

Il governo afgano ha proposto un piano d'azione per promuovere una maggiore efficacia degli aiuti, secondo i principi della *Paris Declaration on Aid Effectiveness*. Questo piano include azioni per aumentare la responsabilità del governo e garantire a questo un'effettiva *leadership* nello sviluppo delle politiche e delle strategie. Per realizzare ciò il governo ha rafforzato il ruolo dell'*Afghanistan National Development Strategy*, per consentire ai partner di allineare i flussi di aiuti con le politiche del

governo. Almeno sulla carta, i donatori hanno cominciato ad aumentare il loro impegno nel finanziamento di quella parte del budget che è sotto il controllo del governo, destinato cioè a soddisfare le priorità nazionali¹². Tuttavia, non è facile calcolare quanto aiuto è incanalato attraverso il governo e quanto è fuori del controllo dello stesso, perché molti donatori continuano a fare programmi al di fuori del budget¹³. Alla fine, nonostante gli impegni sulla carta, circa tre quarti dell'assistenza dei donatori è ancora erogata al di fuori del bilancio governativo¹⁴.

La capacità dei governi di usare gli aiuti

Se è vero che c'è il bisogno di coordinare gli aiuti e di incanalarli attraverso il governo locale, è altrettanto vero che in molti casi i governi locali sono incapaci di usare gli aiuti. Per esempio, la questione della capacità dei governi di assorbire gli aiuti è stata dibattuta nel G8 dedicato agli aiuti all'Africa. Si è sostenuto al riguardo che massicce iniezioni di aiuti esterni possono mettere sotto eccessiva pressione i governi dal punto di vista della gestione macroeconomica, della pianificazione e del bilancio¹⁵.

Il peso del debito, SWAPS e sviluppo

Il peso del debito è considerato uno dei principali fattori che influenzano la capacità dei governi dei Paesi in via di sviluppo di rispondere ai bisogni della popolazione. SWAPS, (da *to swap* = scambiare, da non confondere con il cosiddetto *Sector Wide Approach* - SWAp), significa che se un governo ottiene la cancellazione del debito, in cambio s'impegna a riversare tutto o parte del denaro che avrebbe dovuto pagare in un determinato progetto sociale, spesso con la supervisione di un'organizzazione locale. Tuttavia, spesso l'impatto degli SWAPS è di portata limitata. Per loro natura questi progetti privilegiano interventi suggeriti dai donatori e da ONG. Per esempio, il governo dell'Indonesia accettò la proposta del governo tedesco di cancellare parte del debito in cambio di un programma di sviluppo nei settori dell'educazione e dell'ambiente, ma l'entità dei progetti risultò di gran lunga inferiore rispetto al debito maturato dall'Indonesia nei confronti della Germania¹⁶.

Aiuti erogati al di fuori del controllo dei governi

Gli aiuti allo sviluppo che non passano attraverso i canali dei governi locali possono essere incanalati attraverso ONG o organizzazioni religiose locali, o attraverso l'intervento diretto di ONG internazionali. Queste, basate nei Paesi industrializzati e operanti nei Paesi in via di sviluppo, lavorano frequentemente in collaborazione con ONG nazionali. Per esempio, organizzazioni sindacali o di persone disabili locali, operano spesso in regime di partenariato con organizzazioni simili dei Paesi sviluppati. Collaborare con ONG locali è spesso preferibile in situazioni dove i governi sono percepiti come problematici o in situazioni di conflitto e di guerra, o per promuovere approcci basati sulla comunità, o per rafforzare gruppi di popolazione oppressi.

Molte organizzazioni umanitarie internazionali sono nate come organizzazioni religiose, in particolare organizzazioni cristiane, alla fine dell'Ottocento e all'inizio del Novecento. Per esempio, le due organizzazioni britanniche contro la lebbra, *Mission to Lepers* e *British Empire Leprosy Relief Association*, sono nate rispettivamente nel 1874 e nel 1924. Molte di queste organizzazioni erano legate al colonialismo europeo. Dopo la fine del periodo coloniale le organizzazioni religiose, spesso attraverso i confratelli locali, si sono sviluppate intervenendo in attività che andavano al di là della sfera religiosa, come i settori sociali, sanitari ed educativi. Questo fenomeno ha riguardato inizialmente le organizzazioni cristiane, ma si è gradualmente esteso anche ad altre confessioni; così oggi abbiamo nel mondo organizzazioni umanitarie musulmane, ebraiche e indù. Le organizzazioni religiose dei Paesi sviluppati e di quelli ricchi di petrolio erogano significative risorse per l'aiuto allo sviluppo. Per esempio, il 21% dei contributi del governo norvegese destinato alle ONG che operano nei Paesi a basso reddito è incanalato attraverso organizzazioni religiose norvegesi¹⁷. Secondo l'UNESCO, la Monarchia dell'Arabia Saudita è considerata come uno dei più importanti donatori al mondo¹⁸.

Interventi diretti delle ONG internazionali

Molte ONG internazionali basate nei Paesi industrializzati hanno uffici e impiegano personale espatriato e personale locale per realizzare direttamente le loro attività. Alcuni finanziamenti internazionali finalizzati all'intervento in caso di disastri e situazioni di emergenza, come quelli provenienti dagli uffici dell'*European Commission's Humanitarian Aid Office* (ECHO) dell'Unione Europea, sono erogati quasi esclusivamente a ONG internazionali. Il riquadro 5 presenta i risultati di una ricerca effettuata in Mongolia riguardante il giudizio dell'opinione pubblica sull'intervento diretto delle ONG internazionali. Da questi risultati sembra che le popolazioni oggetto di aiuto apprezzino, anche se in misura insufficiente, alcuni aspetti e interventi di queste ONG, ma abbiano anche delle remore concernenti altri aspetti.

Box 5. Opinioni sull'intervento diretto delle ONG internazionali in Mongolia

In una ricerca che ha coinvolto un campione di 305 persone, gli intervistati hanno espresso la loro opinione riguardo alle aree in cui le ONG internazionali dimostravano di operare in maniera efficiente. Ecco le risposte: sostegno ai bisogni umani di base (42,9%), assistenza all'infanzia (52,7%), diritti umani e democrazia (35,2%), assistenza giuridica (25,7%), pubblica amministrazione (21,7%), sanità (54,2%), istruzione (56,1%). Le opinioni negative si sono manifestate sui seguenti aspetti: propagazione di religioni non tradizionali (14%), mancanza di controllo sulle attività (9%), erogazione di beni inutili e aumento dell'apatia (18%). Altre aree di impatto negativo sono state: pochi risultati a lungo termine e scarsa conoscenza delle condizioni locali¹⁹.

L'intervento diretto delle ONG internazionali nei Paesi in via di sviluppo è giustificato da differenti argomenti come: garantire un'alta qualità dei servizi, evitare la corruzione, assicurare che i fondi raggiungano i beneficiari finali. Tuttavia, ci sono molti problemi con questo tipo di approccio. Per esempio, in uno studio sull'impatto dell'intervento diretto delle ONG internazionali nel settore sanitario in Mozambico, è stato osservato quanto segue: "Le forme più dirette di rapporto tra operatori delle ONG internazionali e le comunità be-

neficiarie avvengono alla periferia, nelle provincie dove l'aiuto esterno arriva alla sua destinazione attesa. In questa inusuale interfaccia sociale tra tecnici altamente istruiti provenienti da Paesi ricchi e comunità che vivono in condizioni di povertà estrema, le relazioni tra i diversi attori presenti sul campo si caratterizzano per una tale asimmetria di potere e di cultura da influenzare i programmi e le strategie d'intervento. In questa situazione, l'esercizio del potere da parte di donatori ricchi nei confronti delle popolazioni bersaglio, compresi gli operatori sanitari locali, viene messo a nudo, così come risulta ancora più visibile l'irrilevanza dei servizi sanitari pubblici locali a confronto con quelli organizzati dalle ONG internazionali²⁰.

Aiuti incanalati attraverso agenzie multilaterali

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) è l'agenzia specializzata delle Nazioni Unite per la salute. Essa non fornisce aiuti se non in forma di piccoli progetti di assistenza tecnica e di consulenza. Altre agenzie delle Nazioni Unite, come l'UNICEF e l'UNHCR, l'agenzia che si occupa dei rifugiati, incanalano consistenti aiuti e i loro programmi sono oggetto di acceso dibattito. Per esempio, si discute se l'UNICEF debba promuovere interventi più specifici nel campo della sopravvivenza dei bambini o se le sue strategie debbano essere più ampie e finalizzate allo sviluppo²¹. Più complesso è il capitolo degli aiuti attraverso le agenzie delle Nazioni Unite che si occupano di emergenze. In questo campo sono coinvolte ben sedici agenzie e vi sono seri problemi di mancanza di coordinamento e di accesa competizione tra le stesse²².

L'accountability delle ONG nazionali²³

Le ONG nazionali hanno problemi di *accountability*, cioè di trasparenza e rendicontazione, al pari delle ONG internazionali. A questo proposito, una rete di associazioni in Sri Lanka sostiene che: "Mentre le agende e i programmi delle ONG e delle organizzazioni popolari locali sono coerenti con i bisogni del Paese e della popolazione cui alla fine devono rendere conto, le agende e i programmi delle agenzie estere sono in larga parte il prodotto delle dinamiche

politiche, economiche e culturali interne ai loro Paesi, perché alla fine i soggetti cui devono rispondere sono i loro governi e le loro opinioni pubbliche”²⁴. Simili problemi si pongono anche per le ONG locali: “Poche ONG del Sud hanno finora sviluppato meccanismi che rendono efficace la loro trasparenza e rendicontazione. Nonostante le tante coalizioni e le attività condivise, nel profondo esse mantengono qualcosa di segreto. Non sempre è chiaro come battono i loro cuori. Anche il loro lavoro è opaco”²⁵. Così i problemi di *accountability* saltano fuori periodicamente sia per le ONG internazionali sia per quelle locali.

Fondi usati per gli espatriati e portati fuori dal Paese

Una frequente accusa contro le agenzie e le organizzazioni di aiuto allo sviluppo è che esse usano una significativa percentuale dei loro fondi per pagare il personale espatriato, in particolare i consulenti. Un'altra rilevante parte dei fondi è inoltre usata per acquistare servizi e attrezzature dal Paese donatore, per cui solo una piccola parte dei finanziamenti dichiarati raggiunge effettivamente il Paese beneficiario. Un rapporto sostiene che i consulenti assorbono l'enorme somma di 20 miliardi di dollari dalla torta globale degli aiuti allo sviluppo, circa il 40% del totale²⁶. Il riquadro 6 riporta un'esperienza dall'Afghanistan.

Box 6. I consulenti espatriati in Afghanistan

Secondo un rapporto del Ministero delle Finanze afgano, il governo è responsabile dell'uso di soli 3,7 miliardi di dollari sul totale complessivo di 12,8 miliardi di aiuti erogati negli ultimi cinque anni; il resto è stato speso direttamente dai donatori²⁷. Secondo Mustafa Kazimi, presidente della commissione economica del parlamento afgano, “per ogni dollaro speso dai donatori per la ricostruzione dell'Afghanistan, 80 centesimi vanno fuori del Paese”²⁸. In Afghanistan c'è una diffusa preoccupazione circa i costi e l'efficacia dei consulenti esteri, le cui parcelle rappresentano la maggior parte della spesa dei donatori. L'assistenza tecnica internazionale rappresenta un quarto di tutti gli aiuti all'Afghanistan. Dato che gli stipendi dei consulenti vanno dai 100.000 ai 150.000 dollari l'anno, questi sono circa 200 volte superiori a quelli dei dipendenti pubblici afgani²⁹.

Risorse umane e fuga di cervelli

La fuga (o drenaggio) di cervelli (*brain drain*) è un altro problema associato con l'aiuto ai Paesi in via di sviluppo. Personale competente che lavora per i governi o presso le ONG locali è spesso reclutato dalle agenzie internazionali attraverso l'offerta di salari più alti. Per esempio, secondo Ehsan Zia, ministro afgano per lo sviluppo e la ricostruzione rurale, "abbiamo perso otto professionisti, tutti assunti da organizzazioni internazionali che hanno offerto stipendi più attraenti"³⁰. Uno studio condotto in Mozambico riporta: "Alcuni operatori sanitari mozambicani dipendenti dal servizio pubblico sono stati spinti a lavorare per ONG internazionali a causa dei più alti salari. I salari pagati dalle ONG vanno dai 500 ai 1.500 dollari al mese, a confronto con i 50 dollari al mese di un operatore sanitario pubblico di medio livello. Riuscire a lavorare con una ONG è come vincere una lotteria. In un anno di lavoro con una ONG, si può guadagnare l'equivalente di 20 anni di salario nel settore pubblico. Con queste differenze, neppure i benefici della pensione e la sicurezza del posto di lavoro nel servizio sanitario pubblico possono motivare gli operatori a restare"³¹.

Cambiano le parole di moda

I ragionamenti sullo sviluppo sono spesso guidati dalle parole di moda del momento. Così un anno la parola di moda è un approccio basato sui diritti, l'anno successivo può essere lo sviluppo partecipato. Ciascuna parola di moda diventa un mantra magico, oggetto di studi, ricerche, manuali di formazione, da essere discussi in costose riunioni e seminari. Uno degli autori di questo scritto, che ha partecipato a un evento organizzato da partner internazionali in un albergo di lusso, così riflette: "*Governance*, partecipazione, *accountability*, eccetera, stanno diventando parole di moda, ma c'è un problema. Questi concetti stanno aiutando a risolvere i problemi della povertà, dell'oppressione, dello sfruttamento del Nepal? È abbastanza frustrante vedere che c'è abbastanza denaro per organizzare questo tipo di eventi. Probabilmente le spese per la mia partecipazione a questo forum equivalgono al reddito di cinque famiglie povere del

Nepal; con la stessa cifra si sarebbero potute finanziare le tasse scolastiche di 20-25 studenti per un anno”.

La crescente burocrazia delle ONG internazionali

Il crescente uso di strumenti manageriali mutuati dalle organizzazioni *for profit* è un altro problema cui devono far fronte le ONG locali e le organizzazioni popolari nei Paesi in via di sviluppo. Le proposte di progetti devono essere preparate in accordo con modelli pre-determinati. Alcuni di questi contengono domande alquanto ipocrite. Per esempio, cosa significa sostenibilità a proposito delle ONG di un Paese povero? Sono le ONG europee sostenibili? Uno degli autori di questo scritto sostiene: “Ci sono diversi cambiamenti nel modo con cui sostenere le ONG. Per esempio, dal sostegno a singole organizzazioni al sostegno a coalizioni di ONG locali che lavorano insieme in un singolo progetto. Noi abbiamo visto le agenzie internazionali promuovere questi meccanismi per facilitare le proprie amministrazioni, non tanto per venire incontro a un bisogno locale, sebbene ciò sia comunque utile. Molte volte le coalizioni esistono solo per avere accesso ai fondi, e infatti la competizione per ottenere i finanziamenti dei donatori destinati alle coalizioni è estremamente pesante”.

Un altro problema è rappresentato da organizzazioni di donatori che sono portatori di interessi molto specifici. Molte affermano di non voler sostenere progetti di salute, ritenendo il termine troppo biomedico. Le proposte di progetti, come pure i criteri contabili e i sistemi di rendicontazione, sono basate su linee guida particolarmente complesse e rigide. Sono molto esigenti e non negoziabili. Molte sono state elaborate dall'Unione Europea o da governi nazionali. Non esiste un singolo formato comune: ogni agenzia, ogni governo ha un formato diverso. Quando un progetto ha donatori multipli, ciò comporta la stesura di un rapporto per ogni donatore. Ci sono anche difficoltà amministrative. Ogni agenzia pretende le ricevute originali, così quando ci sono donatori multipli ci sono anche costi aggiuntivi per fotocopiare e autenticare tutte le ricevute, e tali procedure amministrative diventano un incubo. Diversi donatori erogano il rimborso solo dopo che un'attività o un progetto è giunto

a conclusione, e ciò mette sotto una terribile pressione l'ONG locale. Talvolta i rimborsi arrivano anche dopo sei mesi, nonostante i tempi più ristretti previsti dal contratto.

Spesso le agenzie e le organizzazioni per l'aiuto allo sviluppo parlano di partenariato, partecipazione, pari dignità, eccetera, ma sono solo parole. In realtà c'è una forte pressione per ottenere risultati dimostrabili in tempi brevi. Per le ONG che lavorano con le comunità c'è poco spazio per la flessibilità. Talvolta anche le attività meglio pianificate non funzionano, ma se un'ONG locale cerca di condividere con il donatore gli aspetti critici di quell'esperienza, ciò è considerato una forma di fallimento e il finanziamento potrebbe essere bloccato. Se si vuole continuare a ricevere i fondi, si deve mostrare che tutto funziona alla perfezione. Non sempre è così, naturalmente. Se il partner locale è competente, dispone di solide informazioni e ha capacità manageriale, può riuscire a convincere i donatori a modificare le loro pretese per venire incontro alle esigenze locali. Può addirittura convincerli a finanziare attività correnti, e non solo progetti specifici. Ma i partner locali con queste abilità non sono la maggioranza. Quando le situazioni sono complesse, o richiedono un lavoro paziente con le comunità attraverso un graduale processo di cambiamento, i sistemi di valutazione standardizzati con tempi prefissati non funzionano. Così, per le situazioni complesse, a volte si propongono soluzioni meramente tecnologiche, come le soluzioni biomediche per i problemi di salute. I determinanti sociali dei problemi sono ignorati.

L'aiuto come alibi per ridurre la responsabilità dello stato

Vi sono prove del crescente impegno di diversi attori non governativi nell'erogazione di servizi. Questi possono dimostrare approcci innovativi per venire incontro ai bisogni di salute di diversi gruppi marginalizzati di popolazione. Tuttavia, è tutta da dimostrare l'idea che ONG e organizzazioni religiose che si sostituiscono allo stato nella gestione dei servizi operino meglio. In realtà, alcuni studi hanno dimostrato che i servizi delle ONG a favore delle comunità più povere erano male organizzati. In conclusione non è da condividere

la politica di assegnare allo stato solo le funzioni di regolatore e alle organizzazioni della società civile le funzioni di erogazione dei servizi³². Quando le ONG assumono il ruolo di gestore di servizi sostituendosi alla responsabilità dello stato, ne devono rendere conto ai cittadini. Nella maggior parte dei Paesi si registra un aumento del numero di ONG. Per esempio, uno studio del 1997 ha calcolato che in Madagascar vi erano circa 2.000 ONG, di cui 600 nella capitale Antananarivo³³.

Conclusioni

Questi punti di vista del Sud sull'aiuto allo sviluppo riflettono la complessità della situazione e la diversità delle opinioni. Anche solo discutendo il paradigma di base degli aiuti è possibile individuare alcune aree di criticità:

- l'importanza dei meccanismi di coordinamento tra donatori e beneficiari per far sì che gli aiuti siano veramente indirizzati verso le priorità individuate dai governi nazionali;
- la necessità di promuovere sinergie e collaborazioni piuttosto che approcci paralleli e competitivi;
- l'importanza di ridurre il carico burocratico imposto ai partner dei Paesi in via di sviluppo, anche attraverso il coordinamento delle organizzazioni internazionali, per evitare che ciascuna di esse richieda procedure differenti l'una dall'altra;
- la necessità di trovare il modo di sostenere cambiamenti radicali a livello di comunità in maniera flessibile, piuttosto che promuovere soluzioni con obiettivi troppo ristretti e con risultati a breve termine;
- la necessità di ridurre il ruolo degli espatriati e dei consulenti, rafforzando capacità e competenze del personale locale, evitando inoltre di favorire la migrazione delle persone più preparate dai servizi essenziali.

Queste aree critiche non hanno facili soluzioni. Anche sul versante dei Paesi in via di sviluppo problemi come la mancanza di trasparenza, la corruzione e l'uso improprio dei fondi richiedono monitoraggi e verifiche. In conclusione la sfida più importante è trovare il modo di minimizzare la burocrazia e promuovere la flessibilità attra-

verso sistemi di verifica e controllo che garantiscano che i fondi sono usati adeguatamente.

Note bibliografiche

¹ I. Illich, To hell with good intentions. National Society for Internships and Experiential Education, Part II – Cross Cultural Learning. www.augustana.ab.ca/rdx/eng/anthology/thwgiillich.doc consultato nel gennaio 2008.

² J. Ncayiyana Dan (editorial), Combating poverty: the charade of development aid. *BMJ* 2007; 335: 1272-3.

³ F. Manji, C. O’Coill, The missionary position: NGOs and development in Africa. *International Affairs* 2002; 78: 567-83.

⁴ J. Randel, T. German, D. Ewing (editors), *The reality of aid*, Zed Books, London 2004.

⁵ People’s Health Movement, Medact, Global Equity Gauge Alliance. *Global Health Watch 2005-06*. UNISA Press & Zed Books, London 2006, pp. 322-31.

⁶ International aid observatory. Alternative indicators for developing countries indebtedness. www.oid-ido.org/rubrique.php?id_rubrique=25

⁷ De Rebacca Dodd, et al., *AID effectiveness and health*. WHO/HSS/Healthsystems/2007.2 Working paper n. 9.

⁸ Afghanistan Vision 2020, Millenium Development Goals, Islamic Republic of Afghanistan, country Report 2005.

⁹ Ministry of Finance of Afghanistan. Budget Department Estimates, April 2007.

¹⁰ F. Manji, C. O’Coill, *op. cit.*

¹¹ PNDS, Guiné-Bissau 2003-2007, Ministry of Health, Guinea Bissau, 2003.

¹² Prioritizing aid effectiveness – Taking forward Afghanistan compact and Paris declaration commitments, Ministry of Finance, Afghanistan, final draft, 18 April 2007.

¹³ Hamish Nixon, *Aiding the state? International assistance and the state building paradox in Afghanistan*. Kabul, AREU, April 2007.

¹⁴ Peace Dividend Trust, Afghanistan Compact Procurement Project, Final Report, April 1, 2007.

¹⁵ P. De Renzio, *Africa after the Africa Commission: what priorities for the German G8*. Overseas Development Institute, DFID Forum, London UK, May 2007.

¹⁶ D.K. Sari, *Indonesia needs more progressive debt relief than debt swap*. International NGO Forum on Indonesian development, Jakarta, 2006.

¹⁷ *Norwegian Government’s cooperation with NGOs and faith based organisations*. Background paper for the presentation by State Secretary, Deputy Minister of International Development Olav Kjørven at the Africa – Christian Leaders’ gathering, 15-17 November 2004.

¹⁸ http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=32647&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html consultato nel gennaio 2008.

¹⁹ International NGOs in Mongolia, Dalaibuyan B. Central Asian Research Initiative Open Society initiative. Mongolia State University of Education, 2004.

²⁰ J. Pfeiffer, International NGOs and primary health care in Mozambique: the need for a new model of collaboration. *Social Science and Medicine* 2003; 56: 725-38.

²¹ Holding to account: global institutions, transnational corporations and rich nations. In: People’s Health Movement, Medact, Global Equity Gauge Alliance. *Global Health Watch 2005-06*, UNISA Press & Zed Books, London 2006.

²² G. Hancock, *Lords of poverty*, Mandarin Books, UK 1989.

²³ *Accountability*: letteralmente, responsabilità. Preferiamo però mantenere nel testo il termine inglese perché difficilmente traducibile in italiano senza il pericolo di una perdita di significato, che è quello del rendere conto di ciò che si fa, compreso come si spendono i fondi a disposizione.

²⁴ S. Fernando, *Foreign development agencies in Sri Lanka: a political-historical perspective*, IRED, Sri Lanka 1991, p. 2.

²⁵ I. Smillie, *The alms bazaar: altruism under fire, non profit organisations and international development*. Intermediate Technology publications, UK 1995, p. 193.

²⁶ N. Mathiason, Global aid, *The Guardian*, 29 May 2005.

²⁷ Anwar-ul-Haq Ahady, Afghanistan Finance Minister, speaking in the wake of Afghanistan's Development Forum, aimed at assessing development outcomes and the country's future needs. Kabul, Afghanistan, 29-30 April 2007.

²⁸ Reuters, Afghanistan. Government questions effectiveness of foreign aid billions. 07 May 2007, consultato 11 dicembre 2007 www.alertnet.org/thenews/newsdesk/IRIN/ed8d0501efbd58d3074e7fb62c0e5b7c.htm

²⁹ Agency Coordinating Body for Afghan Relief. *Enhancing aid effectiveness*. Afghan Development Forum, April 2007.

³⁰ Reuters, Afghanistan, *op. cit.*

³¹ J. Pfeiffer, *op. cit.*

³² R. Loewenson, *Overview of issues from the bibliography on civil society and health*. WHO CSI/2003/BI1, Geneva 2003, pp. 3, 6-7.

³³ Spore. *Who owns civil society*. Technical Centre for Agricultural and Rural Cooperation ACP-EU - CTA, No. 79, February 1999, Olanda, pp. 1-3 www.cta.nl

1.13. Il punto di vista delle ONG

1.13.1. Medici Senza Frontiere di Kostas Moschochoritis

Introduzione

Il mondo umanitario dopo la fine della guerra fredda è entrato in una nuova fase. A partire dagli anni novanta, il mutamento degli scenari geo-politici, sociali ed economici internazionali ha indotto una notevole restrizione degli spazi per le operazioni indipendenti e neutrali di aiuto alle popolazioni vittime di conflitti. Di questa restrizione, Medici Senza Frontiere (MSF), organizzazione pioniera dell'intervento sanitario in aree di conflitto, ne ha colto ripetutamente i segni.

L'imperativo umanitario impone di portare soccorso alla popolazione civile coinvolta in conflitti armati o travolta da calamità naturali e ispira la sua azione ai principi fondanti di indipendenza, neutralità e imparzialità. Questi principi, che richiamano all'astensione dalle dinamiche militari e politiche del conflitto e all'intervento attuato senza discriminazioni, seguendo esclusivamente le priorità dettate dai bisogni reali della popolazione, sono oggi sottoposti a una pressione crescente. Costretta e limitata da divise militari, ingerenze economiche e mandati politici, l'azione umanitaria si trova a operare in ambiti sempre più ristretti e il suo fine diventa sempre più difficile da perseguire quando le ragioni dell'umanitarismo sono invocate per legittimare agende politiche.

La fine dell'antagonismo Est-Ovest che aveva caratterizzato la guerra fredda ha segnato anche un cambio radicale nella politica delle Nazioni Unite. Fra il 1948 e il 1988, il Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite ha lanciato 14 operazioni di *peacekeeping* mentre negli anni novanta, in risposta all'aumento dei conflitti, sono state avviate ben 35 missioni e altre sei sono state decise a partire dal 2000. Anche la presenza internazionale italiana è cresciuta, in particolare attraverso la partecipazione alle operazioni conseguenti alla

crisi del Golfo Persico e alle vicende dei Balcani. Delle 108 missioni a cui hanno preso parte contingenti italiani, quelle condotte dalle Organizzazioni internazionali alle quali l'Italia appartiene sono 77¹.

L'ONU si trova dunque a rispondere a una serie di emergenze complesse che implicano simultaneamente considerazioni di aspetto politico, militare e umanitario. Aumenta la gamma dei suoi compiti: la distribuzione degli aiuti umanitari, il disarmo e la smobilitazione, la creazione di un ambiente sicuro per le elezioni, il resoconto delle violazioni del diritto umanitario internazionale, oltre naturalmente ai compiti di monitoraggio e controllo del cessate il fuoco. Questo nuovo ruolo del Consiglio continuerà per tutti gli anni novanta durante i quali le operazioni di *peacekeeping* si trasformano da limitate operazioni di interposizione tra forze militari a complessi interventi di mantenimento della pace e ricostruzione in Paesi sconvolti da guerre civili e conflitti etnici².

La maggior parte di queste missioni non ha però avuto un mandato politico e militare specifico ma è stata subordinata a un generico mandato umanitario. Da allora ha preso lentamente forma una nuova dottrina di interventismo fondata sul presunto diritto di intervento per ragioni umanitarie, che ha trovato la sua applicazione più significativa prima con l'operazione *Restore Hope* in Somalia, dove per la prima volta si è ucciso in nome dell'umanitarismo³, e poi nell'operazione della NATO in Kosovo nel 1999. Dagli anni novanta molti Stati hanno utilizzato l'assistenza umanitaria come parte integrante della loro strategia militare e di conseguenza è stato gravemente danneggiato il principio che sottende all'azione umanitaria: un'assistenza incondizionata e imparziale a quanti si trovino in condizioni di bisogno. I conflitti in Kosovo, Afghanistan e in Iraq possono forse emblematicamente essere utilizzati come esempi di una situazione in cui raggiungere e aiutare in modo indipendente le vittime sta diventando sempre più complesso⁴.

Analisi del sistema degli aiuti: proliferazione degli attori e nuove tendenze

Gli anni novanta sono però caratterizzati anche da una crescente moltiplicazione di Organizzazioni Non Governative (ONG) attive in

contesti di crisi. Secondo il rapporto sullo sviluppo umano dell'UNDP (*United Nations Development Programme*) del 2002, quasi un quinto delle 37.000 ONG allora esistenti si costituirono negli anni novanta*. D'altra parte in un'epoca in cui le "nuove guerre" fanno ricorso a strategie di espulsione della popolazione con tecniche di intimidazione economica, politica e psicologica, dove si assiste a un vero e proprio capovolgimento del rapporto tra vittime militari e civili (nel secolo scorso morivano 8 militari contro un civile oggi muoiono 8 civili contro 1 militare)⁵, la presenza internazionale e la risposta alle crisi si è fatta più articolata e visibile. Questa proliferazione di attori, congiuntamente all'imperativo morale di trovare soluzioni di lungo periodo ai bisogni delle popolazioni e all'idea che l'azione umanitaria, oltrepassando l'assunto primario di salvare vite umane, possa svolgersi come parte di un cammino più ampio verso la pace e lo sviluppo, sono alla base di un processo di riforma delle Nazioni Unite volto al coordinamento degli aiuti e degli attori umanitari secondo strategie politiche di integrazione. In altre parole i donatori istituzionali e le organizzazioni multilaterali stanno cercando di inquadrare l'azione umanitaria e l'attività degli attori che intervengono durante le emergenze, in procedure che in teoria risponderebbero a esigenze di razionalizzazione e miglioramento del sistema internazionale degli aiuti, ma che di fatto ribadiscono quanto detto sin dalla Relazione di Brahimi del 2000** ovvero la subalternità dell'azione umanitaria rispetto agli obiettivi politici.

Alcune chiare evidenze dei rischi insiti nella volontà di dirigere con la stessa ratio attività umanitarie e politiche le abbiamo avute già in passato:

- negli anni novanta in Sierra Leone si è assistito all'abbandono – considerato "tattico" a fini politico-militari – dei civili che viveva-

* http://hdr.undp.org/xmlsearch/reportSearch?y=2002&c=* &t=* &k=&orderby=year.

** Si tratta dello studio più importante sulle operazioni di pace e di Peacekeeping condotte dalle Nazioni Unite (NU). L'analisi è stata realizzata da 10 esperti nominati dal Segretario Generale delle Nazioni Unite e coordinati dall'Ambasciatore Lakhdar Brahimi. Lo studio intendeva rispondere alle preoccupazioni di molti membri delle Nazioni Unite (inclusi gli Stati Uniti) sul fatto che il sistema NU non era adeguatamente preparato né da un punto di vista finanziario né da un punto di vista gestionale a far fronte all'aumento importante delle attività e delle missioni di peacekeeping. Per leggere interamente il rapporto si veda http://www.un.org/peace/reports/peace_operations/

no nelle aree controllate dai guerriglieri del RUF (*Revolutionary United Front*);

- In Angola nel 2002 i civili che vivevano nelle aree controllate dai ribelli dell'UNITA (Unione Nazionale per l'Indipendenza Totale dell'Angola) hanno subito lo stesso isolamento: è stato possibile portare soccorso a queste popolazioni solo dopo la firma dell'accordo di pace e MSF ha incontrato allora una delle più gravi emergenze nutrizionali mai viste⁶.

In questi casi sono state condotte solo azioni di assistenza alle vittime "buone"⁷, quelle la cui sopravvivenza non minacciava il successo del progetto, e intere popolazioni sono state deliberatamente escluse dagli aiuti e sacrificate nel nome delle strategie politiche e militari per portare la pace.

La progressiva politicizzazione degli aiuti è evidente nella definizione che le Nazioni Unite conferiscono a queste "missioni integrate"⁸ intese come "uno strumento per mezzo del quale l'ONU intende aiutare i Paesi a passare da uno stato di guerra a una pace durevole o a trattare una questione complessa inserendo tutti gli attori operanti nell'area all'interno di un unico quadro globale di gestione della crisi, sia sul piano politico che su quello strategico"⁹.

Si tratta di concepire risposte omnicomprensive che integrino obiettivi politici, militari, civili e umanitari. In un panorama internazionale costellato da legioni di attori privati e condizionato da finanziamenti governativi, quindi guidati da determinate volontà politiche, il sistema delle Nazioni Unite si autodesigna quale regista di un nuovo modello di organizzazione delle politiche di soccorso e di sostegno. Ribadendo la centralità dell'approccio integrato, le Nazioni Unite si avviano a istituzionalizzare una risposta alle emergenze coordinata e coerente agli obiettivi delle agende politiche internazionali. La riforma si articola su tre versanti strettamente congiunti: la costruzione dei cosiddetti "Cluster" tematici, che mira a rafforzare il coordinamento e la capacità di risposta in specifiche aree di attività sul terreno dove ogni gruppo è capitanato da un'agenzia delle Nazioni Unite, il lancio del CERF (*Central Emergency Response Fund*) come strumento centralizzato per finanziare la risposta alle crisi e il rafforzamento del ruolo del *Humanitarian Coordinator*.

Ma l'ambivalenza risulta subito evidente. Quando gli operatori

umanitari lavorano all'interno di uno sforzo più ampio e coordinato che mira a obiettivi politici come per esempio la pace, finiscono con il prendere le distanze dalle priorità semplici e immediate del soccorso di emergenza: salvare vite, fornire cure di qualità, costruire ripari, distribuire acqua e beni di sopravvivenza, scavare latrine. Al contrario, MSF è convinta che l'imperativo umanitario di salvare vite e soddisfare bisogni immediati debba essere l'unico obiettivo dell'aiuto umanitario – un obiettivo indipendente e, spesso per questo incompatibile, con le soluzioni politiche delle crisi.

Analisi dell'impatto delle riforme delle Nazioni Unite sullo spazio umanitario

Secondo uno studio condotto da MSF dal luglio 2006 al luglio 2007ⁱ risulta evidente che le riforme umanitarie dell'ONU rappresentano un'estensione delle missioni integrate di *peacekeeping*. L'architettura degli aiuti pensata dalla riforma relega l'azione umanitaria a un ruolo subalterno rispetto alle questioni economiche, militari, diplomatiche e di sicurezza. La Nota di Direzione sulle Missioni Integrate del 2006 del Segretario Generale dell'ONUⁱⁱ ribadisce l'importanza dell'integrazione nell'attuazione di missioni di pace, allo scopo di garantire “un coordinamento efficace tra contingente di pace, agenzie operative dell'ONU e partner non ONU” e “la volontà di tutti gli attori di contribuire al raggiungimento di obiettivi condivisi”.

Se da un lato il coordinamento dell'intervento, inteso come riduzione degli sprechi e degli abusi, risulta lodevole, dall'altro gli sforzi per coordinare gli aiuti spesso producono duplicazioni e un'eccessiva burocratizzazione del lavoro. In Liberia, per esempio, ci sono tre organismi di coordinamento che fanno più o meno lo stesso lavoro: il cluster guidato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, il Comitato di coordinamento del Ministero della Salute e il Forum sulla Salute guidato da diverse ONG. Questi organismi coesistono con

ⁱ L'analisi è stata effettuata in Darfur, Sud Sudan, Repubblica Democratica del Congo (RDC), Haiti, Liberia, Costa d'Avorio, Iraq, Somalia e Uganda. Si veda al riguardo: Stobbaerts E, Martin S, Derderian K. Integration and UN Humanitarian Reforms. *Forced Migration Review*, 2007, 29, pp. 18-20.

ⁱⁱ www.regjeringen.no/upload/UD/Vedlegg/missions/sgnote.pdf

gruppi di lavoro su specifiche patologie (come l'HIV) e con il consueto incontro bisettimanale tra ONG e UN. Non è un caso che Monrovia sia stata definita "la città dei meeting".

Ma quello che più preoccupa dell'approccio "cluster" è la programmazione strategica che vede coinvolti attori diversi con obiettivi e mandati a volte diametralmente opposti.

Alcune esperienze mostrano la debolezza di un intervento umanitario che si svolge all'interno di un sistema coordinato e guidato da esigenze politiche.

Confondere obiettivi politici (come la pace) e obiettivi umanitari finisce spesso per compromettere l'efficienza di questi ultimi, come è successo in Darfur. Nel maggio 2006 è stato firmato un accordo di pace che in realtà coinvolgeva uno solo dei gruppi di ribelli che si oppongono al governo di Kartoum. Tutti gli indicatori hanno dimostrato che dopo questo accordo la sicurezza nella zona è peggiorata sia per gli operatori umanitari sia per la popolazione a causa dell'ulteriore frammentazione dei gruppi ribelli. Eppure nonostante questo la UNIMIS (*United Nations Mission in Sudan*)ⁱⁱⁱ e gran parte dei Paesi donatori hanno enfatizzato che un contro-esodo di rifugiati verso i loro villaggi di origine poteva essere un valido indicatore del successo diplomatico dell'accordo di pace. E così, nonostante i bisogni urgenti delle persone fossero sempre gli stessi, molti dei fondi per il Darfur sono stati re-indirizzati dalla risposta di emergenza a programmi di rimpatrio, che tra l'altro incoraggiavano gli sfollati a tornare ai loro villaggi nonostante la loro incolumità fosse tutt'altro che garantita.

I finanziamenti del CERF, teoricamente diretti a chi ha maggior bisogno di aiuto, vengono spesso utilizzati per promuovere gli obiettivi generali (politici) delle missioni dell'ONU e dunque impegnati per intraprendere programmi di stabilizzazione che rispondono a esigenze di riforma strutturale o di strategie di transizione¹⁰. Per esempio il 75% delle tre rate destinate dal CERF ad Haiti sono state utilizzate principalmente per finanziare infrastrutture e ristruttura-

ⁱⁱⁱ United Nations Mission in Sudan. Si tratta di una missione di peacekeeping che le Nazioni Unite hanno allestito per garantire la tenuta degli accordi di pace di Nairobi, stipulati il 9 gennaio 2005, con i quali si è cercato di porre fine al conflitto in Sudan.

zioni in zone politicamente visibili, progetti strutturali e a lungo termine mirati più alla tutela della sicurezza che a soddisfare le esigenze umanitarie.

Le idee di integrazione e di coerenza delle operazioni, sempre più politicizzate, stanno minando la già fragile immagine di neutralità e indipendenza degli attori umanitari presso la popolazione. La sicurezza degli operatori umanitari internazionali e il loro spazio di manovra sono strettamente legati alla credibilità della bandiera sotto la quale operano e della loro dichiarazione di neutralità assoluta. La sola protezione che gli attori umanitari hanno è la chiarezza della loro immagine, che deve riflettere la loro posizione esterna al conflitto e la trasparenza delle loro intenzioni: l'unico obiettivo è soccorrere le vittime. E questo è ancor più chiaro in contesti quali Iraq, Somalia o Darfur, dove le popolazioni percepiscono gli umanitari come intenti a perseguire obiettivi politici e di parte, piuttosto che attori imparziali e neutrali che lavorano per assistere chi ha maggior bisogno di aiuto.

Conclusioni

Alla luce di questi sviluppi, risulta ancor più urgente ribadire la necessità di un approccio indipendente, imparziale e neutrale. La politicizzazione degli aiuti ha comportato una trasformazione del concetto di assistenza umanitaria e costituisce una minaccia all'indipendenza dell'azione umanitaria. Questa smette di essere un'attività finalizzata soltanto ad alleviare le sofferenze delle popolazioni coinvolte in situazioni di crisi e si carica invece di una valenza programmatica, che implica irrimediabilmente la necessità di fare scelte politiche. Non mira più solo a curare i "sintomi", ma ha la pretesa di trovare la cura alla "malattia".

Esiste una tensione naturale tra gli interventi di breve termine mirati a salvare vite nell'immediato e obiettivi di lungo termine mirati alla pace e alla costruzione di uno stato: questa tensione è l'essenza dell'azione umanitaria e gli sforzi di integrarne i due poli finiscono con il vanificarla.

Per questo MSF, pur mantenendo aperti i canali di dialogo con strutture di coordinamento delle Nazioni Unite allo scopo di condividere informazioni e scelte operative, ha deciso di non partecipare a

tali meccanismi di coordinamento. Un'esigenza di indipendenza che non deve essere confusa con una volontà di isolamento ma che intende ribadire che la forza dell'azione umanitaria risiede proprio nella difesa uguale e paritaria di tutte le vittime e nel ricordare agli Stati i loro doveri e responsabilità.

Note bibliografiche

¹ Servizio Studi - Camera dei Deputati XV Legislatura. *Partecipazione dell'Italia alle Missioni Militari Internazionali*, Roma 2006.

² A. De Guttry, F. Pagni, *Le Nazioni Unite, Sviluppo e Riforma del Sistema di Sicurezza Collettiva*, Il Mulino, Bologna 1995, p. 89.

³ R. Brauman, *Le Crime humanitaire Somalie*, Arléa, Paris 1993, p. 31.

⁴ F. Weissman, *A l'hombre des guerres justes*, Flammarion, Paris 2003.

⁵ M. Kaldor, *Le Nuove Guerre. La violenza organizzata nell'età globale*, Carocci, Roma 2007.

⁶ Si veda al riguardo il rapporto di Medici Senza Frontiere.

http://www.doctorswithoutborders.org/publications/reports/2002/angola1_10-2002.pdf

⁷ F. Weissman, *ibid.*

⁸ Report on Integrated Missions: Practical Perspectives and Recommendations, Studio Indipendente realizzato dal Gruppo di Coordinazione del Comitato Esecutivo dell'ONU per gli Affari Umanitari, maggio 2005.

⁹ *Ibid.*, p. 3.

¹⁰ Si veda al riguardo: M. Duffield, Relief in War Zones: Towards an Analysis of the New Aid Paradigm. In: *Third World Paradigm*, Volume 18, numero 3, Settembre 1997, pp. 527-542.

1.13.2. Medici con l’Africa Cuamm di Dante Carraro e Giovanni Putoto

La sfida degli Obiettivi del Millennio e oltre

Nel 1990, in occasione del Summit sull’infanzia, settantuno capi di stato e di governo sottoscrissero la Dichiarazione Mondiale sulla Sopravvivenza, la Protezione e lo Sviluppo del Bambino e un Piano d’azione a essa collegato, fissando obiettivi concreti, in gran parte inerenti la salute, da raggiungere entro il 2000.

Anche nei numerosi vertici succedutisi nel corso degli anni novanta, la maggior parte dei Paesi continuò a sottoscrivere l’impegno per il raggiungimento di risultati quantificabili anche in riferimento alla salute, in linea con l’impegno preso con la Dichiarazione di Alma Ata del 1978: raggiungere un livello accettabile di salute per tutti entro il 2000.

Nel giugno del 2000, il segretario generale delle Nazioni Unite, Kofi Annan, lanciò il rapporto *A better world for all*, frutto della collaborazione, riportata come senza precedenti, tra le quattro maggiori organizzazioni internazionali (Nazioni Unite, Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico-OCSE, Fondo Monetario Internazionale e Banca Mondiale). Nel rapporto lanciato da Annan, si affermava la tesi dell’insufficienza dell’iniziativa pubblica e che la soluzione potesse derivare da una vera partnership tra i diversi settori della società.

Eradicazione della povertà e partnership globale per lo sviluppo sono alcuni dei temi centrali della dichiarazione conclusiva del Millennium Summit, tenutosi a New York nel settembre 2000, in cui vennero lanciati i cosiddetti Obiettivi di Sviluppo del Millennio (Millennium Development Goals, MDG).

La Dichiarazione proponeva la riduzione di due terzi della mortalità dei bambini sotto i cinque anni entro il 2015, rispetto alla situazione del 1990; analogamente per la mortalità materna una riduzione di tre quarti.

A questi veniva aggiunto un ulteriore obiettivo: fermare e aver iniziato a far regredire entro il 2015 la diffusione dell'HIV/AIDS, nonché dell'incidenza della malaria e di altre malattie a larga diffusione.

Tre obiettivi su otto sono dunque correlati alla salute, così come otto sotto-obiettivi su 18 e 18 indicatori su 48 sono a essa riconducibili. Tra questi ve ne sono diversi non strettamente di tipo sanitario, come per esempio, la riduzione del numero di persone che soffrono la fame e il migliorato accesso a fonti di acqua potabile.

Tutti i governi del mondo, ricchi e poveri, industrializzati e non, si sono impegnati solennemente ad aumentare le risorse, rivedere le politiche e collaborare affinché entro il 2015 le promesse diventino realtà. Purtroppo alla Dichiarazione non era collegato alcun documento riguardante gli stanziamenti necessari per il successo della nuova strategia.

Le risorse finanziarie destinate alla cooperazione sanitaria, nonostante un relativo incremento, rimangono di gran lunga al di sotto di quanto ritenuto necessario per garantire agli abitanti dei Paesi più poveri l'accesso alle prestazioni sanitarie essenziali. Inoltre, la gran parte dei fondi provenienti dai donatori istituzionali e dai "grandi" donatori privati è concentrata prevalentemente su progetti per malattie specifiche, i cosiddetti "programmi verticali".

Tutto ciò ha l'effetto di indebolire ulteriormente i sistemi sanitari dei Paesi poveri più fragili e di penalizzare le fasce più vulnerabili della popolazione.

Inoltre, è venuta a indebolirsi fortemente, a livello mondiale, una programmazione e una regia seria, una strategia e una supervisione di qualità.

Per questi motivi – secondo i più autorevoli osservatori internazionali – gli obiettivi di salute fissati nell'Agenda del Millennio sono, con gli attuali livelli di finanziamento e con le attuali politiche di intervento, fuori della portata dei paesi dell'Africa a sud del Sahara.

Il nostro impegno per la salute, originato dall'imperativo evangelico di curare gli infermi, in continuità con l'impegno preso con la Dichiarazione di Alma Ata del 1978 e rafforzato dall'emergere della cultura dei diritti umani, è chiamato in gioco dalla sfida lanciata dall'Agenda del Millennio, che fa del diritto alla salute uno dei pilastri della lotta alla povertà. In un mondo globalizzato come quello in cui

viviamo oggi, differenze così evidenti dei livelli di salute, rilevate da speranza di vita e mortalità materna e infantile sono moralmente, economicamente e politicamente inaccettabili.

Medici con l’Africa CUAMM vede nel fallimento dei sistemi sanitari l’origine della situazione in cui versa l’Africa subsahariana, ma non solo. La crisi dei sistemi sanitari in alcuni casi si è manifestata nell’incapacità dei sistemi a proteggere i poveri, ma in altri casi ha contribuito ad acuire la crisi sociale in atto.

Il raggiungimento degli Obiettivi più direttamente correlati alla salute passa attraverso la revisione delle attuali politiche sanitarie e il rilancio del ruolo dei sistemi sanitari.

Le politiche sanitarie

Le attuali politiche sanitarie non sono soddisfacenti. Non solo i livelli di finanziamento del settore sanitario sono insufficienti e imprevedibili, sono anche influenzati da priorità che non tengono conto dei bisogni e dell’evidenza scientifica. Con l’avvento sulla scena delle grandi fondazioni e dei fondi globali, il processo di elaborazione delle politiche sanitarie si è frammentato, gli interventi si sono verticalizzati e questo ha indebolito ulteriormente i sistemi sanitari. I nuovi meccanismi di partecipazione e finanziamento alla sanità come i piani strategici di lotta alla povertà, il supporto al bilancio dello stato e i programmi settoriali stentano a produrre risultati tangibili sul campo mentre le politiche di welfare dei Paesi in via di sviluppo sono contrastate da vincoli restrittivi fiscali e macroeconomici.

I nostri punti fermi sono: aumentare l’investimento in sanità, concentrarsi maggiormente sugli aspetti qualitativi delle prestazioni, riallocare la spesa pubblica e riorientare i servizi pubblici per raggiungere le categorie sociali più svantaggiate, ridurre le barriere finanziarie all’accesso attraverso sussidi pubblici e forme di finanziamento comunitario.

I nostri interventi sul campo forniscono elementi preziosi sui successi e sui problemi delle politiche sanitarie. Diventa essenziale che queste esperienze, analizzate criticamente, vengano condivise, rese pubbliche e discusse attraverso un’attenta ma vasta azione di *lobby* e *advocacy*. A tal fine è cruciale partecipare attivamente ad alleanze e

partnership a livello nazionale, europeo e globale e direttamente nei Paesi in cui operiamo al fine di influenzare gli attori, i contenuti e i processi delle politiche sanitarie.

Il rafforzamento dei sistemi sanitari distrettuali

Riteniamo che il modello di sistema sanitario da prediligere nei nostri interventi sia quello basato sul Distretto Sanitario. Qui, soprattutto qui, si dovrebbero misurare la performance del sistema sanitario e gli impatti degli interventi sulla salute e sulla lotta alla povertà, anche quando si opera in situazioni di emergenza umanitaria. Il rafforzamento del sistema distrettuale passa attraverso una serie di questioni che devono essere affrontate.

Governance. Per ben funzionare, il distretto e le sue componenti necessitano di un sistema di governo che sia presente e attivo affinché gli interessi pubblici, del personale e dei pazienti siano tenuti nella giusta considerazione e rispettati. Questo aspetto di buon governo è spesso carente, per cause interne ed esterne, con conseguenti gravi distorsioni dei diritti dei malati, che perdono qualsiasi possibilità di influenzare le scelte strategiche che hanno conseguenze rilevanti per la loro vita. Medici con l’Africa CUAMM crede che la democrazia praticata richieda una partecipazione attiva dei rappresentanti delle popolazioni nella supervisione politica delle strutture sanitarie pubbliche, private senza e con scopo di lucro, e vuole investire in un processo di accrescimento della capacità degli organi di governo in particolare degli ospedali *non for profit*.

L’equo finanziamento dei servizi sanitari. In Africa la forma più diffusa e iniqua di finanziamento dei servizi sanitari è il pagamento diretto delle prestazioni da parte dei pazienti (*user fees*). In sostanza: pagano proporzionalmente di più i poveri e coloro che si trovano in condizione di bisogno: gli ammalati; si aggrava la povertà dei poveri, costretti a causa di una malattia a privarsi di qualcosa di essenziale (un animale, l’istruzione di un figlio, eccetera).

L’equità nel finanziamento del sistema sanitario e l’accessibilità ai servizi sono fra le principali sfide per chi ha a cuore la sanità pubbli-

ca, lo sviluppo, i diritti umani.

Per Medici con l'Africa Cuamm i compiti fondamentali di un sistema sanitario sono quelli di migliorare lo stato di salute della popolazione e di garantire l'accesso universale ai servizi, senza discriminazioni, attraverso forme eque di finanziamento (*fair financing*, ovvero mutue locali, schemi di finanziamento comunitario, assicurazioni nazionali, eccetera). Su questo punto c'è l'impegno a sperimentare nuove forme di finanziamento con i partner africani e a monitorarne l'impatto sulle categorie sociali ed economiche più povere.

Le risorse umane. L'Africa subsahariana sta attraverso una gravissima crisi di risorse umane nel settore sanitario. Non è solo una questione di quantità, che può variare da Paese a Paese, ma anche di gestione, motivazione, sviluppo. C'è carenza, soprattutto, di competenze gestionali. L'attuale utilizzazione delle risorse finanziarie, materiali e umane, e di ogni altro elemento del processo di produzione dei servizi sanitari rimane un problema critico. Come lo è anche la capacità di integrare i programmi verticali nella programmazione distrettuale o la necessità di riorientare le risorse e i servizi a favore di aree e gruppi meno privilegiati al fine di ridurre le disuguaglianze presenti.

La gestione efficiente ed efficace del distretto e dell'ospedale è condizionata dalla qualità del *management*. Distretti e ospedali dovrebbero essere gestiti da figure professionali competenti ancora molto rare nei Paesi in cui operiamo. L'appoggio, lo sviluppo e la formazione di questi professionisti costituiranno una delle nostre priorità attraverso il supporto a centri qualificati, anche accademici, di formazione locale.

Altrettanto preziose sono le figure sanitarie che operano nelle unità periferiche. Esiste un ampio consenso tra gli esperti di sanità pubblica su quali siano le tecnologie curative e preventive efficaci e il loro costo, soprattutto per quanto riguarda la salute materno infantile. Sfortunatamente, queste conoscenze sono poco conosciute e ancor meno applicate da parte degli operatori sanitari. Si tratta, pertanto, di favorire programmi a medio lungo termine che considerino un mix appropriato di interventi di formazione, aggiornamento, supervisione e di miglioramento delle condizioni di lavoro.

La dimensione familiare e comunitaria. È necessario riportare all'attenzione della cooperazione sanitaria internazionale il ruolo chiave delle comunità che negli ultimi anni è stato trascurato. Le famiglie, nel contesto delle rispettive comunità e culture, sono gli attori principali della salute dei propri membri e i naturali alleati per il successo di ogni iniziativa al riguardo. Le condizioni di povertà in cui sono costrette a vivere le famiglie influenzano gli stili di vita che incidono sullo stato di salute. Senza un intervento importante, a livello familiare e comunitario, sui determinanti distali della salute, le strutture sanitarie da sole non riusciranno mai a fornire salute alla popolazione. La sfida richiede da parte di tutti un modo nuovo di relazionarsi alle comunità locali, con un approccio basato sul diritto alla salute e sull'implementazione di meccanismi innovativi mirati a rendere le famiglie capaci e dotate dei mezzi necessari per sviluppare pienamente le loro potenzialità. Per fare questo ci si adopererà per realizzare programmi integrati che riconoscano la parità di genere, le opportunità economiche, l'educazione, la sicurezza alimentare, l'igiene ambientale e l'accesso all'acqua potabile quali fattori ad alto impatto sulla salute. Questo richiederà che nei distretti dove operiamo si formino alleanze programmatiche con altre organizzazioni che operano in settori non sanitari.

Conoscenza, evidenza e risultati. Politiche sanitarie, efficacia degli aiuti, rafforzamento del sistema distrettuale, gestione efficiente delle risorse, lotta alle disuguaglianze, qualità della cura e altri aspetti, compresi – pur nella loro complessità metodologica – anche gli outcome, devono essere sottoposti a un vaglio attento di analisi, monitoraggio, valutazione e ricerca. È la sfida della conoscenza e dell'evidenza di ciò che funziona, di come funziona e a quali condizioni. Non si tratta di una sfida nuova, ma di una sfida che si pone in modo nuovo. Gli strumenti moderni della comunicazione rendono facilmente accessibili e fruibili dati, informazioni, esperienze e contatti un tempo impensabili per sede, rapidità e costi. Bisogna lavorare di più e meglio su metodi e strumenti del sapere, inclusi i sistemi informativi di routine, e sull'analisi critica delle informazioni. Il lavoro sul campo deve essere sottoposto a un sistematico processo di monitoraggio e valutazione, adottando una logica organizzativa improntata

alla gestione finalizzata ai risultati. Tutto ciò ha fatto emergere più chiaramente il bisogno di riorganizzare e di rafforzare la nostra attività in termini di *result-based management*.

Per orientarci in questa direzione Medici con l'Africa Cuamm si propone di: rafforzare in Italia i percorsi di formazione e di aggiornamento del personale in partenza; fare un uso più frequente ed efficace delle survey locali, inserire un obiettivo di ricerca in ogni progetto, aderire a reti internazionali su tematiche specifiche (esempio, area materno infantile, contracting), partecipare a forum e a dibattiti scientifici, ampliare la platea di contributi e lettori della rivista *Salute e Sviluppo*, sensibilizzare gli operatori sanitari e coinvolgere l'opinione pubblica italiana sui temi della salute globale e della cooperazione sanitaria internazionale.

Conclusioni

Medici con l'Africa Cuamm si pone in questo complicato scenario della cooperazione sanitaria internazionale come soggetto che si integra nel sistema sanitario nazionale dei Paesi dove opera, facendo attenzione a non essere mai protagonista ma sempre discreto facilitatore e, quando necessario, supplente. Medici con l'Africa Cuamm, nella convinzione che la salute è un diritto, pone la priorità della sua azione sulla necessità di influenzare le attuali insoddisfacenti politiche sanitarie e di rafforzare i sistemi sanitari attraverso interventi a medio lungo termine.

Continueremo, quindi, con estrema flessibilità, a riabilitare strutture, fornire attrezzature e farmaci, provvedere risorse umane e finanziarie, formare personale, ma non come progetto fine a se stesso, ma come mezzo per cooperare con i governi e le comunità africane a migliorare quanto più possibile gli obiettivi di salute e di equità.

Riferimenti

Piano strategico 2008-2015

Rafforzare i sistemi sanitari: il contributo di Medici con l'Africa CUAMM alla realizzazione del diritto alla salute per i poveri nel contesto dell'Agenda del Millennio.

1.13.3. Emergency

di Carlo Garbagnati

La guerra e le radici di Emergency

Quando, nel 1994, Emergency viene fondata, l'ambito d'intervento previsto dal suo statuto è quello dell'assistenza chirurgica alle vittime civili della guerra. Le due specificazioni ("civili" e "della guerra"), con lo sviluppo delle attività, sono esse stesse soggette a sviluppi. L'attenzione alle vittime civili non costituisce ovviamente un criterio di esclusione, quasi che si prevedesse di non prestare cura ai combattenti. La specificazione deriva anzitutto dalla circostanza che ognuna delle parti in conflitto ha di norma strutture che si prendono cura dei propri combattenti feriti. Inoltre, nel corso del Novecento si è assistito a uno sviluppo all'apparenza paradossale: mentre le vittime combattenti erano nei primi decenni il 90% del totale, sono divenute il 10% negli ultimi decenni. Le vittime civili sono passate dal 10 al 90. In questa vera e propria inversione si riflette una modificazione del concetto stesso di guerra. L'evoluzione dei sistemi d'arma e, di conseguenza, delle modalità di conduzione della guerra, ne è all'origine, come anche la formazione, in regimi democratici, di un'opinione pubblica che non accetta perdite di vite umane quantitativamente rilevanti tra i combattenti della propria parte. Colpire "il nemico" da posizioni quanto possibile protette e a distanza (pratica tipica: il bombardamento da posizioni di fatto irraggiungibili) trasforma in obiettivo chiunque si trovi in un'area, non solo chi vi si trovi con l'intento di presidiarla o controllarla militarmente.

Le guerre più recenti sono state mosse da un soggetto indiscutibilmente più forte a un altro indiscutibilmente più debole: USA, NATO o coalizioni attorno a esse contro Iraq, Jugoslavia, Afghanistan, di nuovo Iraq... In questi contesti, è chiarissima la situazione asimmetrica cui si è accennato. La disparità-asimmetria, inoltre, induce le parti più deboli a forme di combattimento totalmente non convenzionali (spesso "terroristiche") che ulteriormente colpiscono vittime

civili. Si percepisce, su queste premesse, la sovrapposibilità sempre maggiore tra “vittime civili” della guerra e, semplicemente, le sue vittime.

Spese militari e povertà.

La ridefinizione della “mission” di Emergency

Una considerazione pur superficiale dei bilanci degli stati – di tutti gli stati: superpotenze, potenze economiche, Paesi in via di sviluppo o stabilmente privi di qualsiasi prospettiva – consente di constatare l’abnorme incidenza delle spese militari. Anche tacendo dell’inconsistenza culturale e morale dell’impiego di risorse per gli scopi distruttivi intrinseci alla produzione di armi, anche prescindendo dalle distruzioni e dall’impoverimento che le guerre producono, è innegabile la connessione causale tra la presenza, potenziale o in atto, della guerra e il mancato sviluppo, la miseria.

Nello svolgimento delle proprie attività, Emergency si è imbattuta nella constatazione empirica di queste evidenze analitiche. Si interviene quando, nel vivo dei combattimenti, le cure hanno il carattere di assistenza chirurgica ai feriti. Quando gli scontri militari cessano, o almeno si attenuano sensibilmente, la realtà che si presenta è identica a quella che li precedeva, spesso peggiorata: l’assenza pressoché totale di strutture sanitarie. Considerare terminato l’intervento di aiuto sanitario, in queste condizioni, non sarebbe razionale sotto nessun profilo. Chiudere un ospedale perché le armi tacciono (o sottacciano) equivarrebbe al paradosso di trasformare la pace in un danno, almeno sotto questo aspetto.

Vengono così in luce le ragioni che hanno indotto Emergency ad ampliare la definizione del suo impegno; a parlare esplicitamente, anche con una modifica del suo Statuto, di “conseguenze sociali dei conflitti o della povertà quali fame, malnutrizione, malattie, assenza di cure mediche e di istruzione”: non una scelta possibile, ma una necessità emersa e imposta “dalle cose stesse”.

Nessuna ‘mission’ incisa nella pietra, stabilita una volta per tutte al di fuori dell’accadere, ma una costante ridefinizione, una progressiva messa a punto delle strategie ridisegnate dalle condizioni e dai bisogni nei quali ci si viene imbattendo.

È accaduto per i numerosi *First Aid Post* (FAP), costruiti e attivati in zone particolarmente ‘sensibili’ perché prossime alla linea dei combattimenti o a zone intensamente minate. Loro funzione originaria era di ‘stabilizzare’ i feriti prima di trasferirli in ambulanza ai centri chirurgici di Emergency. Quando è cessata o si è attenuata questa loro funzione, si sono trasformati in presidi sanitari permanenti in luoghi nei quali non ve n’era nessuno.

Analoga evoluzione hanno conosciuto anche gli ospedali, originariamente centri chirurgici per feriti, in seguito divenuti, con evoluzioni progressive, centri di traumatologia, o di pediatria, ospedali ‘generalisti’ con annessi reparti maternità... Su questo percorso si è inserito il centro “Salam” di Khartoum, ideato e costruito per essere un ospedale cardiocirurgico di alta specializzazione: per curare i malati, anzitutto e ovviamente, ma per ribadire che “se si può guarire in Europa, anche in Africa si deve guarire”.

Con l’estensione di compiti che Emergency si assegna, si viene estendendo la consapevolezza dei limiti propri, già percepibile, comunque, anche se l’ambito degli interventi fosse rimasto esclusivamente la cura delle vittime di guerre guerreggiate.

Per tre milioni di volte, nei quattordici anni della sua esistenza, Emergency ha incontrato qualcuno che aveva bisogno di aiuto e ha avuto la possibilità di fornirglielo.

In questo incontro con domande e in questa possibilità di offrire risposte si colloca il significato ultimo e definitivo dell’agire di Emergency. Che non si sente, e non è, in primo luogo impegnata a dare attuazione a diritti enunciati. Il suo agire avviene nel contatto diretto con situazioni di estrema difficoltà e di radicale bisogno. Fornire risposte è un gesto immediato, che in null’altro cerca e trova fondamento che nell’immediatezza del contatto con la difficoltà. La formulazione e la formulazione dei “diritti” in documenti, articoli e commi è concettualmente successiva alla necessità ‘autoevidente’ che di fronte a bisogni estremi s’impone da sé. Nella Dichiarazione Universale dei Diritti Umani Emergency trova la denominazione giuridica di quelle relazioni tra esseri umani che in forma immediata essa realizza nel proprio agire. Se un principio, un fondamento, o un punto di partenza si vuole individuare, esso risiede nelle pratiche di solida-

rietà e di aiuto suscitate da evidenze elementari che scaturiscono dal diretto contatto con la disperazione e con il bisogno. In questo elementare 'livello zero' dei rapporti umani, nell'immediatezza della risposta al bisogno vissuta come ineludibile e necessaria risiede il postulato che sta a base di formulazioni. Sono ragioni sostanziali, pregiuridiche a conferire senso e legittimità alle prescrizioni vincolanti.

La cultura della pace e della solidarietà

Alla costruzione di questi fondamenti Emergency è impegnata promuovendo "una cultura di pace e di solidarietà". Proprio di fronte a ciò che con qualche stonatura si definirebbe un successo o, con maggior misura, un esito positivo, si percepisce come gli interventi non di una ma dell'insieme di tutte le Organizzazioni Non Governative (ONG) soffrano di un'intrinseca inadeguatezza di fronte alle dimensioni planetarie dei problemi che si affrontano. Un'associazione di dimensioni medie, con risorse limitate, riesce a inviare dal mondo 'ricco' personale internazionale medico, paramedico e amministrativo dotato di alta competenza professionale in diverse parti del mondo, a costruire, avviare e condurre ospedali, a dare lavoro e formazione a migliaia di cittadini afgani, cambogiani, iracheni, sierraleonesi, sudanesi...

È insopportabile e angosciante constatare che le soluzioni sono possibili ma non si attuano; in definitiva non si vogliono. Quella forma di esistenza associata che chiamiamo politica è indifferente, a volte infastidita, tanto dalle richieste quanto dai tentativi di risposta.

Non è un vezzo strano o una bizzarria che una ONG senta e immediatamente viva come un dovere e ancora prima come una necessità avanzare la richiesta perentoria e ossessiva di pace e di giustizia. Sarebbe incomprensibile il contrario. Un'associazione sorge, si sviluppa e si consolida in relazione ad assunti di significato e di valore che ne fanno cosa completamente diversa da una società o da un'agenzia prestatrice di servizi. La presenza di motivazioni e finalità radicalmente diverse da quelle di un'attività economica ne fanno un soggetto politico-culturale che nello svolgere le proprie attività propone e afferma significati e valori, un soggetto severamente critico dello stato di cose irrazionale nel quale s'imbatte, con il quale intera-

gisce. La coerenza con la propria identità, con i propri principi, è tanto più possibile quanto più è esclusiva, quanto più è estranea ad altre fedeltà; estranea, in particolare, a vincoli di formazioni politiche o partitiche, che normalmente coltivano aspettative ed esigenze non necessariamente coincidenti con quelle di una ONG come Emergency, che nell'indipendenza e nella 'terzietà' ha un criterio imprescindibile di scelta e d'azione.

La presenza in contesti difficili

Giova allo scopo portare a evidenza quanto inconsistenti siano obiezioni che poggiano sul suono delle parole molto più che su considerazioni rivolte ai significati. È il caso dell'accusa (in caso di superficialità la differenza tra obiezione e accusa tende a scomparire) di "collaborazionismo" con governi scarsamente o niente affatto rispettosi dei diritti umani. Emergency compie interventi in contesti nei quali la guerra è in corso o recentemente, almeno in parte, sospesa o conclusa. Si tratta di interventi, comunque, in Paesi disastrati per le ingiustizie della politica internazionale (determinata da Paesi comunemente definiti "democratici"). In Paesi disastrati anche per l'iniqua conduzione della politica interna di governi che, per quanto dispongano di limitate risorse, una parte cospicua ne dissipano per scopi di arricchimento personale del ceto dirigente ("corruzione" è il nome appropriato) e un'altra ne destinano a priorità assurdamente chiamate "sicurezza" interna (ossia repressione) ed esterna (cioè guerra). Non è soltanto legittima, ma è preziosa l'azione di soggetti dedicati alla denuncia di queste situazioni. Un intervento che richieda una presenza fisica con strutture da costruire e da condurre, come è il caso degli interventi di Emergency, non può compiersi tuttavia senza instaurare rapporti con quei governi. L'esortazione a perseguire una sdegnosa estraneità non significherebbe sostanzialmente nulla per i governi. Molto invece significherebbe a danno (o a mancato utile) delle popolazioni.

Meno superficiale sarebbe la consapevolezza che le diverse connotazioni delle diverse ONG o associazioni determinano e impongono diverse forme di azione e di intervento. D'altro canto, per quanto riguarda la presenza fisica e l'attività in questi Paesi, la pratiche e i

principi di Emergency non sono privi di rilevanza e possono produrre o indurre effetti significativi.

Gli interventi di Emergency sono sempre sistematicamente connotati dal carattere di gratuità. La pratica della cura gratuita, prestata in quanto dovuta, al solo titolo dei bisogni sanitari in cui qualcuno si trova, oltrepassa sé stessa e da semplice fatto assume il carattere di un principio.

Dove esistono (spesso il caso si dà) strutture o attività sanitarie private a pagamento, i loro titolari assumono atteggiamenti ostili verso l'ospedale di Emergency, che senza oneri per i pazienti offre cure di qualità molto superiore. Di questa differenza qualitativa si preoccupano le strutture sanitarie a pagamento. Se agli ospedali di Emergency si rivolgesse solo chi non potrebbe comunque far fronte a spese sanitarie, non esisterebbe problema. Che vi ricorrano anche potenziali 'solventi' toglie alla sanità locale a pagamento possibili 'clienti' e dunque possibili introiti. Certo questo stato di cose aggiunge problemi per Emergency, ma è insieme una proposta di carattere politico-culturale, l'affermazione di un principio, una concrezione sostanziale ed evidente degli asseriti diritti alla salute e alla vita.

In Sudan, per esempio, dove l'assistenza sanitaria pubblica non è gratuita, l'apertura e l'attività di un Centro pediatrico di Emergency in un campo profughi nei dintorni di Khartoum ha determinato, su richiesta di Emergency, la decisione innovativa della gratuità di cura per i pazienti pediatriche negli ospedali del governatorato di Khartoum.

La gratuità

Questo della gratuità di prestazioni di elevata qualità è un elemento che connota Emergency tanto sotto il profilo sostanziale quanto nell'aspetto della forma. Nei luoghi nei quali Emergency opera, il concetto di assistenza sanitaria gratuita coincide quasi interamente con il concetto di assistenza sanitaria senza aggettivi: dove la grande maggioranza della popolazione vive con uno o due dollari al giorno, curarsi a pagamento è impossibile e occuparsi della salute, anziché un aiuto a vivere, rappresenta un'alternativa a sopravvivere. Su questo stato di cose si determina il contenuto materiale immediato della gratuità, prima ancora del suo significato. Ma scaturisce da

questo “contenuto materiale immediato” gran parte del sistema di pensieri che connotano Emergency: la sua filosofia, se così si vuol dire, o la sua “visione del mondo”.

Affermare che la vita e la salute siano preferibili alla malattia e alla morte è dire una banalità. Se dall'essere una banalità fra le tante possibili questa affermazione assume il carattere di un principio inattaccabile, un punto fermo, un postulato o un assioma al quale devono sottostare tutte le altre proposizioni che costituiscono un sistema di pensiero e l'impostazione dell'esistenza associata... allora si tratta di una banalità soltanto nel senso di un'evidenza incontrovertibile, non certo nel senso di un'irrelevanza, dell'assenza di conseguenze significative e impegnative.

Ne deriva in forma argomentata il ripudio di ogni violenza e di ogni guerra. Ne deriva la necessità di risposte non violente e non belliche al presentarsi (reale, non solo pensabile o possibile) di aggressioni. Emerge peraltro la constatazione di fatto (constatazione e fatto, non vaga o 'generosa' convinzione) che i frutti del ricorso alla violenza e alla guerra sono in ogni caso privi di esiti positivi, così quando si tratta del 'primo colpo' come quando si tratta di reazione o risposta.

Conseguenza di queste constatazioni e convinzioni è l'impegno di Emergency contro la produzione, il commercio, l'impiego di armi, la contestazione della legittimità dell'assurda destinazione alla guerra e alle armi di immense risorse, rese così e dichiarate indisponibili a necessarie imprese di aiuto e di pace.

È nelle convinzioni e nell'azione di Emergency la contestazione di organismi internazionali (Banca Mondiale, Organizzazione Mondiale del Commercio, Fondo Monetario Internazionale) che subordinano il perseguimento di finalità autenticamente umane al feticcio fasullo di interessi fintamente generali, assegnando all'imposizione di scelte distruttive la denominazione arbitraria e illegittima di “politiche di sviluppo”.

1.14. La migrazione del personale sanitario di Maurizio Murru

Introduzione

Il fenomeno della migrazione, vecchio quanto l'umanità, è aumentato negli ultimi decenni d'intensità, importanza e complessità. Il termine include fenomeni diversi quali la ricerca di migliori condizioni di vita e di lavoro, la fuga dalla violenza e dalla persecuzione, il contrabbando e il traffico di esseri umani. L'arrivo di un numero crescente di stranieri intenzionati a stabilirvisi provoca, in molti Paesi, reazioni miste e contrastanti, spesso emotive e ostili. L'incontro di culture diverse, quando mediato da numeri crescenti di individui, fa nascere problemi la cui gestione è difficile e, spesso, accantonata e rimandata. Esistono forze irresistibili e interconnesse, di carattere demografico, politico ed economico, che gonfiano l'onda della migrazione. Continueranno a farlo a dispetto dei problemi e dei freni culturali, politici, psicologici, legali, amministrativi e organizzativi nei Paesi riceventi. La globalizzazione contribuisce alla crescita della migrazione. Viaggiare è più facile. Le immagini televisive, che raggiungono anche i villaggi più sperduti dei Paesi più poveri, informano su enormi differenze nelle condizioni di vita, alimentando il sogno di una vita migliore. La fantasmagorica realtà del mondo ricco è spesso percepita come una sorta di paradiso terrestre dei cui vantaggi tutti godono e possono godere.

Differenze di reddito

Le enormi differenze di reddito e livelli salariali esistenti fra Paesi ricchi e poveri costituiscono un potente incentivo alla migrazione. Secondo l'*United Nations Development Programme* (UNDP), nel 1975 il Prodotto Interno Lordo (PIL) nei Paesi ad alto reddito era

41 volte superiore a quello dei Paesi a basso reddito e otto volte superiore a quello dei Paesi a reddito medio. Oggi, il PIL dei Paesi ad alto reddito è 66 volte superiore a quello dei Paesi a basso reddito e 14 volte superiore a quello dei Paesi a reddito medio¹. Queste disparità, cresciute così vistosamente nel corso degli ultimi trent'anni, continuano a crescere e continueranno a essere un forte incentivo alla migrazione internazionale.

Tendenze demografiche

Le diverse tendenze demografiche nei Paesi ricchi e poveri contribuiscono alla migrazione. Nei Paesi ricchi la popolazione invecchia, i tassi di fertilità sono bassi e, spesso, tendono a diminuire. Nei Paesi poveri la popolazione è giovane e i tassi di fertilità sono alti. Il tasso medio di fertilità è di 5,4 figli nell'Africa subsahariana, 3,8 nei Paesi arabi, 2,5 nell'America Latina e nei Caraibi e 1,4 in Europa². Nei Paesi ricchi la popolazione al di sotto dei 14 anni costituisce il 18% del totale; in quelli poveri il 31%³. Secondo la Banca Mondiale, i Paesi ad alto reddito perderanno, entro il 2025, circa 20 milioni di lavoratori. Nello stesso periodo, nei Paesi a basso reddito, i nuovi entrati nel mercato del lavoro saranno circa un miliardo³. In assenza di immigrazione sarebbe impossibile, per i Paesi ricchi, mantenere il loro livello di vita e di crescita economica, i loro sistemi pensionistici, i livelli e la qualità dei servizi.

Democrazia, buon governo, rispetto dei diritti umani

La Convenzione per i Rifugiati del 1951 definisce rifugiato chi lascia il proprio Paese per il timore fondato di persecuzione e discriminazione su base etnica, razziale, religiosa, sessuale, ideologica o di appartenenza a una determinata classe sociale o a un determinato credo politico. Il processo che inizia dalla richiesta di asilo per arrivare all'ottenimento dello status di rifugiato è sempre più lungo e difficile. Da anni si parla di rifugiati economici, coloro che lasciano il loro Paese per sfuggire alla povertà, e rifugiati politici, coloro che sono genuinamente (e teoricamente) protetti dalla Convenzione del 1951. Il fatto è che molti dei Paesi più poveri sono anche caratteriz-

zati da instabilità politica, hanno sistemi di governo dispotici e scarsamente legittimi. Sono, spesso, Paesi in cui la legalità non è garantita, l'amministrazione è corrotta e inefficiente, i diritti umani non sono rispettati. Simili regimi costringono i loro cittadini in quelle che la Banca Mondiale ha definito trappole di ineguaglianza⁴. Che un numero crescente di individui intenda e tenti di uscire da simili situazioni non sorprende. Spesso si sottolineano, giustamente, l'intolleranza e la crudeltà con cui molti Paesi ricchi trattano gli immigrati, sia quelli regolari sia, soprattutto, quelli irregolari. Vale la pena ricordare che, spesso, i governi dei Paesi poveri non sono esempi di tolleranza. Nel 1983 il governo nigeriano espulse, dall'oggi al domani, fra 20 e 30mila persone provenienti dai Paesi vicini (soprattutto Ghana). La maggior parte di essi viveva in Nigeria da decenni. Moltissimi furono costretti ad abbandonare le loro case e derubati lungo il cammino verso la frontiera e alla frontiera stessa. Nel 2006 il governo della Tanzania (un Paese in passato lodato per la sua apertura verso gli stranieri) ha chiuso le frontiere e rimandato indietro migliaia di burundesi che tentavano di fuggire dalla violenza e dall'instabilità del loro Paese. Il governo tanzaniano li definì rifugiati economici, usando un termine spesso deprecato, nei Paesi poveri, quando usato dai governi di quelli ricchi. Da anni, ormai, la Costa d'Avorio espelle e/o nega fondamentali diritti umani ai milioni di immigrati che, incoraggiati a stabilirsi nel Paese quando il prezzo del cacao era alto sul mercato internazionale, sono diventati un peso da quando esso è crollato. Sempre nel 2006 il governo del Niger ha annunciato l'espulsione di migliaia di arabi residenti, da decenni, in alcune aree settentrionali del paese. Gli esempi potrebbero continuare ma il punto è chiaro: gli esseri umani sono capaci di intolleranza e crudeltà a tutte le latitudini.

La consistenza numerica del fenomeno migrazione

Le statistiche riguardanti la migrazione sono approssimazioni. La complessità e la vastità del fenomeno rendono la sua quantificazione, nei suoi vari aspetti, difficile e imprecisa. Sono in atto sforzi per migliorare e armonizzare la qualità di questi dati e la loro affidabilità. Secondo le cifre ufficiali, comunque, gli emigrati erano circa 82

milioni nel 1970, 175 milioni nel 2000 e circa 200 milioni nel 2005². Questa cifra include circa 8,4 milioni di rifugiati⁵. Le donne costituiscono circa il 49% degli emigrati³. La maggioranza degli emigrati è concentrata in un numero relativamente basso di Paesi. Gli Stati Uniti, da soli, ne ospitano circa 35 milioni. Il 70% dell'aumento del numero degli emigrati, negli ultimi 20 anni, è costituito dall'aumento in due soli Paesi: Stati Uniti e Germania³. Gli Stati Uniti sono la meta preferita della maggior parte degli emigrati e leggi che hanno permesso ricongiungimenti familiari hanno fortemente contribuito all'aumento di cui sopra. L'aumento degli immigrati in Germania è principalmente costituito da persone provenienti da Paesi dell'Europa dell'Est dopo lo sfaldamento dell'Unione Sovietica. La **Tabella 1** riporta cifre sul numero di immigrati nei vari continenti e la percentuale che essi costituiscono della popolazione totale. La **Tabella 2** riporta gli stessi dati per i 32 Paesi che contano almeno un milione di immigrati. Negli Stati Uniti, che hanno il più alto numero di immigrati in assoluto, questi costituiscono il 12,4% della popolazione totale. Negli altri Paesi questa percentuale va dal 57,9% del Kuwait allo 0,6% dell'India. In Italia, gli immigrati rappresentano il 2,8% della popolazione totale. Da notare che in Paesi poveri quali Costa d'Avorio e Burkina Faso gli immigrati costituiscono il 14,6% e il 9,7% della popolazione rispettivamente. Nel 1970 i Paesi in cui gli immigrati raggiungevano il 10% della popolazione erano 48, nel 2000 erano 70². Il numero degli emigrati sarebbe superiore se le politiche dei Paesi riceventi fossero più elastiche e liberali. L'opinione pubblica, nei Paesi ricchi, è maggioritariamente ostile a politiche più

Tabella 1. Immigrati per continente e percentuale della popolazione totale, 2005.

Continente	Numero	Percentuale
Europa, inclusi i territori Europei dell'ex URSS	56.100.000	7,7%
Asia	49.900.000	1,4%
Nord America (Stati Uniti e Canada)	40.800.000	12,9%
Africa	16.300.000	2%
America Latina	5.900.000	1,1%
Australia	5.800.000	18,7%
Totale	174.800.000	

aperte. Secondo sondaggi recenti, negli Stati Uniti l'immigrazione è vista come un pericolo secondo solo al terrorismo e nei Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) più del 90% della popolazione è ostile all'immigrazione⁶. Paesi come Gran Bretagna e Francia hanno irrigidito o progettano di irrigidire le leggi che permettono l'immigrazione di lavoratori generici, non specializzati. Al contrario, c'è la tendenza ad allargare le maglie per immigranti istruiti e professionalmente specializzati, dagli ingegneri elettronici ai medici, agli infermieri.

Si emigra anche dai Paesi ricchi

La maggior parte degli emigrati si muove da Paesi a basso reddito verso Paesi ad alto reddito. Ma il fenomeno sta diventando sempre più significativo anche in Paesi ricchi. Nel 2004, 150.000 tedeschi hanno lasciato la Germania in cerca di lavoro all'estero, il numero più alto registrato dal 1888⁷. Nel 2005, circa 200.000 britannici sono emigrati⁸. I cittadini della Gran Bretagna che lavorano stabilmente all'estero sono circa 5,5 milioni, il 9,2% della popolazione totale⁹. Questo significa che ci sono più britannici all'estero che stranieri in Gran Bretagna, questi ultimi essendo poco più di 4 milioni (**Tabella 2**). Venendo alle rimesse degli emigrati, la Francia è al quarto posto dopo Cina, India e Messico³.

La migrazione irregolare

Il fenomeno della cosiddetta migrazione irregolare è particolarmente complesso. I problemi iniziano con la definizione: migrazione irregolare, illegale o non documentata? L'aggettivo illegale è largamente usato ma concettualmente scorretto e carico di connotazioni negative associate, più o meno esplicitamente, alla criminalità. Un immigrato irregolare entra in un Paese senza averne l'autorizzazione o vi rimane dopo che tale autorizzazione è scaduta. Molte organizzazioni internazionali che si occupano di migrazione hanno da tempo abbandonato il termine illegale e adottato quello di migrazione irregolare. Fra le eccezioni, spicca l'Unione Europea che, in molti suoi documenti sul tema, continua a usare questa terminologia vessatoria.

Tabella 2. Immigrati per paese e percentuale della popolazione totale, 2000*.

N°	Paese	Numero	Percentuale
01	Stati Uniti	34.998.000	12,4%
02	Russia	13.259.000	9,1%
03	Germania	7.349.000	9,0%
04	Ucraina	6.947.000	14,0%
05	Francia	6.277.000	10,6%
06	India	6.271.000	0,6%
07	Canada	5.826.000	18,9%
08	Arabia Saudita	5.255.000	25,8%
09	Australia	4.705.000	24,6%
10	Pakistan	4.243.000	3,0%
11	Gran Bretagna	4.029.000	6,8%
12	Kazakhstan	3.028.000	18,7%
13	Hong Kong (Cina)	2.701.000	39,4%
14	Costa d'Avorio	2.336.000	14,6%
15	Iran	2.321.000	3,3%
16	Israele	2.256.000	37,5%
17	Moldavia	2.088.000	5,4%
18	Giordania	1.945.000	39,6%
19	Emirati Arabi Uniti	1.922.000	73,8%
20	Svizzera	1.801.000	25,1%
21	Italia	1.634.000	2,8%
22	Giappone	1.620.000	1,3%
23	Olanda	1.576.000	9,9%
24	Turchia	1.503.000	2,3%
25	Argentina	1.419.000	3,8%
26	Malesia	1.392.000	6,3%
27	Singapore	1.352.000	33,6%
28	Sudafrica	1.303.000	3,0%
29	Bielorussia	1.284.000	12,6%
30	Burkina Faso	1.124.000	9,7%
31	Kuwait	1.108.000	57,9%
32	Venezuela	1.006.000	4,2%

* D. Kapur, J. Mc Hale, *The global migration of talent: what does it mean for developing countries?* Center for Global Development, Washington DC 2005.

Nell'ambito della migrazione irregolare sono inclusi il traffico e il contrabbando di esseri umani. I due fenomeni sono diversi ma, spesso, i due termini sono usati come sinonimi. Per traffico di esseri umani si intende il trasferimento forzato di individui da un Paese a

un altro tramite minacce, coercizione e con finalità illegali (prostituzione, lavoro domestico, lavoro forzato). Si tratta, dunque, di un'azione contraria alla volontà delle vittime e di una violazione dei loro diritti. Per contrabbando di esseri umani si intende il trasferimento di individui consenzienti, che si rivolgono a terze persone per essere trasportati da un paese ed essere introdotti in un altro senza essere in possesso dell'autorizzazione a farlo. Questa distinzione è stata ufficialmente definita nel 2000 in due protocolli delle Nazioni Unite*, ma è spesso ignorata anche perché, non di rado, i due fenomeni sconfinano l'uno nell'altro. Secondo dati forniti dal Dipartimento di Stato Americano, le vittime del traffico di esseri umani sono fra 600.000 e 800.000 ogni anno e circa 12 milioni di persone sono costrette a varie forme di lavoro forzato. Secondo l'*International Centre on Migration Policy Development*, ogni anno muoiono circa 2.000 emigrati irregolari². Entrambe le stime sono approssimate per difetto.

Quanti sono gli immigrati irregolari?

I dati sulla migrazione irregolare sono scarsi, confusi e inaffidabili. La loro aleatorietà è sottolineata dalla loro ampia variabilità: le stime più recenti sul flusso di immigrati irregolari a livello mondiale variano da un minimo di 3 a un massimo di 30 milioni l'anno; quelle a livello europeo variano da un minimo di 400.000 a un massimo di 830.000 l'anno¹⁰. Per quanto riguarda gli irregolari già sul posto, in India ce ne sarebbero circa 20 milioni, in Europa fra i 10 e i 15 milioni, negli Stati Uniti 10 milioni e in Russia fra i 3,5 e i 5 milioni². Si tenga presente che la maggior parte della migrazione irregolare non è diretta dai Paesi a basso reddito verso quelli a reddito più alto, ma fra gli stessi Paesi a basso reddito. Secondo stime delle Nazioni Unite gli immigrati irregolari nel Sud Est Asiatico sarebbero svariati milioni e, nel solo Sudafrica, fra i 3 e i 5 milioni¹¹.

* UN Protocol to Prevent, Suppress and Punish Trafficking in Persons; UN Protocol against the Smuggling of Migrants by Land, Sea and Air.

Percezioni e realtà

L'importanza della migrazione irregolare è più politica e psicologica che numerica. La sua minaccia alla sicurezza degli stati di destinazione è esagerata e basata su disinformazione emotiva, spesso manovrata da politicanti in cerca di facile popolarità. Le vittime principali della migrazione irregolare sono gli immigrati irregolari stessi che vivono in situazioni precarie, spesso esclusi dai servizi sociali più elementari (salute, educazione). L'aspetto più disgustoso è che moltissimi irregolari sono sfruttati spietatamente e ipocritamente da onesti e benpensanti cittadini dei Paesi riceventi (lavoro sottopagato, affitti esorbitanti per pochi squallidi metri quadrati, discriminazione).

Le conseguenze economiche della migrazione

Secondo gli economisti, gli effetti economici della migrazione sono largamente positivi sia per i Paesi che per i gruppi di popolazione coinvolti^{3,12}. Nei Paesi di destinazione, gli immigrati risolvono il problema della scarsità di personale nei settori in cui questa esiste (per esempio, il settore sanitario in molti Paesi ricchi). Nella maggior parte dei casi sono impiegati in lavori non voluti dalla popolazione locale. Consentono di aumentare la produzione e incrementare i consumi portando a un aumento del PIL. La loro presenza riduce la spinta inflazionistica dovuta alla pressione sui salari. Questo è un aspetto positivo sotto il profilo macroeconomico, ma può avere risvolti negativi per quei lavoratori della popolazione locale eventualmente impiegati negli stessi lavori in cui sono assunti gli immigrati. Nei Paesi di origine la partenza degli immigrati riduce il tasso di disoccupazione e rende disponibili risorse finanziarie (le rimesse dall'estero), oltre a nuove conoscenze e competenze nel caso degli immigrati che tornano. È ovvio che i benefici della migrazione sono maggiormente sentiti dagli emigrati stessi e dalle loro famiglie. La storia delle migrazioni di massa alla fine del XIX secolo, da determinati Paesi europei (Irlanda, Italia, Norvegia, Svezia) verso gli Stati Uniti, conferma quanto scritto sopra. Quell'enorme fenomeno migratorio favorì la crescita economica sia degli Stati Uniti sia dei Paesi di origine esattamente con i meccanismi sopra descritti¹³. Secondo le

analisi (e le ipotesi) di vari economisti, se la circolazione degli esseri umani fosse liberalizzata allo stesso modo e nella stessa misura in cui lo è stata, negli ultimi anni, quella di merci e capitali, il beneficio per l'economia mondiale sarebbe di almeno 25 volte superiore¹³. Secondo alcune proiezioni effettuate dalla Banca Mondiale, se i Paesi ad alto reddito permettessero un aumento dell'immigrazione del 3% attraverso misure meno restrittive, di qui al 2025, questo si tradurrebbe in un guadagno annuo di 300 miliardi di dollari per i Paesi poveri e di 51 miliardi di dollari per quelli ricchi³. Queste tesi sono sostenute anche in un recente libro che ha fatto discutere economisti e politici. L'autore, Philippe Legrain, un giornalista economico che ha lavorato anche per l'Organizzazione Mondiale del Commercio, riprende, in parte, le proiezioni di cui sopra e sostiene che la migrazione non è una scelta, ma una necessità per la sopravvivenza dell'economia mondiale¹³.

Queste teorie hanno un punto debole: sono basate su calcoli complessi ma su ipotesi semplici (se non semplicistiche). Esse ignorano gli intricati fattori culturali, sociali, religiosi, psicologici, associati alla migrazione. Quando la Polonia e altre nove nazioni entrarono nell'Unione Europea, nel 2004, la Gran Bretagna assorbì in pochi mesi, senza contraccolpi drammatici, circa 500.000 immigranti provenienti da quei Paesi¹⁴. Questo sarebbe stato impensabile se quegli immigrati, invece di essere bianchi e cristiani, fossero stati di pelle più scura e musulmani. E, comunque, nonostante gli economisti abbiano sottolineato come l'influsso di cui sopra abbia beneficiato l'economia britannica, facendone considerevolmente aumentare il PIL, il Governo di Sua Maestà ha posto severe limitazioni all'immigrazione da Bulgaria e Romania, da poco entrate nell'Unione Europea. La fragilità delle teorie economiche sopra citate consiste nel fatto che esse considerano la società come un sistema rigido, perfettamente prevedibile. Tutte le società, invece, essendo costituite da esseri umani, sono sistemi flessibili e imprevedibili. Spesso sfidano la logica. O, meglio, procedono con una loro logica che non è quella degli economisti. Occorre, comunque, che i politici e la società nel suo complesso conoscano e riflettano su queste considerazioni economiche. Esse indicano una direzione che, pur nella sua complessità, sembra obbligata.

Migrazione e sviluppo

Solo recentemente si è iniziato a studiare l'impatto della migrazione sulla riduzione della povertà e sullo sviluppo dei Paesi poveri. Il *Center for Global Development* (CGD) pubblica, ogni anno, il *Commitment to Development Index*, una classifica dei Paesi ricchi che più efficacemente operano per promuovere lo sviluppo nel suo complesso. Per stilare questa classifica si usa un indice composito ottenuto combinando sette aree ritenute di importanza fondamentale: aiuti finanziari, politiche commerciali, investimenti nei Paesi poveri, politiche di protezione ambientale, contributi al mantenimento della pace, ricerca e trasferimento di capacità e, appunto, politiche relative all'immigrazione¹⁵. A causa delle tendenze demografiche ed economiche attuali, la migrazione assumerà un'importanza sempre maggiore nel promuovere lo sviluppo dei Paesi di origine degli emigrati.

Le rimesse degli emigrati

Le rimesse degli emigrati verso i Paesi di origine erano circa 31 miliardi di dollari nel 1990 e circa 170 nel 2005¹⁶. Come tutte le statistiche riguardanti la migrazione, anche quella sulle rimesse è approssimata. Considerevoli somme di denaro sono trasferite attraverso canali informali e possono solo essere indovinate, non esattamente quantificate. Secondo una stima della Banca Mondiale, la somma che sfugge alle statistiche ufficiali potrebbe essere pari o probabilmente superiore al 50% di quella ufficiale. Questo porterebbe le rimesse ad un totale superiore ai 250 miliardi di dollari l'anno³. L'aiuto ufficiale allo sviluppo, nel 2005, è stato pari a 106,48 miliardi di dollari¹⁷. Per molti Paesi, le rimesse finanziarie degli emigrati superano i fondi ricevuti come aiuto allo sviluppo. Si consideri che le rimesse vanno direttamente alle famiglie, mentre una considerevole parte dell'aiuto allo sviluppo non si traduce in benefici diretti per le popolazioni dei Paesi riceventi. Fra il 30% e il 45% delle rimesse segue un circuito Sud-Sud. Vale a dire, che esse sono inviate verso Paesi poveri da individui emigrati in altri Paesi poveri. Questo perché, fatto spesso ignorato, circa la metà degli emigrati da Paesi in via di sviluppo, emigra verso altri Paesi in via di sviluppo³. Secondo un

articolo apparso sull'edizione online dell'*Economist*, le rimesse degli emigrati stanno giocando un ruolo essenziale nel sostenere le economie di molti Paesi dell'ex Unione Sovietica. Esse rappresenterebbero più del 10% del PIL in Albania, Armenia e Tajikistan e circa il 20% in Bosnia e Moldavia. Circa il 15% della popolazione dell'Ucraina e il 20% di quella del Kazakistan è costituita da emigrati. Le loro rimesse, e l'influenza delle loro idee quando tornano, stanno trasformando i loro Paesi d'origine¹⁸. Il costo del trasferimento del denaro attraverso canali ufficiali (agenzie specializzate o banche) è ancora troppo alto. In determinati casi esso può raggiungere il 25% della somma trasferita^{2,3}. Le rimesse degli emigrati, pur essendo uno strumento utile ed efficace, non sono un rimedio magico. Ancor meno esse possono essere un sostituto ad adeguate politiche di sviluppo sia nazionali sia internazionali. Le presuppongono per poter essere usate più pienamente.

Fuga o circolazione dei cervelli? Danno o beneficio?

Negli ultimi decenni le barriere internazionali alla circolazione dei capitali e delle merci sono diminuite considerevolmente. Quelle alla circolazione delle persone non lo hanno fatto con la stessa velocità. Al contrario, le connotazioni sociali, culturali e politiche della migrazione, non sempre positive nel breve termine, sembrano improntate a un irrigidimento delle barriere alla circolazione delle persone. Un'eccezione significativa e densa di conseguenze riguarda la cosiddetta migrazione focalizzata, vale a dire la promozione selettiva, da parte di numerosi Paesi ricchi, della migrazione dai Paesi poveri di individui con alti livelli di istruzione in settori specifici. Una serie di misure che favoriscono la cosiddetta fuga dei cervelli. Si stima che il 10% dei laureati dei Paesi poveri viva in quelli ricchi. La percentuale sale al 50% per i laureati nei settori tecnici e scientifici¹⁹. Molto è stato scritto a questo proposito. L'opinione tradizionalmente più diffusa è che questa fuga derubi i Paesi d'origine delle loro migliori risorse umane, rallentandone lo sviluppo. Inoltre, si sottolinea il fatto che i governi dei Paesi poveri hanno sostenuto le spese relative all'educazione di questi emigrati selezionati e sono i Paesi ricchi a goderne il frutto. In queste affermazioni c'è molto di vero. Specialmente

per quei Paesi nei quali il fenomeno è più pronunciato, come per esempio Capo Verde, Gambia, Seychelles, Somalia, che vedono più del 50% dei loro laureati emigrare, fino allo stupefacente 82,5% dalla Jamaica⁶. È ovvio che questi Paesi sono privati di risorse potenzialmente utili, probabilmente essenziali. Come sempre, però, il problema è complesso, i giudizi trancianti sono spesso sbagliati. In molti casi, gli emigrati selezionati provengono da Paesi nei quali, per ragioni economiche e politiche (malgoverno, nepotismo, corruzione, violenza, discriminazioni etniche) non avrebbero potuto sviluppare appieno le loro potenzialità. Spesso si scambia il loro contributo potenziale allo sviluppo con quello effettivamente possibile. Da più parti si propongono misure restrittive atte a limitare, se non a impedire, il furto di cervelli da parte dei Paesi ricchi a danno di quelli poveri. Tali misure vanno dal proposto divieto di reclutare determinate categorie di professionisti (per esempio medici e infermieri) alla proposta concessione di visti a tempo determinato per professionisti qualificati, così che siano, in qualche modo, costretti a tornare al loro Paese. A parte la dubbia efficacia e applicabilità di tali misure, chi le propone trascura il fatto che esse costituiscono un limite iniquo alla libertà degli individui di perseguire un miglioramento di vita per se stessi e per le loro famiglie.

La fuga dei cervelli è un sintomo, non è la malattia

È giusto pensare a politiche che in qualche modo compensino i Paesi d'origine e incentivino gli emigrati di lusso a tornare. Ma qui si apre un capitolo ancor più complesso. Nella grande maggioranza dei casi, la fuga dei cervelli non è la malattia, ma un sintomo. La malattia risiede nel sottosviluppo, nella povertà, nelle disuguaglianze. Decenni di storia degli aiuti allo sviluppo suggeriscono che quest'ultimo sia, prevalentemente, un processo endogeno e che, dall'esterno, lo si possa, nei casi migliori, stimolare, promuovere e rinforzare. È stato proposto che i Paesi ricchi investano nei settori educativi dei Paesi poveri. Altro ragionamento dalla logica inattaccabile: se si ha bisogno di reclutare diplomati e laureati di Paesi poveri, che si contribuisca alla loro formazione. Se la Gran Bretagna ha bisogno di infermieri ugandesi, che investa nelle scuole per infermieri in Uganda.

Giusto. Ma non basta. Non si entra in una scuola per infermieri (o in una facoltà di medicina) se non si ha un'adeguata formazione di base. Dunque occorre investire nell'intero settore educativo dei Paesi poveri: dal ciclo di istruzione primaria a quello di istruzione terziaria. Si tratta di investimenti a lungo termine. I frutti si vedranno fra 15 o 20 anni. Attualmente, gli aiuti destinati al settore educativo non sono particolarmente significativi sotto il profilo quantitativo. La Banca Mondiale, il maggior donatore in questo settore, nel 2002, vi ha investito (in Africa, Asia, America Latina e Europa Orientale), circa due miliardi di dollari. Nello stesso anno, quegli stessi Paesi poveri, hanno investito, nei loro dilapidati settori educativi, circa 250 miliardi di dollari²⁰. Occorrono sicuramente più fondi ma occorrono, soprattutto, strategie solide, a largo respiro e lungo termine. Altre misure sono state suggerite. Si va dalla tassazione delle rimesse da parte dei Paesi d'origine degli emigrati (con la collaborazione dei Paesi riceventi), alla trasferibilità dei benefici pensionistici dai Paesi riceventi a quelli d'origine, alla concessione di doppia cittadinanza (che favorisce una più frequente e libera circolazione con potenziali benefici economici sia per i Paesi d'origine sia per quelli riceventi), ad accordi bilaterali o regionali che prevedano, fra l'altro, maggiori flussi di aiuti finanziari dai Paesi riceventi a quelli d'origine degli emigrati con alti livelli di formazione⁶.

La fuga dei cervelli nel settore sanitario

La fuga dei cervelli dai settori sanitari dei Paesi a basso reddito verso quelli ad alto reddito ha assunto dimensioni sempre più significative. Molti osservatori ritengono che, nell'ambito della migrazione internazionale, quello degli operatori sanitari debba essere considerato un caso particolare²¹. La popolazione dei Paesi ad alto reddito invecchia e ha una necessità sempre maggiore di servizi che, in molti casi, i sistemi sanitari nazionali non sono in grado di fornire per mancanza di risorse umane. Le risorse umane sono scarse anche nei settori sanitari dei Paesi a basso reddito: l'Africa subsahariana, con circa il 10% della popolazione mondiale e il 24% del carico mondiale di malattie, dispone di un misero 2,8% del totale mondiale degli operatori sanitari e di un ancor più misero 1% della spesa

sanitaria mondiale²². La Gran Bretagna è una delle destinazioni preferite dagli infermieri di molti Paesi poveri e per i legami con i Paesi dell'ex impero e per il notevole deficit in infermieri del sistema sanitario britannico. Nel 2002 il numero degli infermieri registrati provenienti dall'estero (16.155) ha superato quello degli infermieri formati in Gran Bretagna (14.538) e fra il 1999 e il 2002 il numero di infermieri stranieri impiegati in Gran Bretagna è più che raddoppiato, superando le 42.000 unità per raggiungere le 65.000 unità attuali²³. Circa il 23% dei medici laureatisi nei Paesi dell'Africa subsahariana lavora in paesi dell'OCSE, con percentuali che vanno da un minimo del 3% dal Cameroon a un massimo di 37% dal Sudafrica, passando per il 29% dal Ghana, il 19% dall'Angola, il 17% dall'Etiopia, il 16% dall'Uganda, eccetera²³. Secondo altre fonti²⁴, la percentuale di medici formati nell'Africa subsahariana e attivi all'estero sarebbe pari al 28% e si andrebbe dall'1% della Guinea Bissau al 70% (!) dell'Angola, con vari Paesi al di sopra del 50% (Capoverde, Congo, Guinea Equatoriale, Gambia, Ghana, Kenya, Liberia, Malawi, San Tomé e Principe, Senegal, Swaziland, Tanzania, Zambia e Zimbabwe). Per quanto riguarda i medici formati in Mozambico, quelli residenti all'estero sarebbero il 75%, ma questa statistica include i mozambicani bianchi d'origine portoghese che hanno lasciato il Paese all'indipendenza e la questione meriterebbe una discussione a parte.

Secondo molti osservatori la caccia agli operatori sanitari dei Paesi africani da parte dei Paesi ricchi, ha connotazioni etiche discutibili e priva di risorse umane essenziali popolazioni povere che ne hanno bisogno, specialmente nelle aree rurali. Ancora una volta, questa osservazione contiene molto di vero ma può essere messa in discussione. I settori sanitari della maggior parte dei Paesi africani ricevono finanziamenti infimi (pari all'1-2% di quelli ricevuti dai sistemi sanitari di Paesi ricchi) e, di conseguenza, versano in condizioni disastrose: le infrastrutture sono fatiscenti; l'equipaggiamento spesso manca, è obsoleto o in cattive condizioni di funzionamento; i farmaci sono cronicamente scarsi; i salari bassi e spesso irregolarmente pagati. In simili condizioni è difficile che gli operatori sanitari sviluppino le potenzialità delle loro conoscenze e competenze. C'è di più. Se

il personale sanitario africano che emigra rimanesse in patria, solo in minima percentuale si troverebbe in aree rurali. La maggior parte sarebbe in aree urbane, magari lavorando in cliniche private che, anche in città, servono gli strati più abbienti e non quelli più poveri della popolazione. In Uganda, per esempio, i distretti più poveri hanno il 26% degli operatori sanitari considerati necessari, mentre quelli più ricchi hanno più di quanto dovrebbero, arrivando a percentuali del 263% del personale previsto²⁵. Un esempio particolarmente significativo di maldistribuzione riguarda il personale medico: dei 648 medici attivi nelle strutture sanitarie governative nel 2003, 111 (il 17%) lavoravano nel solo ospedale di Mulago, situato nella capitale²⁶. Nel 2004 il presidente ugandese, Yoweri Museveni, ha affermato la volontà del suo governo di favorire l'emigrazione verso Paesi ricchi di personale ugandese laureato, particolarmente il personale sanitario²⁷. La motivazione addotta è che le rimesse degli emigrati sono un utile strumento per combattere la povertà. Secondo la Banca Mondiale, negli ultimi anni, le rimesse degli emigrati ugandesi avrebbero fatto diminuire il numero dei poveri dell'11%³. Il governo filippino, da tempo, forma personale sanitario per l'esportazione, lo incoraggia a emigrare, a inviare le rimesse attraverso canali ufficiali (a condizioni favorevoli) e a tornare dopo un determinato periodo. Nel 2004 le rimesse dall'estero degli emigrati filippini sono state pari a 8,5 miliardi di dollari, pari al 10% del PIL²³. Nello stesso anno le Filippine hanno ricevuto 462,8 milioni di dollari in aiuti internazionali²⁸. Non stiamo insinuando che il bracconaggio del personale sanitario africano da parte dei Paesi ricchi sia lodevole e da incoraggiare (specialmente quando entrano in ballo agenzie di reclutamento specializzate e con pochi scrupoli). Stiamo solamente suggerendo che la realtà è più complessa di quanto non sembri.

Quali misure per arginare la fuga del personale sanitario africano?

Varie misure sono state suggerite per arginare l'esodo del personale sanitario dai Paesi poveri in generale e da quelli africani in particolare. Si va da accordi bilaterali fra Paesi d'origine e di destinazione, alla fissazione di quote, a misure di compensazione, di vario tipo, da parte dei Paesi ricchi. Del possibile finanziamento da parte dei

Paesi ricchi dei settori educativi di quelli poveri abbiamo già accennato. Alcuni Paesi d'origine, come il Sudafrica, hanno iniziato a formare personale para-infermieristico che sia in grado di svolgere la maggior parte delle mansioni di infermieri diplomati o laureati ma, per il suo basso livello accademico, sia automaticamente escluso dal mercato internazionale del lavoro. I Paesi ad alto reddito sono stati esortati a pianificare meglio la produzione degli operatori sanitari. Per ora questo pare non avvenire. Il sistema sanitario nazionale britannico, nei prossimi quattro anni, avrà un buco di 14.000 infermieri, 1.200 medici di base e 1.100 medici ospedalieri. Allo stesso tempo, avrà un surplus di 3.200 specialisti e 16.200 fra laboratoristi, fisioterapisti e altre professioni simili²⁹. Negli ultimi cinque anni sono stati elaborati vari codici di condotta che dovrebbero regolamentare l'assunzione di personale sanitario di Paesi poveri da parte di Paesi ricchi. Si tratta di codici indirizzati ad autorità nazionali, associazioni professionali, agenzie di reclutamento. Negli ultimi anni sono nate anche numerose agenzie private di reclutamento. Negli Stati Uniti gli ospedali pagano a queste agenzie, in media, fra i 5.000 e i 10.000 dollari per ogni infermiere reclutato. Il giro d'affari è valutato a svariati milioni di dollari l'anno³⁰. L'adesione ai codici di condotta da parte delle istituzioni private è volontaria. Il che significa che questi documenti, per quanto ben concepiti, sono largamente ignorati e quindi inutili. Un esempio eloquente viene dalla Gran Bretagna. In questo Paese, un codice di comportamento entrato in vigore nel 1999 vieta al sistema sanitario nazionale di assumere infermieri provenienti da Paesi a basso reddito. Il codice è stato rivisto e reso più severo nel 2004³¹. Gli infermieri di questi Paesi, però, continuano a essere reclutati da istituzioni sanitarie private e molti, in seguito, sono assunti dal sistema sanitario nazionale²⁴.

Una misura frequentemente suggerita per trattenere nei Paesi poveri il personale sanitario lì formatosi, è quella di pagare stipendi più alti. Una misura ovvia. Ancora una volta, però, la realtà si dimostra capricciosamente restia ad analisi troppo affrettate. Un articolo pubblicato su *Le Monde Diplomatique* suggerisce, fra le altre, questa misura e cita, come un buon esempio, l'Uganda³². In effetti in Uganda il governo, fra l'anno finanziario 2003-2004 e quello 2004-2005, ha

umentato i salari degli operatori sanitari del 51,7%³³. La conseguenza? Si è avuto un esodo massiccio di personale sanitario verso le strutture governative dalle strutture sanitarie private non a scopo di lucro, che erogano circa il 40% dei servizi del Paese. Se si considera il settore nel suo insieme, la misura, logica e fundamentalmente giusta, ha avuto effetti sistemicamente negativi, privando di medici e infermieri strutture solitamente indicate come quelle che erogano servizi di qualità più alta e, nella maggior parte dei casi, nelle aree più povere del Paese.

Il nocciolo della questione

Altre misure, quali maggiori possibilità formative, incentivi per lavorare in aree rurali, migliore integrazione con le comunità servite, e altre simili³⁴, sembrano più esercitazioni di buona volontà, parcellari e limitate, che soluzioni vere e proprie. Paiono ignorare il nocciolo della questione. E il nocciolo della questione, comunque, rimane che la migrazione non è un fenomeno dovuto a una sola causa. Nasce e prospera per cause numerose, complesse e interconnesse. Pertanto, quando pone problemi, questi devono essere visti, per quanto possibile, nel loro insieme. Venendo ai settori sanitari, servirebbe a poco riuscire a trattenere operatori sanitari africani in settori sanitari disastriati. Occorre intervenire per rafforzare i sistemi sanitari stessi, nel loro complesso. Sono necessarie cospicue iniezioni di fondi accompagnate da politiche di largo respiro e di lunga durata. Secondo uno studio recente, il 77% delle famiglie di medici neolaureati dello Zimbabwe esorta questi ultimi a emigrare²³. Lo Zimbabwe ha un settore sanitario che, dai fasti del passato, è precipitato a uno stato di collasso. Il Paese ha un tasso di disoccupazione che rasenta il 70%, un tasso d'inflazione che ha raggiunto, nel gennaio 2007, il 1281%³⁵, un PIL che, fra il 2000 e il 2005 è mediamente diminuito del 6,1% l'anno contro una crescita annua media, nello stesso periodo, del 4,2% nel resto dell'Africa subsahariana³⁶, un regime dispotico e un alto rischio d'instabilità politica. Avrebbe veramente senso esortare i giovani laureati di questo Paese a non cercare un futuro migliore all'estero? Può stupire che questo Paese abbia la più alta percentuale di infermieri emigrati (34%) di tutti i Paesi africani²³.

Effetti positivi della fuga dei cervelli?

Spesso s'ignorano, o si minimizzano, gli effetti positivi nel medio e lungo termine dell'emigrazione di laureati dai Paesi poveri. Si è già parlato delle rimesse finanziarie. Ma ci sono altri aspetti positivi legati a questo fenomeno. Sono sempre più numerose, in vari Paesi ricchi, le associazioni di emigrati della stessa nazionalità che, pur agendo all'estero, hanno un peso economico, politico e culturale non trascurabile, anche nel Paese d'origine, soprattutto favorendo la circolazione di idee, innovazioni, investimenti⁶. Alcune di queste associazioni inviano in patria rimesse collettive per la costruzione di opere pubbliche (scuole, strade, unità sanitarie, eccetera). Il fenomeno non è ancora quantitativamente significativo, ma è in crescita²⁰. Nelle organizzazioni internazionali (specialmente, ma non solo, quelle delle Nazioni Unite) sono sempre più numerosi i funzionari che provengono da Paesi poveri. La loro azione di lobby a favore dei Paesi d'origine riveste un'importanza politica e pratica che, forse, varrebbe la pena approfondire. Un effetto positivo, nel medio e lungo termine, della fuga dei cervelli è il loro ritorno in patria dopo un periodo più o meno lungo di assenza. Un ritorno che porta con sé più vaste e nuove conoscenze, idee innovative, risorse finanziarie, legami e contatti all'estero potenzialmente utili in campi come il turismo, i trasporti, il commercio e le comunicazioni. È ovvio che il ritorno dev'essere volontario e attraente. Paesi come Cina, Corea del Nord, India, Irlanda, Messico e Taiwan hanno introdotto con successo politiche miranti a favorire il ritorno in patria dei loro emigrati particolarmente istruiti e capaci. Altri Paesi, come l'Afghanistan, il Rwanda e il Sudan hanno tentato di stimolare il ritorno dei loro emigrati, ma hanno avuto meno successo.

Conclusione

Ci troviamo di fronte a un processo tanto complesso quanto inarrestabile. Gestirlo adeguatamente richiederà impegno, studio, comprensione, riflessione e, soprattutto, coraggio politico. Di più, occorreranno trasformazioni culturali a livello globale. Processi, anch'essi, inevitabili, già in atto, inarrestabili, ma lenti. La miopia di molti poli-

tici, spesso consapevole e ambigua, il terrorismo internazionale e la guerra al terrorismo, l'ignoranza e la ristrettezza di vedute, le reali e concrete difficoltà di impiego e integrazione di ondate di immigrati, renderanno difficili i prossimi decenni. Poco consola il desolato ottimismo del lungo termine. Nel breve termine (più lungo della vita di molti individui) si attraverseranno processi complessi, a volte atroci. Nel lungo termine, tutto questo dovrebbe (potrebbe) portare a un mondo fatto di società maggiormente integrate, aperte, tolleranti, capaci di convivere in conformità a interessi e legami comuni.

Note bibliografiche

¹ United Nations Development Programme, *Human Development Report 2005. International cooperation at a crossroads, aid, trade and security in an unequal world*, UNDP, New York 2005.

² Global Commission on International Migration, *Migration in an interconnected world: new directions for actions*, GCIM, Ginevra 2005.

³ World Bank, *Global economic prospects: economic implications of remittances and migration*, World Bank, Washington DC 2006.

⁴ World Bank, *World Development Report 2006. Equity and Development*, World Bank, Washington DC 2005.

⁵ United Nations High Commissioner for Refugees. *2005 Global Refugees Trends*, UNHCR, Ginevra 2006.

⁶ L. Pritchett, *Let their people come: breaking the gridlock on global labour mobility*, Center for Global Development, Washington DC 2006.

⁷ Economist, 26 ottobre 2006, *Auf wiedersehen, Fatherland*.

⁸ Economist, 13 dicembre 2006, *Over there*.

⁹ Institute for Public Policy Research, *Brits abroad: mapping the scale and nature of British emigration*, IPPR, Londra 2006.

¹⁰ K. Koser, *Irregular migration, state security and human security*. A paper prepared for the Policy Analysis and Research Programme of the Global Commission on International Migration, University College, London 2005.

¹¹ UN Department for Economic and Social Affairs, *World economic and social survey. Part II: International migration*, United Nations, New York 2004.

¹² International Organization of Migration, *World Migration Report 2005*, IOM, Ginevra 2006.

¹³ P. Legrain, *Immigrants, your country needs them*, Little Brown Book Group, 2007.

¹⁴ Economist, 11 gennaio 2007, *Waves of fear*.

¹⁵ Center for Global Development, 2006. *Ranking the rich: the 2005 Commitment to Development Index*, disponibile sul sito www.cdev.org, consultato l'8 gennaio 2007.

¹⁶ International Labour Office, *International labour migration and development: the ILO perspective*, ILO, Ginevra 2006.

¹⁷ Organization for Economic Cooperation and Development, 2006. *ODA Chart 2005*, disponibile sul sito www.oecd.org, consultato l'8 gennaio 2006.

¹⁸ Economist, 16 Gennaio 2007, *Migrant power* (Edizione on-line).

¹⁹ B.L. Lowell, S.G. Gerova, *Diasporas and economic development: state of knowledge*, Institute for the Study of International Migration, Georgetown University, Washington DC 2004.

²⁰ World Bank, *The role and effectiveness of development assistance: lessons from World Bank experience*. World Bank, Washington DC 2002.

²¹ S. Bach, *International mobility of health professionals: brain drain or brain exchange?* World Institute for Development Economic Research, United Nations University, Research Paper n. 82, 2006.

²² World Health Organization, *World Health Report 2006, Working Together for Health*, WHO, Ginevra 2006.

²³ L. Aiken, J. Buchan, J. Sochalski et al., Trends in international nurse migration. *Health Affairs* 2004; 23: 69-77.

²⁴ M.A. Clemens, *Medical Leave: a new database of health professional emigration from Africa*, Center for Global Development, Washington DC 2006.

²⁵ Uganda, Ministry of Health, *Health Sector Strategic Plan II, 2005-2006/2009-2010*, Kampala 2005.

²⁶ Uganda, Ministry of Health, *Human Resource Inventory*. Kampala 2004.

²⁷ Everd Maniple, Export health workers? For Uganda an indecent proposal, until. *Health Policy and Development* 2004; 2: 227-35.

²⁸ United Nations Development Programme, *Human Development Report 2006. Beyond scarcity: power, poverty and the global water crisis*, UNDP, New York 2006.

²⁹ Andy Mc Smith, Leaked report forecasts shortage of NHS nurses. *Independent (The)*, 7 gennaio 2007.

³⁰ B.L. Brush, J. Sochalski, A.M. Berger, Imported care: recruiting foreign nurses to US Health Care Facilities, *Health Affairs* 2004; 23: 78-87.

³¹ UK Department of Health, *Code of practice for the international recruitment of health-care professionals*, London 2004.

³² K. Blanchet, R. Keith, L'Afrique cherche de retenir ses médecins. *Le Monde Diplomatique*, dicembre 2006.

³³ Uganda, Ministry of Health, *Annual Health Sector Performance Report, FY 2005/06*, Kampala 2006.

³⁴ Physicians for Human Rights. *Bold solutions to Africa's health workers shortage*, Boston 2006.

³⁵ British Broadcasting Corporation, 10 gennaio 2007. *Zimbabwean inflation hits 1281%*. Disponibile su <http://news.bbc.co.uk/2/health/business/6248245.stm>, consultato il 14 gennaio 2007.

³⁶ World Bank, *World Development Report 2007. Development and the next generation*, World Bank, Washington DC 2006.

1.15. Il personale infermieristico straniero in Italia di Giancarlo Brunetti

Introduzione

Per comprendere i flussi migratori degli infermieri verso l'Italia occorre conoscere le complesse ragioni che hanno portato alla carenza cronica e persistente di infermieri nel nostro Paese ed in particolare nel Centro-Nord. È paradossale che le necessarie risorse correttive provengano da paesi in cui la carenza di personale sanitario, strutturalmente già drammatica, sia ulteriormente aggravata proprio da questa fuga verso paesi più promettenti.

Il rapporto tra personale infermieristico e popolazione nei paesi ad alto reddito è otto volte superiore rispetto a quelli a basso reddito, in particolare in Europa è dieci volte superiore a quello in Africa e nel Sud-Est asiatico¹. Tuttavia l'Italia con i suoi 5,4 infermieri per mille abitanti si colloca nelle ultime posizioni europee. In quasi tutti i paesi OCSE mancano infermieri, il rapporto infermieri/popolazione varia dal 13 per mille abitanti di Irlanda, Islanda e Olanda fino al 4 per mille abitanti di Turchia, Corea, Messico e Grecia (media OCSE 8.2 per mille abitanti)².

Secondo le stime dell'IPASVI e dell'OCSE il fabbisogno dei nuovi infermieri da inserire nelle strutture sanitarie nel 2004 oscilla tra le 62.000 e le 99.000 unità³, l'ipotesi massima si basa sul calcolo del fabbisogno di infermieri stimato sulla media auspicata dall'OCSE del 6,9 per mille abitanti⁴.

La carenza è dovuta a diversi motivi: lo scarso status sociale di cui gode la professione, i bassi stipendi, le limitate possibilità di carriera, i disagi connessi ai turni di lavoro e l'insufficiente numero di sedi formative, infatti gli infermieri neolaureati non sono sufficienti a coprire il turn-over⁵.

Negli ultimi anni abbiamo assistito ad un progressivo indebolimento del sistema del welfare, la carenza di personale sanitario spe-

cializzato e l'invecchiamento della popolazione hanno portato ad una pressante richiesta di lavoratrici immigrate nei lavori di cura e nell'assistenza⁶. Per certi aspetti i percorsi migratori delle infermiere e delle badanti mostrano aspetti comuni, la loro comparsa è stata facilitata dalla regolarizzazione su larga scala del 2002 e dall'articolo 27 TU della Bossi Fini (legge n.189/2002) che ha collocato gli infermieri come personale fuori quota.

Gli infermieri migranti provengono soprattutto dai paesi europei, specialmente dell'Est (Romania e Polonia), Sudamericani (Perù, Brasile, Argentina), asiatici (India, Filippine), e africani (Tunisia, Etiopia, Marocco), l'86% sono donne. Il numero di infermieri rispetto al continente di provenienza varia notevolmente da provincia a provincia come viene evidenziato da una ricerca che interessa 6 tra i più importanti Collegi d'Italia (**Tabella 1**).

Tabella 1. Infermieri stranieri iscritti all'albo in alcuni Collegi provinciali IPASVI per continente di provenienza.

	Roma		Milano		Torino		Genova		Firenze		Bari	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Europa Est*	49,3	1845	47,6	939	73,8	894	50,7	320	56,6	351	79,6	82
Resto Europa	12,1	453	19,8	390	2,1	26	14,6	92	14,2	72	3,9	4
Sud America	14,1	526	21,4	422	15,7	190	16,2	102	11,8	92	9,7	10
Asia	16,2	606	5,5	109	2,6	31	13,3	84	8,9	55	1,9	2
Africa	7,1	265	5,6	110	5,8	71	4,4	28	7	38	4,9	5
Altri	1,2	44	0,1	2	0	0	0,8	5	1,5	8	0	0

* Compresi i paesi appartenenti alla UE

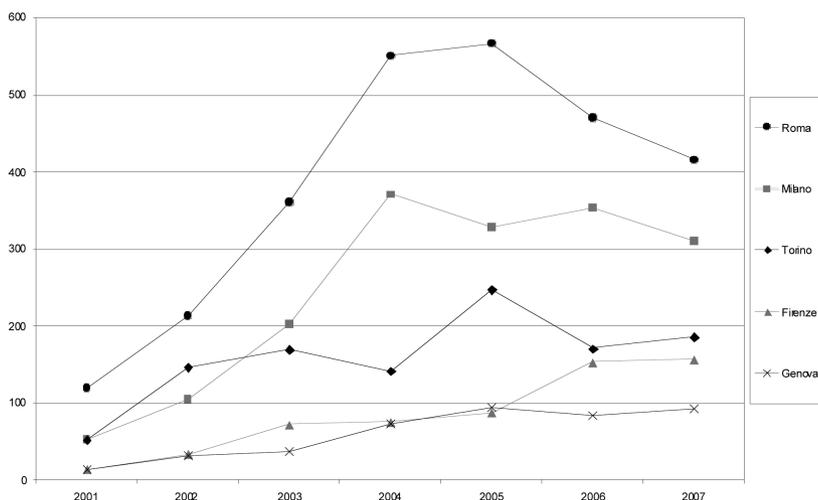
Fonte: Collegio IPASVI Firenze 2008

Nel triennio 2005-2007 gli infermieri immigrati iscritti ai Collegi sono quadruplicati passando da 6735 a 30639 unità in tutta Italia⁷, un numero ritenuto sottostimato dalla stessa Federazione Nazionale dei Collegi se si tiene conto del personale impiegato in case di cura e cliniche private.

Da una ricerca dell'IPASVI di Firenze risulta che la percentuale degli infermieri stranieri sul totale degli iscritti presenta variazioni importanti, dal 14,6% di Roma all'1,2% di Bari, la media nazionale viene stimata al 9,1. Un altro dato interessante riguarda il trend delle iscrizioni all'albo professionale di alcuni Collegi che evidenzia, a

partire dagli anni 2004-2005, un decremento o un sostanziale equilibrio, ciò meriterebbe un approfondimento per comprendere le cause che determinano l'andamento dei flussi migratori infermieristici (**Figura 1**).

Il reclutamento di infermieri contribuisce al processo di privatizzazione del nostro sistema sanitario. La normativa italiana non permette l'accesso nel pubblico impiego ai lavoratori privi di cittadinanza italiana, ciò ha favorito l'ingresso di soggetti terzi, agenzie interinali e cooperative che forniscono manodopera al settore pubblico, soprattutto donne dall'Est e dal Sud del mondo. L'arrivo di infermieri stranieri, costituendo una fascia debole della professione, accelera il processo di flessibilizzazione del lavoro e di esternalizzazione dei servizi in ambito assistenziale⁸. Una trasmissione di "Report", in onda su RAI 3, ha affrontato il processo di esternalizzazione dei servizi infermieristici, l'inchiesta dimostra che il ricorso a cooperative ha costi superiori a quelli che dovrebbero essere sostenuti con l'assunzione diretta di personale a tempo determinato⁹.



Fonte: Collegio IPAVI Firenze 2008

Figura 1. Andamento delle iscrizioni all'albo di infermieri stranieri in alcuni Collegi provinciali IPASVI (2001-2007).

Gli interessi sono grandi, il business del reclutamento all'estero nel 2004 era di circa 300 milioni di euro l'anno¹⁰, ed è controllato da grandi società cooperative e in minor misura da agenzie interinali. Le cooperative possono inserirsi nel mercato sanitario solo gestendo in appalto intere strutture o singoli reparti, le agenzie interinali possono effettuare un vero e proprio affitto di manodopera che va a compensare temporanee carenze di personale.

Sono evidenti le situazioni di scollamento e in alcuni casi di contrasto tra personale infermieristico di ruolo e straniero che si trova a lavorare nella stessa struttura, questi ultimi sono inquadrati come personale non laureato e gli stipendi sono inferiori di un terzo. Gli orari sono massacranti, tuttavia i lavoratori stranieri sono disposti ad effettuare straordinari per fare fronte con la numerosità delle ore alla inconsistenza del compenso orario.

I "mediatori" detraggono dallo stipendio l'affitto per l'alloggio, la quota sociale della cooperativa e le spese sostenute per il viaggio in Italia.

Il momento di maggior rischio per l'infermiere straniero è nel reclutamento e nel trasferimento in Italia. Esistono tante società e mediatori che operano nell'illegalità, nelle loro reti cadono giovani infermieri che pagano intermediari per raggiungere l'Italia e lavorare a nero, in casi estremi, ma non infrequenti, giovani infermiere, sotto ricatto, vengono avviate alla prostituzione.

Il fenomeno del "caporalato" colpisce anche questa popolazione di immigrati, approfittando del lungo iter di riconoscimento del titolo professionale, gli infermieri vengono fatti entrare col visto di soggiorno in qualità di inservienti o badanti e poi vengono utilizzati per funzioni infermieristiche in abuso di professione. I "caporali", che organizzano questo traffico, li ricattano privandoli dei documenti e del permesso di soggiorno così da poterli sottopagare e sfruttare in maniera vergognosa¹¹.

L'International Council of Nurses (ICN), partner dell'OMS, riconosce il diritto degli infermieri a migrare e conferma il potenziale beneficio che essi potrebbero produrre nell'attività assistenziale transculturale e le opportunità di apprendimento reciproco al quale il fenomeno della migrazione dà il suo apporto. L'ICN, nel contempo, riconosce gli effetti negativi che la migrazione internazionale potrebbe avere

sulla qualità della cura sanitaria nei paesi afflitti dall'impoverimento di forza lavoro infermieristica¹². La migrazione del personale infermieristico è una delle sfide più difficili in un mondo globalizzato.

Il nuovo contesto globale, di cui il fenomeno migratorio fa parte, richiede alla professione infermieristica un salto qualitativo. Oggi gli infermieri hanno maggior consapevolezza dell'importanza del proprio ruolo nel rilanciare le politiche sanitarie secondo Silvina Malvarez, infermiera del Panamerican Health Organization, gli infermieri hanno ora lo spazio comune di speranza e la capacità di solidarietà con altre popolazioni e altre infermiere di differenti parti del mondo. La solidarietà richiede anche di globalizzarsi mediante azioni politiche e tecniche di cooperazione internazionale ordinate a confermare una rete globale di cure. Non c'è modo, ora, per disinteressarsi delle condizioni di salute nelle comunità più arretrate. L'infermieristica è la politica della cura umana. La natura intrinsecamente politica dell'infermieristica si esprime nel suo quadro etico, concettuale e pratico in quanto pensa alle popolazioni, si occupa dei determinanti sociali della salute e produce interventi sociali orientati all'equità, ciò rappresenta un atto di distribuzione del potere che permette, mediante un'azione sociale deliberata, la costruzione di un mondo un po' migliore e più giusto¹³. Buona parte dei contenuti qui presentati fanno parte del lavoro di ricerca del gruppo informale Nursing in movimento presentato al congresso dell'Asociación de Enfermería Comunitaria a Valencia "la sfida di assistere in un mondo globalizzato"¹⁴, questa sfida pone due domande precise: stiamo curando tutti? Stiamo curando bene?

Note bibliografiche

¹ J. Buchan, L. Calman (a cura di), *The global shortage of registered nurses: an overview of issues and actions*, International Council of Nurses, Ginevra 2004.

² OECD Health at a glance: OECD Indicators, 2005.

³ Caritas/Migrantes-Società italiana di Medicina delle Migrazioni, *Gli infermieri immigrati nella sanità italiana: un ulteriore apporto dopo l'assistenza nelle famiglie*, Dossier statistico immigrazione, Idios Roma 2006.

⁴ P. Del Bufalo, *Un buco da 60mila unità* Il Sole 24 sanità 14-20 febbraio 2006; 31.

⁵ E. Anessi Pessina, E. Cantù a cura di, Rapporto OASI 2006. *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, CERGAS EGEA; 574-576.

⁶ M.A. Bernardotti, *Lavoratrici immigrate nei lavori di cura e nell'assistenza*, Strada facendo elaborazione e proposte per le politiche sociali 2006.

⁷ Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, Banca dati IPASVI, iscritti stranieri 2007; marzo 2008.

⁸ M.A. Bernardotti, *Sindacati e discriminazione razziale nella Sanità italiana: il caso degli infermieri*, in Immigrazione e sindacato stesse opportunità stessi diritti IV rapporto IRES CGIL Ediesse, Roma 2006 pp. 61-191.

⁹ Report RAI 3 *Gli esternalizzati* inchiesta di Buono M., Riccardi P., in onda domenica 12 novembre 2006 alle 21.30.

¹⁰ R. Fatiguso, *Dall'Est la carica dei 60.000* Il Sole 24 ore 10 giugno 2005.

¹¹ M. Piccoli, *Infermieri extracomunitari: il punto di vista del Collegio*, Infermiere informazione. Collegio IPASVI Torino marzo-aprile 2003; 2; 5-7.

¹² International Council of Nurses, *Position Statement: Ethical Nurse Recruitment* adopted in 2001. Revised and reaffirmed in 2007 Geneva <http://www.icn.ch/policy.htm>

¹³ S. Malvarez, *El Reto de Cuidar en un Mundo Globalizado* Conferencia Inaugural del 6to Congreso Nacional de la Asociación de Enfermería Comunitaria y 1er Simposio Internacional de Enfermería Comunitaria. Valencia, España, Noviembre de 2006. Actualizado Julio de 2007. Traduzione italiana di Christian Duque.

¹⁴ Nursing in movimento *la professione infermieristica e le nuove forme di lavoro precario* 6° Congresso nazionale dell'Asociación de Enfermería Comunitaria, Valencia novembre 2006; <http://www.nelmovimento.org/nim/relazioni/nimvalencia/nimavalencia.htm>

Parte Seconda

Attualità e aggiornamenti sulla salute globale

2.1. Politiche di salute globale

2.1.1. Salute e diritti di proprietà intellettuale: la guerra infinita

di Nicoletta Dentico e Enrico Materia

Accordo TRIPS e accesso alle cure

Una delle sfide più acce nell'arena della politica internazionale verte sul conflitto tra il diritto d'accesso ai farmaci essenziali nei paesi poveri e la protezione dei diritti di proprietà intellettuale, privilegi di monopolio concessi alle multinazionali farmaceutiche come incentivi all'innovazione¹.

Si stima che un terzo della popolazione mondiale – più del 50% in Africa e Asia – non abbia accesso ai farmaci essenziali². La ricerca e lo sviluppo farmaceutico sono guidati dal mercato piuttosto che dai bisogni di salute: delle 1.556 nuove entità farmaceutiche sviluppate tra il 1975 e il 2004, solo 20 (1,3%) sono utili per il trattamento delle malattie tropicali e della tubercolosi, che rappresentano il 12% del carico globale di malattie³.

Lo scenario globale che fa da sfondo a questo conflitto tra diritto alla vita e profitti attiene alle complesse regole del commercio internazionale.

L'accordo TRIPS, *Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights*, incorporato dal 1995 nelle regole dell'Organizzazione Mondiale del Commercio (OMC), stabilisce in 73 articoli gli standard di protezione sui diritti di proprietà intellettuale, intesi a promuovere gli scambi commerciali e la crescita economica. La brevettabilità è estesa a qualsiasi comparto industriale e innovazione tecnologica, compresi i prodotti farmaceutici. Il conferimento per venti anni dei diritti esclusivi di protezione brevettuale viene accompagnato da misure che i paesi membri possono adottare per “proteggere la salute pubblica e la nutrizione”. Le principali norme di salvaguardia consistono nella “licenza obbligatoria”, con cui i governi possono introdurre una deroga della protezione brevettuale e autorizzare le industrie lo-

cali a produrre la versione generica di farmaci sotto brevetto, dietro pagamento di una *royalty* all'azienda titolare dello stesso; l'"importazione parallela" di farmaci sotto brevetto dal paese in cui il prezzo è inferiore, grazie alla concorrenza con un mercato di generici a basso costo; l'"eccezione Bolar" che consente ai produttori di generici la messa a punto del dossier clinico di un farmaco sotto brevetto per garantire una registrazione e un ingresso più rapidi di farmaci equivalenti nel mercato, una volta scaduta la protezione brevettuale.

Il bilanciamento formale tra i diritti di proprietà intellettuale e il diritto alla salute è frutto di un estenuante braccio di ferro con i paesi in via di sviluppo, India, Brasile e Thailandia in testa. Tuttavia l'accordo TRIPS resta, per genesi, un prodotto dell'agenda delle *corporations*, e uno scambio sociale fortemente piegato a favore dei loro interessi^{4,5}. Fin dalla sua ratifica nel gennaio 1995, il rischio che la globalizzazione dei brevetti prosciugasse la disponibilità di farmaci essenziali a costi accessibili nei paesi a basso reddito è emerso senza equivoci. Inoltre, la promessa fatta a questi paesi di assicurare, in cambio dell'adesione agli standard previsti dal TRIPS, una maggiore condivisione della conoscenza scientifica e tecnologica a fronte della modesta capacità della loro industria farmaceutica, come anche un più ampio accesso ai mercati agricoli dei paesi a reddito elevato, non è stata poi mantenuta.

La Dichiarazione di Doha

Le flessibilità consentite agli stati membri per proteggere la salute pubblica e l'accesso ai farmaci essenziali sono state precisate nel 2001 dalla Dichiarazione di Doha su "TRIPS e Salute Pubblica", siglata nel corso della quarta conferenza interministeriale dell'OMC in Qatar. La dichiarazione riafferma che l'accordo TRIPS deve essere interpretato e attuato in modo da non ledere il diritto degli stati a proteggere la salute pubblica, così da promuovere l'accesso universale ai farmaci essenziali. Ribadisce sia la necessità del ricorso alle norme di salvaguardia per neutralizzare gli effetti collaterali indesiderabili dell'accordo, sia il margine di manovra dei governi. Infine, fa slittare al 2016 la scadenza per l'adeguamento all'accordo TRIPS da parte dei paesi più poveri.

A Doha è però rimasta irrisolta una questione non trascurabile: l'approvvigionamento di farmaci essenziali da parte dei paesi senza capacità produttiva. La produzione per l'esportazione diviene oggetto di un nuovo negoziato altrettanto estenuante che si conclude con la modifica definitiva dell'accordo TRIPS a Hong Kong nel 2005 e con la deroga all'articolo 31, comma f. Questo riconosceva la possibilità per un paese produttore di esportare farmaci prodotti sulla base di licenze obbligatorie solo a fronte di un prevalente uso domestico dello stesso prodotto, impedendo di fatto l'esportazione verso i paesi privi di capacità di produzione. La deroga consente il rilascio di una licenza obbligatoria sia per uso domestico sia per export, ma le condizioni per l'importazione dei farmaci sono numerose e complesse, le procedure burocratiche per l'incastro delle diverse licenze tediosissime, le difficoltà di applicazione notevoli.

Canada, Norvegia e UE hanno cercato di tradurre questa disposizione in normative, ma solo nel luglio 2007 si è registrato il primo tentativo di attuarla: il Ruanda ha annunciato l'intenzione di ricorrere a una licenza obbligatoria per importare antiretrovirali, cui ha fatto seguito, a ottobre, la notifica canadese all'OMC di aver autorizzato la produzione locale di un farmaco trivalente (Apo-TriAvir[®], Apotex) per l'esportazione nel paese africano. Sono trascorsi sei anni dalla Dichiarazione di Doha, che invocava la necessità di rapide soluzioni!

La legge non è uguale per tutti

La Dichiarazione di Doha è stata salutata come uno "spartiacque nel commercio internazionale"⁶ perché, pur senza riscrivere il testo dell'accordo TRIPS, sancisce inequivocabilmente le ragioni della salute pubblica sui diritti di protezione brevettuale. Ciò nonostante, una serie di impedimenti di natura politica e la pressione delle multinazionali farmaceutiche rendono ancora oggi difficile per i governi che ne hanno più bisogno dare piena attuazione alle flessibilità contenute negli accordi multilaterali vigenti.

Chi lo fa rischia pesanti ritorsioni economiche, come di seguito illustrato.

Il caso Gleevec: India contro Novartis

Il 1 gennaio 2005 l'India recepisce l'accordo TRIPS. In pochi mesi si trova costretta ad approvare una legge che sostituisce quella in vigore dal 1970 che non prevedeva coperture brevettuali sui medicinali. È un duro colpo per i paesi a basso reddito che da sempre considerano l'India la loro farmacia d'elezione. La nuova normativa presta comunque attenzione all'equilibrio tra protezione dei brevetti e diritti dei pazienti: un testo capace di integrare tutte le misure di salvaguardia, inclusi severi standard di brevettabilità volti a riconoscere le vere innovazioni e impedire il proditorio fenomeno del "rinverdimento" (*evergreening*), ovvero il prolungamento dei brevetti. Allo scadere del periodo di esclusività, le case farmaceutiche cercano di prolungarne la durata realizzando un nuovo dosaggio o una nuova formulazione del farmaco (per esempio gocce invece di compresse) e chiedendo surrettiziamente l'estensione del brevetto come "nuovo uso" di prodotti esistenti. Si tratta di una pratica diffusa con cui protrarre il monopolio, evitando così la concorrenza dei farmaci generici e la perdita di quote di mercato.

Questa fattispecie riguarda il Gleevec[®], un farmaco antitumorale che ha reso alla multinazionale svizzera Novartis un profitto netto di ben 7,2 miliardi di dollari solo nel 2006⁷, e la cui versione generica riduce il prezzo per mese di trattamento da 2.000 a 200 dollari^{6,8}. In base alla nuova legge, il governo indiano decide di bocciare la richiesta di brevetto da parte di Novartis per il Gleevec[®], spiegando che il farmaco non contiene sostanziali novità rispetto a una precedente formulazione prodotta dalla stessa Novartis. L'azienda trascina in giudizio il governo accusandolo di non rispettare le regole fissate dall'OMC. Solo nell'agosto 2007 la Corte di Chennai emette una storica sentenza a favore della legge indiana, dando torto alla multinazionale svizzera.

La battaglia legale in realtà andava ben oltre il Gleevec[®], come le due parti in causa hanno ammesso: gli avvocati della Novartis hanno spiegato che il farmaco è fornito gratuitamente al 99% dei pazienti che ne hanno bisogno in India, e il vero motivo dell'opposizione alla legge consisteva nella necessità di difendere i brevetti e la ricerca. Le associazioni umanitarie scese in campo in difesa della legge, e le 500 mila persone in tutto il mondo che hanno firmato una petizione al

riguardo, hanno visto nella causa un tentativo di bloccare l'industria indiana dei generici, leader mondiale nella produzione di farmaci antiretrovirali contro l'AIDS.

Thailandia, licenze obbligatorie e Abbott

Mentre l'India era alle prese con Novartis, un nuovo fronte di guerra si apriva nel novembre 2006 con la licenza obbligatoria della Thailandia per la produzione dell'antiretrovirale *efavirenz* (Sustiva[®], Merck & Co.). Una decisione del tutto legittima ai sensi dell'accordo TRIPS e della legge nazionale sulla protezione brevettuale del 1979, volta a preservare l'efficacia del programma nazionale contro l'AIDS. Essa però viene accolta come una provocazione del nuovo governo di Bangkok, di fatto un regime militare insediatosi con un incruento colpo di stato. La licenza obbligatoria per uso governativo è solo l'ultimo capitolo della politica di un paese che da anni si batte con faticosa coerenza per garantire l'universalità del diritto alla salute e l'accesso gratuito ai farmaci⁹. Alla licenza *efavirenz* fanno seguito altre due nel 2007: una sulla combinazione antiretrovirale di seconda linea *lopinavir/ritonavir* (Kaletra[®], Abbott) e l'altra sul *clopidogrel* (Plavix[®], Sanofi-Aventis), un nuovo antiaggregante per il trattamento della cardiopatia ischemica. L'impatto sui prezzi è immediato, non solo in Thailandia. Per effetto della licenza obbligatoria, il costo internazionale di *efavirenz* crolla da 1.800 a 670 USD, quello della combinazione *lopinavir/ritonavir* da 2.500 a 1.000 USD. Il prezzo politico che Bangkok deve pagare, invece, è enorme: la Abbott ritira dal paese tutte le registrazioni in corso sui nuovi farmaci. La pressione internazionale incalza, con minacce di ritorsione finanziaria (ritiro degli investimenti stranieri) ed economica. Ad aprile 2007, l'Ufficio per il Commercio degli Stati Uniti (*US Office for Trade, USTR*) inserisce unilateralmente la Thailandia nella lista speciale dei paesi che minacciano le norme di protezione brevettuale prevista dalla sezione 301 delle norme in materia di commercio (*Trade Act*)¹⁰.

La trappola degli accordi bilaterali

Gli accordi di libero commercio (*Free Trade Agreement, FTA*) – perseguiti a raffica dopo la Dichiarazione di Doha, e non solo da

parte degli USA – aprono all’esportazione di prodotti agricoli o tessili dai paesi a basso reddito barattandola con l’imposizione di più restrittive norme di proprietà intellettuale, anche per i prodotti farmaceutici. Queste misure “TRIPS-plus” limitano le condizioni per cui ricorrere alle eccezioni sanitarie – licenze obbligatorie e importazioni parallele. Nell’ambito dei negoziati per gli FTA delle Americhe, il più grande e significativo di questi accordi bilaterali, le licenze obbligatorie sono permesse solo quando il brevetto è scaduto o in situazione di “emergenza nazionale”, con nomina di organismo apposito “*over and above*” l’OMC per dirimere le dispute¹¹. Nel FTA tra USA e Australia, i farmaci prodotti sotto licenza obbligatoria sono esclusi dall’importazione parallela, anche se per alleviare crisi umanitarie nei paesi vicini¹². Misure simili sono state introdotte negli accordi tra USA e Marocco, tra USA e Singapore, e vengono attualmente negoziate con numerosi altri paesi⁶.

Una delle forme più insidiose di aggiramento dell’accordo TRIPS nell’ambito degli FTA si realizza tramite l’estensione del termine del brevetto oltre i 20 anni – come avvenuto negli accordi bilaterali tra USA e Giordania, Cile e Australia^{13,14} –, soprattutto con l’estensione della pratica *evergreening*.

Le misure “TRIPS-plus” rafforzano anche le protezioni previste dall’accordo TRIPS riguardo allo scopo e alla durata dell’esclusività dei dati necessari per la registrazione dei farmaci, permettendo alle multinazionali di prevenire o ritardare la concorrenza con i generici. L’estensione del periodo di protezione dei dati può includere il tempo intercorso per le procedure di registrazione del farmaco originale. In Guatemala, per esempio, i produttori di antiretrovirali equivalenti devono aspettare quindici anni dalla data di approvazione del farmaco originale prima di ottenere la registrazione della loro versione generica, in modo che possa essere immessa sul mercato allo scadere del brevetto: una condizione capestro che di fatto soppianta l’eccezione Bolar prevista dai TRIPS, e che ricorre in quasi tutti gli altri accordi bilaterali (vedasi per esempio il Marocco o la Malesia). In Giordania, su 103 medicine registrate e lanciate dopo l’accordo FTA USA-Giordania nel 2001, il 79% non ha concorrenti generici come conseguenza dell’esclusività dei dati introdotta nell’accordo¹⁴.

*La pandemia che non c'è:
influenza aviaria, virus indonesiani e OMS*

Nel febbraio 2007 l'Indonesia decide bruscamente di interrompere la condivisione con i 7 centri di collaborazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) dei campioni di virus H5N1 (influenza aviaria A) comparsa nel paese – fino ad allora uno dei più duramente colpiti dalla malattia, con 81 vittime. Sono i laboratori di riferimento dell'OMS che formano il *Global Influenza Surveillance Network* (GISN), cui spetta il compito della ricerca contro la minacciata pandemia. L'iniziativa di Jakarta suscita preoccupazione e critiche¹⁵. Si tratta invece della sconcertata e legittima reazione del governo indonesiano alla notizia, pubblicata sul *Jakarta Post*, che un'azienda australiana ha offerto al Ministero della Salute l'acquisto dei vaccini sviluppati dai suoi ceppi virali, e brevettati, senza consenso e compensazione del paese. Da cui segue la decisione di trovare un accordo commerciale con l'azienda Baxter International per la concessione dei virus e la produzione di un vaccino anti-influenza solo per l'Indonesia.

La controversia ha dominato tutto il 2007 e resta uno dei passaggi più oscuri dell'OMS negli ultimi anni. L'agenzia è accusata di aver violato le sue stesse linee guida in materia di *influenza virus sharing*, passando alle aziende farmaceutiche virus o parti di essi senza il permesso del laboratorio d'origine, come previsto peraltro dalla Convenzione sulla Biodiversità. La questione è ancora più grave se si pensa alle implicazioni della pandemia da influenza aviaria, che richiederebbe la ricerca sui vaccini come bene pubblico globale, e non come un'attività asservita a logiche di profitto. L'attuale capacità di produzione di vaccini è concentrata in soli nove paesi – Australia, Canada, Francia, Germania, Italia, Giappone, Olanda, Gran Bretagna e Stati Uniti –, mentre le strategie globali non assicurano affatto ai paesi in via di sviluppo, a maggior rischio pandemico, un accesso ai vaccini equo e sostenibile.

Per questo l'Indonesia ha deciso di giocare le poche carte a disposizione, e di usare il potere negoziale derivante dal fatto di avere i migliori campioni di ceppi virali e batterici – senza i quali le autorità sanitarie non sono in grado di svolgere la necessaria sorveglianza e

fornire raccomandazioni informate sui vaccini – per far scoppiare il caso. Le azioni del governo di Jakarta mettono in evidenza ancora una volta le tentazioni patologiche di un sistema fondato sui diritti di proprietà intellettuale: nella fattispecie, vi è il rischio che i brevetti acquisiti possano seriamente impedire l'uso dei vaccini contro l'influenza aviaria nei paesi a basso reddito. L'episodio dei campioni del virus indonesiani ricordano un'altra questione ben spinosa, la pratica della biopirateria, o meglio della biofrode (come ormai la si definisce), che comporta grossi redditi alle aziende a seguito dell'appropriazione indebita di conoscenze locali. L'incontro intergovernativo (IGM) dell'OMS, svoltosi nel novembre 2007, chiede un sistema di condivisione equo e affidabile. Il 2008 dovrebbe essere un anno decisivo su questo tema, pena la stessa credibilità dell'OMS. Invece il dibattito slitta a novembre, nell'attesa di una proposta di strategia (il testo del *Chair* dell'IGM) in grado di assicurare una via d'uscita. Restano scettici tuttavia i paesi in via di sviluppo, i quali dubitano che i produttori di vaccini (e i governi che li ospitano) siano davvero intenzionati ad attuare i trasferimenti di tecnologia su scala industriale necessari a moltiplicare le produzioni locali e garantire ai paesi poveri l'autonomia (*vaccine self reliance*) per un accesso sicuro a diagnostici e vaccini *low cost*. Quanto serve insomma per la prevenzione della potenziale pandemia. L'Indonesia dal canto suo rivendica un meccanismo più trasparente ed efficiente dell'attuale GISN. Non si tratta peraltro di una voce solitaria.

Salute pubblica, innovazione e diritti di proprietà intellettuale: il negoziato in seno all'OMS

Dopo anni di serrato e ispido dibattito dentro l'OMS, intessuto di numerose risoluzioni e prese di posizione di singoli governi, è stato finalmente possibile costruire uno specifico negoziato in grado di affrontare le controverse implicazioni dell'impatto che i diritti di proprietà intellettuale esercitano sul diritto alla salute, e in particolare sulla capacità di accesso ai frutti della ricerca scientifica in campo medico.

Il percorso negoziale, noto come *Intergovernmental Working Group on Public Health, Innovation and Intellectual Property Rights*

(IGWG), scaturisce da una risoluzione presentata da Kenya e Brasile all'Assemblea dell'OMS nel 2006 (WHA 59.24), con l'intento di imbastire nuove politiche di sostegno a una ricerca biomedica in grado di rispondere ai bisogni delle popolazioni dei paesi poveri, più che a logiche di profitto. Si tratta, in buona sostanza, di estendere al settore dell'innovazione quel cruciale concetto di "essenzialità" che, trent'anni fa, aveva marcato uno spartiacque significativo nelle politiche sanitarie nazionali e internazionali – una rivoluzione pacifica, come definita allora – con la concezione dei Farmaci Essenziali (1977).

“L'innovazione non ha ragione di essere in assenza delle condizioni favorevoli di accesso ai prodotti esistenti, e a quelli nuovi, per le popolazioni nei paesi in via di sviluppo”, dice a chiare lettere il rapporto della Commissione di esperti dell'OMS su Diritti di Proprietà Intellettuale, Innovazione e Salute Pubblica¹⁶, che fornisce la base documentale del negoziato IGWG. In tre anni di lavoro, la Commissione ha elaborato un'articolata diagnosi sulle inefficienze strutturali dell'attuale regime di incentivi alla ricerca medica, fondati sulla sola logica di mercato. Una scelta scellerata, sembra far intendere il rapporto, perché dove non esiste potere d'acquisto il mercato non è un determinante di valore adeguato. Una scelta problematica peraltro anche nei paesi ricchi, dove la capacità di innovazione è seriamente in crisi, a fronte di investimenti sempre maggiori nel campo farmaceutico, e del costo crescente dei farmaci¹⁷.

L'IGWG, in pieno negoziato mentre scriviamo, ha un compito politicamente sensibile: è chiamato a delineare “una strategia globale e un piano d'azione [...] per assicurare una base avanzata e sostenibile per una ricerca e uno sviluppo ispirati ai bisogni ed essenziali, rilevanti per le malattie che colpiscono in maniera sproporzionata i paesi in via di sviluppo, proponendo chiari obiettivi e priorità per la ricerca, e una stima delle necessità finanziarie in questo settore”. Un compito la cui portata si inquadra solo nell'accesa *querelle* fra diritti dei pazienti e diritti della proprietà intellettuale, visto che grazie a questo percorso – e per la prima volta – innovazione farmaceutica e accesso diventano il nuovo binomio, anzi lo slogan della diplomazia. Il negoziato è stato definito la più importante iniziativa nelle politiche farmaceutiche degli ultimi decenni¹⁸. Si ragiona di priorità e di

nuovi incentivi all'innovazione. Si comincia a parlare di condivisione della conoscenza, inclusi i modelli *open source*, e di una nuova leadership dei governi. Si discute sul vero costo della ricerca e sulla necessità di uscire dalla stretta dei monopoli. Si profilano politiche innovative sulla gestione dei brevetti, e nuovi meccanismi – come una tassa sulle transazioni finanziarie o un nuovo trattato internazionale per finanziare la ricerca pubblica¹⁹. Un altro elemento di novità è il ruolo da protagonisti di diversi paesi in via di sviluppo, decisi a recuperare in ambito OMS il terreno perduto con il negoziato TRIPS.

L'esito di questo processo, all'indomani della 61° Assemblea Mondiale dell'OMS, segna un decisivo passo avanti nel modo in cui sarà possibile coniugare innovazione e accesso per il futuro²⁰. La strategia globale – appesa ad un filo sottile in più fasi negoziali – ribadisce le conquiste di Doha e introduce sorprendente chiarezza su questioni controverse, come l'urgenza di misure per la concorrenza che i governi devono mettere a punto per prevenire l'abuso della proprietà intellettuale. Afferma la leadership dei governi nella definizione delle priorità della ricerca medica; rivendica la messa a punto di nuovi meccanismi per incentivare la ricerca e stimolare trasferimenti di tecnologie. Chiede regole sicure per favorire l'accesso ai farmaci essenziali, attraverso un rinnovato protagonismo dei paesi poveri. Istituisce un gruppo di lavoro di esperti per ragionare di coordinamento dei finanziamenti, e di nuove idee per finanziare la ricerca in un'ottica di sostenibilità. Il piano d'azione, anch'esso oggetto di negoziati serrati, non è ancora completato, e la sua approvazione slitta alla prossima assemblea dell'OMS. Ciò tuttavia non impedisce ai governi un'immediata attuazione delle nuove misure approvate, e la misurazione della loro portata prima che l'intero processo negoziale si concluda nel 2009.

In uno scenario in cui i “*venture philanthropists*” come Bill Gates la fanno da padroni nel campo della salute, soprattutto in ambito farmaceutico, questo sussulto dei governi e dell'OMS induce a pensare che forse non tutto è perduto.

Note bibliografiche

¹ G. Martin, C. Sorenson, T. Faunce, *Balancing intellectual monopoly privileges and the need for essential medicines*, "Globalization and Health", 2007; 3: 4.

² UK Department for International Development, *Increasing people's access to essential medicines in developing countries: a framework for good practice in the pharmaceutical industry. A UK government policy paper*, London 2005.

³ P. Chirac, E. Torrelee, *Global framework on essential health R&D*, "Lancet", 2006; 367: 1560-1561.

⁴ P. Drahos, J. Braithwaite, *Global Business Regulation*, Cambridge University Press, Cambridge 2000.

⁵ P. Drahos, J. Braithwaite, *Information Feudalism: Who Owns The Knowledge Economy?*, Earthscan Publications, London 2002.

⁶ V. Bradford Kerry, K. Lee, *TRIPS, the Doha declaration and paragraph 6 decision: what are the remaining steps for protecting access to medicines?*, "Globalization and Health", 2007; 3: 3.

⁷ M. Allen, *Swiss Info. Novartis challenges India's patent law*. <http://www.corpwatch.org/article.php?id=14331>

⁸ J.M. Mueller, *Taking TRIPS to India – Novartis, Patent Law, and Access to Medicines*, "The New England Journal of Medicine", 2007; 356: 541-543.

⁹ N. Dentico, *La salute, un diritto incompiuto*, in: *Atlante dei Diritti Umani*, UTET, Torino 2007; vol. I: 162-165.

¹⁰ <http://www.avert.org/generic.htm>

¹¹ Human Right Watch, *The FTAA, access to HIV/AIDS treatment, and human rights. Briefing paper*. <http://www.hrw.org/press/2002/10/ftaa1029-bck.htm>

¹² K. Harvey, T. Faunce, B. Lukube, P. Drahos, *Will the Australia-United States free trade agreement undermine the pharmaceutical benefit scheme?*, "The Medical Journal of Australia", 2004; 181: 256-259.

¹³ Oxfam International, *Undermining access to medicines: comparison of the five US FTAs. Briefing note 2004*. http://www.Oxfam.org.uk/what_we_do/issues/health/undermining_access_ftas.htm

¹⁴ Oxfam, *All costs, no benefits: how TRIPS-plus intellectual property rights in the US-Jordan FTA affect access to medicine. Briefing paper 102*, Oxfam, London 2007.

¹⁵ D. Fidler, *Indonesia's Decision to Withhold Influenza Virus Samples From the World Health Organization: Implications for International Law*, "The American Society for International Law (ASIL)", 2007; vol. 11, Issue 4.

¹⁶ World Health Organization, *"Public Health, Innovation and Intellectual Property Rights", report of the Commission on Intellectual Property Rights, Innovation and Public Health*, April 2006. <http://www.who.int/intellectualproperty/documents/thereport/en/index.html>

¹⁷ GAO, US Government Accountability Office, *New Drug Development: Science, Business, Regulatory and Intellectual Property Issues Cited as Hampering Drug Development Efforts*, November 2006. <http://www.democrats.reform.house.gov/Documents/20061219094529-73424.pdf>

¹⁸ G. Velasquez, *Presentazione a incontro preparatorio dell'African Group*, Montreaux, 12-14 ottobre 2007.

¹⁹ *Submission by Kenya to the Intergovernmental Working Group on Public Health, Innovation and Intellectual Property Rights*. www.who.int/entity/phi/submissions

²⁰ W. New, *WHO Adopts 'Most Important Document Since Doha' on IP and Public Health*, Intellectual Property Watch, 29 maggio 2008. www.ip-watch.org

2.1.2. Big Pharma e i conflitti d'interesse di Luisella Grandori e Adriano Cattaneo

Introduzione

Il processo di fusione in grandi multinazionali, iniziato negli anni ottanta in tutto il mondo dell'impresa, ha interessato anche l'industria del farmaco che ha gradualmente aumentato le sue dimensioni fino a raggiungere un fatturato stimato intorno ai 400 miliardi di dollari/anno a livello mondiale¹. Questo colosso, soprannominato Big Pharma, è formato da tutte le case farmaceutiche statunitensi ed europee. La sua crescita è stata favorita da una serie di leggi degli Stati Uniti, come la legge Bayh-Dole del 1980, che diede il via alla concessione di licenze esclusive alle case farmaceutiche, e la Hatch-Waxman del 1984, che consentì di allungare la durata dei brevetti dei farmaci, acquisiti a livello mondiale nel 1994 con i TRIPS (*Trade Related aspect of Intellectual Property rights*). L'enorme aumento dei profitti che ne è conseguito, ha conferito a Big Parma una potenza economica che le permette di portare avanti i suoi interessi commerciali in modo quasi incontrastato, anche per il contemporaneo processo di impoverimento della parte pubblica in un contesto generale di indebolimento della politica.

Il conflitto d'interesse

Il conflitto tra gli interessi del mercato dei farmaci e la difesa della salute delle persone è facilmente visibile nei Paesi a basso reddito, dove i danni per la salute conseguenti a questo conflitto sono eclatanti. Basta pensare alla difesa a oltranza dei brevetti che impedisce l'accesso, l'importazione o la produzione di farmaci a basso costo, fino ad arrivare a scontri legali con i governi, com'è accaduto in India per un farmaco antitumorale o in Sudafrica per i farmaci contro l'AIDS. Ciò che accade invece nei Paesi a reddito più alto è spesso mascherato dalla complessità della struttura e dei meccanismi della

società, che mostra nel suo complesso un apparente benessere. In realtà il conflitto è diventato stridente dovunque ed è sempre più difficile contenere l'influenza di Big Pharma in tutti i punti chiave del percorso dei farmaci, dalla ricerca all'informazione scientifica, dalla prescrizione fino alla legislazione che riguarda i medicinali. Il conflitto d'interesse generale tra mercato e salute si declina poi nei tanti e diversi conflitti d'interesse personali o istituzionali, legati alla professione o al ruolo sociale dei vari soggetti che entrano in qualche modo in contatto con il mercato dei farmaci.

Ricerca e informazione scientifica

Gran parte della ricerca biomedica è finanziata dall'industria del farmaco e questo non è senza conseguenze, visto che i risultati sull'efficacia dei farmaci risultano molto più spesso favorevoli nei trial clinici sponsorizzati dall'industria². “Chi paga il flauto decide la musica”, dice il proverbio, per cui Big Pharma decide innanzitutto gli argomenti della ricerca, che riguardano per il 90% i farmaci, ignorando altri bisogni di salute. E nella stragrande maggioranza dei casi, si tratta di farmaci per curare le malattie prevalenti nei Paesi ad alto reddito che possono essere venduti in grandi quantità e a prezzo elevato.

La letteratura abbonda di segnalazioni sull'influenza dell'industria nella ricerca, ma un editoriale pubblicato congiuntamente dalle principali riviste scientifiche nel 2001 ha lanciato un vero e proprio segnale d'allarme³. Richard Smith, ex direttore del *British Medical Journal*, ha dichiarato di recente che la ricerca medica è ormai diventata in gran parte inattendibile⁴. Una delle strategie adottate per salvaguardare l'integrità della ricerca è l'obbligo della dichiarazione dei conflitti d'interesse da parte degli autori. Ma non è chiaro cosa s'intenda per conflitto d'interesse, se questo dipenda dalla quantità di denaro ricevuto dall'industria, da altri interessi personali, o da cosa altro. Dennis Thompson definisce i conflitti d'interesse come “un insieme di condizioni per le quali il giudizio professionale riguardante un interesse primario tende a essere indebitamente influenzato da un interesse secondario”⁵. Ma difficilmente un ricercatore ammetterà che il suo giudizio professionale possa essere indebitamente influenzato. Sta di fatto che la maggior parte dei ricercatori riceve fi-

nanziamenti dall'industria del farmaco e non esistono controlli né sanzioni per chi dichiara il falso. Uno strumento di difesa più efficace è la produzione di informazione indipendente, attraverso le riviste *open access* o i Bollettini sui Farmaci, che sono però condizionati dalla disponibilità di finanziamenti pubblici. I medici francesi, per superare il problema, contribuiscono direttamente alla produzione della *Revue Prescrire*, pagando di tasca loro.

Prescrizione di farmaci

La spesa di Big Pharma dedicata al marketing è in progressivo aumento. Nel 2004 rappresentava circa un terzo del bilancio complessivo e il doppio di quanto investito nella ricerca⁶. I costi di quest'ultima sono limitati perché la produzione di molecole innovative è scarsa, mentre si moltiplicano i farmaci "fotocopia" (*me-too*). Negli Stati Uniti, la spesa per il marketing ha raggiunto nel 2004, un totale di 57,5 miliardi di dollari, che corrispondono a circa 61.000 dollari per ciascun medico⁷. Come vengono spese queste ingenti somme di denaro? È difficile conoscere in dettaglio le voci di spesa. Da una ricognizione sui medici statunitensi, risulta che l'83% di loro riceve pasti gratuiti, il 78% campioni di farmaci, il 35% rimborsi per le spese di partecipazione a convegni o eventi formativi e il 28% onorari per conferenze, docenze o arruolamento di pazienti negli studi⁸. Il rapporto 2007 di *Consumers International* documenta che anche nei Paesi più poveri l'industria offre ai medici ogni genere di regalo per influenzare le prescrizioni. E non senza conseguenze: fino al 50% dei farmaci risulta prescritto, dispensato o acquistato in modo inappropriato⁹.

Anche la formazione, sulla quale il medico fonda il suo approccio alla malattia e le sue scelte prescrittive, in tutto il mondo è finanziata in gran parte dall'industria del farmaco, che sceglie accuratamente anche gli *opinion leaders*. Le tattiche usate dalle case farmaceutiche sono spesso poco conosciute o sottovalutate dai medici, che oltre a tutto negano – contro ogni evidenza – la possibilità che il loro giudizio professionale possa essere manipolato ad arte. Anche se curiosamente ritengono che i loro colleghi possano invece essere influenzati¹⁰.

Disease mongering

A tutti gli aspetti discussi finora si deve aggiungere il fenomeno del *disease mongering* (inventare e vendere malattie), che sta modificando la nostra concezione su ciò che è salute e malattia. Trent'anni fa, il direttore della compagnia farmaceutica Merck ha dichiarato che il suo sogno era produrre farmaci per le persone sane, perché in tal modo avrebbe potuto “vendere a tutti”.¹¹ A quanto pare il suo sogno si è avverato. Un noto pubblicitario di New York, Vince Perry, in uno sconcertante articolo intitolato “L'arte di inventare malattie”, ha rivelato di collaborare con le case farmaceutiche per creare “nuove idee su disturbi e malattie” e “un nuovo modo di pensare alle cose” per massimizzare le vendite dei farmaci¹². Possiamo oggi costatare che sono stati abilmente trasformati in malattie da curare con farmaci aspetti naturali della vita, come la menopausa o il calo del desiderio sessuale con l'avanzare dell'età, oppure caratteristiche della personalità, come la timidezza o la distrazione. Sono anche state abbassate progressivamente le soglie della glicemia, del colesterolo, della pressione sanguigna, con il risultato di riclassificare come malati milioni di persone sane. Curt Furberg, professore alla Wake Forest University, ritiene che tutto il dibattito sulla pressione sanguigna sia alterato da quella che lui chiama “la mafia dell'ipertensione”¹². Il meccanismo del *disease mongering*, oltre a determinare un enorme aumento del consumo di farmaci non necessari e comunque non esenti da effetti collaterali a volte anche gravi, si traduce nella percezione poco rasserenante di essere tutti quanti malati e, in ultima analisi, in una diffusa infelicità.

Che fare?

Ci sarebbe da tagliare innanzitutto il filo che lega, come un cordone ombelicale, i medici all'industria, attraverso una serie di regali e finanziamenti indebiti. Per fronteggiare questo problema sono state proposte e sperimentate molte soluzioni, dalla definizione di una soglia del valore dei regali che i medici possono accettare, all'istituzione di un registro pubblico, fino al rifiuto di qualsiasi regalo o finanziamento. Quest'ultima posizione è sostenuta da gruppi di medici in vari Paesi del mondo: *No free lunch* negli Stati Uniti e in Gran

Bretagna, *No grazie pago io* in Italia, *Non merci* in Francia, *Nogracias* in Spagna e in Colombia, *Gezonde Sceptsis* in Olanda, *Healthy Skepticism* con sede in Australia e affiliazioni a livello internazionale¹³. Anche alcune università americane hanno fatto proposte e dato indicazioni in tal senso¹⁴, così come l'*American Medical Student Association*, che svolge altresì una campagna d'informazione agli studenti sulle tattiche dell'industria¹⁵.

Bisognerebbe poi agire sulle agenzie regolatrici del mercato dei farmaci. La valutazione dell'efficacia e della sicurezza dei farmaci è affidata alla *Food and Drug Administration* (FDA) negli USA e all'*European Medicines Agency* (EMA) in Europa. È evidente che un ruolo tanto delicato e strategico per la protezione della salute dei cittadini, andrebbe salvaguardato con attenzione dagli interessi di chi produce i farmaci. Viceversa la situazione appare problematica. Nel 2004, il ritiro dal mercato del Vioxx® per l'emergere di gravi reazioni cardiovascolari, che l'industria produttrice aveva tenuto nascoste e che hanno causato decine di migliaia di morti, ha messo in luce le pesanti criticità interne alla stessa FDA, incrinando fortemente la fiducia nei suoi confronti¹⁶. La necessità di rafforzare il suo ruolo nella vigilanza della sicurezza dei farmaci è ampiamente condivisa, ma a tutt'oggi il problema non appare risolto. Quanto all'EMA, è decisamente poco rasserenante che sia finanziata al 70% dall'industria del farmaco e che sia collocata sotto la Direzione Generale dell'Industria piuttosto che della Salute. Ma i ripetuti appelli di Silvio Garrattini, Direttore dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri di Milano, sui pericoli di questo conflitto d'interesse per la salute dei cittadini europei, e la sua richiesta ai governi di aumentare la quota del finanziamento pubblico, sono rimasti lettera morta.

È certamente utile migliorare le conoscenze dei cittadini riguardo ai farmaci, ma farli informare direttamente da chi li produce – come viene proposto da alcuni – è un rischio da non correre. L'esperienza negli unici due Paesi al mondo dove ciò è consentito, gli USA e la Nuova Zelanda, ha dimostrato che i benefici declamati sono del tutto assenti, mentre questo tipo di pubblicità influenza la richiesta dei pazienti e il comportamento prescrittivo dei medici in modo incontrollato e spesso pericoloso. Aumenta per esempio il consumo di nuovi farmaci per i

quali i dati sulla sicurezza sono ancora insufficienti, come avvenne per il Vioxx^{®17}. Inoltre aumenta in modo incontenibile la spesa. Nonostante questi risultati preoccupanti, anche in Europa se ne sta discutendo, in vista di una decisione attesa per la fine del 2008.

Un altro punto critico del rapporto tra Big Pharma e cittadini sono i finanziamenti elargiti alle associazioni di malati. Questo può infatti trasformarsi in un cavallo di Troia. Sono diversi gli esempi di pressione esercitata dall'industria attraverso queste associazioni, per introdurre nuovi farmaci o ampliarne le indicazioni d'uso. L'episodio più clamoroso riguarda un farmaco contro il morbo di Alzheimer per il quale il *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) britannico ha dovuto ricorrere addirittura alla Corte Suprema in difesa delle sue valutazioni, rispetto alla richiesta di indicazioni più ampie portate avanti con particolare aggressività dall'associazione dei malati finanziata dalla ditta produttrice¹⁸. Oltre a mettere in guardia i cittadini sulle insidie di questo meccanismo, è indispensabile una maggiore trasparenza sull'identità dei finanziatori delle associazioni di malati e sull'entità del finanziamento.

Negli Stati Uniti è stato segnalato un forte aumento degli investimenti delle case farmaceutiche per azioni di *lobbying* sui parlamentari. Si stima che dal 1998 al 2005, la spesa totale per *lobbying* di tutte le industrie del farmaco sia stata di circa 900 milioni di dollari, e che nel solo periodo da gennaio 2005 a giugno 2006 abbia superato i 180 milioni, con un totale di circa 1100 lobbisti impiegati¹⁹. Molte delle leggi nel mirino dei lobbisti hanno riguardato la sicurezza e il prezzo dei farmaci. Come quelle che prevedevano un rafforzamento del potere dell'FDA nella valutazione e nella sorveglianza della sicurezza dei farmaci, o che permettevano a *Medicare*^{*} la contrattazione del prezzo dei farmaci, oppure che consentivano l'importazione di farmaci a minor costo da altri Paesi²⁰. Anche se non sono disponibili dati relativi ad altri Paesi, sarebbe ingenuo credere che i meccanismi di pressione sui politici non siano presenti anche altrove.

* Programma pubblico USA che garantisce la copertura assicurativa sanitaria agli anziani.

Conclusioni

Il conflitto tra gli interessi del mercato del farmaco e la difesa della salute vede coinvolti, oltre ai cittadini, tre soggetti principali: Big Pharma, i politici e i medici. Il quadro d'insieme è complesso e i determinanti del conflitto sono spesso difficili da individuare. Tuttavia il meccanismo sotteso sembra produrre un affievolimento della consapevolezza dei ruoli e delle responsabilità di ciascuna parte. È urgente ribadire ruoli e responsabilità con chiarezza, per evitare confusioni. L'attuale clima culturale spinge alla difesa aggressiva, e talvolta spietata, di interessi personali o di gruppo piuttosto che di quelli della collettività; non aiuta quindi a evitare i conflitti d'interesse, anzi li alimenta. Un cambiamento culturale in senso opposto richiede tempi molto lunghi e la volontà di compierlo. La soluzione più percorribile è fissare regole più chiare di quelle esistenti, per ciascuna parte in causa e soprattutto controllarne tenacemente l'applicazione. Quest'ultima è la parte più difficile.

Note bibliografiche

¹ M. Angell, *Farma&Co. Industria farmaceutica: storie straordinarie di ordinaria corruzione*. Il Saggiatore, Milano, 2006, pp. 28.

² J. Lexchin, L.A. Bero, B. Djulbegovic, et al., Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. *BMJ* 2003; 326: 1167-70.

³ F. Davidoff, C. DeAngelis, J. Drazen, Sponsorship, authorship, and accountability. *Ann Int Med* 2001; 135: 463-5.

⁴ R. Smith, Medical journals are an extension of the marketing arm of pharmaceutical companies. *PLoS Med* 2005;2(5):e138 doi:10.1371/journal.pmed.0020138.

⁵ D.F. Thompson, *Restoring responsibility: ethics in government, business and healthcare*. Cambridge University Press, Cambridge 2005, pp. 290-299.

⁶ A. Ismail, *Drug lobby second to none*. Centre for Public Integrity, 2005.

⁷ M.A. Gagnon, J. Lexchin, The cost of pushing pill: a new estimate of pharmaceutical promotion expenditures in the United States. *PLoS Medicine* 2008; 3: e1.

⁸ E. Campbell, R.L. Gruen, J. Mountford et al., A national survey of physician-industry relationship. *N Engl J Med* 2007; 356: 1742-50.

⁹ Consumers International. *Drugs, doctors and dinners: how drug companies influence health in the developing world*. Consumers International, Londra 2007.

¹⁰ M. Bobbio, *Giuro di esercitare la medicina in libertà e indipendenza*. Einaudi, Torino, 2004.

¹¹ A. Cassels, R. Moynihan, US: selling to the worried well. *Le Monde Diplomatique*, May 2006 <http://mondediplo.com/2006/05/16bigpharma>.

¹² R. Moynihan, A. Cassel, *Farmaci che ammalano*. Nuovi Mondi Media, 2005.

¹³ Sul sito di No grazie pago io (<http://www.nograziepagoio.it/>) si trovano i link ai siti internazionali.

¹⁴ T.A. Brennan, D.J. Rothman, L. Blank, et al., Health industry practices that create conflicts of interest: a policy proposal for academic medical centers. *JAMA* 2006; 295: 429-33.

¹⁵ Y. Moghimi, The “PharmFree” campaign: educating medical students about industry influence. *PLoS Medicine* 2006; 3: e30.

¹⁶ R. Horton, Vioxx[®], the implosion of Merck, and aftershocks at the FDA. *Lancet* 2004; 364: 1995-6.

¹⁷ N. Magrini, M. Font, Direct to consumer advertising of drugs in Europe, *BMJ* 2007; 335: 526.

¹⁸ R. Horton, NICE vindicated in UK's High Court. *BMJ* 2007; 370: 547-8.

¹⁹ http://en.wikipedia.org/wiki/Pharmaceutical_lobby.

²⁰ A. Ismail, *Spending on lobbying thrives*, Centre of Public Integrity, 2007.

2.1.3. I partenariati globali pubblico-privato di Eduardo Missoni e Guglielmo Pacileo

Delle origini e dell'evoluzione del concetto di partenariato fino al suo affermarsi come iniziative globali di partenariato pubblico-privato (*Global Public Private Partnerships* – GPPP) con particolare riferimento all'ambito sanitario, abbiamo ampiamente trattato nel primo rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale¹ del 2004.

Secondo alcuni autori, il fenomeno delle GPPP sarebbe legato a cambiamenti strutturali, e come tale destinato a consolidarsi². Come vedremo, le tendenze più recenti delle GPPP in sanità dimostrerebbero quantomeno una condivisa necessità di rivederne l'approccio ai fini di ridurne l'impatto negativo sui sistemi sanitari nazionali.

Definizione

Le GPPP in sanità possono essere definite come un rapporto di collaborazione:

- volontario, ciascuna delle parti ha un proprio interesse a partecipare;
- paritario, ognuna delle parti mantiene la propria autonomia;
- partecipativo, prevede meccanismi di governo congiunto;
- globale, trascende i limiti nazionali/regionali, per soggetti partecipanti, obiettivo e operazioni;
- pubblico-privato, associa almeno tre soggetti, tra cui un'impresa (e/o associazione industriale) e un'organizzazione intergovernativa;
- con obiettivo sanitario^{3,4}.

Su una novantina di GPPP note sulla carta⁵, un recente studio ha riconosciuto l'esistenza di 62 GPPP effettivamente funzionanti e rispondenti ai criteri indicati⁶. Selezionando rigorosamente solo quelle in cui entrambi i settori pubblico e privato siano effettivamente

rappresentati, altri autori hanno ridotto il numero a 23⁷. Esse peraltro variano moltissimo in termini di obiettivi, attività, durata e dimensioni e non possono essere ricondotte a un unico modello organizzativo. Ai fini dell'analisi della validità dell'approccio, è indispensabile tentare una classificazione operativa delle GPPP.

Le GPPP possono essere classificate in base al loro scopo prevalente in *partnership* per:

1. la ricerca e lo sviluppo di un prodotto (farmaci, vaccini, tecnologie, eccetera);
2. la promozione (*advocacy*) e la pubblica informazione;
3. la regolamentazione e la certificazione di qualità;
4. il coordinamento, l'assistenza tecnica e sostegno per l'accesso a beni e servizi specifici;
5. il finanziamento di specifici programmi⁸.

Una valutazione circa la validità del modello deve necessariamente differenziare tra le diverse tipologie. Le GPPP hanno inoltre dimensioni e peso politico molto diverso tra loro e non possono dunque essere esaminate con il medesimo criterio. D'altra parte le categorie non sono mai assolute, giacché le singole GPPP operano spesso in più di una categoria e sempre più spesso interagiscono tra loro. Come già esaminammo nel rapporto del 2004, nel suo complesso il fenomeno delle GPPP pone due ordini di problemi: a) l'influenza su *governance* e agenda globale; b) l'impatto sui sistemi sanitari nazionali e quindi, in ultima analisi, sulla capacità di contribuire effettivamente a migliorare in modo sostenibile e duraturo lo stato di salute della popolazione⁹. Qui cerchiamo di riassumerne lo stato dell'arte sulla base della letteratura degli ultimi anni, a distanza di una decina di anni dall'inizio del fenomeno.

Pro e contro

A livello globale si riconosce alle GPPP di aver innalzato il profilo di certe malattie (soprattutto infettive) e di alcuni temi sanitari nell'agenda politica, di aver contribuito a generare risorse aggiuntive per quelle specifiche azioni e per lo sviluppo di nuovi prodotti, nonché a migliorare le norme, gli standard e i protocolli terapeutici per

single malattie. A livello nazionale i meriti sono di aver reso possibile l'accesso a farmaci e vaccini di qualità a comunità che ne erano sprovviste e, in alcuni casi, di aver contribuito a migliorare la regolamentazione e le procedure di gestione relative alle specifiche tematiche cui si dedicano.¹⁰

In contrasto, la proliferazione e l'affermazione spettacolare delle GPPP espone a rischi non trascurabili, e anche osservatori diversi, tradizionalmente poco attenti ai temi sanitari, li sottolineano. Così il tema diviene l'argomento di copertina della prestigiosa rivista americana *Foreign Affairs*: "Oggi, grazie alla recente crescita, straordinaria e senza precedenti, di donazioni pubbliche e private, più soldi che mai sono diretti a far fronte a pressanti sfide sanitarie. Giacché gli sforzi cui questi soldi sono destinati sono largamente scoordinati e diretti prevalentemente a malattie ad alto profilo – piuttosto che alla sanità pubblica in generale – sussiste il grave pericolo che l'attuale era di generosità non solo non risponda alle aspettative, ma in effetti peggiori la situazione sul terreno"¹¹. La frammentazione prodotta dal numero crescente di iniziative verticali nel contesto degli aiuti per lo sviluppo, nonché dubbi sulla loro sostenibilità in assenza di un allineamento ai programmi Paese, viene sostenuta anche dall'Agenda Internazionale per lo Sviluppo (Banca Mondiale)¹², in documenti del Fondo Monetario Internazionale¹³ e in uno studio sviluppato dalla McKinsey, una delle più note imprese multinazionali di *management consulting*¹⁴.

A livello globale si discute anche della legittimità e della responsabilità (*accountability*)* delle GPPP, rilevando che anche nei casi in cui laddove singole GPPP possono rivendicare legittimità e responsabilità nelle loro specifiche aree d'intervento, la somma di quelle attività "non conduce necessariamente a una politica sanitaria coerente, può contribuire piuttosto alla frammentazione sia a livello globale che nazionale"¹⁵. Inoltre le GPPP competono tra loro e con altri soggetti nell'attrarre risorse, comunque limitate, pertanto "la proliferazione delle GPPP può condurre alla distorsione del finanziamento

* *Accountability*, responsabilità, come risultato del "dare risposte, informazione" (*giving an account*), responsabilizzare, partecipazione (*taking account*) e "essere considerati responsabili, sanzioni" (*being held to account*).

e a un'ulteriore verticalizzazione delle politiche sanitarie"¹⁶. Infine, le GPPP possono essere utilizzate da potenti attori per circuire organizzazioni consolidate come l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) indebolendo l'influenza di queste organizzazioni come attori di salute globale¹⁷. Oltre a influenzare in questo modo la missione e le priorità di sanità pubblica globale, l'assenza di un quadro certo di norme e principi entro cui sviluppare accordi di partenariato e la relativizzazione del conflitto d'interesse inerente la partecipazione di partner privati profit, che esige ritorni economici almeno sul lungo periodo, pongono ulteriori sfide sul piano etico¹⁸.

Attraverso l'analisi di 23 GPPP, Buse e Harmer hanno identificato sette difetti delle GPPP, tra cui a livello globale: la cattiva *governance* (anche in termini di definizione e suddivisione dei ruoli tra i partner, monitoraggio e trasparenza); il loro svilire il ruolo del settore pubblico (con particolare riferimento all'Organizzazione Mondiale della Sanità); il difetto di rappresentanza (sbilanciata tra l'altro a favore del settore privato a fronte del modesto contributo finanziario); l'inadeguatezza delle risorse finanziarie messe a disposizione dai partner rispetto agli obiettivi finanziari collettivamente approvati¹⁹.

Per quanto concerne il livello Paese, un certo numero di studi suggerirebbe che le maggiori preoccupazioni concernono soprattutto le maggiori GPPP sanitarie (citiamo per esempio il Fondo Globale per la lotta all'HIV/AIDS, tubercolosi e malaria, GFATM; l'alleanza globale per i vaccini, GAVI; Stop TB e *Roll Back Malaria*, RBM). Tra queste vi sono differenze significative nel *modus operandi*, in particolare le prime due sono prevalentemente agenzie finanziatrici, mentre Stop TB e RBM hanno come obiettivo il coordinamento degli interventi nelle rispettive aree di azione, la promozione e l'assistenza tecnica²⁰. In generale, l'impatto negativo è legato alla scarsa compatibilità, da sempre nota a chi si occupa di sviluppo, tra interventi verticali e sistemi sanitari organizzati orizzontalmente e con risorse limitate. Uno studio realizzato in 20 Paesi, ha individuato tre ordini di fattori determinanti²¹.

Il primo è riferibile all'introduzione di tecnologie e strategie inappropriate e insostenibili, che sovraccaricano i sistemi e le istituzioni

nazionali, già deboli e impoveriti. Per esempio, la spinta a introdurre nuovi vaccini (come il vaccino contro l'epatite B promosso da GAVI) o di specifici farmaci antiretrovirali o antimalarici (come nel caso del PEPFAR* per i primi e del GFATM per i secondi) non è basata su valutazioni di costo-beneficio contestualizzate, né considera aspetti inerenti alla logistica e alla sostenibilità negli specifici contesti dei sistemi sanitari locali. Per esempio, l'introduzione di farmaci antiretrovirali in assenza di un consistente aumento del personale sanitario non fa che minare alla base i sistemi sanitari²². Ma le GPPP non prendono in considerazione le carenze strutturali, piuttosto a volte rischiano di amplificarle. Come nel caso del GFATM, con il suo reclutamento competitivo di personale per i propri ambiti di intervento, a scapito degli altri settori dei sistemi sanitari interessati²³.

Il secondo aspetto riguarda la moltiplicazione di processi paralleli e aggiuntivi imposti da ogni nuova GPPP, con conseguente spreco di risorse. Per usufruire dei fondi delle singole GPPP i Paesi devono investire pesantemente in specifici esercizi di progettazione, scrittura di richieste di finanziamento e rapporti, usando moduli, tempi, processi, procedure e canali di finanziamento, nonché sistemi di approvvigionamento ogni volta diversi, utilizzando risorse addizionali proprie o fornite da altri partner, giacché le GPPP in genere non provvedono alle risorse, umane e materiali, per la predisposizione dei progetti o il loro monitoraggio. Per l'indirizzo e la gestione delle GPPP molte di queste hanno creato specifici meccanismi di coordinamento nazionale (come il CCM** del GFATM o l'ICC*** del GAVI) che si sovrappongono. I finanziamenti delle singole GPPP seguono in generale canali diversi e non coincidenti con i normali canali istituzionali. Partendo dal presupposto che i sistemi sanitari pubblici non funzionano e volendo ottenere risultati rapidamente, le GPPP hanno scelto di lavorare al di fuori dei sistemi sanitari, ma alla fine "ne succhiano le risorse"²⁴.

Il terzo ambito riguarda l'incapacità delle iniziative globali di

* PEPFAR: The President's Emergency Plan for AIDS Relief lanciato dal Presidente Bush nel 2003.

** Country Coordinating Mechanisms.

*** Interagency Coordinating Committee.

adattarsi ai contesti locali, un'assenza di flessibilità che obbliga spesso i Paesi ad adattare le loro esigenze a quelle delle GPPP. Anche la comunicazione con i partner locali è inefficace e scarsa la comprensione delle GPPP per le esigenze, i limiti e le dinamiche locali. Infine anche a livello locale i ruoli dei diversi partner internazionali non sono definiti.

Il futuro

Quando ancora si discuteva sull'opportunità di un nuovo Fondo Globale, gli esperti sanitari del G8 convocati dalla presidenza italiana, manifestarono orientamenti molto diversi, ma su un punto sembrarono trovarsi tutti d'accordo: l'inopportunità di costituire una nuova organizzazione, che fino a poche settimane prima non era nemmeno nell'agenda (esplicita) del G8²⁵. I leader politici imposero un'agenda diversa e il Fondo Globale si aggiunse alle già numerose GPPP esistenti. Sei anni dopo, di fronte a un crescente numero di valutazioni che illustrano le conseguenze negative di quell'approccio, su iniziativa del primo ministro del Regno Unito, Gordon Brown, diversi membri del G8 e numerosi altri partner bilaterali e multilaterali, ivi inclusi rappresentanti di alcune GPPP decidono di impegnarsi a ricondurre quelle iniziative a supporto dei sistemi sanitari dei Paesi beneficiari, armonizzandole e coordinandole anche con riferimento alla Dichiarazione di Parigi per l'efficacia degli aiuti²⁶ e per farlo sottoscrivono una nuova Partnership Internazionale per la salute²⁷. L'intenzione è giusta e necessaria, ma a nostro parere l'ambito più appropriato per quell'impegno dovrebbe essere l'Assemblea Mondiale della Sanità, con l'impegno a rafforzare il ruolo e ampliare la capacità di *governance* globale in sanità di quella organizzazione secondo i principi che l'hanno ispirata.

Note bibliografiche

¹ E. Missoni, Le partnership globali pubblico-privato. In: Osservatorio Italiano sulla Salute Globale. *Rapporto 2004. Salute e globalizzazione*. Feltrinelli, Milano 2004, pp. 210-216.

² I. Kaul, Exploring the Policy Space between Markets and States. Global Public-Private Partnerships. In: Inge Kaul and Pedro Conceicao (a cura di), *The New Public Finance: Responding to Global Challenges*. Oxford University Press, New York 2006, pp. 219-266.

³ K. Buse, G. Walt, Global public-private partnerships: part I – a new development in health? *Bulletin of the World Health Organisation* 2000; 78 (4): 549-561.

⁴ I. Kaul, *op. cit.*

⁵ Initiative on Public-Private Partnerships for Health, www.ippph.org (accesso del 23/8/2004); l'iniziativa è stata chiusa successivamente

⁶ S. Bartsch, Accountability of Global Public-Private Partnerships in Health, Sixth Pan-European Conference on International Relations, University of Turin, Italy, September 14, 2007.

⁷ K. Buse, A.M. Harmer, Seven habits of highly effective global public-private health partnerships: Practice and potential. *Social Science & Medicine* 2007; 64: 259-271.

⁸ Vedi: S. Nishtar, Public-private 'partnerships' in health – a global call to action. *Health Research Policy and Systems* 2004; 2 (5): 1-7.

K. Caines, Best practice principles for global health partnership activities at country level. In: *High level Forum on the Millennium Development Goals: selected papers, 2003-2005*, WHO, pp. 104-120.

⁹ E. Missoni, *op. cit.*

¹⁰ K. Buse, A.M. Harmer, *op. cit.*

¹¹ L. Garrett, The Challenge of Global Health, *Foreign Affairs*, January-February, 2007, pp. 14-38.

¹² IDA. Aid Architecture: an overview of the main trends in official development assistance flows. IDA, 2007.

¹³ W. Hsiao, P.S. Heller, What should Macroeconomists Know about Health Care Policy? IMF, Working Paper, WP/07/13, January 2007.

¹⁴ M.D. Conway, S. Gupta, S. Prakash, Building better partnerships for global health. *The McKinsey Quarterly*, December 2006.

¹⁵ S. Bartsch, *op. cit.*

¹⁶ *ibidem.*

¹⁷ *ibidem.*

¹⁸ S. Nishtar, *op. cit.*

¹⁹ K. Buse, A.M. Harmer, *op. cit.*

²⁰ K. Caines, *op. cit.*

²¹ K. Cahill, D. Flemming, M. Conway, S. Gupta, Global Health Partnerships: Assessing Country Consequences. In: *High level Forum...., op. cit.*, pp. 92-103.

²² G. Ooms, W. Van Damme, M. Temmerman, Medicines without doctors: why the Global Fund must fund salaries of health workers to expand Aids treatment. *PloS Medicine* 2007; 4 (4): 605-608.

²³ Italian Global Health Watch. From Alma Ata to the Global Fund: the history of international health policy. *Social Medicine* 2008; 3 (1): 34-46.

²⁴ RealHealthNews. What future for those PPPs? Public-private partnerships need integration. http://www.globalforumhealth.org/realhealthnews/opinions/nov07_WhatFuturePP-Ps.php (accesso 28/1/2008).

²⁵ E. Missoni, Il Fondo Globale per la lotta all'HIV-Aids, la tubercolosi e la malaria. In: Osservatorio Italiano sulla Salute Globale. *Rapporto 2004. Salute e globalizzazione*. Feltrinelli, Milano, 2004, pp. 221-232.

²⁶ OECD/DAC. Paris Declaration on Aid effectiveness, High Level Forum, Paris, February 28 – March 2, 2005.

²⁷ DIFID. The International Health Partnership launched today, September 6, 2007 <http://www.dfid.gov.uk/news/files/ihp/default.asp>

2.1.4. *Advance Market Commitments*: un nuovo meccanismo di aiuto allo sviluppo?

di Nicoletta Denticò

Introduzione

Molti Paesi a basso reddito, in particolare nell’Africa sub-sahariana, hanno numerose difficoltà ad investire per la salute una quantità di denaro sufficiente a coprire i bisogni essenziali. Dall’altro lato, i Paesi ricchi non sembrano realmente intenzionati a garantire i finanziamenti necessari ad assicurare le somme mancanti. Di questi temi si occupano alcuni capitoli di questo rapporto, analizzando i vari meccanismi che l’Aiuto Pubblico allo Sviluppo (APS) sta sperimentando nel tentativo di supplire a questa mancanza. In particolare, per fornire medicinali essenziali (farmaci, vaccini e agenti diagnostici) occorre affrontare il problema dello scarso investimento nella ricerca in campo medico per i paesi poveri e del tempo, troppo, che intercorre tra l’accessibilità di uno stesso medicinale essenziale nei Paesi ricchi e in quelli a basso reddito. È anche necessario assicurare finanziamenti prevedibili e di lungo periodo dedicati al rafforzamento dei sistemi sanitari in un’ottica di salute pubblica, se si vuole che farmaci, vaccini e agenti diagnostici, una volta disponibili, siano distribuiti e usati in modo tale da raggiungere gli individui e le popolazioni che ne hanno più urgente necessità. Questo breve capitolo si propone di analizzare uno dei più recenti meccanismi messi a punto dalla comunità internazionale per affrontare la questione ed incentivare, nella fattispecie, la ricerca di e l’accesso a nuovi vaccini di primaria importanza per i paesi in via di sviluppo: gli *Advance Market Commitments* (AMC).

Advance Market Commitments: cosa sono, e come sono nati

La mera ragione del mercato non riesce a coniugare innovazione e accesso a farmaci, vaccini e agenti diagnostici per le popolazioni dei

Paesi poveri. In altre parole, la mano del mercato non è invisibile, bensì del tutto inesistente, quando si tratta di rispondere ai bisogni dei cittadini più vulnerabili; lo ha riconosciuto anche la Commissione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) su Salute Pubblica, Innovazione e Diritti di Proprietà Intellettuale nel suo rapporto dell'aprile 2006¹. È evidente la riluttanza delle aziende farmaceutiche e dell'industria biotech a indirizzare gli investimenti nella ricerca e sviluppo di strumenti sanitari destinati ai Paesi che, in un'ottica di profitto e potere d'acquisto, non stanno sul mercato. Mancano incentivi adeguati. Servono misure che implicino un significativo impegno dei governi. Che fare, allora, per invogliare il settore privato su questo terreno se non creare ad arte il potenziale di un accattivante mercato imperniato sui bisogni delle popolazioni nei Paesi poveri?

Sulla scia di alcuni suggerimenti maturati in concomitanza con i vertici annuali del G8^{*23}, questa idea si è fatta strada e ha preso forma quando, nel gennaio 2005, i Ministri delle Finanze del G8 hanno lanciato un processo di consultazione per l'avvio di un progetto pilota di AMC; in pratica, un impegno anticipato da parte dei governi di acquistare prodotti per stimolare l'interesse dell'industria farmaceutica, su spinta italiana (Giulio Tremonti) e britannica (Gordon Brown). Un rapporto di fattibilità per definire gli aspetti tecnici e il disegno istituzionale di attuazione della proposta, con un progetto pilota per una malattia, è stato redatto dall'Italia e presentato con successo a Londra nel dicembre 2005. Quella da pneumococco è stata la gamma di malattie scelta da un gruppo *ad hoc* presieduto dal Ministro della Salute del Malawi: si tratta della principale causa di mortalità infantile in Africa con quasi due milioni di vittime l'anno. Dopo una lunga serie di consultazioni e passaggi diplomatici[†], fra cui una lettera di Romano Prodi a oltre 50 governi di Paesi in via di sviluppo nel 2006, il progetto pilota è stato lanciato a Roma nel febbraio 2007.

* L'idea di incoraggiare la ricerca e lo sviluppo di nuovi vaccini per i Paesi poveri attraverso impegni anticipati di acquisto fu discussa per la prima volta in seno all'OMS nel 1996 e promossa da una serie di esperti e organizzazioni coordinate dalla *International AIDS Vaccine Initiative* al vertice del G8 di Denver nel 1997. Anche la *Vaccine Task Force* della Banca Mondiale esplorò questo approccio a partire dal 2000.

† Si veda a questo proposito la dettagliata cronologia sul sito www.vaccineamc.org.

Di cosa stiamo parlando? I Paesi donatori (Italia, Canada, Gran Bretagna, Norvegia e Russia) si attivano con un intervento pubblico di 1,5 miliardi di dollari in valore nominale per rilanciare la ricerca sul vaccino antipneumococco con esclusiva attenzione ai sierotipi che riguardano le popolazioni dei Paesi poveri. L'idea è quella di estendere a questi Paesi le dinamiche degli incentivi di mercato con lo scopo di promuovere vaccini già in fase avanzata di ricerca, negoziare anticipatamente i prezzi, e rimborsare i Paesi per gli eventuali acquisti di questi vaccini, una volta realizzati.

La nordamericana Wyeth ha introdotto il vaccino antipneumococco Prevnar per bambini nel 2006 e sta sperimentando una nuova generazione di vaccino pediatrico 13-valente. La Merck ha un vaccino per adulti, il Pneumovax 23, e la GlaxoSmithKline ha in avanzata fase di sviluppo una versione a maggiore spettro di copertura. Sono queste le aziende destinate a beneficiare dell'iniziativa, con la prevista creazione di nuovi impianti di produzione (nel caso di GlaxoSmithKline). Anche se la *Global Alliance for Vaccines and Immunisation* (GAVI) – che coordina la gestione dell'operazione AMC – parla di un mercato aperto a tutti i potenziali produttori, la fitta foresta di protezioni brevettuali rende oggettivamente impervio, se non del tutto impossibile, il percorso della ricerca per il vaccino ad altre aziende nei Paesi in via di sviluppo, che pure esistono.

Sempre che le *big pharma* decidano di avventurarsi sul terreno della produzione di vaccini per i poveri⁴! Dal loro punto di vista, infatti, le condizioni per l'erogazione dei fondi pubblici dell'AMC sono piuttosto incerte: dipendono dall'effettiva scoperta di vaccini adeguati alle necessità dei Paesi poveri e contestualmente dall'esistenza di una massiccia domanda da parte dei Paesi beneficiari, chiamati a contribuire essi stessi a una piccola parte del prezzo concordato per l'acquisto del vaccino. Ben più rodate sono le dinamiche nei mercati degli Stati Uniti e dell'Europa, dove le multinazionali farmaceutiche si stanno già assicurando profitti da capogiro, con prezzi dei vaccini che non hanno precedenti. Il 20 maggio 2008 i donatori si sono incontrati a Ottawa per finalizzare l'accordo su questo primo progetto pilota, ma le consultazioni con le aziende non sono

state facili. In ogni caso, proseguono a porte chiuse, così che anche i governi promotori mantengono un regime di estrema riservatezza su come risolvere le difficoltà intrinseche all'architettura di questo nuovo meccanismo di finanziamento.

Alcune questioni aperte

La domanda da un milione di dollari, a questo punto, si fa necessariamente strada: siamo convinti che gli AMC possano davvero fornire una soluzione adeguata al problema? Le perplessità sono mal ricevute, eppure gli scettici non mancano e anzi si annoverano tra alcuni dei funzionari degli stessi governi che hanno sposato il progetto. Alcune questioni di fondo balzano agli occhi, a cominciare dalla controversa constatazione che l'iniezione di fondi pubblici alle case farmaceutiche per stimolare la ricerca, e ai Paesi beneficiari per il contributo all'acquisto del vaccino lungo un periodo decennale (vincolante), è computata dai Paesi donatori come APS⁵. Un fatto che ha sollevato non poche difficoltà di dialogo tra dicasteri all'interno del governo italiano, per esempio. A fronte del sostanziale stallo dei Paesi ricchi in termini di APS, e del mancato adempimento dell'obiettivo di erogare lo 0,7% del PIL per lo stesso, questa scelta appare quanto meno problematica e solleva immediatamente la questione del rapporto fra costo ed efficacia dell'intervento. E dei potenziali interventi comparativamente più immediati, efficaci e sostenibili per ridurre la mortalità infantile nei Paesi a basso reddito.

- Quale che sia il vaccino concordato nel quadro degli AMC, lo spettro di definizione del suo valore oscilla tra due sponde al limite del conflitto: da un lato la necessità di incentivare e stimolare la ricerca da parte delle aziende, dall'altro l'accessibilità del vaccino. La questione è il difficile equilibrio tra investimenti finanziari e risultati della ricerca in rapporto ai bisogni sanitari. Quanto più il meccanismo di contrattazione sarà in grado di spingere verso il basso il costo del vaccino, tanto più i fondi saranno usati per espandere il programma di immunizzazione. Il rischio di delegare l'intera operazione alle industrie private è che se il valore di un AMC è troppo alto, esso potrebbe indurre una ricerca esosa e potenzialmente sciupona, a discapito delle risorse per il sistema sanitario. Un valore troppo basso

dell'AMC, invece, può giustificare un'attività di ricerca insufficiente, e alla fine inconcludente. Dal momento che a condurre le danze saranno giganti come Merck, GlaxoSmithKline e Wyeth, quanto dev'essere grande la carota, si chiede anche *Médecins Sans Frontières*, unendosi al coro delle voci critiche⁶? Nel campo della ricerca medica per i Paesi a basso reddito, l'esperienza insegna che la scelta di mettersi nelle mani del solo settore privato potrebbe essere piuttosto avventuristica e scriteriata⁷.

- I prezzi del vaccino nello schema AMC sono negoziati con le aziende farmaceutiche, le quali percepiscono i mercati dei Paesi poveri come realtà di poco interesse ed elevata instabilità commerciale. Anche qui, il rischio è che i prezzi del vaccino siano determinati più per superare la riluttanza delle aziende che per rispondere realisticamente, con soglie adeguate e sostenibili, alla capacità di acquisto dei singoli Paesi riceventi, i quali si vincolano con un impegno finanziario decennale. Estenuante e abbastanza oscuro è stato finora il processo di determinazione del prezzo, che è calato nel tempo fino a raggiungere gli attuali 5-7 dollari per dose nei primi anni, fino a un prezzo “di coda” (*tail price*) intorno ai 2 dollari negli anni successivi. Si tratterebbe comunque del vaccino più caro destinato ai Paesi poveri. Basta paragonarlo al vaccino contro la meningite A del *Serum Institute of India*, attualmente usato negli studi clinici in Africa nel quadro dell'*International Meningitis Vaccine Project*, che sarà messo in commercio a un prezzo di 0,40 dollari. Al contrario del vaccino antipneumococco, quello per la meningite A non ha mercato nei Paesi ricchi. Fatta salva la specificità dei due vaccini, forse varrebbe la pena esplorare con attenzione le ragioni dei due ordini di grandezza^{8†}. A un importante incontro all'OMS nel 2007, alcuni esperti hanno stimato che il costo per produrre un singolo vaccino coniugato su ampia scala ammonta a 0,26 dollari, e che “con un processo altamente efficiente, i costi addizionali per l'aggiunta di sierotipi sarebbero piuttosto esigui”⁹.

- Anche ammettendo che la commercializzazione di vaccini per i Paesi poveri attraverso il ricorso agli AMC possa effettivamente stimolare le iniziative di ricerca delle aziende farmaceutiche, questa ri-

[†] L'inchiesta di Jonathan Miller sul piano AMC per il vaccino antipneumococco è stata trasmessa da Channel 4 News il 19 novembre 2007.

cerca non contempla alcun margine di flessibilità nella gestione della protezione brevettuale. In altre parole, saranno garantiti diritti esclusivi di proprietà intellettuale per i vaccini sviluppati con i sussidi pubblici. Nella collaborazione degli ultimi anni con il settore privato per la ricerca e lo sviluppo di farmaci dedicati esclusivamente alle malattie dei Paesi a basso reddito, alcuni partenariati pubblico-privati sono riusciti a stipulare interessanti accordi di non esclusività, ovvero di totale esclusione del brevetto per il nuovo farmaco. Questa è una condizione fondamentale per garantire l'accessibilità della terapia[§], e la promozione della produzione per rispondere con più partner commerciali ai bisogni. L'approccio di mercato dell'AMC antipneumococco, impostato com'è sul protagonismo esclusivo delle aziende farmaceutiche, induce a una strategia di ricerca basata sulla rigida applicazione dei diritti di protezione brevettuale, tipica della ricerca e sviluppo puramente commerciali. Da questo punto di vista gli AMC si pongono in controtendenza rispetto al dibattito internazionale su innovazione medica e accesso, che auspica politiche innovative di licenze aperte, ovvero di gestione collettiva o donazioni di brevetti, per favorire una più diffusa innovazione medica essenziale, mirata alla produzione di beni pubblici**.

Se queste sono le preoccupazioni principali, sarebbe errato sostenere che siano le sole. Altre considerazioni potrebbero farsi sulla generale opacità dell'operazione, prevalentemente discussa e concepita nei salotti non proprio inclusivi del G8, e solo in una fase molto successiva confusamente comunicata alle organizzazioni della società civile, che tuttora rivendicano trasparenza¹⁰.

Il ruolo dell'Italia

L'Italia si è gettata a capofitto in questa iniziativa ed è, quasi si

[§] Si veda per esempio la partnership di *Drugs for Neglected Diseases Initiative* con Sanofi Aventis avviata nel 2004 per la produzione della terapia antimalarica ASAQ (artesanato/amo-diachina), per il continente africano, lanciata il 1 marzo 2007, www.dndi.org.

** Vedasi in merito il negoziato in seno all'OMS che ha prodotto la strategia globale su salute pubblica, innovazione e diritti di proprietà intellettuale, http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_R21-en.pdf.

stenta a crederlo, il Paese che contribuisce con la quota più alta tra i Paesi donatori: 635 milioni di dollari, seguito dai 485 milioni della Gran Bretagna, i 200 del Canada, gli 80 della Russia e i 50 della Norvegia. La legge finanziaria del 2008 ha formalmente autorizzato la partecipazione italiana, e i fondi saranno erogati nei prossimi 7-10 anni, a decorrere dal 2008. Alla luce del ruolo che l'Italia gioca in questa partita, forse è il momento di sollecitare le organizzazioni straniere che si occupano di salute globale a seguire con più attenzione questo percorso. E a suggerire percorsi alternativi. Quello del vaccino antipneumococco è un progetto pilota. Sembra opportuno monitorare attentamente la tenuta dell'impalcatura messa in piedi fin qui, prima di avventurarsi in nuovi costosi progetti sul fronte di altri vaccini. Infine, sarà opportuno riconoscere con onestà intellettuale che gli AMC rappresentano un mero adattamento dei governi al sistema di ricerca attualmente in voga (e in profonda e documentata crisi). L'obiettivo di sviluppare politiche efficaci per la ricerca medica e l'accesso nei Paesi poveri dovrebbe andare ben oltre gli incentivi di mercato. Un dibattito pubblico su questi temi, assai carente in Italia, diventa a questo punto della massima urgenza.

Note bibliografiche

¹ WHO. Public Health, Innovation and Intellectual Property Rights, report of the Commission on Intellectual Property Rights, Innovation and Public Health, April 2006. <http://www.who.int/intellectualproperty/documents/thereport/en/index.html>

² M. Kremer, R. Glennerster, *Strong medicine: creating incentives for pharmaceutical research on neglected diseases*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 2004.

³ E. Berndt, J. Hurvitz, Vaccine advance-purchase agreements for low income countries: practical issues. *Health Affairs* 2005;24:653-65.

⁴ T. Ginsberg, *Plan to fund vaccines for third world*. Philadelphia Enquirer, 9 febbraio 2007, accessibile su <http://www.philly.com/mld/inquirer/news/local/16657320.htm>

⁵ J. Droop, *Financial arrangements for the Advance Market Commitment for a pneumococcus vaccine*. HM Treasury, presentazione alla riunione del G7, Londra, 9 novembre 2006.

⁶ T. Von Schoen-Angerer, Questioning the 1.5 billion dollar vaccine deal. In *Development Today*, aprile 2008, www.development-today.com

⁷ M. Moran, *The new landscape of neglected disease drug development*. Pharmaceutical R&D Policy Project, London School of Economics, The Wellcome Trust, settembre 2005.

⁸ J. Miller, Vaccines for Africa face 700% mark up. *The Independent*, 18 novembre 2007.

⁹ Consultazione di esperti dell'OMS sulla composizione dei sierotipi per i vaccini coniugati antipneumococco destinati ai paesi in via di sviluppo. *Vaccine* 2007;25:6557-64

¹⁰ T. Von Schoen-Angerer, *op. cit.*

2.1.5. Rifugiati, richiedenti asilo e diritto alla salute di Maurizio Marceca e Salvatore Geraci

Inquadramento del tema

All'interno del grande fenomeno planetario della mobilità umana (affrontato, nello scorso Rapporto, nell'ottica più generale dell'esperienza migratoria) esiste una particolare tipologia di persone che, nella letteratura internazionale, viene frequentemente espressa con il termine di "migranti forzati". Con tale locuzione non si vuole negare l'evidenza che chiunque lasci il proprio Paese e la propria comunità lo faccia prevalentemente sotto il condizionamento di alcuni innegabili fattori 'di espulsione', in primo luogo di natura socio-economica, quanto differenziare da una situazione di generale disagio di vita le storie di persone che sono costrette ad abbandonare repentinamente il proprio Paese per sfuggire a persecuzioni e/o torture.

Quindi, in linea con la Convenzione di Ginevra del 1951*, il rifugiato (*refugee*) è colui che è costretto a lasciare il proprio Paese a causa di persecuzione per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza a un determinato gruppo sociale o per le proprie opinioni politiche. A differenza del migrante, questi non ha scelta: non può tornare nel proprio Paese d'origine se non a scapito della propria sicurezza e incolumità. Laddove questa particolare condizione venga istituzionalmente riconosciuta da un Paese di accoglienza, si configura lo *status* di rifugiato; nella fase di richiesta e di disamina della procedura amministrativa da parte delle autorità competenti, il soggetto viene identificato come richiedente asilo (*asylum seeker*).

Il termine di profugo (e talora impropriamente quello di sfollato) è invece utilizzato in modo generico a indicare chi lascia il proprio Paese a causa di eventi esterni (guerre, invasioni, rivolte, catastrofi naturali) e viene accolto temporaneamente sul territorio di un Paese

* Sono 145 gli Stati aderenti alla Convenzione di Ginevra del 1951 o al Protocollo del 1967 o a entrambi.

estero, con un soggiorno per “protezione umanitaria”.

Più opportunamente, il termine sfollato viene invece usato come traduzione dall'inglese *Internally Displaced Person* (IDP), per identificare colui che abbandona la propria dimora per gli stessi motivi del rifugiato, ma non oltrepassa un confine internazionale, restando dunque all'interno del proprio paese.

In ultimo, il concetto di apolide (*stateless person*) sta a indicare, ai sensi della Convenzione di New York del 1954, una persona che nessuno Stato considera come proprio cittadino.

La dimensione del fenomeno

L'UNHCR (*United Nations High Commissioner for Refugees*) è l'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (in Italia più noto come ACNUR) istituito nel 1950. Dal 2005, oltre all'impegno per il diritto di ogni persona a richiedere asilo e per garantire i diritti dei rifugiati, questa Agenzia ha assunto la responsabilità di proteggere gli sfollati e di gestire i campi e le altre situazioni di emergenza. Secondo il Rapporto statistico annuale dell'UNHCR¹, alla fine del 2006, le persone che – nelle diverse situazioni di vita e corrispettive configurazioni giuridiche – ricadevano sotto le sue competenze erano quasi 33 milioni (32.861.285). Di questi, i rifugiati erano circa 10 milioni (9.877.707), gli sfollati interni protetti e/o assistiti quasi 13 milioni (12.794.268), i richiedenti asilo circa 740.000 (740.165) e gli apolidi quasi 6 milioni (5.805.943). Riguardo agli sfollati, il Centro di monitoraggio del Consiglio norvegese dei rifugiati stima una popolazione complessiva mondiale di 24,5 milioni: ciò attesta che solo la metà di loro riesce a ricevere una qualche forma di protezione. Vi sono poi situazioni in cui le persone riescono a rientrare nel loro Paese o luogo di origine: sempre con riferimento all'anno 2006, i rifugiati rientrati sono stati più di 700.000 (733.622) e gli sfollati oltre un milione e ottocentomila (1.864.171). Sono esclusi dalla competenza dell'UNHCR i 4,3 milioni di sfollati e rifugiati palestinesi che vivono nei Territori palestinesi occupati e nei Paesi limitrofi (Libano, Siria, Giordania), di cui si occupa l'UNRWA^{**}, l'A-

^{**} L'UNHCR è tuttavia competente per i rifugiati palestinesi in altri stati, come per esempio l'Iraq, dove essi, a causa di presunti trattamenti di favore durante il regime di Saddam Hussein, vengono oggi perseguitati.

genza dell'ONU per i rifugiati palestinesi nel Vicino Oriente¹. Si stima che, rispetto al 2005, i nuovi rifugiati siano stati 1,5 milioni, di cui 1,2 fuggiti dall'Iraq. Come mostrato dalla **Tabella 1**, i Paesi da cui proviene il maggior numero di rifugiati e che accolgono il maggior quantitativo di sfollati sono collocati in Africa e Medio Oriente; fa eccezione la Colombia, Paese dilaniato da decenni di conflitti interni².

Tabella 1. Rifugiati nel mondo e sfollati: Paesi di origine, Paesi di accoglienza (2006).

Paesi d'origine		Paesi d'accoglienza		Sfollati di competenza dell'UNHCR	
1. Afghanistan	2.107.519	1. Pakistan	1.044.462	1. Colombia	3.000.000
2. Iraq	1.450.905	2. Iran	968.370	2. Iraq	1.834.368
3. Sudan	686.311	3. USA	843.498	3. Uganda	1.586.174
4. Somalia	464.253	4. Siria	702.209	4. Sudan	⁵ 1.325.235
5. Rep. Dem. Congo	401.914	5. Germania	605.406	5. Rep. Dem. Congo	1.075.297

⁵ il numero complessivo di sfollati interni in Sudan è stimato in circa 5 milioni di persone

Fonte: Caritas/Migrantes, *Immigrazione Dossier Statistico 2007, dati tratti da: UNHCR, '2006 Global Trends: Refugees, Asylum-seekers, Returnees, Internally Displaced and Stateless Persons'*

Circa la metà della popolazione mondiale di rifugiati è costituita da donne e bambine. Si stima che sinora circa 25 milioni di bambini siano stati costretti a fuggire dalle proprie case.

Nella successiva **Tabella 2** sono rappresentati, distinti per ciascun Paese dell'Unione Europea (UE), il numero di rifugiati e di domande d'asilo nel 2006 (vi erano allora 25 stati membri).

Come si può notare, a fronte di un aumento del numero di persone sradicate nel mondo, nei Paesi dell'UE si è registrata, rispetto al 2005, una diminuzione del 17% nel numero di domande d'asilo. Considerando la tendenza a partire dal 2002, sia nel complesso dei Paesi industrializzati sia più specificamente nell'UE si è registrata una diminuzione pari, rispettivamente, al 52% e al 53%. Nell'UE il numero di nuovi richiedenti asilo del 2006 è stato il più basso degli ultimi venti anni, con le sole eccezioni della Grecia, della Svezia (con un cospicuo afflusso di richiedenti asilo iracheni) e di Malta.

Tabella 2. Rifugiati e domande d'asilo nell'Unione Europea (2006).

Paese	Popolazione In migliaia	Rifugiati 2006	Rifugiati / 1.000 ab.	Domande d'asilo 2006	Dom. d'asilo / 1.000 ab.	Dom. d'asilo - var. % 2005/2006
Austria	8.265,9	25.486	3,0	13.350	1,6	- 41%
Belgio	10.511,4	16.820	1,6	11.590	1,1	- 27%
Cipro	766,4	924	1,2	4.550	5,3	- 41%
Rep. Ceca	10.251,1	1.887	0,2	3.020	0,3	- 27%
Danimarca	5.427,5	36.659	6,7	1.920	0,4	- 15%
Estonia	1.344,7	5	0,0	10	0,0	0%
Finlandia	5.255,6	11.827	2,2	2.290	0,4	- 36%
Franca	62.998,8	145.996	2,3	30.690	0,5	- 38%
Germania	82.438,0	605.406	7,3	21.030	0,3	- 27%
Grecia	11.125,2	2.289	0,2	12.270	1,1	36%
Irlanda	4.209,0	7.917	1,8	4.310	1,0	0%
Italia	58.751,7	26.875	0,4	10.348	0,2	11%
Lettonia	2.294,6	21	0,0	10	0,0	- 50%
Lituania	3.403,3	531	0,1	160	0,0	33%
Lussemburgo	459,5	2.206	4,8	520	1,1	- 35%
Malta	404,3	2.404	5,9	1.270	3,1	9%
Paesi Bassi	16.334,2	100.574	6,1	14.470	0,9	17%
Polonia	38.157,1	6.790	0,2	4.220	0,1	- 38%
Portogallo	10.569,6	333	0,0	130	0,0	18%
Slovacchia	5.389,2	248	0,0	2.870	0,5	- 19%
Slovenia	2.003,4	254	0,1	520	0,3	- 72%
Spagna	43.758,3	5.275	0,1	5.310	0,1	1%
Svezia	9.047,8	79.913	8,8	24.320	2,7	39%
Regno Unito	60.393,0	301.556	4,9	27.850	0,5	- 10%
Ungheria	10.076,6	8.075	0,8	2.110	0,2	31%
UE 25	463.636,0	1.390.271	2,9	198.900	0,4	- 17%

Fonte: Caritas/Migrantes, *Immigrazione Dossier Statistico 2007*, dati tratti da: Eurostat; UNHCR, '2006 Global Trends: Refugees, Asylum-seekers, Returnees, Internally Displaced and Stateless Persons'; Commissione nazionale per il diritto d'asilo; UNHCR, 'Asylum Levels and Trends in Industrialized Countries'

I rifugiati presenti in Italia^{***} appartengono a 40 nazionalità diverse e provengono per la maggior parte dai Balcani (albanesi, kosovari), dal Medio Oriente (curdi provenienti da Iraq e Turchia) e dal Corno d'Africa. Al 15 giugno 2007, l'Italia risultava ospitare sul proprio territorio 26.875 rifugiati e 886 apolidi. La Commissione Nazio-

^{***} In Italia il diritto di asilo è garantito dall'art.10 comma 3 della Costituzione: "Lo straniero, al quale sia impedito nel suo paese l'effettivo esercizio delle libertà democratiche garantite dalla Costituzione italiana, ha diritto d'asilo nel territorio della Repubblica, secondo le condizioni stabilite dalla legge".

nale per il Diritto d'Asilo ha comunicato che le richieste d'asilo inoltrate nel nostro Paese nel 2007 sono state 14.053 (erano state 10.348 nell'anno precedente): tra le 13.509 domande esaminate nel 2007, circa il 57% dei richiedenti asilo ha ottenuto protezione o perché riconosciuti rifugiati (circa il 10%) o perché è stata loro riconosciuta protezione umanitaria (circa il 47%).

I problemi di salute dei rifugiati

Prima di entrare nello specifico, occorre preliminarmente sottolineare come di per sé tutto il processo di asilo (a partire dalla sottoscrizione della domanda di riconoscimento), sia intrinsecamente stressante, in quanto lento e complesso[§], e perché accompagnato dalla paura, per non dire dal terrore, di essere rimandati nel proprio Paese di origine, cioè nella situazione da cui si è scappati. Va anche ricordato come purtroppo, in un gran numero di casi, le persone richiedenti asilo riescano a raggiungere il Paese cui chiedono accoglienza solo esponendosi alla mercè dei cosiddetti 'trafficienti di esseri umani', con cui arrivano a contrarre debiti che peseranno come macigni sulle loro vite future. Come per altre tipologie di migranti, i richiedenti asilo e i rifugiati non rappresentano un gruppo omogeneo, essendo portatori di differenti esperienze e aspettative di salute e di assistenza.

Un altro aspetto non trascurabile è quello di tipo metodologico, cioè relativo all'approccio valutativo del trauma e dello stato di salute dei rifugiati. Una revisione critica pubblicata sulla rivista *JAMA* nel 2002, che ha complessivamente considerato 394 pubblicazioni, ha fatto emergere come la maggioranza degli articoli dedicati a questa tematica o siano descrittivi o includano dati quantitativi generati da strumenti con una validità e una affidabilità limitate o non verificate³.

In generale, i bisogni di salute di base dei rifugiati sembrano simili a quelli della popolazione ospite, sebbene una precedente difficoltà di accesso all'assistenza possa comportare un sottotrattamento

[§] Un articolo di Angela Burnett e Michael Peel sul *British Medical Journal* del febbraio 2001 (322: 485-8) faceva per esempio notare come il solo modulo previsto nel Regno Unito per ottenere il certificato di esenzione e ottenere prescrizioni gratuite (HC1 form) fosse lungo 16 pagine e disponibile solo in inglese, e come il certificato collegato valesse solo per sei mesi.

di eventuali condizioni morbose. Ciononostante, uno studio britannico ha evidenziato come un rifugiato su sei avesse un problema di salute fisica tale da condizionargli la vita quotidiana e due terzi avessero sperimentato ansia o depressione⁴. Alcuni problemi di salute, in particolare le malattie parassitarie e nutrizionali, sono determinate dal Paese di provenienza e variano tra i diversi gruppi di rifugiati⁵. Alcuni studi hanno segnalato, tra i problemi di tipo fisico, variabili prevalenze di patologie infettive e parassitarie (tra gli altri: 5% dei coreani e 15% dei cambogiani positivi per HbSAg negli USA; 21% dei subsahariani portatori cronici di epatite B in Spagna⁵) e di patologie cronic-degenerative (per esempio, uno studio australiano ha riportato sintomi gastrointestinali nel 25% di un gruppo di richiedenti asilo^{SS}; un altro studio britannico ha segnalato alti tassi di diabete, ipertensione e coronaropatia in rifugiati kosovari nel Regno Unito)^{SSS}. Altri studi segnalano il rischio di abuso di sostanze psicotrope. Non infrequente è il riscontro di condizioni di cattiva igiene e talora di malnutrizione. In taluni contesti può risultare difficile ricostruire la precedente profilassi immunitaria. Frequentemente sono riportati dolori muscolari non specifici, mal di testa e mal di schiena. Di importanza variabile sembrano essere i problemi dentari⁶.

Non sorprendentemente, il forte stato di insicurezza sperimentato dai rifugiati, o addirittura una storia di tortura, amplificano e prolungano la durata di eventuali patologie. La dimensione psichica sembra essere la principale protagonista dei riscontri clinici, con un ampio spettro di sintomi e disagi: depressione, ansia, attacchi di panico, agorafobia, disturbi del sonno (difficoltà di riposo o viceversa letargia), mal di testa, difficoltà di memoria e concentrazione, astenia, dolori addominali e muscolari senza base organica, mancanza di autostima, idee suicide, sensi di vergogna e di colpa (in particolare quando parte dei familiari sono rimasti nel Paese di origine e non si hanno notizie sulla loro sorte). L'effetto delle terribili esperienze pregresse può a sua volta essere rinforzato, in un circolo vizioso, dal-

^{SS} I. Sinnerbrink, D.M. Silove, V.L. Manicavasagar, et al. Asylum seekers: general health status and problems with access to health care. *Med J Aust* 1996; 165: 634-637 (citato in voce bibliografica n. 5).

^{SSS} A. Burnett, Guidelines for healthworkers providing care for Kosovan refugees. London: Medical Foundation for the care of victims of torture, 1999 (citato in voce bibliografica n. 6).

la situazione presente, spesso caratterizzata da difficoltà economiche, lavorative, abitative, sensazione di degrado, isolamento sociale e relazionale, quando non percezione di ostilità e razzismo. Sul piano della difficoltà di integrazione sociale, si consideri quanto possa gravare sulla persona anche la mancanza di riconoscimento, nel Paese di destinazione, di quel ruolo sociale che era stato ‘conquistato’ nel Paese di origine (professionisti, docenti, e così via). La cosa ha, tra l’altro, una dimensione economica non trascurabile: è stato stimato che formare un nuovo medico costi circa 200.000 sterline, mentre un medico rifugiato possa essere accreditato a praticare in Gran Bretagna con una spesa media di 3.500 sterline⁷.

Per quanto i sintomi di stress psicologico siano comuni, va rimarcato come essi non significhino necessariamente malattia mentale. Nel caso di persone sopravvissute a tortura e a violenza organizzata (intesa come violenza fondata su ragioni politiche), si è però spesso di fronte a forti destrutturazioni di personalità (il fine stesso della tortura, in particolare di quella psicologica, è la colpevolizzazione e l’annullamento del soggetto) che richiedono l’intervento di personale specializzato in psicotraumatologia. Personale esperto è altresì necessario per vagliare l’ipotesi diagnostica più specifica di quest’area, quella di disturbo post-traumatico da stress (PTSD). Nel suo ultimo Rapporto 2008, Amnesty International stima che siano almeno 81 i Paesi dove le persone sono ancora torturate o maltrattate, almeno 54 quelli dove sono sottoposte a processi privi delle debite garanzie ed almeno 77 quelli dove non gli è permesso parlare liberamente⁸. A esperienze di tortura possono evidentemente residuare minorazioni funzionali e sensoriali di gravità variabile (per esempio, convulsioni epilettiformi per traumi cranici, otiti e perforazioni traumatiche del timpano per colpi sulle orecchie, disturbi visivi per colpi diretti e prolungate detenzioni al buio)⁹.

Il sesso femminile è particolarmente colpito dalla violenza: le rifugiate si lasciano dietro padri, mariti e fratelli che combattono in guerra, che in guerra perdono la vita o che sono detenuti in prigione; nel fuggire dalle zone di guerra sono vittime di stupro – ormai tristemente assurto ad arma di guerra ai fini di ‘pulizie etniche’ – o altre violenze da parte dei combattenti. E proprio nelle situazioni in cui sono più vulnerabili, le donne rifugiate rappresentano quasi sem-

pre l'unica speranza di sopravvivenza per i figli. La protezione e l'assistenza delle donne rifugiate rappresentano una priorità nell'ambito delle attività dell'UNHCR, che ha quindi introdotto in diversi Paesi progetti di assistenza medica e psicosociale per le donne che hanno subito violenza¹⁰.

L'approccio assistenziale

Richiedenti asilo e rifugiati possono andare incontro a diverse barriere assistenziali, che vanno dalla mancanza di informazione e/o difficoltà di comunicazione linguistica, a difficoltà di tipo giuridico ed economico nell'accesso ai servizi, fino alla difficoltà di aprirsi con i curanti per sospetto, mancanza di adeguata accoglienza e/o di fiducia.

Sulla base di quanto sopra rappresentato, appare piuttosto evidente come la salute dei rifugiati richieda una strategia capace di comprendere e integrare i servizi sanitari con quelli sociali, coinvolgendo tutte le figure necessarie. Tale approccio intersettoriale dovrebbe essere in grado di raccogliere accurate informazioni sui rifugiati a livello locale, di garantire loro un equo accesso ai servizi e di formare e aggiornare personale specializzato. La partecipazione degli stessi rifugiati a tutte queste attività dovrebbe essere considerata essenziale¹¹.

Partendo dall'assunto che ogni richiedente asilo può essere stato vittima di tortura o altro trauma associato alla sua condizione, risultano essenziali i seguenti obiettivi: identificare correttamente le vittime di violenza; comprendere il contesto in cui la tortura o il trauma si sono verificati e ricostruire il loro impatto sull'individuo, sulla famiglia e sulla comunità; valutare i problemi di salute fisica e mentale dei sopravvissuti a violenza; lavorare con i pazienti per elaborare un piano di trattamento; essere in grado di individuare e indirizzare i pazienti ai servizi appropriati; essere consapevoli dell'impatto di queste tematiche sul personale¹². Bisogna anche ricordare che, poiché parecchi rifugiati hanno subito tortura proprio a opera di personale sanitario – per quanto di norma in situazione coatta – questo può complicare la relazione terapeutica. In questa prospettiva va sottolineata sia l'importanza della figura del medico di base sia quella di una attenta raccolta della storia del trauma del paziente; que-

st'ultima può essere facilitata anche dal ricorso a brevi questionari validati, come per esempio l'*Hopkins Symptom Check-list-25* o l'*Harvard Trauma Questionnaire*. La valutazione clinica del medico dovrebbe dare origine a una lista di problemi – in cui la storia del trauma dovrebbe essere collocata in cima – dei cui effetti nella vita quotidiana del paziente il curante dovrebbe far riferimento costante nella relazione terapeutica¹³.

Note bibliografiche

¹ UNHCR. Division of Operational Services Field Information and Coordination Support Section, 2006 Global Trends: Refugees, Asylum-seekers, Returnees, Internally Displaced and Stateless Persons, June 2007, Revised 16 July 2007.

² G. Laganà, A. Andrian, H. Behr, F. Conti, UNHCR: richiedenti asilo e rifugiati nel mondo e in Italia. In: Caritas/Migrantes. *Dossier Statistico Immigrazione 2007*: 493-502.

³ M. Hollifield, T.D. Warner, N. Lian, et al., Measuring trauma and health status in refugees. A critical reviews. *JAMA* 2002; 288 (5): 611-21.

⁴ M.F. Harris, B.L. Telfer, The health needs of asylum seekers living in the community. *MJA* 2001; 175: 589-92.

⁵ D. Jones, P.S. Gill, Refugees and primary care: tackling the inequalities. *BMJ* 1998; 317: 1444-6.

⁶ A. Burnett, M. Peel, Asylum seekers and refugees in Britain: Health needs of asylum seekers and refugees. *BMJ* 2001; 322: 544-7.

⁷ Audit Commission, Another country. Implementing dispersal under the Immigration and Asylum Act 1999. Abingdon: Audit Commission Publications, 2000.

⁸ Amnesty International, Annual Report 2008 - disponibile sul sito <http://thereport.amnesty.org/>.

⁹ A. Burnett, M. Peel, The health of survivors of torture and organised violence. *BMJ* 2001; 322: 606-9.

¹⁰ www.unhcr.ch

¹¹ G. Karmi, Refugee health. *BMJ* 1992; 305: 205-206.

¹² D.M. Carlock, Finding Information on Immigrant and Refugee Health. *Journal of Transcultural Nursing* 2007; 18(4): 373-9.

¹³ R.F. Mollica, Assessment of Trauma in Primary Care. *JAMA* 2001; 285 (9): 1213.

2.2. Stato di salute nel mondo

2.2.1. Malaria, Tubercolosi, AIDS

di Luigi Ciccì

Malaria

“Si può cionondimeno essere fiduciosi che la malaria sia sulla via dell’oblio. Come malariologo, inizio a sentire le prime fitte della solitudine e nella mia stessa organizzazione sono una specie di superstite”¹.

Questa citazione, se vista attraverso la lente degli sviluppi odierni, ci appare del tutto priva di senso premonitore. Ben lontana dall’essere eradicata – nonostante il provocatorio appello rilanciato dalla Fondazione Gates² – e frequentemente elusiva coi programmi di controllo, la malaria rappresenta ancora una delle prime cause di morte nel mondo (**Figura 1**). Si stima che la popolazione a rischio di malaria sia in crescita costante e che raggiungerà quasi tre miliardi e mezzo nel 2010, quasi la metà della popolazione globale. L’Africa subsahariana, dove avviene il 60% dei casi di malaria sintomatica e l’80% dei decessi, ne è particolarmente colpita, con una conseguente perdita nella crescita economica stimata attorno al 1,3%³. La riduzione della morbilità e mortalità per malaria fa parte degli Obiettivi del Millennio: per poter essere raggiunti, comunque, l’impegno finanziario sarà notevole, essendo stato calcolato in circa 4 miliardi di dollari l’anno per dieci anni, di cui la metà dedicata all’Africa⁴.

Negli anni recenti, una rinnovata enfasi sostenuta dalla *Partnership Roll Back Malaria* e dal Fondo Globale ha messo a disposizione della ricerca i generosi finanziamenti elargiti da fondazioni, agenzie internazionali e iniziative filantropiche. Ciò ha prodotto notevoli progressi nella lotta alla malaria, sia nelle procedure diagnostiche sia nei rimedi terapeutici, quali: la combinazione di antimalarici a base di artemisinina, consigliata dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e adottata da un crescente numero di Paesi in sostituzione delle inefficaci e obsolete terapie pre-esistenti a base di clorochi-

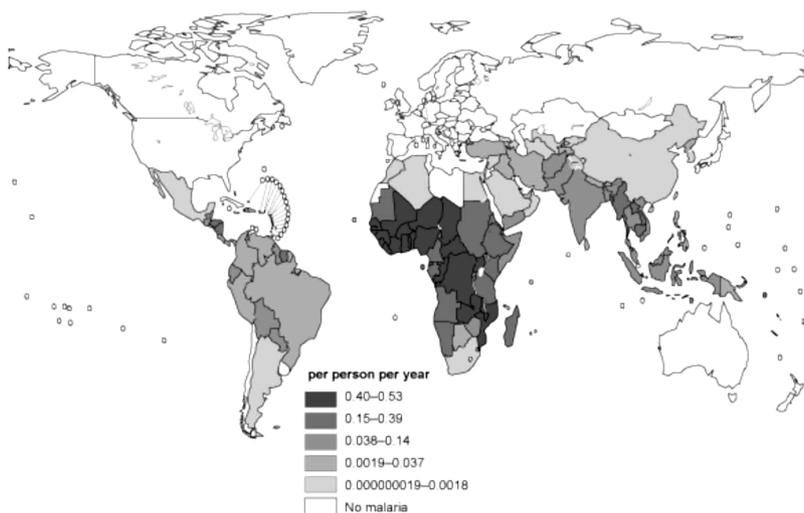


Figura 1. Stima dell'incidenza dei nuovi casi di malaria nel mondo, 2005.
Fonte: OMS.

na o sulfadoxina-pirimetamina⁵; i promettenti test diagnostici rapidi e facili da usare anche per personale con ridotta qualifica professionale⁶; un vaccino sicuro, efficace e con buona immunogenicità, che ha raggiunto una fase avanzata di sperimentazione^{7,8,9}; lo sviluppo delle zanzare transgeniche per la strategia di controllo del vettore. In aggiunta a ciò, nel tentativo di rendere il trattamento sempre più tempestivo (per prevenire complicanze e mortalità) e di raggiungere il *target* fissato dalla conferenza di Abuja per il 2010 (almeno 80% dei bambini trattati entro 24 ore dall'esordio della febbre), in diversi Paesi è stato sperimentato e si è diffuso il trattamento somministrato da operatori volontari di villaggio, previa formazione specifica, distribuzione dei farmaci e regolare supervisione¹⁰. A questo si devono aggiungere le restanti misure raccomandate dal programma *Roll Back Malaria*, già in adozione e con ampia evidenza scientifica riguardo alla loro efficacia: in primo luogo, le zanzariere trattate con insetticida, particolarmente utili se *long-acting* (con durata variabile tra 3 e 5 anni) e più accessibili quando distribuite gratuitamente con iniziative di massa collegate a interventi di sanità pubblica¹¹, quali vaccinazioni, distribuzione supplementare di vitamina A o tratta-

mento periodico della popolazione per malattie tropicali. Secondariamente, il trattamento preventivo intermittente per le donne gravide e – se sarà dimostrata la sua utilità – per bambini di età inferiore ai 5 anni¹². Infine, è indispensabile la sorveglianza epidemiologica per riconoscere e controllare precocemente le epidemie nelle regioni a trasmissione instabile, la cui popolazione non ha sviluppato alcuna immunità e dove gli aumenti della temperatura e delle precipitazioni hanno prodotto una proliferazione del vettore¹³. Va inoltre aggiunto lo *spraying* a prolungata durata d'azione degli ambienti interni (case, scuole, ospedali e altre istituzioni), anche con l'uso del DDT, a lungo ingiustamente criminalizzato e recentemente approvato con le dovute cautele anche dall'autorevole opinione dell'OMS¹⁴; il lungo periodo di ostracismo, comunque, ne rende l'uso ancora sporadico e poco sistematico.

A dispetto del quadro incoraggiante, permangono alcuni aspetti critici. La copertura di un rimedio tanto semplice quanto efficace come le zanzariere rimane ancora troppo bassa per far sentire i suoi effetti sulla trasmissione della malaria nella popolazione generale. Il costo delle combinazioni a base di artemisinina è tuttora alto, specie per sistemi sanitari la cui spesa pubblica pro capite per la sanità raggiunge a fatica 12 dollari; inoltre, la sua disponibilità è strettamente legata alla produzione, ancora insufficiente per garantire quantità sufficienti a soddisfare l'enorme crescente domanda. L'artemisinina, poi, non è scevra da resistenze farmacologiche: qualora queste si estendessero anche alla sua categoria terapeutica, in seguito all'uso improprio, si completerebbe quel disastro¹⁵ cui si è già assistito per precedenti anti-malarici. Infine, la distribuzione geografica della malaria rischia di risentire pesantemente dei cambiamenti climatici in corso e di facilitarne la trasmissione o l'ulteriore espansione con devastanti conseguenze¹⁶.

Tubercolosi

“Mi trovo in carcere quando raccolsero un campione di escreato e lo mandarono in ospedale. Mi fu diagnosticata la TB”¹⁷.

La testimonianza diretta e il sostegno di un autorevole personag-

gio famoso come Nelson Mandela ha sicuramente contribuito a un rinnovato impegno per combattere la tubercolosi (TB) nel mondo. L'epidemia globale di TB non accenna a ridursi, forte anche della sinergia con l'infezione da HIV: nel 2006 si stima che nel mondo si siano verificati 9,2 milioni di nuovi casi ed oltre un milione e mezzo di morti (e 200 mila per TB associata a HIV)¹⁸, con l'Asia e l'Africa subsahariana a spartirsi la percentuale maggiore (**Figura 2**).

Nel maggio 1991, l'OMS ha proposto che, al fine di invertire il trend in aumento dell'incidenza e prevalenza di TB, tutti i Paesi si impegnassero a raggiungere entro il 2000 i seguenti obiettivi: diagnosticare almeno il 70% di tutti i nuovi casi di TB espettorato positivi; e curare almeno l'85% di tutti i nuovi casi di TB espettorato positivi¹⁹. L'obiettivo, differito al 2005, è stato mancato di poco: i dati globali relativi al 2005 collocano il tasso di notificazione* dei nuovi casi al 64% e il tasso di cura** all'84%. Ma l'Africa subsahariana e l'Europa dell'Est sono ben distanti dagli obiettivi posti dalla *Stop-TB Partnership* – un network di più di 500 membri tra governi, agenzie internazionali e ONG – di dimezzare entro il 2015 la prevalenza e la mortalità per TB, la prima per la concomitante epidemia da HIV, la seconda per il flagello delle resistenze farmacologiche.

La strategia di intervento raccomandata consiste in un regime terapeutico abbreviato nell'ambito della cosiddetta *Direct Observed Treatment Short-course* (DOTS), la quale implica che il paziente sia osservato nell'atto dell'assunzione quotidiana dei farmaci. L'obiettivo principale di tale strategia è di assicurare un elevato tasso di cura in particolare nei pazienti con tubercolosi polmonare aperta, quindi potenzialmente contagiosa. Sebbene la strategia DOTS venga impiegata in ben 187 paesi, non è comunque facile stabilire quanti malati siano effettivamente seguiti secondo i suoi dettami.

L'infezione da HIV influisce pesantemente anche sugli aspetti clinici della TB²⁰: i casi tendono a essere meno tipici, con più forme disseminate o extra-polmonari e meno forme polmonari franche; progrediscono più rapidamente anche negli adulti; e manifestano più frequentemente la riattivazione di foci silenti e la recrudescenza

* Percentuale di nuovi casi individuati su quelli attesi.

** Percentuale di pazienti trattati con successo su quelli arruolati in trattamento.

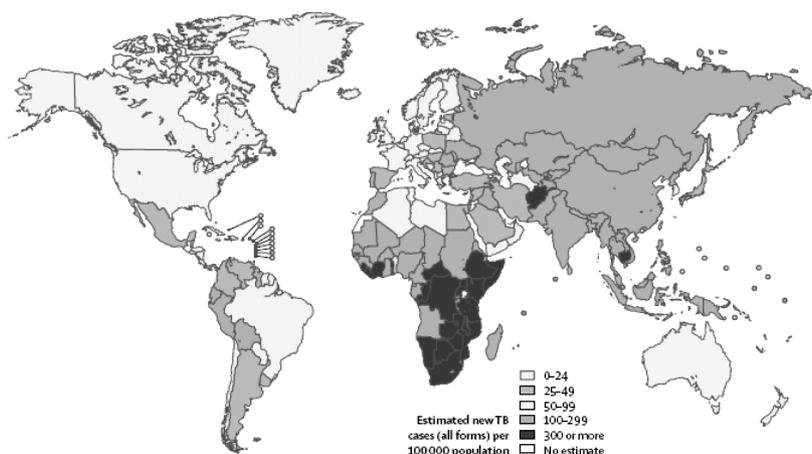


Figura 2. Stima dell'incidenza di nuovi casi di TB nel mondo, 2005.

Fonte: OMS.

dopo guarigione²¹. Questo pone svariati problemi nella diagnosi, tuttora dipendente da semplici tecniche di laboratorio con un'ottima sensibilità ma una bassa specificità. Inoltre, limiti nella disponibilità della strumentazione necessaria, nell'abilità a condurre la metodica e nel modo di raccogliere i campioni, associati a una bassa carica batterica, riducono ulteriormente il tasso di notificazione dei nuovi casi. La microscopia a fluorescenza, i test immunologici e il riconoscimento del DNA con metodica PCR (*Polymerase Chain Reaction*) sono alternative efficaci, ma la cui diffusione è impedita dai costi proibitivi e dai sofisticati aspetti tecnici²². Il pre-trattamento del campione di espettorato previa centrifugazione o con ipoclorito di sodio rappresenta una soluzione più praticabile^{23,24}.

Le misure preventive nella lotta alla TB comprendono: la vaccinazione, la cui utilità è comunque messa in serio dubbio e per la quale si sta studiando un nuovo vaccino²⁵; l'identificazione precoce dei casi; e la somministrazione profilattica di isoniazide ai casi di TB latente, specie quelli HIV-positivi²⁶, che possono beneficiare anche della terapia anti-retrovirale. Il test cutaneo alla tubercolina ha perso di valore in presenza di una universale vaccinazione con BCG e di altre micobatteriosi²⁷. Gli attuali regimi terapeutici adottati sono ormai

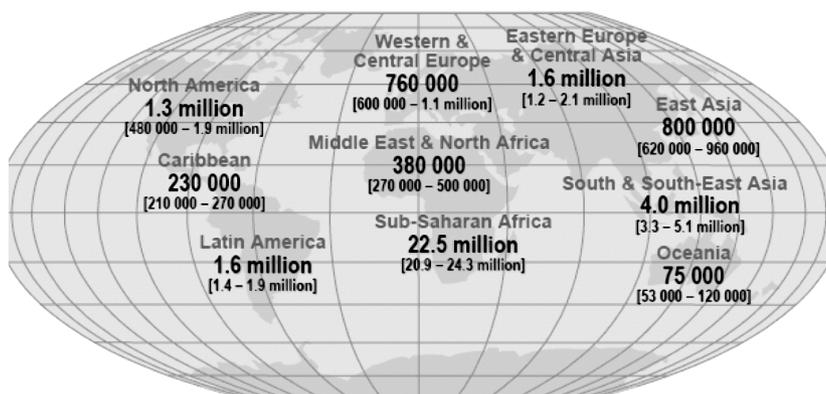
datati, complessi da assumere e ricchi di effetti avversi: si coltivano comunque concrete speranze di introdurre nuovi farmaci come i fluorochinoloni entro qualche anno²⁸. Intanto sono in crescita sia il ben conosciuto fenomeno dei ceppi *Multi Drug Resistant* (MDR), resistenti ai due farmaci maggiori – isoniazide e rifampicina – sia quello dei ceppi resistenti anche a farmaci di seconda linea (*Extensively Drug Resistant*, XDR). Secondo una recente indagine, globalmente, la percentuale di ceppi XDR tra gli MDR è passata dal 5% nel 2000 al 7% nel 2004²⁹. Ciò rappresenta un rischio concreto a livello mondiale e minaccia seriamente di destabilizzare quei già fragili sistemi di controllo della TB nei Paesi più esposti alla XDR e meno attrezzati ad affrontarla³⁰.

AIDS

“Vale la pena sottolineare che il mondo ricco spende ogni anno 600 miliardi di US\$ per la difesa e 350 miliardi di US\$ per i sussidi all’agricoltura, mentre l’Africa riceve meno di un miliardo di dollari per la lotta all’AIDS. L’aver usato il termine ‘grottesca oscenità’ all’apertura della conferenza potrà suonare un po’ forte ma si giustifica di fronte a tali cifre”³¹.

Gli investimenti nella ricerca e nel controllo della pandemia da HIV appaiano tuttora inadeguati se confrontati alla gravità e diffusione dell’infezione; ma nel corso dell’ultimo decennio si è assistito a un aumento esponenziale dei finanziamenti, soprattutto nei Paesi a basso e medio reddito³².

Questo a fronte di un numero globale di persone HIV+ che nel 2007 si stimano essere attorno a 33 milioni³³ (**Figura 3**); la stima risulta inferiore rispetto all’anno precedente, ma non si tratta di un reale calo nell’incidenza del fenomeno. Il motivo principale è legato alla revisione dei dati relativi all’India e – più in generale – a un miglioramento nei metodi impiegati per le stime, nei dati provenienti dai vari siti sentinella e nelle indagini epidemiologiche che sottendono tali stime. Questa revisione ha suscitato non poche polemiche e alimentato l’idea che i numeri potessero essere ingigantiti ad arte per giustificare maggiori finanziamenti³⁴. Osservando il trend della prevalenza per HIV, si possono individuare incoraggianti successi – seb-



Total: 33.2 (30.6 – 36.1) million

Figura 3. Stima globale dei casi di persone HIV positive nel 2007.
Fonte: UNAIDS.

bene geograficamente limitati – come in Kenya, Camerun, Cambogia e Thailandia; ma anche risultati sconcertanti, come l'Uganda che ha visto una inattesa ripresa nella crescita del tasso di HIV-positività o lo Zimbabwe in cui la profonda crisi economica in cui il Paese versa ha prodotto pesanti conseguenze sugli interventi di controllo dell'epidemia da HIV.

Sul fronte dei programmi di controllo, le strategie di prevenzione hanno dovuto fare i conti con due argomenti aspramente controversi. Da una parte, la difficile alleanza nella strategia ABC (*Abstinence, Be faithful, Condom*), le cui varianti ideologiche (soprattutto quelle che prediligono gli interventi che mirano alla sola astinenza) hanno creato confusione e prodotto risultati deludenti se non controproducenti³⁵. Dall'altra parte, il tema della circoncisione maschile, nonostante l'enfasi ricevuta, non ha affatto risolto i numerosi problemi che la sua praticabilità comporta³⁶. Infine, sebbene l'importanza di eseguire il test HIV come strategia di prevenzione, non più come iniziativa del singolo individuo ma attivamente proposta dagli operatori sanitari³⁷, sia stata più volte ribadita, la copertura di tali servizi, compresa la prevenzione della trasmissione materno-fetale, è sconcertante, soprattutto in Africa³⁸. In una certa misura sembrano

godere di maggiore successo i programmi di trattamento con i farmaci anti-retrovirali (ARV). Alla fine del 2007 le persone in terapia anti-retrovirale erano circa 3 milioni, rappresentando il 31 % di quelle che si stimava ne avessero bisogno (9,7 milioni)³⁹. L'aspetto cruciale è comunque rappresentato dalla capacità di ritenzione in trattamento e dal conseguente successo dello stesso: le opinioni in proposito sembrano divergere relativamente alla percentuale di aderenza^{40,41,42}, mentre c'è consenso sul considerare che il decesso del paziente sia la causa principale della perdita al *follow up*⁴³. Restano comunque altri aspetti complessi e di difficile risoluzione per un funzionale programma di somministrazione di ARV nei Paesi con scarse risorse: la mancanza di ausili per meglio stabilire l'efficacia dei farmaci e l'insorgenza di resistenze, la scarsa scelta per i farmaci da utilizzare come prima e seconda linea, la carenza di formulazioni pediatriche e infine le insufficienti risorse umane. Quest'ultimo rappresenta il maggior fattore limitante per un'espansione capillare dei servizi di trattamento con ARV e quello che più richiede interventi strutturali di politica sanitaria: ri-configurare il sistema di erogazione dei servizi di ARV, delegando a personale a più bassa qualifica e tramite cliniche mobili, sopperisce alla scarsità di risorse umane ma

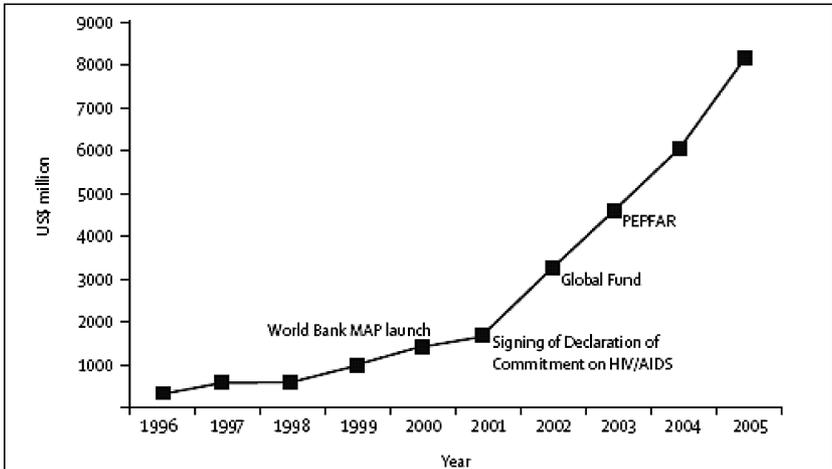


Figura 4. Stima delle risorse annuali disponibili per la lotta all'AIDS, 1996-2005. Fonte: Rif. Bibliog. 32.

rischia di compromettere la qualità del servizio stesso⁴⁴.

Riguardo al vaccino, uno sforzo senza precedenti è stato messo in atto per produrne uno tanto sicuro quanto efficace, ma i tentativi finora si sono dimostrati elusivi: infatti il vaccino attenuato è poco indicato per motivi di sicurezza, mentre quello inattivato lo è per motivi di insufficiente immunogenicità. Sebbene più di 30 siano i potenziali candidati, nessuno sembra lasciar prevedere alcun successo nel breve termine. L'estrema variabilità del virus HIV, associata con i suoi complessi rapporti con il sistema immunitario, accresce le difficoltà tecniche. Si ritiene che l'approccio della ricerca non possa limitarsi a un vaccino che stimoli l'immunità cellulo-mediata, ma che debba comprendere anche una risposta da parte degli anticorpi neutralizzanti⁴⁵. Un costante e adeguato finanziamento per incentivare la ricerca resta un requisito essenziale. I *trials* clinici in corso sono in aumento, soprattutto nei Paesi africani: ciò, benché permetta di testare i potenziali vaccini in contesti ad alta prevalenza di infezione, richiede però un serio impegno per la tutela di tutti i risvolti etici della sperimentazione stessa.

Note bibliografiche

¹ P. Russell citato in: S.I. Hay et al., The global distribution and population at risk of malaria: past, present, and future. *Lancet Infect Dis* 2004; 4: 327-36.

² Editorial. Is malaria eradication possible? *Lancet* 2007; 370: 1459.

³ Roll Back Malaria, *World Malaria Report 2005*. WHO/HTM/MAL/2005.1102.

⁴ A. Kiszewski, Estimated global resources needed to attain international malaria control goals. *Bulletin of the World Health Organization* August 2007, 85 (8): 623-30.

⁵ P.G. Kremsner, S. Krishna, Antimalarial combinations. *Lancet* 2004; 364: 285-94.

⁶ WHO. *The use of malaria rapid diagnostic tests*. Second edition, 2006.

⁷ P.L. Alonso et al., Efficacy of the RTS,S/AS02A vaccine against *Plasmodium falciparum* infection and disease in young African children: randomised controlled trial. *Lancet* 2004; 364: 1411-20.

⁸ P.L. Alonso et al., Duration of protection with RTS,S/AS02A malaria vaccine in prevention of *Plasmodium falciparum* disease in Mozambican children: single-blind extended follow-up of a randomised controlled trial. *Lancet* 2005; 366: 2012-18.

⁹ J.J. Aponte et al., Safety of the RTS,S/AS02D candidate malaria vaccine in infants living in a highly endemic area of Mozambique: a double blind randomised controlled phase I/IIb trial. *Lancet* 2007; 370: 1543-51.

¹⁰ M. Gyapong, B. Garshong, *Lessons learned in Home Management of Malaria: Implementation research in four African countries*. WHO, 2007.

¹¹ G. Fegan et al., Effect of expanded ITN coverage on child survival in rural Kenya: a longitudinal study. *Lancet* 2007; 370: 1035-39.

- ¹² N. Schreiber et al., *Immune responses after single-dose sulphadoxine-pyrimethamine indicate underestimation of protective efficacy of intermittent preventive treatment in infants*. *Tropical Medicine and International Health* 2007, volume 12, no 10, pp. 1157-1163.
- ¹³ J.O. Guintran et al., *Systems for the early detection of malaria epidemics in Africa: an analysis of current practices and future priorities*. WHO/HTM/MAL/2006.1115
- ¹⁴ WHO-AFRO. *Consultative Meeting on the Use of Dichloro-Diphenyl-Trichloroethane (DDT) for Indoor Residual Spraying (IRS) in the African Region - Final Statement*. Brazzaville, 20-22 June 2006.
- ¹⁵ I.M. Hastings et al., The anatomy of a malaria disaster: drug policy choice and mortality in African children. *Lancet Infect Dis* 2007; 7: 739-48.
- ¹⁶ F.C. Tanser, Potential effect of climate change on malaria transmission in Africa. *Lancet* 2003; 362: 1792-98.
- ¹⁷ N. Mandela, Media briefing on: *Confronting the joint HIV-TB epidemics*. XV International AIDS Conference, Bangkok 15th July 2004, <http://www.stoptb.org/news/archives/iacxv/MandelaSpeech.asp> (consultato il 15 agosto 2007).
- ¹⁸ <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr07/en/index.html>
- ¹⁹ Forty-fourth World Health Assembly. Resolutions and decisions. Resolution WHA 44.8. Geneva, World Health Organization, 1991 (document WHA44/1991/REC/1).
- ²⁰ A. Harries et al., *TB/HIV: a clinical manual*. Second edition, Stop TB Department 2004, WHO/HTM/TB/2004.329.
- ²¹ P. Sonnenberg et al., HIV-1 and recurrence, relapse, and reinfection of tuberculosis after cure: a cohort study in South African mineworkers. *Lancet* 2001; 358: 1687-93.
- ²² M. van Cleef et al., Cost-effectiveness of polymerase chain reaction versus Ziehl-Neelsen smear microscopy for diagnosis of tuberculosis in Kenya. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005; 9(8): 877-883.
- ²³ WHO *Improving the diagnosis of tuberculosis through optimization of sputum microscopy*. Expert Consultation, Geneva 1-2 September 2005.
- ²⁴ K.R. Steingart et al. Sputum processing methods to improve the sensitivity of smear microscopy for tuberculosis: a systematic review. *Lancet Infect Dis* 2006; 6:664-74.
- ²⁵ I.A. Campbell, O. Bah-Sow, Pulmonary tuberculosis: diagnosis and treatment. *BMJ* 2006; 332: 1194-7.
- ²⁶ R.K. Shrestha et al. Cost-utility of tuberculosis prevention among HIV-infected adults in Kampala, Uganda. *Int J Tuberc Lung Dis* 2007; 11(7): 747-754.
- ²⁷ I. Brock et al., *Comparison of Tuberculin Skin Test and New Specific Blood Test in Tuberculosis Contacts*. *Am J Respir Crit Care Med* Vol 170, pp. 65-69, 2004.
- ²⁸ Editorial. A change in direction for tuberculosis control. *Lancet Infect Dis* 2006; 3: 121.
- ²⁹ Centers for Disease Control and Prevention. *Emergence of Mycobacterium tuberculosis with extensive resistance to second-line drugs worldwide, 2000-2004*. *MMWR* 2006; 55: 301-5.
- ³⁰ S.K. Sharma, A. Mohan, Multidrug-Resistant Tuberculosis: A Menace That Threatens To Destabilize Tuberculosis Control. *Chest* 2006; 130; 261-272.
- ³¹ S. Lewis, *Statement by the UN Secretary General's Special Envoy on AIDS/STIs in Africa*. 13th International Conference on AIDS and STIs in Africa (ICASA), Nairobi 25 September 2003.
- ³² P. Piot, AIDS: from crisis management to sustained strategic response. *Lancet* 2006; 368: 526-30.
- ³³ UNAIDS. *AIDS epidemic update: December 2007*. UNAIDS/07.27E, Geneva 2007
- ³⁴ Editorial. Global HIV/AIDS estimates-looking beyond the numbers. *Lancet* 2007; 370: 1802.

- ³⁵ K. Underhill et al., Sexual abstinence only programmes to prevent HIV infection in high income countries: Systematic review. *BMJ* 2007; 335: 248.
- ³⁶ S.R. Sawires et al., Male circumcision and HIV/AIDS: challenges and opportunities. *Lancet* 2007; 369: 708-13.
- ³⁷ WHO. *Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities*. Geneva 2007.
- ³⁸ W. Van Damme et al., The real challenges for scaling up ART in sub-Saharan Africa. *AIDS* 2006; 20: 653-656.
- ³⁹ <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr16/en/index.html>
- ⁴⁰ P.J. Weidle et al., Adherence to antiretroviral therapy in a home-based AIDS care programme in rural Uganda. *Lancet* 2006; 368: 1587-94.
- ⁴¹ S. Rosen et al., Patient Retention in Antiretroviral Therapy Programs in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review. *PLoS Medicine* 2007; 4 (10) e298; 1-11.
- ⁴² J.F. Etard et al., A 84-month follow up of adherence to HAART in a cohort of adult Senegalese patients. *Tropical Medicine and International Health* 2007; 12 (10): 1191-1198.
- ⁴³ J. Kwong-Leung Yu et al., True outcomes for patients on antiretroviral therapy who are "lost to follow-up" in Malawi. *Bulletin of the World Health Organization* 2007; 85 (7): 550-4.
- ⁴⁴ B. Marchal et al., HIV/AIDS and the health workforce crisis: what are the next steps? *Tropical Medicine and International Health* 2005; 10 (4): 300-304.
- ⁴⁵ S.F. Berkley, W.C. Koff, Scientific and policy challenges to development of an AIDS vaccine. *Lancet* 2007; 370: 94-101.

2.2.2. Malattie dimenticate

di Marco Albonico, Lorenzo Savioli
e Valeria Confalonieri

“Non ci sono scuse al fallimento nel dare alle malattie tropicali dimenticate la priorità più alta, e nell’integrare strategie per il controllo della malattia all’interno dei sistemi sanitari e di comunità di base”

(Remembering the neglected tropical diseases. Lancet 2007, 370: 1880)

Malattie dimenticate, povertà e sviluppo

Le malattie tropicali dimenticate (*Neglected Tropical Diseases* – NTD) si riferiscono a un gruppo di 13 malattie infettive* che affliggono soprattutto i Paesi poveri. Sono definite “neglette” poiché, grazie agli standard di vita migliori, non rappresentano più un problema nei Paesi industrializzati, ovvero in quei Paesi che a oggi contano per influenza politica ed economica, e non sono pertanto al centro dell’attenzione globale come problema di sanità pubblica. Si potrebbe parlare quindi di popolazioni dimenticate afflitte da malattie, di conseguenza anch’esse dimenticate.

Le caratteristiche che accomunano queste malattie sono le seguenti¹:

1. sono altamente endemiche in aree rurali o urbane povere dei Paesi a basso reddito (rappresentano le infezioni più comuni tra i 2,7 miliardi di persone che vivono con meno di \$ 2 al giorno);
2. provocano malattie croniche che possono causare disabilità, spesso misconosciuta;
3. ostacolano la normale crescita, lo sviluppo intellettuale e l’educazione nei bambini;

* Le 13 malattie neglette più rilevanti includono (tabella 1, p. 301):

- 3 infezioni protozoiche trasmesse da vettori (leishmaniosi, tripanosomiasi umana africana, malattia di Chagas)
- 3 infezioni batteriche (tracoma, lebbra, ulcera di Buruli)
- 7 infezioni elmintiche (ascariasi, trichuriasi, anchilostomiasi, filariosi linfatica, oncocercosi, verme di Guinea o dracunculosi, schistosomiasi).

4. minano la produttività lavorativa negli adulti (è stato calcolato che l'effetto delle NTD sulla produttività dei lavoratori causa ogni anno perdite di miliardi di dollari²);
5. aumentano i rischi legati alla gravidanza.

Molte di queste malattie causano altresì deformazioni fisiche che stigmatizzano chi ne è afflitto, favorendone l'esclusione sociale.

Queste caratteristiche le rendono malattie che promuovono condizioni di impoverimento e ostacolano lo sviluppo economico delle società povere alimentando il circolo vizioso povertà – malattia. Ogni anno provocano 534.000 morti e rappresentano un enorme carico di malattia per la società, ammontando a circa 57 milioni di DALYs** all'anno (**Tabella 1**). Considerate insieme, le NTD rappresentano il quarto gruppo in ordine di importanza come malattie trasmissibili, subito dopo le infezioni respiratorie acute, l'HIV/AIDS e le malattie diarroiche³.

Sempre maggiore è l'attenzione alla connessione tra salute e povertà, soprattutto in relazione agli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (*Millennium Development Goals* – MDG). Una valutazione dei progressi compiuti sino a oggi verso i MDG ha dimostrato che l'A-

Tabella 1. Le maggiori malattie tropicali dimenticate (NTD): prevalenza, popolazione a rischio, mortalità e carico di malattia (Hotez 2006, 2007).

Malattia	Prevalenza globale (milioni)	Popolazione a rischio (milioni)	Morti	DALYs (milioni)
Ascariasi	807	4.200	60.000	10,5
Trichuriasi	604	3.200	10.000	6,4
Anchilostomiasi	576	3.200	65.000	22,1
Schistosomiasi	207	779	280.000	4,5
Filariasi Linfatica	120	1.300	-	5,8
Tracoma	84	590	-	2,3
Oncocercosi	37	90	-	0,5
Leishmaniosi	12	350	51.000	2,1
Morbo di Chagas	8-9	25	14.000	0,7
Lebbra	0,4	ND	6.000	0,2
Tripanosomiasi africana	0,3	60	48.000	1,5
Dracunculosi	0,01	ND	-	<0,1
Ulcera del Buruli	ND	ND	-	ND
Totale	-	-	534.000	56,6

** Disability Adjusted Life Years: anni di vita persi a causa di una disabilità o della morte prematura dovuta a una malattia.

frica subsahariana è in un ritardo preoccupante rispetto ad altre regioni del pianeta. Molti di questi obiettivi hanno correlazioni dirette con il settore sanitario, eppure solo le tre epidemie più conosciute, HIV/AIDS, malaria e tubercolosi (TB) (*“the big three”*), sono state nominate specificamente. Altre infezioni, tra cui le NTD, affliggono perlomeno altrettante persone, eppure sono relegate nella generica categoria della lotta alle “altre malattie”⁴.

Nel 2006 l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha annunciato un cambiamento nella sua strategia per il controllo delle NTD. Invece di raccomandare interventi mirati a malattie specifiche, il focus si è spostato sulla massimizzazione dei benefici per il maggior numero di persone a rischio che potrebbero essere trattate con un pacchetto unico di farmaci⁵. In aggiunta, invece di raccomandare i canali di distribuzione specifici per ciascun programma di controllo, l’OMS ha proposto l’utilizzo di una serie di canali già presenti e integrati nel Paese o nel sistema sanitario nazionale, quali il sistema scolastico o la comunità⁶. È stato calcolato che questa “strategia di rapido impatto” potrebbe ridurre decine di milioni di DALYs l’anno e contribuire al raggiungimento degli otto MDG, tra cui la riduzione della povertà, l’aumento dell’accesso all’educazione primaria, la riduzione della mortalità infantile, il miglioramento della salute materna, la lotta a HIV/AIDS, malaria e TB e alle altre malattie prevalenti sul pianeta⁷.

Malattie dimenticate e diritti umani

Le malattie dimenticate sono sia la causa sia la conseguenza di violazioni dei diritti umani. Diritti umani disattesi quali il diritto all’acqua pulita, a un’abitazione adeguata, all’alimentazione sufficiente, a un ambiente salubre, al lavoro, all’istruzione, all’informazione, alla partecipazione, aumentano la vulnerabilità degli individui e delle comunità verso le malattie dimenticate. Persone affette dalle malattie dimenticate sono a loro volta vulnerabili alla violazione dei loro diritti umani, che comprendono il diritto alla salute, alla vita, alla non discriminazione, al lavoro, all’istruzione e all’accesso ai benefici derivanti dai progressi scientifici.

I diritti umani hanno implicazioni rilevanti nella lotta verso le

NTD e dovrebbero costituire parte integrante delle politiche sanitarie e delle strategie relative. I programmi di controllo delle NTD, a loro volta, sono esempi di come interventi di sanità pubblica possano contribuire al miglioramento della tutela dei diritti umani⁸. Il circolo virtuoso tra interventi di sanità pubblica e diritti umani è applicabile ai seguenti ambiti:

1. la promozione di politiche sanitarie che facilitano la disponibilità di cure contro le NTD per i gruppi più a rischio e svantaggiati della popolazione, a garanzia di una maggiore equità nell'accesso alla salute;
2. il coinvolgimento attivo delle comunità nelle campagne di massa per il controllo delle NTD quali, per esempio, il *Community Directed Treatment Intervention* per il trattamento dell'oncocercosi (cecità dei fiumi) con l'ivermectina, a garanzia di una maggiore partecipazione delle comunità;
3. la ri-definizione delle priorità, finalizzata a una redistribuzione più equa delle risorse disponibili, a livello sia dei governi dei Paesi endemici sia delle Agenzie Internazionali, attraverso un'*advocacy* politica mirata a una maggior attenzione a popolazioni e aree dimenticate;
4. la sensibilizzazione della comunità scientifica verso maggiori investimenti per la ricerca e lo sviluppo di strumenti diagnostici, farmaci e vaccini per le NTD;
5. la promozione di politiche anti-discriminatorie per la lotta allo stigma legato a malattie sfiguranti, quali lebbra e filariasi linfatica;
6. il miglioramento dell'accesso ai farmaci essenziali, in particolare quelli generici e a basso costo, per il trattamento delle NTD;
7. il rafforzamento dei sistemi sanitari di base attraverso il controllo integrato, in sostituzione dei programmi verticali.

Farmaci e malattie dimenticate

Farmaci dimenticati per malattie dimenticate di popolazioni dimenticate. Anche dal punto di vista della ricerca, molte delle malattie che affliggono i più poveri non interessano, e poco viene fatto per migliorarne la diagnosi e la cura. La terapia è dimenticata da due diversi punti di vista: i farmaci ci sono, efficaci e accessibili, ma è ca-

rente il loro utilizzo, oppure le molecole disponibili sono vecchie, presentano effetti collaterali anche gravi, e la ricerca latita.

Nel campo delle malattie parassitarie, come schistosomiasi, elmintiasi, filariasi, il supporto farmacologico c'è: quello che serve è la diffusione di programmi di prevenzione e copertura, integrati nei sistemi sanitari locali, per raggiungere le popolazioni a rischio prima che le infezioni abbiano causato danni. La chemioterapia preventiva per malattie parassitarie intestinali, per esempio, ha un'azione sulla mortalità ma anche sulla morbilità nei bambini in età prescolare, con effetti positivi sullo stato di nutrizione e sul rendimento scolastico, come pure sulla salute delle donne in gravidanza e dei loro bimbi⁹.

In altri casi, invece, la ricerca non ha investito fondi e risorse per anni, e si è di fronte a un vuoto chiamato '10/90 gap', segnalato già nel 1990 e ancora attuale: il 90% delle questioni sanitarie mondiali riceve il 10% delle risorse destinate alla salute¹⁰. Fra il 1975 e il 2004, nell'arco di 30 anni, sono uscite 1.556 nuove sostanze chimiche, di cui solo 10 rivolte alle malattie dimenticate. La cifra sale a 18 se viene inclusa la malaria e 21 con anche la TB¹¹: poco più dell'1% dei nuovi prodotti. Senza malaria e TB, la ricerca ha fornito in media un nuovo farmaco ogni tre anni per le malattie dimenticate. Il vuoto farmacologico pesa in particolare per patologie come la leishmaniosi, la malattia di Chagas e la tripanosomiasi africana.

Ricerca e sviluppo dimenticati: la malattia del sonno

La tripanosomiasi umana africana, o malattia del sonno, porta con sé le conseguenze del disinteresse della ricerca, dal punto di vista diagnostico e terapeutico. Si stima vi siano dai 50.000 ai 70.000 casi di infezione ogni anno, e senza trattamento il paziente muore. Trasmessa dalla mosca tse tse nell'Africa subsahariana, è diffusa in particolare in zone isolate, dove la rete sanitaria viene a mancare o è insufficiente. La diagnosi è difficile nelle fasi precoci della malattia, per le manifestazioni non specifiche e la mancanza di metodi diagnostici sensibili. Ma in uno stadio avanzato, nella fase neurologica in cui il parassita ha superato la barriera ematoencefalica, i farmaci al momento disponibili sono di difficile somministrazione o gravati da maggiori effetti collaterali (come i derivati dall'arsenico che pos-

sono causare una encefalopatia mortale dal 3 al 10% dei casi). Viceversa, i farmaci per il primo stadio sono più efficaci, di più facile somministrazione e con minori effetti dannosi. La diagnosi precoce è dunque cruciale per la salvezza del paziente, finché la ricerca non porterà sul mercato nuove molecole efficaci anche negli stadi avanzati, di facile somministrazione anche in Paesi poveri, e privi di effetti collaterali anche mortali.

Per rispondere al bisogno di maggior ricerca e sviluppo di farmaci nuovi, più efficaci e sicuri per il trattamento della tripanosomiasi e di altre NTD, e a un costo sostenibile dai Paesi con risorse limitate, è stata lanciata nel 2003 la *Drug for Neglected Diseases Initiative*, una collaborazione non profit tra Istituti di ricerca, Organizzazioni Non Governative, Fondazioni e governi dei Paesi in via di sviluppo¹².

Il costo-beneficio del controllo: devermizzazione e sviluppo

Nei Paesi con risorse limitate diventa imperativo ottimizzare le poche risorse disponibili in termini sia di priorità, sia di metodologia d'intervento. A oggi la comunità scientifica internazionale si sta muovendo in questa direzione e promuovendo il controllo integrato di alcune malattie dimenticate che, per similarità di trasmissione e terapia, possono essere controllate simultaneamente, aumentando i benefici della cura e riducendone significativamente i costi. Le strategie proposte sottolineano infatti il ruolo di trattamenti preventivi e il manuale pubblicato nel 2006 dall'OMS fornisce le indicazioni su come e quando utilizzare i farmaci, gratuiti o comunque a basso costo^{13,14}. Con poche molecole è possibile controllare più infezioni: oncocercosi, filariasi linfatica, schistosomiasi ed elmintiasi e tracoma. Tutte malattie che nascono nella povertà, in condizioni igienico-sanitarie che ne favoriscono la diffusione; una povertà che esse stesse alimentano, ostacolando lo sviluppo economico e produttivo. La chemioterapia preventiva offre la possibilità di spezzare questo circolo, grazie alla disponibilità di farmaci efficaci e accessibili, con un costo approssimativo di \$ 0,40 l'anno per ogni persona trattata contro i \$ 100, \$ 800 e quasi \$ 1.000 di malaria, TB e HIV/AIDS rispettivamente¹⁵. Attraverso le partnership di collaborazione e il rinforzo dei sistemi sanitari di base, questi farmaci possono essere distribuiti

con un risparmio di costi dal 26 al 47% rispetto ai programmi verticali non integrati. Si stima un costo di soli \$ 2-9 per DALY evitato attraverso campagne di devermizzazione¹⁶. Il controllo delle NTD può essere integrato con la distribuzione di vitamina A, di zanzariere impregnate, con campagne di vaccinazioni, e rappresenta un potente intervento di sanità pubblica, un investimento prioritario sul capitale umano e per la riduzione della povertà globale. Si stima che gli investimenti nel controllo e nell'eliminazione delle NTD potrebbero produrre un ritorno economico del 15-30%¹⁷.

Verso l'eradicazione: il verme di Guinea

Un incoraggiamento viene dai dati sul verme di Guinea o dracunculosi: a fine marzo 2007 sono stati dichiarati liberi dalla malattia altri 12 Paesi. Potrebbero mancare meno di due anni alla sua scomparsa, seconda dopo il vaiolo, prima fra le parassitarie, a essere dichiarata eradicata. In ogni caso, al di là del traguardo del 2009, gli sforzi contro la dracunculosi hanno fatto crollare le stime delle persone infettate dai 3 milioni degli anni ottanta in oltre 20 Paesi a 25.000 casi in nove¹⁸.

Eliminare il verme di Guinea porta anche il miglioramento delle condizioni socioeconomiche delle popolazioni colpite. La malattia si diffonde attraverso il consumo di acqua contaminata, perché viene cercato sollievo al bruciore delle lesioni cutanee immergendole nell'acqua. Gli interventi di prevenzione passano dunque dall'educazione sanitaria e dall'accesso ad acqua sicura con pozzi adeguati e metodi di filtraggio. Ancora una volta, si tratta di una malattia associata alla povertà e a condizioni di vita igienico-sanitarie scadenti, che diventano esse stesse fonte di miseria. I disturbi che provoca si manifestano soprattutto nella stagione del raccolto, ostacolando l'attività lavorativa e le possibilità da parte dei genitori di accudire i figli, con un aumento dei rischi di malnutrizione; inoltre, i bambini infettati perdono giorni di scuola e la dracunculosi è di ostacolo alla loro istruzione, con conseguenze a lungo termine.

Conclusioni

Nonostante negli ultimi anni ci sia stata una maggior attenzione verso le NTD, c'è il rischio che queste malattie siano "dimenticate" quando si tratta di stabilire priorità d'intervento da parte della comunità politica internazionale. È noto che malattie più conosciute quali l'HIV/AIDS, la malaria e la TB attraggono maggiormente l'attenzione globale e, di conseguenza, i fondi per il loro controllo. La questione che va allora posta è quale criterio adottare per stabilire le priorità di intervento¹⁹. Questo approccio solleva a sua volta importanti interrogativi:

- il primo è riconducibile alla convinzione che le priorità non vadano stabilite in base alle malattie (approccio che pone l'enfasi su programmi d'intervento verticali indirizzati alla malattia), ma su programmi a più ampio spettro indirizzati al paziente spesso colpito da varie infezioni e, dunque, su strategie d'intervento volte a garantire l'assistenza sanitaria di base;
- il secondo riguarda la valutazione delle priorità, che non si dovrebbe basare esclusivamente sui risultati, ma porre maggiore attenzione alla strada verso i risultati, evidenziando l'importanza di un processo decisionale equo e partecipativo;
- il terzo punto concerne il miglior utilizzo di risorse limitate. In questo ambito contrastano spesso gli interessi dei donatori, che hanno un peso rilevante nel guidare la destinazione delle risorse, spesso rivolte a interventi con alta visibilità a garanzia di un ritorno d'immagine o interventi contro malattie che minacciano anche i Paesi industrializzati.

Se queste riflessioni avranno spazio nella comunità politica internazionale per guidare strategie di salute e sviluppo, le popolazioni più vulnerabili non saranno più dimenticate e le malattie che ne aggravano lo stato di salute potranno essere curate.

Note bibliografiche

¹ P.J. Hotez, D.H. Molyneux, A. Fenwick, J. Kumaresan, S. Ehrlich Sachs, J.D. Sachs, L. Savioli, Control of Neglected Tropical Diseases. *New England Journal of Medicine* 2007; 357: 1018-1027.

² H. Bleakley, Disease and development: evidence from hookworm eradication in the American South. *QJ Econ* 2007;122: 73-117.

³ P.J. Hotez, D.H. Molyneux, A. Fenwick, E. Ottesen, S. Ehrlich Sachs, J.D. Sachs, Incorporating a Rapid-Impact Package for Neglected Tropical Diseases with Programs for HIV/AIDS, Tuberculosis, and Malaria. *PLoS Medicine* 2006; 3(5): e102.

⁴ D.H. Molyneux, P.J. Hotez, A. Fenwick, "Rapid-Impact Interventions": How a Policy of Integrated Control for Africa's Neglected Tropical Diseases Could Benefit the Poor. *PLoS Medicine* 2005; 2(11): e336.

⁵ WHO. Preventive Chemotherapy in human helminthiasis, Coordinated use of anthelmintic drugs in control interventions: a manual for health professionals and programme managers. Geneva, 2006.

⁶ WHO. Action Against Worms. *PPC Newsletter*, August 2007, Issue 9.

⁷ A. Fenwick, D. Molyneux, V. Nantulya, Achieving the Millennium Development Goals. *Lancet* 2005; 365: 1029-1030.

⁸ WHO. Neglected Diseases: a human right analysis. Special topics in social, economic and behavioural research report series: N. 6. TDR/SDR/SEB/ST/07.2. Geneva, 2007.

⁹ M. Albonico, H. Allen, L. Chitsulo, D. Engels, A.F. Gabrielli, L. Savioli, Controlling soil-transmitted helminthiasis in pre-school-age children through preventive chemotherapy. *PLoS Negl Trop Dis* 2008; 2(3): e126.

¹⁰ S. Ramsay, No closure in sight for the 10/90 health-research gap. *Lancet* 2001; 358: 1348.

¹¹ P. Chirac, E. Torreale, Global framework on essential health R&D. *Lancet* 2006; 367: 1560-1561.

¹² B. Pecoul, New drugs for neglected diseases: from pipeline to patients. *PLoS Medicine* 2004; 1(1): e6.

¹³ WHO. Deworming for health and development. Report of the third global meeting of the partners for parasite control. WHO/CDS/CPE/PVC/2005.14, Geneva, 2005.

¹⁴ WHO 2006, *op. cit.*

¹⁵ D.H. Molyneux, *op. cit.*

¹⁶ R. Laxminarayan, A.J. Mills, J.G. Breman, A.R. Measham, G. Alleyne, M. Claeson, P. Jha, P. Musgrove, J. Chow, S. Shahid-Salles, D.T. Jamison, Advancement of global health: key messages from the Disease Control Priorities Project. *Lancet* 2006; 367 (9517): 1193-1208.

¹⁷ D.H. Molyneux, *op. cit.*

¹⁸ M. Barry, The tail end of Guinea worm - Global eradication without a drug or a vaccine. *New England Journal of Medicine* 2007; 356(25): 2561-2564.

¹⁹ D. Canning, Priority setting and the "neglected" tropical diseases. *Transaction of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 2006; 100: 499-504.

2.2.3. Le malattie della bocca e dei denti di Patrizia Di Caccamo e Guido Benedetti

Patologie del cavo orale e relazione tra salute orale e salute generale

La salute orale è parte integrante della salute generale, risponde ai medesimi determinanti e risulta essenziale per il benessere della persona e per una buona qualità della vita. Le funzioni nelle quali è implicato il complesso oro-facciale sono molteplici: parlare, sorridere, masticare, deglutire, respirare, gustare, baciare, funzioni complesse e integrate fra la nutrizione/digestione e la vita di relazione. La qualità della vita dipende, perciò, in larga misura, dal benessere della bocca, inteso come assenza di dolore e possibilità di svolgere le funzioni nelle quali essa è coinvolta.

Esistono correlazioni, ormai ben dimostrate, tra salute generale e orale, come quella fra diabete e malattia parodontale, di cui è considerata la sesta complicanza¹.

Inoltre, la relazione fra numerose patologie orali e altre condizioni morbose, per lo più croniche non trasmissibili, si deve verosimilmente agli stessi fattori di rischio. Dieta, stress, igiene personale e fumo, sono determinanti prossimali comuni di patologie cronico degenerative e orali, come evidenziato dal *Common Risk Factor Approach*².

Infine va considerato che diverse patologie possono avere localizzazioni orali e che, viceversa, le malattie orali rappresentano uno dei fattori di rischio per diverse affezioni generali.

Carie e malattia parodontale sono le patologie del cavo orale più rappresentate e sono diffuse globalmente. La patologia cariosa ha la sua insorgenza tipica in età evolutiva, mentre la patologia parodontale compare in età adulta, ma comparando il peso, la gravità e le conseguenze cliniche, la carie risulta essere incomparabilmente più

grave della parodontopatia, sia nel momento acuto sia nell'evoluzione cronica.

La carie dentale dipende dalla combinazione di diversi fattori: consumo di zuccheri, igiene orale e grado di mineralizzazione dei denti (quest'ultimo dipendente dall'esposizione al fluoro); la sua prevalenza è molto alta nel continente americano e asiatico mentre è relativamente bassa in Africa. L'indicatore che misura la prevalenza della carie dentale è il DMFT (*Decayed, Missing, Filled Teeth*); esso indica il numero di denti cariati (D), mancanti per carie (M) e otturati (F) per il campione esaminato (**Figura 1**).

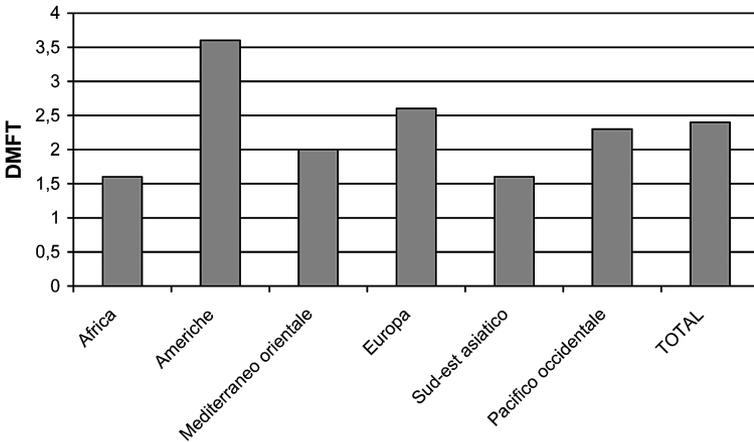


Figura 1. Indice DMFT a 12 anni di età nelle 6 regioni WHO. Fonte: Banca dati WHO per la salute orale e Programma WHO per i profili di salute orale per paese/regione, 2000.

La perdita dei denti per carie e/o malattia parodontale, i cui esiti vengono a sommarsi negli anziani, viene considerata come un fenomeno inevitabile legato all'invecchiamento. Infatti il tasso di edentulia negli anziani è assai alto ovunque nel mondo, ma non si tratta affatto di un destino obbligato: infatti assistiamo oggi a una sua importante diminuzione nei Paesi ad alto reddito tra le classi sociali più abbienti.

In aggiunta, patologie come stati precancerosi e cancro del cavo

orale, dipendenti soprattutto dal consumo di tabacco, alcol e dall'abitudine, in alcune regioni, di masticare prodotti quali il *betel* o il *khat*, hanno un'incidenza di 25 per 100.000 in Africa³ e ancor più in India. Le manifestazioni orali di HIV/AIDS sono numerose e gravi (candidosi orale, leucoplachia capelluta, sarcoma di Kaposi) e va ricordato come la bocca sia una delle porte di ingresso delle infezioni opportuniste in presenza di focolai infettivi dentali non trattati.

Esiste poi il Noma, conosciuto come "cancrum oris", una grave patologia degenerativa a carico dei tessuti molli del cavo orale tipica dei bambini e correlata a malnutrizione, immuno-depressione e povertà, che conduce alla distruzione dei tessuti duri delle mucose della faccia, causando gravi e permanenti sfigurazioni in chi sopravvive all'altissima mortalità (70%).

Una patologia molto frequente è la malposizione del terzo molare (dente del giudizio) che provoca, soprattutto nei giovani, gravi infezioni ricorrenti talvolta mortali (flemmone ligneo del collo che può condurre a soffocamento).

Va considerato come ad oggi, purtroppo, i dati epidemiologici a nostra disposizione sulle patologie orali, soprattutto nei Paesi a basso reddito, mancano di annuali aggiornamenti e per alcuni Paesi addirittura sono assenti o si è smesso di raccogliarli; è indispensabile, pertanto, colmare urgentemente tale mancanza al fine di avere una completa misura del problema.

Salute orale globale: bisogni della popolazione e risposte dei sistemi sanitari

Nei Paesi a basso reddito la maggioranza della popolazione non può accedere ad alcuna terapia, sia perché i servizi dedicati sono assenti, sia perché concentrati nei nuclei urbani, dove l'odontoiatria è esercitata per lo più privatamente. Inoltre, assistiamo dovunque a un aumento della prevalenza della carie dentale, mentre, al contrario, alle nostre latitudini registriamo una sensibile diminuzione, tranne che nelle fasce deboli della popolazione.

Nei Paesi a basso reddito il 90% delle carie rimane non trattato. L'evoluzione della patologia orale, a parte il dolore che nel caso di pulpite acuta è di intensità quasi intollerabile, in assenza di cure por-

ta a infezioni ricorrenti, ascessi, fistole e inabilità funzionale fin dalla tenera età, tanto da compromettere l'alimentazione. Patologie come cancro orale e Noma, quando non portano a morte, esitano in mutilazioni e sfigurazioni permanenti; l'aspetto estetico di tali patologie può ridurre gravemente l'autostima e la capacità relazionale tanto quanto, per esempio, la lebbra.

Le cause di questa grave negligenza sono molteplici: alle patologie orali viene riconosciuta una bassa priorità, manca l'integrazione con i servizi di base, mancano politiche di promozione della salute orale, prevale l'approccio curativo su quello preventivo e la "*Inverse care law*", ovvero un'iniqua distribuzione dei servizi, paradossalmente meno presenti dove vi è più bisogno.

In questa situazione i costi delle malattie della bocca sono alti, risultando dalla somma dei costi dei trattamenti per i sistemi sanitari ove presenti e accessibili, dei pagamenti diretti da parte del paziente e dai costi indiretti da parte di comunità e singoli in termini di giornate di lavoro e di scuola perse, questi ultimi paragonabili a quelli di tubercolosi e malaria.

Sebbene la mancanza di accesso alle cure orali per più di quattro miliardi di persone rappresenti un grave problema di salute pubblica e vi sia un'evidente correlazione tra patologie orali e stato socio-economico dell'individuo, risposte adeguate al problema sono assenti o discontinue. A tal proposito, nel maggio 2007, a Ginevra l'Assemblea Mondiale della Salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato come "il peso economico della patologia orale è previsto crescere rapidamente nel mondo, soprattutto tra le popolazioni svantaggiate e povere fin quando non vengano promossi programmi di prevenzione della patologia orale" e come vi sia bisogno di rafforzare i programmi di salute orale a ogni livello. Ancora una volta le strategie preferibili sarebbero prevenzione e cure di base a livello comunitario, poiché il mero approccio curativo è troppo costoso per i sistemi sanitari nazionali e non accessibile alla totalità della popolazione.

Tecnologie appropriate per salute orale

Nel settore odontoiatrico l'Aiuto allo Sviluppo oggi si fonda sul

lavoro di associazioni e ONG sostenute di frequente dal lavoro volontario di odontoiatri. Purtroppo essi, pur motivati e generosi, raramente ricevono una formazione adeguata e mancano loro gli strumenti per valutare le priorità in situazioni con limitato numero di risorse. Inoltre, trattandosi per lo più di clinici, manca spesso loro una visione che tenda al miglioramento della salute della popolazione o della comunità piuttosto che del singolo.

A questo si somma la tendenza a esportare un sistema odontoiatrico "occidentale" che per mezzi tecnici e procedure risulta inadatto e inefficace in altre realtà, quando già non lo è alle nostre latitudini perché inaccessibile agli strati più poveri della popolazione.

Il lavoro del volontario, che per un periodo limitato di tempo investe in una realtà povera con tecniche prima di allora inesistenti, ha l'effetto di creare dipendenza e aspettative da parte della popolazione locale; questa, alla partenza degli operatori esterni, rimarrà insoddisfatta, maturando sfiducia negli operatori locali a loro volta sedotti da quelle tecnologie e attrezzature sofisticate che, dopo essere state trasportate in loco con notevole dispendio di denaro ed energie, sono destinate a deteriorarsi in assenza della necessaria manutenzione⁴.

Sarebbe auspicabile, al contrario, cercare di innescare un reale processo di *empowerment* comunitario per questo aspetto della salute.

Il *Collaborating Centre* dell'OMS di Nijmegen in Olanda, ha promosso già da tempo un protocollo per far fronte a queste esigenze e garantire un adeguato quanto realistico approccio ai problemi di salute orale delle popolazioni.

Partendo da un'accurata analisi della situazione e valutando esperienze positive ed errori commessi nel corso della lunga storia dell'Aiuto allo Sviluppo in campo odontoiatrico, è stato concepito un approccio razionale al problema definito nel *Basic Package of Oral Care* (BPOC)⁵.

Risoluzione delle urgenze, il principale bisogno da parte della popolazione (dolore, infezioni, traumi dentali), accesso al fluoro (già riconosciuto dall'OMS tra i 50 farmaci essenziali insostituibile strumento farmacologico per prevenire la patologia cariosa e migliorarne il decorso), cure minime di base con materiali a basso costo che permettano una guarigione dei tessuti dentali affetti, sono le primarie necessità a cui tale approccio va incontro.

La tecnica, molto semplice, è basata su un set di strumenti e materiali minimo, facilmente disinfettabile e sterilizzabile con ipoclorito di sodio e una pentola a pressione.

Il BPOC consta di tre protocolli.

Oral Urgent Treatment (OUT): consiste nel trattamento urgente del dolore, nel primo soccorso per le infezioni e i traumi dento-alveolari e nel riferimento dei casi più complessi verso centri più attrezzati ove presenti. Il sollievo dal dolore dentale è la prima e fondamentale richiesta di chi è affetto da problemi alla bocca e pertanto l'OUT dovrebbe essere accessibile su larga scala.

Affordable Fluoride Toothpaste (AFT): la possibilità di aver accesso a dentifrici fluorati si è dimostrata la modalità più efficace e sostenibile per prevenire la patologia cariosa. In questo, fondamentale risulta la sinergia tra governi, industrie produttrici, medici e ONG per rendere il prodotto accessibile e universale l'esposizione alle corrette quantità di fluoro. Purtroppo, per il raggiungimento di questo obiettivo, esistono molti ostacoli di natura economica, tra i quali il fatto che in molti Paesi il dentifricio è considerato un prodotto cosmetico e pertanto sottoposto a tassazione alta. A questo proposito va ricordato come studi compiuti recentemente affermano che è proprio grazie alla massiccia diffusione dei dentifrici fluorati, avvenuta dagli anni sessanta in poi, che si è prodotta la forte riduzione della patologia cariosa nel mondo occidentale⁶.

Atraumatic Restorative Treatment (ART): è un approccio terapeutico per la carie dentale, basato su chiara evidenza scientifica, e parte della *Minimally Invasive Dentistry*. Non necessita di infrastrutture e tecnologie avanzate e può essere fornito in assenza di elettricità e acqua corrente. Consiste nel rimuovere le lesioni cariose con strumenti manuali e nell'otturarle con un materiale adesivo a basso costo, capace di rilasciare fluoro nel tempo e di prevenire recidive della lesione (cemento vetro-ionomero). Può essere praticato da odontoiatri, ma anche da personale ausiliario, infermieri, terapisti dentali o altre figure della comunità, necessitando di una curva di apprendimento molto bassa⁷.

Basandosi su un approccio biologico e non chirurgico alla lesione cariosa, rientra a pieno titolo tra le misure preventive. Esso rappresenta l'unico approccio sostenibile in moltissime realtà ovunque nel

mondo. La tecnica ART è facile da realizzare ed efficace, in grado di conseguire risultati equiparabili a quelli di altri materiali comunemente usati in odontoiatria; è inoltre accettata dalla popolazione, soprattutto quella infantile, non prevedendo l'uso di strumenti rotanti e in molti casi di anestetico, a basso costo prevedendo una spesa media pari a 0,50 dollari per intervento⁸.

Alla luce delle attuali conoscenze sembrerebbe finalmente possibile una migliore sostenibilità per le cure odontoiatriche, a patto che si vogliano intraprendere gli sforzi necessari a riorientare i servizi, a promuovere il BPOC e a rimuovere le barriere che impediscono l'accesso alla prevenzione e alle cure alle popolazioni più fragili a qualsiasi latitudine.

Ringraziamenti

Si ringrazia la Dott.ssa Jennifer Atkinson Sardo Infirri.

Note bibliografiche

¹ P.E. Petersen, D. Bourgeois, H. Ogawa, S. Estupinan-Day, C. Ndiaye, The global burden of oral disease and risk to oral health. *Bulletin of the World Health Organization* 2005; 83 (9): 661-669.

² A. Sheihman, R.G. Watt, The Common Risk Factor Approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28: 399-406.

³ FDI World Dental Federation, *Planning Conference for Oral Health in the African Region, Nairobi Report*, Co-sponsored by WHO, 2003, pp. 18-21.

⁴ M. Dickson, G. Dickson, Volunteering: beyond an act of charity. *Developing Dentistry* 2006; 7 (1): 7-11.

⁵ W. Palenstein Heldeman van, H. Benzian, Implementation of a basic package of oral care: towards a reorientation of dental NGOs and volunteers. *International Dental Journal* 2006; 56 (1): 44-48.

⁶ L. Strohmenger, R. Ferro, *Odontoiatria di comunità*. Masson, Milano 2003, pp. 65-71

⁷ R. Bedi, J. Sardo Infirri, *Oral health care in disadvantaged communities. The root cause: A proposal for action*. FDI World Dental Press, 1999.

⁸ FDI World Dental Organization. *Report of the Global oral health planning workshop*. ed. H. Beaglehole, H. Benzian, 2003.

2.2.4. Malattie cardiovascolari

di Alejandro Macchia, Simona Monte e Gianni Tognoni

Ipotesi di lavoro

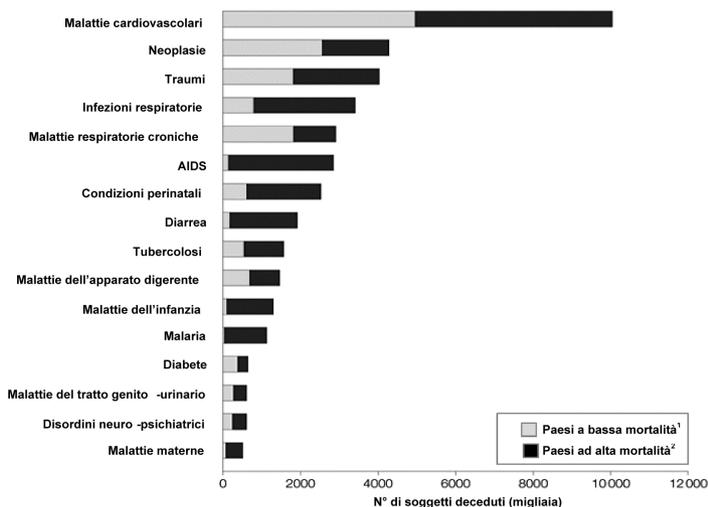
L'interesse di discutere il problema delle malattie cardiovascolari nel contesto di questo libro deriva principalmente dal ruolo modello dell'area cardiovascolare. Si tratta di fatto del settore che meglio può rappresentare la situazione di forte ambiguità con cui ci si deve confrontare quando si deve valutare se e quanto il punto di vista epidemiologico su un problema corrisponde ad obiettivi di salute pubblica o è un riflesso (quando non una promozione) di esigenze di mercato.

Quadro di riferimento generale

La morbilità-mortalità cardiovascolare è emersa con forza negli ultimi 10-15 anni come il capitolo dominante delle statistiche epidemiologiche che, a partire dal rapporto congiunto della Banca Mondiale e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sul *Global Burden of Disease*^{1,2}(GBD)*, sembra abbiano assunto il ruolo di quadro di riferimento obbligato per la valutazione e la programmazione delle priorità di investimento e di intervento in campo sanitario, nel Nord e nel Sud del mondo.

Gli scenari riassunti, a titolo esemplificativo, nelle **Figure 1, 2** e nella **Tabella 1** (scelte tra le infinite che sono state pubblicate nella letteratura clinico-epidemiologica più qualificata), rimandano, in modo tanto coerente da risultare ripetitivo, ad alcune osservazioni molto semplici.

* GLOBAL BURDEN OF DISEASE: il titolo di questo rapporto, con il suo acronimo GBD, è divenuto un vero e proprio logo dell'epidemiologia. Indica, attraverso indicatori complessi, il carico assistenziale ed economico che le diverse patologie rappresentano per una società. Per il significato politico ed ideologico di questo termine vedi: *A caro prezzo. Le disuguaglianze nella salute. 2° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale; 2006, specificatamente pp. 319-336.*



1. I paesi in via di sviluppo, a bassa mortalità, includono: Cina, Brasile e Thailandia

2. I paesi in via di sviluppo, ad alta mortalità, includono: India, Mali e Nigeria

Figura modificata da: Yach D, et al. The global burden of chronic diseases. JAMA. 2004; 291: 2616-2622

Figura 1. Le 16 principali cause di mortalità nei Paesi in via di sviluppo (anno 2001).

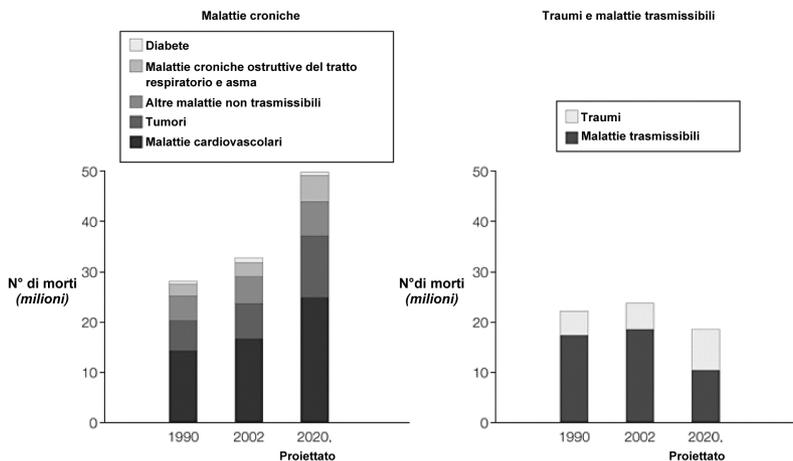


Figura modificata da: Yach D, et al. The global burden of chronic diseases. JAMA. 2004; 291: 2616-2622 (i dati derivano da World Health Organization. The World Health Report 2003-Shaping the future. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003 e da Murray JLC, Lopez, AD. (eds). The Global Burden of Disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. (GBD Series Vol. 1. Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, Cambridge, Massachusetts, 1996))

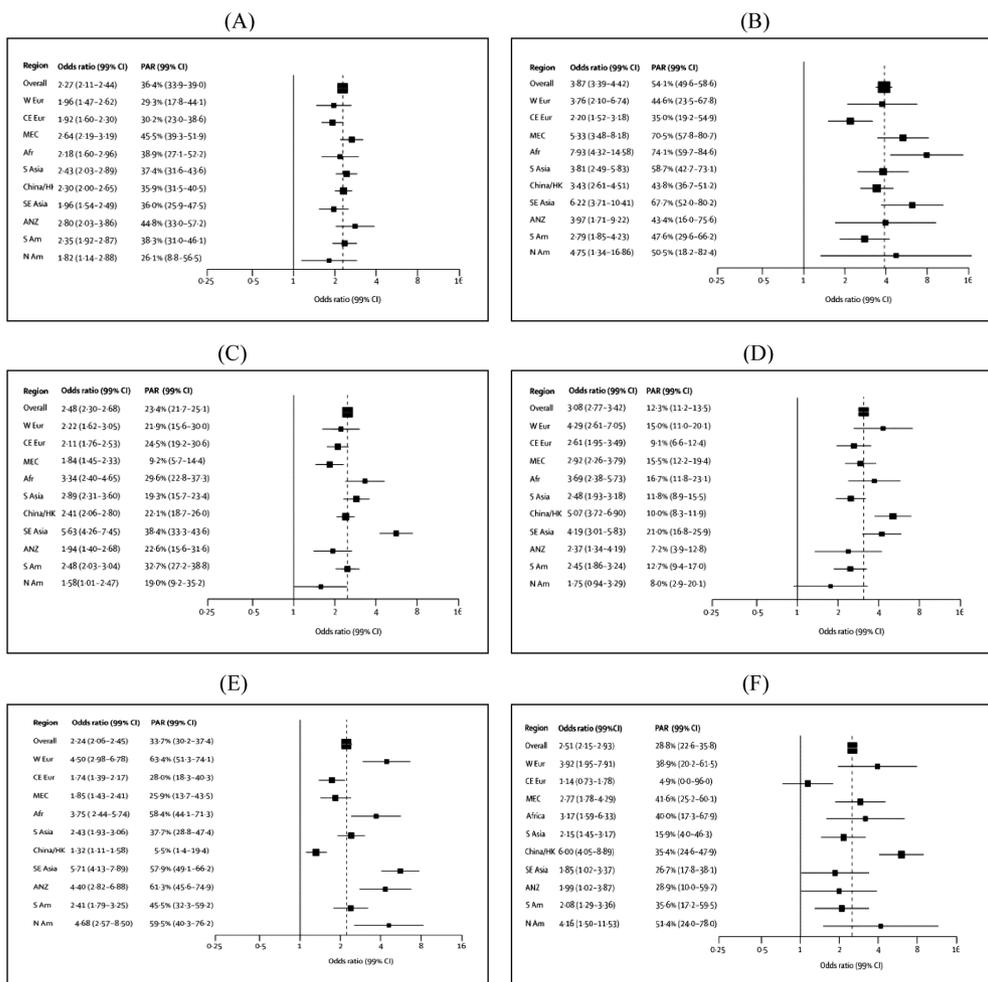
Figura 2. Mortalità globale per malattie croniche.

Tabella 1. Stima di morti per malattie ischemiche per regione e sesso, con le proiezioni per il 2020.

Stato	Donne			Uomini		
	1990	2020	Incremento (%)	1990	2020	Incremento (%)
Paesi con situazione economica stabile	838	1107	32	829	1209	46
Paesi con economia comunista	559	702	26	468	712	52
Totale Paesi Sviluppati	1397	1809	29	1297	1921	48
India	556	1197	115	619	1405	127
Cina	377	684	81	386	811	110
Altri Paesi asiatici	227	552	143	233	581	149
Africa Sub-Sahariana	117	263	125	92	222	141
America Latina	169	412	144	179	444	148
Medio Oriente	291	717	146	319	874	174
Totale Paesi in via di sviluppo	1737	3825	120	1828	4337	137
TUTTO IL MONDO	3134	5364	80	3125	6528	100

Tabella modificata da: Yusuf S, et al. Global burden of cardiovascular diseases: part I: general considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. *Circulation*. 2001; 104: 2746-53.

1. I fattori di rischio che determinano la morbilità-mortalità cardiovascolare sono sostanzialmente uguali in tutte le popolazioni considerate, non appena queste raggiungono una aspettativa di vita sufficiente a permetterne l'espressione, come ha documentato lo studio caso-controllo comparativo più esteso e rappresentativo finora condotto, l'INTER-HEART³ (**Figura 3**).
2. Le cause mediche sono strettamente articolate con quelle socio-economiche e ambientali: ipertensione, diabete, ipercolesterolemia, obesità non sono semplicemente patologie e fattori di rischio, ma sono anche, e principalmente, il prodotto di profonde modificazioni nelle condizioni di vita, di nutrizione, di disegualianze anche socioeconomiche, di stress-disagio del vivere individuale e collettivo (che fanno dei rischi da fumo e da eccesso di alcol, indicatori trasversali di marginalità culturale ed economica, più che variabili sanitarie).
3. Una lettura strettamente o prevalentemente medica descrive e interpreta questa epidemia in termini di possibile-dovuta evitabilità, dato che esistono prove evidenti che la conoscenza e gli strumenti concreti oggi disponibili (farmaci, carte del rischio, linee guida sui



W Eur= Europa Occidentale; CE Eur= Europa Centrale e Orientale; MEC= Medio Oriente; Afr= Africa; S Asia= Asia del Sud; China/HK= Cina/Hong Kong; SE Asia= Sud Est Asiatico; ANZ= Australia e Nuova Zelanda; S Am= Sud America; N Am= Nord America.

Figura modificata da: S. Yusuf, et al., Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet. 2004; 364:937-52.

Figura 3. Rischio di Infarto Acuto del Miocardio associato al fumo (A), al rapporto ApoB/ApoA1 (B), all'ipertensione (C), al diabete (D), all'obesità addominale (E), a fattori psicosociali (F). (Sono riportati i valori generali (overall) e divisi per regioni, con aggiustamento per età e sesso).

comportamenti preventivi) ne possono, in linea di principio, permettere il controllo.

4. Una lettura più realistica e complessiva del problema – quella che colloca il dato epidemiologico delle morbilità-mortalità nel quadro generale della vita delle popolazioni a rischio – rimanda di fatto a una valutazione di in-evitabilità per la maggior parte delle popolazioni a rischio che, numericamente, sono sempre più appartenenti ai tanti Sud del mondo, per due motivi principali:
 - gli stili di vita a rischio (dalla nutrizione, alla sedentarietà, al disagio socioeconomico, alla cultura-possibilità della prevenzione) non sono oggetto di scelte libere, informate e parte delle popolazioni interessate, che hanno come occupazione a tempo pieno la ricerca della nuda sopravvivenza;
 - gli strumenti e le tecnologie necessarie e certificate dalla Medicina Basata sulle Evidenze sono di fatto sempre meno accessibili, sia nel momento diagnostico, che in quello preventivo-terapeutico, dato il divario crescente tra costi delle prestazioni e loro rimborsabilità (da parte pubblica o privata).

L'ambito cardiovascolare come paradigma di una cultura della "constatazione"

Il quadro di riferimento sopra delineato è il prodotto tipico di una epidemiologia sempre più appiattita sulla logica e le metodologie delle stime, delle proiezioni, delle valutazioni, delle pianificazioni macroeconomiche. La descrizione è l'elemento dominante, sulla base di variabili che si assume abbiano lo stesso significato e la stessa affidabilità (sia nella definizione dei quadri di prevalenza-incidenza-peso dei carichi assistenziali, sia negli scenari che ne disegnano le evoluzioni nel tempo e nei diversi contesti). È letteralmente stupefacente (specificamente in ambito cardiovascolare, che è sempre più ossessivamente attento alla necessità della definizione univoca delle diagnosi, degli interventi, degli esiti) vedere la "normalità" con cui si confrontano dati provenienti da Paesi dove tutto è rimborsato-documentato, con quelli che non hanno neppure dati anagrafici di base, e tanto meno sanitari, in grado di garantire le prestazioni ritenute di routine od ovvie o standard (dalla misurazione della pressione arteriosa con strumenti ma-

nuali, alla creatinina, al controllo della glicemia).

Le stime del carico dei rischi e di morbilità-mortalità, ottenute attraverso estrapolazioni di dati ricavati da campioni non rappresentativi delle popolazioni, non hanno in questi contesti il ruolo di descrivere un bisogno di cui farsi carico, ma quello di delimitare l'estensione di un mercato potenziale di interventi (a loro volta non disponibili, per costi e per assenza di un sistema di monitoraggio nel tempo). Per la sua cronicità, e i costi proiettati, ma irreali perché impraticabili, il cardiovascolare diventa indicatore della trasformazione della priorità virtuale delle malattie cronicodegenerative rispetto alle patologie più classiche del sottosviluppo (per esempio le malattie infettive): un indicatore che descrive, ma che non si pone il problema del non potersi far carico della evitabilità (preventiva o curativa) dei problemi descritti, che abitua perciò a una cultura che constata e qualifica i fatti con terminologia medica, ma per nascondere le cause non sanitarie, che sono le variabili socioeconomiche.

L'epidemiologia del carico di morbilità-mortalità cardiovascolare è – nella letteratura corrente – rigorosamente separata da quella che descrive la povertà e la constatazione che, in assenza di sistemi sociosanitari pubblici, le malattie sono un destino la cui soluzione potrà solo coincidere, con scadenza non specificata, con il tempo in cui quelle malattie potranno entrare in una economia di mercato.

A trent'anni dalla dichiarazione di Alma Ata (1978), si constata che la sua non applicazione programmata fa della non accessibilità alle tecnologie (anche a quelle meno costose) un fattore sempre più importante di disuguaglianza, che si aggiunge a quella socioeconomica di base. Il ruolo di una cultura della constatazione si applica evidentemente, con la stessa logica (e le implicazioni di morbilità-mortalità evitabili ma non trasformabili in evitate) agli altri grandi capitoli del *GBD* che sono proposti in tabelle e figure come quelle riportate.

Dalle proiezioni alla realtà

In una cultura delle estrapolazioni generali e della constatazione, gli esempi di studi di campo su popolazioni reali sono estremamente rari, e quelli della verifica della praticabilità di interventi vere e pro-

prie eccezioni. E' utile confrontarsi perciò con due esempi di questa letteratura per verificare se e come le ipotesi interpretative fin qui formulate sono confermate.

La **Tabella 2** è tratta da una recentissima pubblicazione che riporta i risultati di una ricerca epidemiologica condotta (per iniziativa di un gruppo di ricerca indipendente) in sette paesi dell'America Latina⁴. I dati confermano e quantificano la prevalenza, le caratteristiche, la distribuzione dei fattori di rischio cardiovascolare riportati nelle macrostatistiche, frutto di proiezioni. L'informazione più importante è tuttavia nascosta, e perciò difficilmente riconoscibile, anche perché solo marginalmente commentata nella sezione dei metodi. Il campionamento statistico dei casi inclusi nella valutazione epidemiologica è stato estremamente accurato, per assicurare la rappresentatività e garantire con ciò la pubblicabilità del lavoro (N.B. asso-

Tabella 2. Prevalenza (% e intervallo di confidenza al 95%) dei maggiori fattori di rischio per città dell'America Latina e per sesso.

	Barquisimeto	Bogotà	Buenos Aires	Lima	Mexico City	Quito	Santiago
Iperensione¹	24.7(22.7-26.8)	13.4(11.5-15.2)	29.0(26.9-31.1)	12.6(11.1-14.0)	11.7(10.3-13.1)	8.6(7.3-10.0)	23.8(21.6-26.1)
Uomini	27.5(23.7-31.3)	14.6(11.9-17.2)	37.7(34.3-41.1)	14.4(12.2-16.7)	11.2(8.9-13.6)	7.2(5.6-8.7)	27.3(24.1-30.5)
Donne	22.9(20.6-25.2)	12.4(10.2-14.4)	21.7(19.0-24.4)	10.7(8.8-12.6)	12.1(9.9-14.2)	10.1(7.8-12.4)	20.7(17.8-23.5)
Ipercolesterolemia²	5.7(4.7-6.7)	12.0(10.5-13.5)	18.7(16.7-20.7)	11.6(10.1-13.1)	16.4(14.2-18.7)	20.2(18.0-22.3)	15.3(13.4-17.2)
Uomini	4.5(3.0-6.1)	12.4(9.9-14.9)	19.6(16.8-22.4)	10.1(8.2-12.1)	17.5(14.4-20.7)	21.6(18.2-25.0)	15.9(13.3-18.5)
Donne	6.5(5.0-7.9)	11.7(9.5-13.8)	17.8(15.1-20.5)	13.0(10.8-15.2)	15.4(12.3-18.5)	18.8(16.0-21.6)	14.8(12.2-17.4)
Fumo³	21.8(19.3-24.2)	22.2(19.1-25.2)	38.6(36.0-41.2)	26.6(23.9-29.4)	27.3(25.0-29.5)	29.9(27.0-32.7)	45.4(42.8-47.9)
Uomini	32.2(27.7-36.7)	31.3(27.1-35.5)	39.7(36.2-43.2)	38.0(34.2-41.7)	34.4(30.2-38.5)	49.4(45.9-52.9)	47.7(44.2-51.1)
Donne	14.9(12.7-17.1)	15.0(11.1-18.9)	37.7(34.2-41.3)	15.4(12.6-18.2)	10.5(7.8-13.2)	10.5(7.8-13.2)	43.3(39.7-46.9)
Diabete⁴	6.0(5.0-7.0)	8.1(6.8-9.5)	6.2(4.8-7.7)	4.4(3.4-5.4)	8.9(7.7-10.2)	5.9(4.8-7.1)	7.2(5.9-8.6)
Uomini	5.6(4.0-7.2)	7.4(5.7-9.2)	7.9(5.7-10.0)	4.3(2.8-5.7)	8.0(6.3-9.7)	4.6(3.2-6.0)	6.8(5.2-8.5)
Donne	6.3(5.0-7.5)	8.7(6.8-10.6)	4.8(3.3-6.4)	4.6(3.2-5.9)	9.7(7.8-11.6)	7.3(5.6-8.9)	7.6(5.6-9.6)
Obesità⁵	25.1(22.1-28.1)	18.0(15.7-20.2)	19.7(17.4-21.9)	22.3(19.9-24.6)	21.0(28.4-33.5)	16.3(14.3-18.3)	26.6(24.4-28.8)
Uomini	23.5(18.8-28.3)	12.8(10.1-15.5)	23.1(19.8-26.3)	21.1(18.0-24.3)	31.7(28.0-35.4)	10.3(8.2-12.5)	23.6(20.4-26.8)
Donne	26.1(22.6-29.6)	22.0(19.0-25.0)	16.8(13.8-19.8)	23.4(20.5-26.4)	30.4(27.1-33.7)	22.4(18.7-26.0)	27.4(26.0-32.9)
Sindrome metabolica⁶	25.8(23.3-28.4)	20.4(18.2-22.5)	16.7(14.8-18.6)	17.9(15.9-20.0)	27.2(24.9-29.4)	13.7(11.9-15.6)	21.0(18.9-23.1)
Uomini	26.3(22.3-30.2)	18.7(15.8-21.6)	21.7(19.0-24.4)	15.8(13.0-18.6)	26.3(22.9-29.6)	7.5(5.6-9.3)	19.0(16.3-21.6)
Donne	25.6(22.9-28.3)	21.7(19.0-24.4)	12.3(9.6-15.1)	20.0(17.3-22.8)	28.0(24.4-31.6)	20.1(16.9-23.4)	23.0(20.0-26.0)

¹ Iperensione: pressione sanguigna \geq 140/80 mmHg o uso di farmaci antiipertensivi.

² Ipercolesterolemia: colesterolo sierico totale $>$ 240/dl.

³ Fumo: consumo giornaliero o occasionale di sigarette, sigari o pipa.

⁴ Diabete: livello di glucosio a digiuno \geq 126 mg/dl o diabete "self-reported".

⁵ Obesità: indice di massa corporea \geq 30Kg/m².

⁶ Sindrome metabolica: presenza di 3 o più delle seguenti condizioni: obesità addominale (diametro $>$ 120 cm negli uomini e $>$ 88 cm nelle donne); livello di trigliceridi \geq 150 mg/dl; colesterolo HDL $<$ 60 mg/dl negli uomini e $<$ 50 mg/dl nelle donne; pressione sanguigna \geq 130/85 mmHg; glicemia a digiuno \geq 110mg/dl o diabete "self-reported".

lutamente unico nel suo genere, e che tuttavia ha dovuto sudare le proverbiali sette camicie per essere pubblicato, dopo più di un anno di rifiuti da parte delle grandi riviste che non si stancano di pubblicare le proiezioni-constatazioni, in un giornale sostanzialmente marginale per quanto riguarda la salute pubblica e l'epidemiologia, tanto più cardiovascolare).

La nota banale nascosta nella sofisticata presentazione della metodologia dice: il campionamento è stato proponibile solo per popolazioni di aree urbane, che potevano garantire condizioni di sicurezza per gli intervistatori.

La rappresentatività, nelle capitali dell'America Latina (che sarà dell'Africa o dell'Asia) è un indicatore forte non dell'epidemiologia reale del rischio cardiovascolare di un Paese, ma della sua stratificazione sociale. La marginalità numerica delle popolazioni intervistabili rispetto ai macroaggregati urbani è talmente nota da non aver bisogno di commenti. E ancora: l'accento è sui rischi, senza un accenno sulla evitabilità: i trattamenti descritti sono inferiori rispetto a quelli attesi secondo le linee guida, verosimilmente, si dice, per problemi di compliance, senza neppure un rimando alla loro in-accessibilità anche per aree relativamente privilegiate.

La cultura della constatazione che fotografa senza farsi carico è parte normale anche della cultura di un gruppo di cardiologi tanto selezionato e motivato da essersi imbarcato in un'impresa decisamente gravosa (e certo non remunerata adeguatamente con un grant di ricerca non condizionato, assicurato da un'industria farmaceutica globale, leader nel campo cardiologico).

Il secondo scenario è di un'area rurale e marginale dell'Ecuador, dove l'ipertensione risulta essere il principale componente di un profilo ad alto rischio cardiovascolare, e rispecchia invece un'esperienza di identificazione di problemi che si trasforma nella loro "adozione prospettica": la presa in carico sul lungo periodo (11 anni) coincide infatti con la valutazione formale dell'esito del percorso assistenziale in termini di eventi potenzialmente evitabili (ictus, attacco ischemico transitorio, infarto, scompenso cardiaco e danno renale, vasculopatie e morte)⁵.

I soggetti con ipertensione sono stati identificati attraverso due metodi di stratificazione, l'uno basato sull'uso di indicatori che pos-

sono essere considerati “essenziali”, perché disponibili anche in aree economicamente poco sviluppate, quali la misurazione della pressione e l’analisi della storia clinica dei pazienti da parte di personale volontario non medico e l’altro sulle linee guida proposte nel 1999 dall’OMS e dalla Società Internazionale di Ipertensione, che prevedono analisi di laboratorio e misure strumentali, difficilmente applicabili in paesi in via di sviluppo, in particolare nelle aree rurali.

I risultati dicono che (**Tabella 3**), quando si lavora in un territorio secondo la logica comunitaria di Alma Ata, che prevede una assistenza fortemente partecipativa, basata prevalentemente su personale non medico, gli indicatori essenziali dei profili di rischio cardiovascolare hanno una capacità predittiva equivalente a quella che le linee guida internazionali assegnano a pacchetti diagnostici più sofisticati, ma che non sono (né si prevede possano essere sul medio-lungo periodo) disponibili alle popolazioni portatrici di rischio di zone economicamente poco sviluppate. In questo scenario, il controllo di condizioni croniche, come l’ipertensione, che richiede un’adeguata compliance da parte del paziente, dipende dalla presenza e dall’attività di persone informate e motivate, non solo di personale medico e di infermieri, ma an-

Tabella 3. Confronto tra due metodi prognostici di stratificazione del rischio cardiovascolare alto e molto alto, basati l’uno su indicatori essenziali (disponibili anche in paesi poco sviluppati economicamente) e l’altro sulle linee guida dell’OMS e della Società Internazionale di Ipertensione (OMS-SII).

Esito	Eventi cardiovascolari		Mortalità totale	
	"Indicatori Essenziali" ¹ (%)	Linee Guida OMS-SII ² (%)	"Indicatori Essenziali" ¹ (%)	Linee Guida OMS-SII ² (%)
Metodo prognostico di stratificazione				
Sensibilità ³	77	78	67	69
Specificità ³	66	63	64	60
Accuratezza predittiva ⁴	67	65	64	61
Valore predittivo positivo in soggetti con rischio alto o molto alto ⁴	26	25	19	18
Valore predittivo negativo in soggetti con rischio alto o molto alto ⁴	97	96	96	96

1. Indicatori essenziali: storia clinica del paziente, misura della pressione

2. Linee guida (WHO-ISH): misura di glicemia a digiuno, colesterolo totale, creatinina, analisi delle urine, elettrocardiogramma, storia clinica del paziente, misura della pressione

3. Misure che indicano la validità del metodo nell’identificare correttamente i soggetti malati. Sensibilità: capacità del metodo di individuare correttamente i soggetti che nella realtà sono ipertesi; specificità: capacità del metodo di individuare correttamente i soggetti sani.

4. Misure che stimano in termini di probabilità i malati e i sani che verranno identificati correttamente in una popolazione caratterizzata da un determinato tasso di prevalenza.

che di volontari, rappresentanti della comunità.

Quindi in un approccio comunitario, la cultura che non si limita a constatare l'esistenza di un problema, ma che si fa carico del problema stesso, ne documenta anche la evitabilità. La tecnologia necessaria è quella della formazione-partecipazione comunitaria, con fondi minimi derivanti da cooperazioni non governative.

I risultati ottenuti nel cardiovascolare riproducono l'efficacia trasferibile di interventi che si erano sperimentati nelle malattie più classiche del sottosviluppo: dalla malaria, alla tubercolosi alla *river blindness*. Se ricondotto a un problema di cui farsi carico, anche il cardiovascolare, può tornare a essere un quesito che non consegna a un destino di morbilità-mortalità, ma che segnala per cercare e sperimentare risposte, che assicurino il diritto alla dignità di essere persone, anche quando e dove il mercato non è ancora arrivato a rendere le persone e le popolazioni sufficientemente attraenti, perché non consumatrici di interventi tecnologicamente aggiornati e adeguatamente remunerativi.

Conclusioni e Prospettive

Il settore cardiovascolare è quello nel quale, nella pratica medica dei nostri paesi, così come nella letteratura, più si mette in evidenza ciò che si sa e che la medicina può fare per controllare-ridurre le conseguenze mediche dei fattori di rischio. La proposta, solo in apparenza provocatoria, di questo breve contributo è quella di non fare della pretesa certezza non modificabile delle "proiezioni", il quadro di riferimento, ma la guida a scoprire ciò che non si sa e/o si nasconde, a livello globale e locale.

La probabilità, non alta, che qualcosa cambi nell'impatto dell'epidemiologia e delle raccomandazioni di salute pubblica sulla fruibilità concreta dei diritti di salute dipende (ed il cardiovascolare ne è modello) dalla possibilità di passare dalla logica della descrizione-costatazione a quella della presa in carico-evitabilità.

È disponibile, su richiesta, all'indirizzo monte@negrisud.it, una bibliografia essenziale sugli argomenti trattati.

Note bibliografiche

¹ J.L.C. Murray, A.D. Lopez (eds.), *The Global Burden of Disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020.* (GBD Series Vol. I. Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, Cambridge, Massachusetts, 1996).

² J.L.C. Murray, A.D. Lopez, *Global mortality, disability and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study.* *Lancet.* 1997; 349: 1436-1442.

³ S. Yusuf et al., *Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study.* *Lancet.* 2004; 364:937-52.

⁴ H. Schargrodsky et al., *Assessment of cardiovascular risk in seven Latin American Cities.* *Am J Med.* 2008; 121:58-65.

⁵ G. Montalvo et al., *Diagnostic evaluation of hypertensive in a low-income country: a prospective field testing of an "essential" method of risk stratification (Articolo in corso di stampa).*

2.3. Sistemi sanitari

2.3.1. USA

di Gavino Maciocco e Sara Barsanti

I costi dell'assistenza sanitaria

La spesa sanitaria negli Stati Uniti ha registrato dagli anni '60 una crescita molto più rapida degli altri settori dell'economia e di gran lunga superiore a quella degli altri paesi industrializzati (**Figura 1**). Nel 2005 la spesa sanitaria totale USA ha raggiunto i 2.000 miliardi di dollari, pari a 6.697 dollari pro-capite e al 16% del Prodotto Interno Lordo (PIL). Le previsioni per il 2015 parlano di un raddoppio della spesa sanitaria (4.000 miliardi di dollari), corrispondente al 20% del PIL. Come ampiamente illustrato nel precedente Rapporto¹, le ragioni dello sproporzionato costo della sanità Americana sono riconducibili a due principali ordini di problemi: a) gli alti prezzi dei prodotti e dei servizi sanitari; b) l'estrema frammentazione del sistema sanitario.

Un recente articolo pubblicato su *Health Affairs*² suggerisce

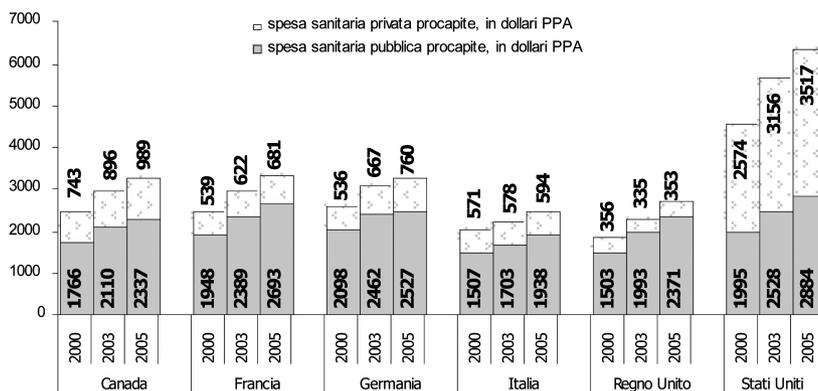


Figura 1. Spesa sanitaria pro-capite pubblicata e privata. USA e altri paesi selezionati. Dollari USA PPA. Anni 2000-2003-2005. Fonte: OECD Database 2007.

un'ulteriore linea interpretativa del gap nella spesa sanitaria tra USA e altri paesi. Analizzando le differenze nella prevalenza delle malattie e nel tasso di trattamento delle stesse, tra la realtà americana e quella europea, la spiegazione del gap potrebbe risiedere anche nel differente livello di consumi sanitari e quindi di risorse necessarie per finanziarli. L'articolo riporta i risultati di due studi paralleli sullo stato di salute dei soggetti di 50 anni e oltre negli USA (2004 *Health and Retirement Survey* - HRS) e in dieci paesi europei (2004 *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* - SHARE). Nella **Tabella 1** sono descritte le differenze riguardo alla prevalenza di 10 patologie e 2 fattori di rischio, quali obesità e fumo. Tranne che per l'osteoporosi, gli USA mostrano livelli di prevalenza nettamente più alti rispetto ai paesi europei, con differenze che talora sfiorano il doppio: **malattie cardiovascolari** 21,8% (USA) vs 11,4% (Europa); **diabete** 16,4% (USA) vs 10,9% (Europa); **obesità** 33,1% (USA) vs 17,1% (Europa).

Il dato sull'**obesità** è certamente quello più eclatante e per certi versi più sconvolgente. Eclatante e sconvolgente per la rapidità con

Tabella 1. Prevalenza di condizioni morbose e fattori di rischio nei soggetti di 50 aa. e oltre. USA e 10 Paesi europei*, 2004.

	USA	EUROPA	USA/Europa differenza
Malattie cardiache	21,8	11,4	10,4
Iperensione	50,0	32,9	17,1
Ipercolesterolemia	21,7	19,6	2,1
Ictus/Malattie cerebrovascolari	5,3	3,5	1,8
Diabete	16,4	10,9	5,5
Malattie polmonari croniche	9,7	5,4	4,3
Asma	4,4	4,3	0,1
Artrite	53,8	21,3	32,5
Osteoporosi	5,0	7,8	-2,8
Cancro	12,2	5,4	6,8
Obesità	33,1	17,1	16,0
Fumatori	20,9	17,8	3,1
Ex Fumatori	31,7	25,2	6,5
Mai fumato	47,3	57,0	9,7

* Austria, Danimarca, Francia, Germania, Grecia, Italia, Olanda, Spagna, Svezia, Svizzera.

Fonte: K.E. Thorpe, D.H. Howard, K. Galactionova, Differences in disease prevalence as a source of the U.S.-European care spending gap, *Health Affairs*, w 678, 2 October 2007.

cui tale condizione si sta diffondendo tra la popolazione americana e per le drammatiche conseguenze in termini di co-morbilità e di effetti sulla longevità.

Nell'arco di due decenni (1980-2000) la prevalenza dell'obesità tra la popolazione adulta (20-74 aa) è passata dal 15 al 31% (con le donne ispaniche al 40% e quelle afro-americane al 51%). Tra i soggetti ultrasessantacinquenni (tutti assistiti dal programma pubblico Medicare) l'obesità è cresciuta dal 1997 al 2002 di oltre cinque punti percentuali; in questa popolazione è stata studiata la co-morbilità associata all'obesità e all'obesità grave (IMC >35): la probabilità di ammalarsi di diabete è del 12,7% nella popolazione di peso normale, del 34,3% negli obesi e del 42,8% negli obesi gravi³. Gli effetti del dilagare dell'obesità – e della co-morbilità ad essa associata – si faranno sentire sulla longevità della popolazione americana, al punto da poter interrompere la costante crescita della speranza di vita che si è verificata negli ultimi due secoli⁴.

È stato calcolato che se la popolazione americana ultracinquantenne avesse lo stesso profilo di salute (e lo stesso carico terapeutico) della popolazione europea della stessa età il possibile risparmio di risorse sarebbe di 100-150 miliardi di dollari all'anno.

Alti costi, bassa performance

Il sistema sanitario USA è noto per essere molto costoso ed insieme molto iniquo a causa del crescente numero di persone prive di copertura assicurativa: nel 2006 erano circa 47 milioni gli americani non assicurati per l'intero anno (il 15,8% della popolazione)⁵. Dal 2000 al 2006 l'incremento della popolazione non assicurata è stato costante: ogni anno circa un milione di persone in più. Inoltre è stato stimato che il numero di cittadini americani che nel periodo 2006-2007 si sono trovati privi di assicurazione per almeno un mese assomma a oltre 89 milioni⁶. A ciò vanno aggiunti altri 25 milioni di persone "sotto-assicurate", ovvero con livelli assicurativi che non garantiscono un'effettiva protezione in caso di gravi malattie (+60% rispetto al 2003)⁷. Tale fenomeno è stato in larga parte provocato dalla tendenza delle imprese (soprattutto quelle di piccole dimensioni) di non farsi più carico dell'assicurazione dei propri dipendenti a causa

Tabella 2. Performance del sistema sanitario americano. Stato di salute, qualità delle cure, accesso, efficienza.

Indicatore	Dato nazionale USA	Benchmark	% dato nazionale USA su benchmark
Stato di salute			
Mortalità attribuibile all'assistenza sanitaria (morti per 100.000 ab.)	115	80 a	70
Mortalità infantile (morti per 1.000 nati)	7,0	2,7 a	39
Speranza di vita a 60 anni			
Maschi	15,3	17,4 a	88
Femmine	17,9	20,8 a	86
Qualità delle cure			
% di adulti che ricevono screening raccomandati e altri interventi preventivi	49	80 b	61
% Copertura vaccinale dei bambini	79	89 c	89
% Diabetici con emoglobina glicata (HbA1c) < 9%	74	89 b	83
% Ipertesi con PA < 140/90 mmHg	29	75 b	39
% Pazienti ospedalizzati per scompenso cardiaco che ricevono istruzioni scritte alla dimissione	50	87 d	58
% Pazienti adulti cronici istruiti nel <i>self-management</i>	58	65 a	89
Accessibilità			
% Adulti (19-64 aa) assicurati tutto l'anno (non sotto-assicurati)	65	100 e	65
% Adulti che non hanno problemi di accesso ai servizi a causa dei costi	60	91 a	66
% Famiglie che spendono < 10% del reddito (o <5% del reddito, in caso di reddito basso) in pagamenti diretti (<i>out-of-pocket</i>) per prestazioni sanitarie	83	100 e	83
Efficienza			
Ricoveri per diabete (x 100.000 ab.)	241	137 c	57
Ricorso a reparti di emergenza per condizioni che potevano essere trattate routinariamente (%)	26	6 a	23
Re-ammissioni di pazienti di <i>Medicare</i> entro 30 gg dalla dimissione (%)	18	14 f	75
Costi amministrativi come % della spesa sanitaria nazionale	7,3	2,0 a	28

a: altri Paesi; b: assicurazioni; c: stati; d: ospedali; e: gruppi di reddito; f: regioni.
Fonte: Rif. Bibliogr. 8.

del crescente costo delle polizze assicurative: dal 2000 al 2005 il loro prezzo è lievitato del 73%, mentre nello stesso periodo l'inflazione generale ha avuto un incremento del +14% e il valore dei salari del +15%. Nel 2005 il prezzo annuale medio di un'assicurazione per una famiglia era di 10.728 dollari e per un singolo di 3.991 dollari. Di fronte a questi aumenti la reazione delle imprese è stata di due tipi: a) trasferire sui dipendenti parte dei costi assicurativi, attraverso alti livelli di franchigia e/o di compartecipazione alla spesa; 2) come accennato in precedenza, non farsi più carico dell'assicurazione dei dipendenti; dal 2000 al 2006, infatti, la percentuale di popolazione americana coperta dall'assicurazione pagata dal datore di lavoro è passata dal 63,6% al 59,7%.

Se è molto bassa – e questo era noto - la performance del sistema sanitario americano nel campo dell'equità e dell'accessibilità, altrettanto povere sono le performance relative ad altre variabili come i livelli di salute, la qualità delle cure e l'efficienza.

L'analisi della situazione è stata condotta dal *Commonwealth Fund*, che ha realizzato un'inchiesta nazionale studiando un gran numero di indicatori e mettendoli a confronto con valori ottimali di riferimento – *benchmark* – rappresentati da dati provenienti da altri paesi, oppure da realtà americane di eccellenza (ospedali, assicurazioni, stati, regioni, etc.)⁸.

Dato 100 lo *score* ottimale, la sanità americana registra complessivamente un valore di 66, con le seguenti disaggregazioni: Stato di salute, 69; Qualità delle cure, 71; Accessibilità, 67; Equità, 71; Efficienza, 51.

Nella **Tabella 2** è riportata una selezione di questi indicatori, da cui risulta che proprio tra gli indicatori di efficienza si registrano gli *score* più bassi.

Un sistema diseguale

Il sistema sanitario americano si segnala soprattutto per le sue diseguaglianze e le sue contraddizioni. Un sistema da una parte costoso, iniquo e inefficiente e dall'altra estremamente ricco di risorse professionali, scientifiche e tecnologiche. Un sistema molto frammentato e privo di un'efficace guida federale che, soprattutto negli

ultimi anni, ha visto il proliferare di iniziative autonome dei singoli stati.

Il testo di questa lettera inviata da due lettori a uno dei più noti editorialisti del New York Times, Paul Krugman, esemplifica molto bene il contesto “diseguale” e sostanzialmente “anarchico” della sanità americana.

“Io e mio marito avevamo deciso di trasferirci dalla California per andare a vivere in una zona di campagna. Mio marito aveva problemi cardiaci e non potevamo osare di stare senza assicurazione sanitaria per un lungo periodo di tempo. Un ricovero ospedaliero senza assicurazione sarebbe stato catastrofico. Ciò influenzò la nostra decisione di dove spostarci. Dovevamo quindi scegliere uno stato progressista dove a mio marito non fosse negata la copertura assicurativa e non ci fosse un ritardo nella sua iscrizione a causa di condizioni patologiche pre-esistenti. Adesso noi viviamo nel Massachusetts che ha un’eccellente legge sull’assistenza sanitaria e stiamo acquistando un pezzo di terra per costruire una casa nel Vermont, dove è garantita la copertura assicurativa. La polizza ci costa ben 1.100 dollari al mese, ma almeno non dobbiamo vivere nella paura di conti sanitari enormi e inaspettati.

È di conforto sapere che i nostri vicini di casa, meno benestanti di noi, hanno la possibilità di accedere all’assistenza sanitaria anche se lavoratori autonomi o dipendenti da piccole imprese. La crisi della sanità sta colpendo la voglia di fare impresa perché chiunque abbia problemi di salute in uno stato con livelli inadeguati di protezione è costretto a lavorare per un’azienda abbastanza grande da fornire l’assicurazione. L’individuo sarà, dunque, come una sorta di vassallo in un sistema feudale, con tutte le implicite limitazioni alla sua libertà”.

Lettera Paul Krugman, New York Times 9 luglio 2007.

La storia della sanità americana è costellata di tentativi – tutti abortiti (da Roosevelt nel 1935, a Clinton nel 1994) – di introdurre forme di assicurazione sanitaria nazionale. L’incapacità del governo federale di affrontare con successo questo problema ha indotto alcuni Stati a mettere in atto riforme a livello locale, sperimentando nuovi modelli ed assetti organizzativi. Le riforme variano considerevolmente da uno stato all’altro, a seconda del contesto politico e fiscale; condizioni demografiche, economiche, dinamiche dei mercati assicurativi e altri fattori economici possono influenzare inoltre la capa-

cità degli Stati di agire. Il report “*State of the State 2008*” della *AcademyHealth*⁹ descrive il quadro generale delle riforme portate avanti dai singoli Stati, classificandole in tre categorie:

1. **Le riforme complete**, emanate ed in via di proposta: in particolare le riforme già in atto in tre stati – Massachusetts (2006), Vermont (2006) e Maine (2003) hanno portato ad un copertura sanitaria di tipo “quasi” universale, mentre altri Stati, ovvero la California, il New Jersey, la Pennsylvania ed il New Mexico, stanno seguendo strade simili;
2. **Le riforme sostanziali**: nel 2007 diversi Stati, tra cui Washington, l’Oregon, l’Illinois, l’Indiana, il Maryland, hanno portato avanti riforme che riguardavano non solo un aumento della copertura, ma anche innovazioni nel settore privato, come i meccanismi di offerta, i sussidi legati alla copertura e cambiamenti nei mercati assicurativi;
3. **Le riforme incrementali**: Stati come le Hawaii, il Connecticut, il Missouri hanno approvato, invece, riforme mirate ad un aumento della copertura assicurativa per target di popolazione, dai bambini, agli anziani, ai malati cronici.

Uno dei principali strumenti utilizzati dagli Stati per aumentare la copertura sanitaria è il programma di Medicaid (programma pubblico a favore di alcune categorie di poveri): espandere i limiti di eleggibilità per il programma, aumentarne i benefici, snellire le procedure di domanda ed ammissione sono alcune delle possibili opzioni scelte dagli Stati. Nel 2007 più della metà degli Stati ha aumentato la garanzia di copertura tramite Medicaid, mentre per il 2008 nessuno Stato ha applicato riduzioni o limiti a tale programma.

La riforma del Massachusetts. La riforma, emanata nell’Aprile del 2006, è stata portata avanti dal governatore repubblicano Mitt Romney con l’intento di avvicinarsi ad una copertura sanitaria universale per i residenti dello Stato, a partire da luglio 2007. L’espansione delle coperture, l’implementazione di una struttura di collegamento per facilitare le relazioni tra individui, imprese e assicuratori, un nuovo sistema di sussidi e l’obbligo per tutti i cittadini di acquisire una copertura sanitaria sono gli elementi chiave che caratterizzano la riorganizzazione del sistema sanitario del Massachusetts¹⁰. Le

imprese con più di 10 dipendenti devono fornire l'assicurazione sanitaria ai propri dipendenti: le aziende che non offrono tale copertura sanitaria dovranno versare una somma fissa di 295\$ allo Stato per ogni dipendente. Considerando che in totale il Massachusetts conta circa 515.000 non assicurati, circa il 39% otterrà una copertura sanitaria tramite assicurazioni private, il 38% tramite i sussidi offerti dallo stato per il pagamento dei premi e il 17% usufruirà, invece, dell'espansione del programma di *Medicaid*. Rimane ancora scoperto circa il 6% della popolazione¹¹.

La riforma della California. Lo Stato della California ha guardato con grande interesse la riforma emanata dal Massachusetts e già all'inizio del 2007 il governatore repubblicano Schwarzenegger ha annunciato una proposta di legge per garantire a tutti i cittadini californiani una copertura sanitaria¹². Tutti coloro che percepiscono un reddito inferiore al 100% della linea di povertà federale saranno assicurati tramite il programma federale di *Medi-Cal**. Le madri, invece, con un reddito compreso tra il 250% e il 200% e gli adulti con un reddito compreso tra il 250% e il 100% della linea di povertà potranno usufruire dei sussidi per il pagamento del premio attraverso un apposito fondo comune di acquisto (*purchasing pool*)¹³.

La riforma del New Jersey. Nel New Jersey circa un milione e mezzo di residenti (1 su 5) non gode attualmente di copertura sanitaria. Il senatore Joseph F. Vitale sostiene che il primo passo da fare per colmare il gap sia arruolare più bambini nell'attuale programma "*NJ Family Care*", dedicato alle famiglie che guadagnano fino al 350% della linea di povertà federale, ovvero circa 74.000 dollari per una famiglia di 4 componenti. Altro passo sarà quello di rendere la copertura sanitaria obbligatoria. A differenza però del Massachusetts, dove i piani assicurativi degli individui sono offerti nel mercato privato, nel New Jersey il piano assicurativo sarà unico ed amministrato dallo Stato: "il modello del Massachusetts non è un modello

* 100% della soglia di povertà è il livello di reddito al di sotto del quale una persona o una famiglia è considerata povera. Attualmente questo livello corrisponde a un reddito annuo di circa 10 mila dollari per un singolo, di 14 mila dollari per una famiglia di due persone, di 17 mila dollari per una famiglia di tre persone, etc. Es. il 200% della soglia di povertà corrisponde a un reddito di 20 mila dollari per un singolo.

che vogliamo seguire: abbiamo bisogno di una soluzione permanente, non di una soluzione di emergenza”¹⁴, commenta il senatore Robert W. Singer.

Se da una parte le riforme portano benefici ai residenti, dall’altro, però, non fanno che aumentare le disparità già presenti tra gli Stati in termini di copertura, di prestazioni assicurate, nei costi e nei benefici. Nello Stato di New York e nell’Illinois il programma Medicaid comprende la terapia di riabilitazione, mentre ciò non accade nei vicini stati del New Jersey e in Pennsylvania. Notevoli differenze si riscontrano anche nei costi: un premio assicurativo annuale costa ad esempio 9.190 dollari in Arkansas e 11.835 dollari nel New Hampshire. La **Figura 2** riporta per ogni Stato il tasso di non assicurati, che per alcuni è superiore al 20% della popolazione residente. In particolare gli Stati con una popolazione al di sotto della linea di povertà più numerosa, sono ancora quegli Stati con una più alta percentuale di non assicurati.

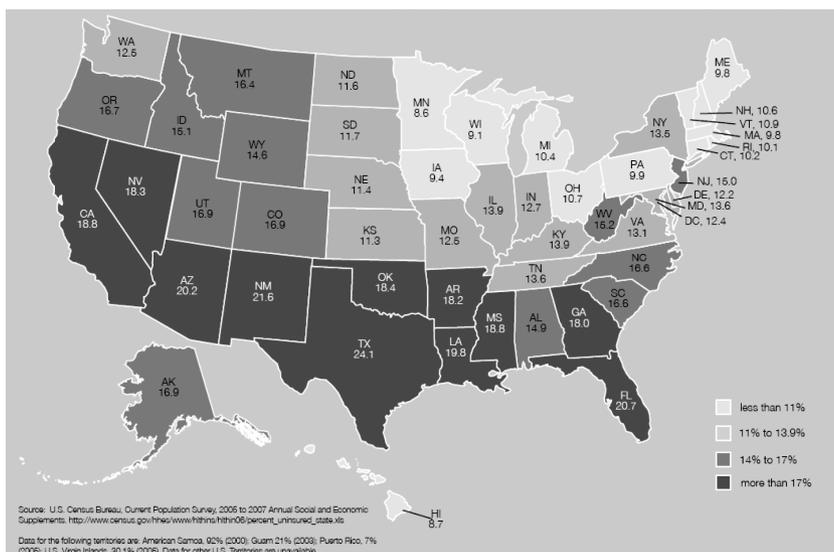


Figura 2. USA. Percentuali di popolazione non assicurata per Stato. Media anni 2005-2006. *Fonte:* US Census Bureau 2007.

La sanità nelle posizioni dei candidati alle elezioni presidenziali del 2008

Il sistema americano – spiega il giornalista di New Republic, Jonathan Cohn, in un libro dal titolo “*Sick: the untold story of America’s health care crisis and the people who pay the price*”¹⁵ – non è nato da un’accurata programmazione politica, piuttosto è il risultato di una serie di decisioni sconnesse che, al momento in cui furono prese, sembravano innocue, ma che alla fine hanno avuto un impatto profondo sulla società americana. Questa tendenza porterà gli Stati Uniti, nel 2020, a raddoppiare la quota di prodotto interno lordo per la sanità e, di conseguenza, a un aumento consistente delle tasse per pagarla. Il problema è capire quale sia la soluzione. Dopo il fallimento della riforma sanitaria di Clinton nel 1993-94, l’ipotesi di una riforma per una copertura sanitaria universale è scomparsa dall’agenda del governo nazionale: le elezioni presidenziali del 2008 rappresentano potenzialmente, per la prima volta dopo la gli anni novanta, la prima opportunità di cambiamento a livello federale del sistema sanitario. Repubblicani e Democratici hanno idee e programmi divergenti al riguardo.

Il candidato repubblicano John McCain è favorevole al rafforzamento del mercato assicurativo individuale, tramite riforme sul sistema di tassazione ed incentivazione. Il punto centrale del suo programma è, infatti, la modifica del trattamento fiscale dell’assicurazione sanitaria. Attualmente i lavoratori non pagano tasse sui premi assicurativi erogati dai propri datori di lavoro. Il programma di McCain eliminerebbe questa esenzione e userebbe il reddito generato per offrire un credito di imposta per gli americani che intendono acquistare una polizza assicurativa privata (\$ 2.500 per i singoli, \$ 5.000 per le famiglie). Le persone non assicurate potrebbero usare questo credito per acquistare l’assicurazione sul mercato privato, mentre coloro che sono assicurati attraverso i datori di lavoro potrebbero, con il credito, integrare il premio assicurativo fornito dall’impresa o rivolgersi direttamente al mercato privato. Secondo l’analisi del *New England Journal of Medicine*¹⁶ l’entità del credito d’imposta è molto lontana (meno della metà) dalle tariffe richieste dalle compagnie assicurative e quindi è molto probabile che i non

assicurati con redditi bassi continueranno ad essere privi di copertura. Con il livello proposto di credito d'imposta molti americani potrebbero permettersi solo polizze con alti livelli di franchigia (ovvero si pagano le prestazioni fino a un certo livello di spesa, 5 o 10 mila dollari; superata questa soglia interviene l'assicurazione). "Il piano di McCain – sostiene l'articolo del NEJM – potrebbe alla fine puntare al passaggio da una copertura assicurativa ampia verso forme di copertura più ridotte che spostano i costi sui pazienti. Inoltre l'eliminazione dei benefici fiscali sulle assicurazioni erogate dai datori di lavoro potrebbe indurre qualche impresa, soprattutto quelle più piccole, a cessare di offrire questo beneficio ai propri dipendenti. Ciò provocherebbe l'aumento della popolazione non assicurata". "Forse i problemi più seri della proposta McCain – conclude l'articolo – vengono dall'affidarsi totalmente al mercato individuale. Un sistema notoriamente molto costoso dal punto di vista amministrativo, iniquo nei confronti dei pazienti (pagano di più le persone più malate e più anziane), e che generalmente offre un pacchetto di prestazioni inferiore rispetto alle assicurazioni fornite dai datori di lavoro".

Il candidato democratico Barack Obama sostiene di "avere l'opportunità e l'obbligo di voltare pagina rispetto alla precedente, fallimentare politica sanitaria"¹⁷. Ma nonostante le premesse, la sua proposta non punta ad una riforma radicale del sistema (ovvero a introdurre un'assicurazione sanitaria nazionale e universale), ma piuttosto a rafforzare i punti deboli dell'attuale sistema correggendo le distorsioni più eclatanti. Continua infatti Obama: "se hai già un'assicurazione sanitaria, l'unica cosa che cambierà sarà il prezzo del premio assicurativo. Sarà più basso. Se invece sei uno dei 45 milioni di americani privi di assicurazione, sarai coperto una volta che il mio programma diventerà legge". Il programma di Obama si basa sui seguenti principali punti: a) incentivare i datori di lavoro ad assicurare i propri dipendenti attraverso il sistema "Play or Pay"; o assicurarsi i dipendenti o paghi una tassa (l'efficacia di tale misura si potrà valutare quando sarà nota l'entità della tassa, se questa sarà bassa molte imprese preferiranno pagarla piuttosto che assicurare i lavoratori; inoltre il piano di Obama prevede che da questa misura saranno esentate le imprese più piccole); b) assicurazione obbligatoria per i minori (e questa è una misura molto importante perché nel 2007

erano oltre 8 milioni i soggetti al di sotto dei 18 anni privi di assicurazione¹⁸; c) istituire una nuova assicurazione pubblica (simile a Medicare) per coloro che non sono assicurati; d) istituire un'agenzia nazionale di acquisto per facilitare gli individui e le imprese a scegliere polizze di qualità migliori a prezzi accessibili; e) introdurre regole per impedire alle assicurazioni private di selezionare gli iscritti sulla base delle condizioni di salute.

“I piani sanitari di McCain e Obama – sostiene il citato editoriale del NRJM – appaiono più come delle bozze che dei programmi completi, con molti dettagli ancora da definire. Tuttavia le elezioni presidenziali del 2008 offrono agli elettori alternative drammaticamente differenti. Le opposte visioni dei candidati riguardo alle riforme del sistema sanitario riflettono le differenti posizioni riguardo alle virtù e ai vizi del mercato e del governo pubblico”.

Note bibliografiche

¹ G. Maciocco, F. Tediosi, USA, in Osservatorio Italiano sulla Salute Globale (2° Rapporto), *A caro prezzo, Le diseguaglianze nella salute*, Edizioni ETS, Pisa 2006.

² K.E. Thorpe, D.H. Howard, K. Galactionova, Differences in disease prevalence as a source of the U.S.-European care spending gap, *Health Affairs*, w 678, 2 October 2007.

³ J.A. Doshi, D. Polsky, V.W. Chang, Prevalence and trends in obesity among aged and disabled U.S. Medicare Beneficiaries 1997-2002, *Health Affairs* 2007; Vol. 26; N. 4, 1111-17.

⁴ S.J. Olshansky et al., A potential decline in life expectancy in the United States in 21st century, *N Engl J Med* 2005; 352: 1138-45.

⁵ U.S. Bureau of the Census. Income, poverty and health insurance coverage in the United States. Washington DC. Department of Commerci. Bureau of Census, 2006.

⁶ Family USA. Wrong direction: one out of three Americano are insured. Publication n. 07-108; 2007. www.familiesusa.org.

⁷ C. Schoen, S.R. Collins, J.L. Kriss, M.M. Doty, How many are uninsured? Trend among U.S. adults, 2003 and 2007. *Health Affairs*, Web Exclusives, June 2008, W 298.

⁸ C. Schoen, K. Davis, S.K.H. How, S.C. Schoenbaum, U.S. Health, System Performance: A National Scorecard, *Health Affairs*, Web Exclusives, September 2006, w457.

⁹ AcademyHealth, Robert wood Johnson Foundation “State of the State – Rising to the challenge” January 2008.

¹⁰ Kaiser Commission, Key Facts, Massachusetts health care reform plan, April 2006.

¹¹ R. Curtis, Promising elements of the Massachusetts approach: a health insurance pool, individual mandate and federal subsidies, Institute of Health Policy Solution, 2006.

¹² Governor Arnold Schwarznegger Healthcare Team “Governor’s health care proposal”, disponibile all’indirizzo web <http://www.stayhealthycalifornia.com/> 2006.

¹³ M. Smith, "Health care reform 2007: defining the problems, examining the proposed solutions" California Health Care Foundation, Marzo 2007.

¹⁴ D.W. Chen, "New Jersey to consider health plan to cover all"; New York Time; 18 Marzo 2008.

¹⁵ J. Cohn, "Sick: the untold story of America's Health care crisis and the people who pay the price" Harper Perennial Editos, 2008.

¹⁶ Oberlander J., The Partisan Divide - The McCain and Obama Plans for U.S. Health care Reform, The New England Journal of Medicine, 2008; 359: 781-4.

¹⁷ B. Obama's Plan for a Healthy America, disponibile al sito <http://www.barackobama.com/issues/pdf/HealthCareFullPlan.pdf>

¹⁸ US Census Bureau, Income, Poverty and Health Insurance Coverage in the United States: 2007, Issued August 2007.

2.3.2. Cina

di Daniele Brombal

Premessa

Le riforme varate in Cina sul finire degli anni settanta hanno dato il via a uno straordinario sviluppo dell'economia, cresciuta nell'ultimo quarto di secolo al ritmo del 9% annuo. Al progresso economico si è accompagnato un consistente miglioramento delle condizioni di vita della popolazione, in presenza tuttavia di profonde disuguaglianze, evidenziate in particolare dallo storico disequilibrio fra città e campagne. Il 99% dei 130 milioni di cinesi che sopravvivono con meno di un dollaro al giorno risiede in campagna, e il gap in termini di reddito fra popolazioni urbane e rurali è cresciuto sensibilmente dalla metà degli anni ottanta, attestandosi sul rapporto di 3,2:1. La scolarizzazione in campagna è in media tre anni più breve che in città, mentre l'analfabetismo, contenuto sotto il 10% nelle province costiere, supera in alcune regioni dell'entroterra il 20%¹.

Lo squilibrio interessa anche il settore sanitario. Un settore che ha visto – a causa delle riforme degli anni settanta – crescere enormemente il numero di persone non assicurate e parallelamente lievitare i prezzi delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture sia pubbliche che private². La conseguenza è che buona parte delle famiglie cinesi si trova nelle condizioni o di non potersi curare (per le barriere economiche nell'accesso alle cure) o di andare incontro a rovina economica (a causa dei costi dell'assistenza sanitaria). Tale fenomeno ha colpito in particolare le aree rurali, dove nel 2005 l'80% della popolazione era priva di copertura assicurativa sanitaria (rispetto al 50% delle aree urbane, dove peraltro sono concentrate le risorse professionali e le infrastrutture mediche, **Tabella 1**). In tale contesto, è naturale che gli indicatori sanitari riflettano un profondo squilibrio (**Tabella 2**).

Nell'aprile 2003 il presidente cinese Hu Jintao, visitando il Guangdong durante la crisi della SARS, ha sottolineato la necessità

Tabella 1. Differenze tra aree rurali e urbane nella spesa sanitaria, nel finanziamento governativo e nelle risorse sanitarie.

	Spesa sanitaria totale pro capite	Finanziamento governativo: spese correnti pro capite (2002)	Medici per 1.000 abitanti	Posti letto per 1.000 abitanti (ospedali di contea e superiori)
Aree urbane	1.122	73	1,81	3,46
Aree rurali	318	14	0,68	1,43
Media Naz.	662	30	1,21	2,45

Fonte Nota bibliog. 3,4.

Tabella 2. Differenze tra aree rurali e urbane negli indicatori di salute (2006).

	Speranza di vita alla nascita (anni)	mortalità infantile (x1.000 nati vivi)	mortalità materna (x100.000 nati vivi)
Aree urbane	74	9,1	25,0
Aree rurali	69	21,6	53,8
Media naz.	71	19,0	47,7

Fonte Nota bibliog. 5.

di costruire una società più equilibrata, bilanciando lo sviluppo economico con quello sociale. Un concetto, quello della società armoniosa, entrato a far parte negli anni seguenti della strategia politica cinese. In questo contesto la sanità è diventata una priorità dell'azione governativa. Nel 2006, lo stesso Hu ha infatti promesso che “il governo svolgerà un maggiore ruolo nella sanità pubblica, con l'obiettivo di garantire a tutti i servizi sanitari essenziali per migliorare la loro salute e il loro benessere”. Per fare questo, Pechino ha preso l'impegno di aumentare dell'1-1,5% la percentuale del PIL dedicato alla sanità, e tra il 2006 e il 2007 il governo centrale ha aumentato dell'87% il budget destinato al settore sanitario⁶.

È in questa cornice che si colloca lo sviluppo dello **Schema Medico Cooperativo Rurale**, avviato nel 2003.

*Riforma della sanità rurale:
ruolo dello schema medico cooperativo e risultati raggiunti*

L'elemento di maggior rilievo nella riforma è il nuovo Schema Medico Cooperativo Rurale (SMCR), strumento assicurativo le cui principali caratteristiche sono:

- adesione volontaria su base familiare;
- fonti di finanziamento multiple (utente, governo, settore collettivo);
- maggiore attenzione riservata a eventi catastrofici;
- gestione a livello di contea.

Al 31 marzo 2007, lo SMCR copriva il 78,8% della popolazione rurale. La contribuzione minima annuale è di 100 yuan pro capite (1 yuan = 0,1 euro), di cui 20 pagati dall'utente e 80 dal governo. Nelle province orientali l'intera quota governativa è sostenuta dalle autorità locali, mentre in quelle centrali e occidentali, più povere, 40 yuan sono a carico del governo centrale. Generalmente, il contributo individuale confluisce in un conto di risparmio familiare per le spese ambulatoriali, mentre la quota governativa finanzia un fondo di rischio sociale atto a coprire le spese ospedaliere. I rimborsi reali per queste ultime sono compresi fra il 25% e il 40%. Nelle contee che per prime hanno introdotto lo SMCR, si sono registrati fra 2003 e 2005 incrementi di visite e ricoveri del 20-30%. Durante la conferenza nazionale sullo SMCR del 2007, i delegati di Hebei, Yunnan e Jiangxi hanno confermato tale tendenza, quantificando nel 20% circa l'aumento degli accessi nel periodo 2005-2006⁷. Tuttavia, franchigia e co-pagamenti alti costituiscono una barriera importante all'accesso dei poveri. Secondo un recente studio della Banca Mondiale, l'utilizzo dei servizi sanitari da parte del 10% più povero della popolazione non sarebbe aumentato in seguito all'introduzione dello schema⁸. Questo dato non stupisce, considerando che nel 2006 il costo medio di un ricovero era di **2.241 yuan** negli ospedali di contea e **3.387 yuan** in quelli di prefettura, contro un reddito contadino medio di circa **3.600 yuan** pro capite l'anno.

È difficile dare una valutazione univoca sul grado di protezione finanziaria. Prendendo come riferimento l'indicatore impiegato dalle autorità cinesi, ovvero l'incidenza dei casi di impoverimento dovuti a malattia, i risultati dello schema sembrano lusinghieri. Un esempio

rappresentativo è quello del Jiangxi, le cui autorità riportavano, a due anni dall'adozione dello SMCR, una diminuzione dei casi di impoverimento dovuti a malattia nell'ordine del 40% (dal 47% al 27% sul totale dei casi di povertà censiti)⁹. D'altro canto, secondo lo studio della Banca Mondiale citato poc'anzi, fra 2003 e 2005 lo schema non avrebbe diminuito la quota di spesa *out of pocket* (pagamento diretto dei pazienti) né il rischio di spesa catastrofica ($\geq 10\%$ del reddito medio dell'utenza). Pur essendo il limitato grado di protezione attribuibile in parte ai bassi rimborsi, non deve sfuggire che questi risultati sono in linea con quanto già osservato nel caso dell'assicurazione medica urbana, inefficace nel ridurre il rischio di spesa catastrofica¹⁰. La radice del problema viene sovente individuata nel metodo di pagamento *fee for service* (FFS = richiesta di pagamento per singole prestazioni), che incentiva l'erogazione di servizi costosi e/o inutili.

*Lo SMCR: dinamiche di sviluppo e integrazione
con gli altri strumenti del welfare sanitario nazionale*

1) **Finanziamento e definizione pacchetto:** dal 2003 a oggi il minimo di contribuzione governativa è aumentato in maniera considerevole, mentre la quota di premio individuale ha subito una variazione tutto sommato modesta (10 yuan sino al 2007, 20 yuan a partire dal 2008). L'aumento del finanziamento statale, evidente dopo il 2006 (quando il sussidio minimo fu innalzato da 20 a 40 yuan pro capite), ha reso possibile un'estensione dei benefici per gli utenti. Negli ultimi anni, percentuali e ammontare massimo dei rimborsi sono cresciuti, le franchigie sono state ridotte, la copertura per servizi ambulatoriali estesa (**Tabella 3**). Nel 2008 è altresì previsto che le province costiere si adeguino al nuovo standard di contribuzione fissato in 80 yuan pro capite, mentre le aree più povere dell'entroterra avranno due anni di tempo per adempiere a tale disposizione¹¹.

A prescindere all'aumento dei sussidi, rimangono a oggi lettera morta le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che sottolinea la necessità di includere salute materno-infantile e prevenzione nel pacchetto di servizi¹². A eccezione dei rimborsi per il parto ancora insufficienti e dell'esenzione totale dalle spese di immunizzazione applicata in poche contee, nulla è stato fatto in questa direzione.

Tabella 3. SMCR. Differenze tra prima e dopo il 2006 nei livelli di franchigia e di rimborso.

struttura	Franchigia (Yuan)			Rimborsi (%)			Rimborso max (Yuan)	Rimborso parto (Yuan)
	CST	OdC	Osup	CST	OdC	Osup	tutte le strutture	tutte le strutture
pre 2006	150	500	2.000	50	45	35	15.000	150
post 2006	100	350	2.000	60	50	40	16.000	200

CST: Centro sanitario di Township; OdC: Ospedale di Città/Contea; Osup: Ospedale di livello superiore **10 Yuan = 1 Euro**

La definizione del pacchetto assicurativo, di norma svolta dalle singole contee, sta gradualmente divenendo competenza dei governi provinciali. Il primo esempio di armonizzazione è quello realizzato nel Guangxi, le cui autorità hanno nel gennaio 2007 definito un piano assicurativo di riferimento per le contee sotto la propria giurisdizione.

2) **Riforma dei metodi di pagamento:** nonostante il FFS rimanga il metodo di pagamento più diffuso, in alcune contee è in corso la sperimentazione di DRGs (*Diagnosis Related Groups*: sistema forfettario di remunerazione dei ricoveri ospedalieri). A Zhenan, contea povera dello Shaanxi, nel 2003 sono state selezionate 54 diagnosi cui applicare il nuovo sistema di pagamento, fissando livelli di spesa e rimborso differenziati in base al tipo di struttura medica. Nel caso dell'appendicectomia, il limite di spesa nel 2004 era di 1.000 yuan per il centro sanitario di township e 1200 yuan per l'ospedale di contea, con rimborsi rispettivamente del 60% e 50%. L'introduzione del metodo DRGs si è tradotta in un tasso di rimborso reale più alto rispetto alla media nazionale, 38% contro 25% (2004). Inoltre, ha permesso di fermare la crescita della spesa medica. Risultati simili sono stati raggiunti anche nella contea di Lindian (Heilongjiang), dove il rimborso reale per i servizi ospedalieri ha raggiunto il 46%, a fronte del 30% registrato nelle vicine contee di Baoqing e Linkou (FFS)¹³. Le resistenze a una riforma complessiva dei metodi di pagamento sono molte, in particolare da parte dei *provider*. Tuttavia, in occasione della Conferenza nazionale sullo SMCR 2008, i vertici del Ministero della Sanità si sono espressi in maniera favorevole riguardo all'introduzione di metodi di pagamento quali DRG o forfettario per i servizi ospedalieri¹⁴.

3) **Gestione:** l'amministrazione dei fondi e delle pratiche di rimborso, di norma competenza degli uffici SMCR di contea, è sempre più di frequente delegata a compagnie assicurative private. Il coinvolgimento di tali compagnie, che viene peraltro promosso dal governo centrale, ha due ragioni: da un lato è difficile reperire personale dotato delle necessarie competenze, dall'altro delegare costa meno che istituire un apposito ufficio. Un fattore questo assai sentito dai governi locali, che devono sobbarcarsi le spese amministrative attingendo al budget fiscale e non ai fondi SMCR, destinati ai rimborsi.

*Integrazione con gli altri strumenti del welfare sanitario:
Assistenza Finanziaria Medica e Assicurazione Medica
di Base urbana*

1) **Integrazione con l'Assistenza Finanziaria Medica (AFM):** questo strumento è stato introdotto nel 2000 con lo scopo di fornire agli utenti poveri sostegno economico in caso di malattia. L'integrazione con lo schema cooperativo è iniziata nel 2003, quando l'azione dell'AFM nelle aree rurali è andata focalizzandosi in:

- pagamento premi individuali per gli utenti poveri;
- corresponsione rimborsi aggiuntivi a quello SMCR per gli utenti poveri.

Nel 2006 l'AFM ha pagato premi individuali per 10 milioni di utenti, promuovendo l'adesione allo schema delle fasce più svantaggiate (si noti che 30 milioni di persone vivono attualmente al di sotto della soglia di povertà ufficiale, pari a un reddito di 690 yuan pro capite all'anno).

Il rimborso aggiuntivo dell'AFM, consentendo di raggiungere al massimo il 60% della spesa totale, non sembra tuttavia poter incidere profondamente sull'utilizzo dei servizi sanitari da parte degli utenti poveri¹⁵. Questi, in buona parte dei casi, non potranno infatti permettersi l'alto co-pagamento. I fondi destinati all'adesione dei poveri dall'AFM, confluiti nell'unico fondo di rischio sociale, verranno dunque di fatto utilizzati per erogare rimborsi agli utenti più ricchi, provvisti della liquidità necessaria a saldare il conto dell'ospedale.

2) **Integrazione con l'Assicurazione Medica di Base urbana (AMB):** l'AMB, che copre attualmente 170 milioni di lavoratori urba-

ni, è finanziata dalle contribuzioni di impresa e lavoratore dipendente, per un valore pari all'8% del salario annuale. Nel 2007 il premio annuale medio era di circa 1.000 yuan pro capite, con rimborsi standard per il servizio ospedaliero compresi fra 50% e 80%. L'integrazione dell'AMB con lo SMCR viene da molti, OMS *in primis*, considerata opportuna, in virtù dei flussi migratori interni (i *migrant workers* sono almeno 120 milioni) e del massiccio fenomeno di urbanizzazione in atto (nel 2025 il 60% della popolazione cinese vivrà nelle città). Secondo l'ex ministro della sanità Gao Qiang, "il processo di integrazione è auspicabile [...] ma non praticabile in tempi brevi". L'ostacolo principale alla fusione dei due sistemi consisterebbe nel fatto che essi vengono adottati in aree con una forte differenza in termini di sviluppo, da cui deriva un gap consistente in termini di contribuzione pro capite e benefici. Pur in assenza di una chiara politica centrale, alcune autorità locali stanno sperimentando soluzioni innovative. È il caso di Jiading, distretto di Shanghai. Qui l'amministrazione dei fondi SCMR è affidata all'ufficio della sicurezza sociale, lo stesso addetto a gestire l'AMB. L'assicurazione per i residenti rurali è finanziata da utente (49%), settore collettivo e imprese locali (38%), governo locale (13%), con un premio pro capite annuale di 267 yuan (2005)¹⁶.

Struttura organizzativa simile a quella dell'AMB e premi individuali più vicini a quelli dell'assicurazione urbana, fanno della soluzione adottata a Jiading un modello possibile per la futura integrazione di AMB e SMCR. È evidente, tuttavia, che una contribuzione basata per metà sul premio individuale sarebbe impraticabile nella maggior parte delle aree rurali, assai più povere che le campagne di Shanghai, dove il reddito contadino medio è quasi tre volte quello nazionale (9.138 yuan pro capite, contro 3.587 yuan).

Conclusioni

Lo SMCR si è dimostrato discretamente efficace nell'incrementare l'utilizzo dei servizi sanitari. Tuttavia, rimangono seri dubbi su equità di accesso e livello di protezione finanziaria. La crescita della contribuzione governativa, l'integrazione di SMCR e AFM e la sperimentazione di forme di pagamento alternative al FFS vanno nella giusta direzione, ma è necessario che il governo investa risorse anco-

ra maggiori, lavorando al contempo a una riforma complessiva dei metodi di pagamento.

L'istituzione di un sistema assicurativo integrato è ancora lontana. L'alto grado di decentralizzazione (finanziaria e decisionale) in materia di sanità e il gap in termini di sviluppo fra città e campagne rendono difficile l'armonizzazione di AMB e SMCR. Recenti dichiarazioni rilasciate dal ministro della sanità Chen Zhu, il quale ha indicato nel processo di integrazione una delle priorità dello sviluppo del settore sanitario¹⁷, lasciano tuttavia supporre che esperienze come quella citata prima (nella parte del capitolo "Lo SMCR: dinamiche di sviluppo e integrazione con gli altri strumenti del welfare sanitario nazionale") verranno presto replicate in altre parti del Paese, fornendo indicazioni per la futura creazione di una assicurazione sanitaria nazionale.

Note bibliografiche

¹ UNDP. China Development Report 2005, October 2005.

² P. Agnelli, P. Maciocco, G. Cina. In: Osservatorio Italiano sulla Salute Globale. *A caro prezzo. Le diseguaglianze nella salute*. Edizioni ETS, Pisa, 2006, pp. 197-209.

³ Ministero della Sanità, RPC, Annuario statistico sanitario 2007, giugno 2007, www.moh.gov.cn (cinese).

⁴ Per i dati su spese correnti, vedi nota 1.

⁵ Ministero della Sanità, RPC, Rapporto statistico sullo sviluppo del settore sanitario 2006, maggio 2007, www.moh.gov.cn (cinese).

⁶ W. Yip, W. Hsiao, The Chinese Health System at a Crossroad. *Health Affairs* 2008; 27 (2): 460-68.

⁷ Ministero della Sanità, RPC, Conferenza nazionale sullo SMCR 2007 – materiali di dibattito, gennaio 2007 (cinese).

⁸ A. Wagstaff et al., Extending Health Insurance to the Rural Population: An Impact Evaluation of China's New Cooperative Medical Scheme, WB, March 2007.

⁹ Ministero della Sanità, RPC, La sperimentazione dello SMCR ha raggiunto brillanti risultati, settembre 2005, www.moh.gov (cinese).

¹⁰ A. Wagstaff, M. Lindelow, Can Insurance Increase Financial Risk? The Curious Case of Health Insurance in China, WB, October 2005.

¹¹ Ministero della Sanità, RPC, Conferenza nazionale sullo SMCR 2008 – analisi cronache della conferenza diffuse sui media nazionali, febbraio 2008 (cinese).

¹² WHO. Implementing the new CMS in rapidly changing China – issues and options, April 2004.

¹³ Z. Mao, Pilot Program of NCMS in China: System Design and Progress, WB, October 2005.

¹⁴ Vedi nota 11.

¹⁵ Ministero della Sanità, RPC, Conferenza nazionale sullo SMCR 2007 intervento della vice premier Wu Yi, gennaio 2007 (cinese).

¹⁶ Vedi nota 13.

¹⁷ Vedi nota 11.

2.3.3. Cuba

di Maurizio Bonati

*“Le cure primarie e la medicina di famiglia
saranno la strategia principale per la salute nel secolo XXI”
Fidel Castro Ruz*

Introduzione

Nonostante l’esperienza cubana rappresenti, da alcuni decenni nell’ambito della Salute Pubblica Globale, uno dei modelli più efficaci per la prevenzione, il controllo e la riduzione delle malattie in una nazione, il modello sanitario cubano è largamente ignorato e occasionalmente citato nella letteratura scientifica internazionale^{1,2}. A differenza di quanto avvenuto dopo la pubblicazione del rapporto “*Investing in Health*” della Banca Mondiale nel 1993 che ha caratterizzato la riforma sanitaria di molti Paesi, non solo latinoamericani, verso il controllo dei costi con la partecipazione dei cittadini alla spesa (*user fees*), la separazione delle funzioni tra fornitori e acquirenti (beneficiari) e la privatizzazione dei servizi³, Cuba ha mantenuto e implementato un sistema sanitario pubblico basato sui principi di responsabilità, equità e copertura universale dell’assistenza^{4,5}.

L’unicità di alcuni dei risultati raggiunti dall’esperienza cubana (**Tabella 1**) devono essere valutati considerando il contesto politico internazionale in cui questi sono stati raggiunti (p.es. embargo iniziato nel 1961 e la sospensione della cooperazione con l’Unione Sovietica della fine degli anni ’80) e il confronto con altre nazioni (**Tabella 2**).

Sistema Sanitario Cubano

Nel 1959, anno della rivoluzione cubana, il settore sanitario era eterogeneo e rudimentale basato su un solo ospedale universitario, una scuola di medicina e prestazioni in maggioranza private erogate

Tabella 1. Risultati ottenuti nella salute pubblica a Cuba.

- Prima nazione ad aver eliminato la poliomielite – 1962
- Prima nazione ad aver eliminato il morbillo – 1996
- Nazione con il minor tasso di AIDS
- Il programma più efficace per il controllo del dengue nelle Americhe
- La più elevata copertura sanitaria: 1 medico ogni 120-160 famiglie
- I più alti tassi mondiali di trattamento e controllo dell'ipertensione
- La riduzione dei tassi di mortalità cardiovascolare del 45%
- Tasso di mortalità infantile di 5,8 %
- La realizzazione e implementazione di un piano sanitario completo per le Americhe
- Corsi di medicina gratuita per studenti africani e latinoamericani
- Invio di 34.000 medici in 52 nazioni con scarse risorse
- Creazione di una rete informatica biomedica nazionale (INFOMED)
- Creazione di un settore di sviluppo e ricerca biotecnologia
(realizzazione del primo vaccino polisaccardico umano)

da 6.300 medici, due terzi dei quali residenti all'Avana⁶. La metà di questi medici abbandonarono Cuba entro la metà degli anni '60 per trasferirsi, principalmente, negli Stati Uniti in disaccordo con il governo cubano e la riforma sanitaria che riduceva i loro privilegi e il loro potere in favore di un servizio sanitario pubblico, capillarmente distribuito su tutto il territorio nazionale. Le priorità iniziali furono la creazione e implementazione dell'igiene ambientale (rete idrica e fognaria), la prevenzione delle malattie infettive trasmissibili (vaccinazioni) e lo sviluppo sanitario nelle aree rurali⁷. Successivamente fu creato un sistema regionale di policlinici (ambulatori) e ospedali integrato nella riforma del 1984 centrata sulle cure primarie, a partire dalla medicina di famiglia⁸. Oggi i medici cubani sono circa 70.000, 31.000 sono medici di famiglia che hanno in carico 120-160 famiglie (circa 600 persone) ciascuno^{9,10}.

Ogni medico di famiglia è assistito da un'infermiera con cui con-

Tabella 2. Indicatori sanitari e socio-economici.

Variabile	Cuba	USA	Cina	Brasile
Popolazione (milioni)	11,3	299,0	1.300,0	186,7
Aspettativa di vita alla nascita (anni)	77,7	77,9	72,5	71,7
Tasso di fertilità (nascite per donna)	1,5	2,1	1,8	2,3
Tasso di mortalità infantile (% nascite)	6,0	6,0	23,0	31,0
Prevalenza di malnutrizione (% bambini <5anni)	3,9	-	10,0	6,0
Prevalenza pazienti HIV positivi (% popolazione 15-49 anni)	0,1	0,6	0,1	0,5

Indice di sviluppo umano [posizione 177 nazioni]	0,838 [51]	0,951 [12]	0,777 [81]	0,800 [70]
PIL pro capite (SPP \$)	6.000	41.890	6.757	8.402
Indice di povertà [posizione 177 nazioni]	4,7 [103]	-	11,7 [80]	9,7 [86]
Probabilità di non sopravvivere oltre 40 anni di età (%)	3,1	-	6,8	9,2
Popolazione senza accesso alla rete idrica (%)	9,0	-	23,0	10,0
Educazione terzo livello (%)	61,5	82,7	20,3	16,1

Fonte: The World Bank (<http://devdata.worldbank.org>); Human Development Report 2007/2008 (<http://hdrstats.undp.org>).

divide tutta l'attività preventiva e assistenziale, sia ambulatoriale che domiciliare. Entrambi dispongono gratuitamente di un piccolo appartamento residenziale contiguo all'ambulatorio: solitamente è una piccola costruzione indipendente dagli edifici attigui. Il salario mensile è di circa 30\$ per il medico e 25\$ per l'infermiera per cinque giorni lavorativi (lunedì-venerdì); il sabato mattina è solitamente dedicato ai corsi di aggiornamento presso i policlinici o gli ospedali. Sono previste, annualmente, alcune settimane di ferie¹¹. Le visite domiciliari sono di routine perché il team formato dal medico e dall'infermiera ha la responsabilità di conoscere lo stato di salute di ciascuno dei propri assistiti nell'ambito della famiglia, della casa e del quartiere.

Il secondo livello di assistenza è rappresentato dai 436 policlinici (centri polifunzionali di zona, con prestazioni tipo day hospital) a

cui i medici di famiglia indirizzano e accompagnano i propri assistiti che necessitano di prestazioni diagnostiche, terapeutiche o riabilitative specialistiche.

Il terzo livello è costituito da 279 ospedali ad elevata specializzazione alcuni dei quali di eccellenza internazionale (p.es. cardiologia, dialisi, immunologia, trapianti). Oltre a queste strutture sparse sull'isola ci sono 197 strutture residenziali per anziani, 227 case del parto, alcune strutture per disabili e un "sanatorio" per pazienti HIV positivi¹².

Cuba spende circa il 16% del suo PIL per la sanità che corrisponde a 320\$ anno/pro capite⁴.

INFOMED il network sanitario cubano

A partire dal 1992 è stato sviluppato il network e il portale INFO-MED per migliorare la comunicazione, il coordinamento e l'informazione nell'ambito del sistema sanitario universitario cubano¹³. Alla realizzazione del sistema informatizzato e di telecomunicazioni hanno contribuito il Programma di Sviluppo delle Nazioni Unite (UNDP), l'Organizzazione Mondiale e Panamericana della Sanità e l'UNICEF. La rete collega, su tutto il territorio nazionale, i centri provinciali di informazione, gli istituti di ricerca, gli ospedali e le università¹⁴.

Sviluppato principalmente con *open source software* il portale INFOMED include una biblioteca virtuale che consente di consultare riviste di biomedicina e database bibliografici internazionali. A partire dal 1999 è stato sviluppato anche un corso universitario a distanza in epidemiologia e Salute Pubblica. Il portale offre, inoltre, numerose infrastrutture informative ed educative in differenti aree della medicina (p.es. chirurgia e pediatria). Ciascuna istituzione sanitaria cubana può disporre di un'area dedicata sia per le proprie attività formative, di ricerca o di gestione. Tutti gli operatori sanitari, anche i medici e le infermiere delle cure primarie, hanno libero accesso¹⁵.

Embargo USA e "sblocco" dall'Unione Sovietica

Il contemporaneo mantenimento dell'embargo americano e la ridefinizione dell'Unione Sovietica con la conseguente sospensione

degli aiuti e scambi economici ha caratterizzato il periodo 1991-1994 come il “periodo speciale” di grave crisi economica e difficoltà di sopravvivenza per gran parte del popolo cubano¹⁶. La contrazione del 30% dell’economia cubana e la sospensione di approvvigionamento estero di farmaci, prodotti alimentari, prodotti per l’industria e l’agricoltura ha determinato un peggioramento della salute¹⁷. La distribuzione razionata dei beni alimentari essenziali, sebbene mirata a privilegiare donne gravide, bambini e anziani, non ha prevenuto la comparsa di malattie associate alla carenza di vitamine, proteine e micronutrienti che hanno afflitto oltre 50.000 cubani. Il consumo medio giornaliero di calorie nel 1979 era di 3100 Kcal, mentre nel 1994 si ridusse a 1863 Kcal. In quel periodo si è verificata un’epidemia di neuropatia periferica e ottica, e la proporzione di neonati sottopeso aumentò del 23% passando dal 7,3% nel 1989 al 9,0 nel 1993¹⁶.

Nel 1991 il 50% delle gravide e dei neonati di un anno risultavano anemici¹⁸. Lo stato di salute della popolazione era regredito di un decennio e sono stati necessari alcuni anni e una serie di interventi mirati a favorire lo sviluppo di un’economia agricola interna locale per recuperare la qualità di vita persa. Analogamente a quanto successo e documentato in altre nazioni (p.es. Iraq, Haiti, Palestina)^{19,20}, le sanzioni economiche hanno ripercussioni drammatiche sullo stato di salute dei popoli che le subiscono, in particolare le popolazioni più deboli²¹, nonostante la scarsa efficacia politica dello “strumento embargo”²².

Salute Materno Infantile

Dopo il Canada, Cuba rappresenta la nazione delle Americhe con il minor tasso di mortalità infantile, con un valore tra i più bassi a livello internazionale (**Tabella 3**)²³.

E’ il risultato di una lunga strategia, iniziata subito dopo la rivoluzione, che ha posto la salute materno infantile al centro delle priorità nazionali.

Nel 1959 la mortalità infantile era di 60 morti ogni 1.000, quella materna era di 137,8 morti ogni 100.000 nascite²⁴, oggi sono rispettivamente 5,8 e 39,5. Il contributo maggiore al miglioramento della salute materno infantile è stato fornito dal *Programa Nacional de*

Tabella 3. Andamento tasso di mortalità infantile (per 1000 nati), bambini <5 anni d'età, nel periodo 1960-2005.

Anno	Cuba	USA	Cina	Brasile
1960	54	30	-	176
1970	43	26	118	136
1980	22	15	60	91
1990	13	12	45	57
2000	9	9	37	30
2005	7	7	25	21

Fonte: <http://childinfo.org>

Atencion Materno-Infantil – PAMI lanciato nel 1970 che nell'arco di un trentennio, nonostante le difficoltà economiche degli inizi '90 e alcune calamità naturali, ha più che dimezzato il tasso negativo di una serie di indicatori sociosanitari⁴.

Tuttavia la mortalità materna rimane elevata confrontata con quella di altri Paesi suggerendo che l'assistenza ostetrica necessita di ulteriori implementazione anche tecnologica per il monitoraggio e la cura delle gravidanze a rischio (**Tabella 4**)²⁵.

Tabella 4. Indicatori dell'assistenza al parto nel periodo (2000-2006).

Variabile	Cuba	USA	Cina	Brasile
Diffusione assistenza perinatale (%)	100	-	90	97
Assistenza qualificata al parto (%)	100	99	98	88
Parti in centri sanitari (%)	-	-	83	97
Tasso d mortalità materna (per 100.000 nati)	37	8	17	76

Fonte: The State of the World's Children 2008: Child Survival (<http://www.unicef.org>)

Malattie cardiovascolari e tumori

A partire dal 1970 le malattie cardiovascolari (in particolare, ipertensione e infarto miocardico) rappresentano la causa principale di mortalità a Cuba²⁶.

Una serie di interventi preventivi e di organizzazione dei servizi territoriali ha contribuito nell'arco di un trentennio a dimezzare i tassi di mortalità per le malattie cardiovascolari, raggiungendo valori simili a quelli europei e del nord America (**Figura 1**)^{4,27,28}.

I farmaci antipertensivi essenziali e la streptochinasi ricombinante sono prodotti a livello nazionale e disponibili per tutta la popolazione²⁹. Oltre il 60% di pazienti con infarto miocardico riceve un trattamento antitrombolitico entro 30 minuti dall'evento acuto³⁰.

Meno positivi sono invece i risultati ottenuti in ambito oncologico. Il tasso di mortalità per tumori è aumentato da 115,9 per 100.000 nel 1988 a 125,6 nel 2003²⁴. I tumori più frequenti sono il carcinoma polmonare e quello della prostata seguiti dal tumore alla mammella e al colonretto³¹. Le campagne per ridurre il consumo di

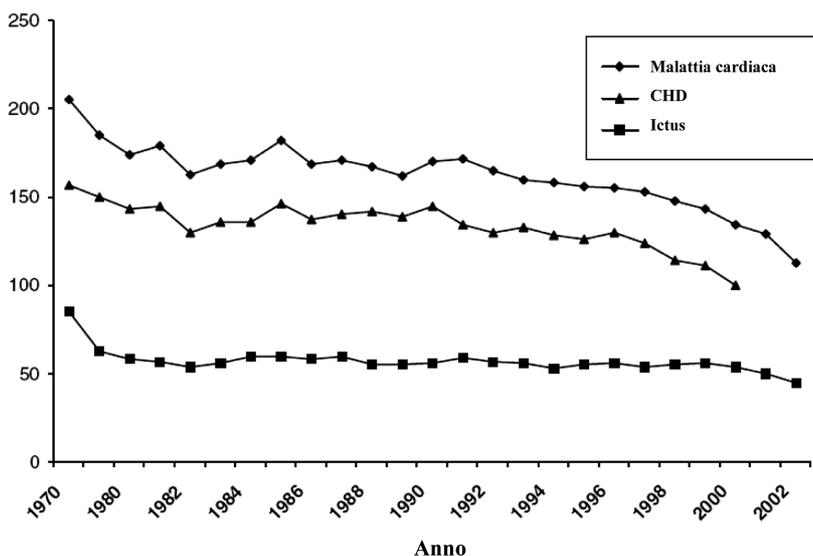


Figura 1. Andamento del tasso di mortalità aggiustato per età per malattie cardiovascolari a Cuba nel periodo 1970-2002. (4)

tabacco, in un Paese produttore e con la cultura del fumo, sono risultate a tutt'oggi scarsamente efficaci.

Malattie infettive

Nel 1962 vennero indetti a livello nazionale “i giorni della vaccinazione” un’iniziativa che risultò efficace, per sensibilizzare e raggiungere in breve tempo, tutta la popolazione target e che venne ripresa successivamente in molti altri Paesi. Come riconosciuto dall’OMS, l’ultimo caso di morbillo registrato a Cuba è stato nel 1995 e dal 2005 non si sono verificati casi di difterite, polio, tetano, rosolia e febbre gialla³².

L’investimento fatto dal Governo cubano per sviluppare la ricerca immunologia di eccellenza con un’impronta di Salute Pubblica ha consentito di sviluppare una solida industria biotecnologia, in particolare nel settore dei vaccini³³. Un risultato importante anche in considerazione delle difficoltà di approvvigionamento di reagenti e strumentazione causate dall’embargo statunitense.

Oggi i bambini cubani, a differenza di tutti gli altri nel mondo, sono vaccinati contro 13 malattie infettive, quando il calendario dell’OMS ne prevede solo 7. Cuba produce il solo vaccino oggi disponibile contro il meningococco di gruppo B che è risultato efficace ed è esportato in 30 nazioni^{34,35}.

L’interferone, gli anticorpi monoclonali, le immunoglobuline e le citochine sono alcuni dei prodotti immunologici sviluppati e distribuiti a Cuba. Nel campo dell’HIV/AIDS, un’infezione con una bassa prevalenza nell’isola (<0,1% della popolazione 15-49 anni d’età), oltre a disporre della terapia antiretrovirale convenzionale, la ricerca cubana ha sviluppato nuove molecole in avanzata fase di sperimentazione³⁶.

Anche contro il dengue, una malattia endemica nella regione equatoriale, sono stati raggiunti importanti successi a partire dal 1981 quando si verificò la prima epidemia; un vaccino è in fase di sviluppo³⁷.

Salute orale

A Cuba ci sono 4 scuole dentali circa 9800 dentisti e 9300 tecnici che lavorano in 464 cliniche/ambulatori dentali. Uno specifico modello di intervento basato sulla divisione della popolazione cubana in 8 coorti garantisce l'assistenza e l'educazione dentale³⁸.

Ogni anno una coorte riceve una cura dentale completa, specifica, mentre alle altre 7 coorti è garantita oltre all'assistenza al bisogno, un controllo. Le 8 coorti sono così costituite: gravide; madri e bambini nel primo anno di vita; bambini ≤ 4 anni d'età; bambini 5-11 anni; bambini 12-14 anni; adolescenti 15-18 anni; disabili; adulti >60 anni d'età. Ciascuna coorte riceve informazioni sulla corretta igiene orale, visita ortodontica e gli interventi necessari. L'intervento si è dimostrato efficace nel ridurre la patologia ortodontica, in particolare nei bambini (4,4% nel 1984, 1,3% nel 2002)³⁹.

La cooperazione sanitaria internazionale cubana

Due sono le linee principali di cooperazione internazionale: la formazione di medici stranieri a Cuba (medici provenienti da Paesi con scarse risorse) e l'invio di medici cubani in realtà internazionali bisognose di assistenza sanitaria.

Dal 1999 è in funzione all'Avana la Scuola Latinoamericana di Medicina (ELAM)⁴⁰ per la formazione medica gratuita di studenti provenienti da oltre 30 Paesi. Sono circa 22.000 gli studenti stranieri che beneficiano di borse di studio per studiare medicina nelle 28 scuole di Cuba.

Il programma di studio dell'ELAM per la maggioranza degli studenti comincia con un anno di corso di "livellamento" che permette loro di porsi al corrente delle conoscenze di base in matematica, scienze e spagnolo. Alla fine degli studi, che possono durare fino ad otto anni, gli studenti ritornano ai loro Paesi d'origine.

I medici cubani sono invece presenti in 52 nazioni, in particolare in Africa, Asia e Latinoamerica⁴¹. Attualmente circa 20.000 medici cubani sono in Venezuela in base ad un accordo di scambio tra i due Paesi: medici vs petrolio e aiuti economici. Il progetto sanitario (*Misión Barrio Adentro*) prevede l'assistenza sanitaria nelle zone rurali e

in quelle povere urbane venezuelane⁴². Nonostante la necessità e l'efficace lavoro per il miglioramento della salute del popolo venezuelano la presenza dei medici cubani non è indolore, infatti i medici venezuelani hanno recentemente protestato contro questa esternalizzazione dell'assistenza sanitaria⁴³. Nel frattempo, seppur ancora contenuta, è iniziata una fuga di medici cubani che al termine della loro missione non rientrano in patria, ma migrano in altri Paesi^{44,45}.

Il significato dell'esperienza cubana

Pregiudizi politici e culturali hanno sicuramente condizionato l'analisi e la valutazione dell'organizzazione e dei risultati ottenuti dal sistema sanitario cubano. Il modello cubano, infatti, nonostante i miglioramenti nella salute raggiunti dall'intera popolazione e riconosciuti dalle varie Agenzie internazionali, rimane largamente sconosciuto nel mondo scientifico internazionale^{1,2}. Lo scetticismo del Nord del mondo al modello cubano può essere, in parte, attribuito alla contraddizione tra la limitazione dei diritti civili sull'isola e la realizzazione di programmi sanitari ed educativi strutturali basati sui principi di equità e partecipazione^{46,47}.

Il successo di un approccio di Salute Pubblica multidimensionale maturato negli ultimi 50 anni è incontrovertibile. L'efficacia di interventi preventivi, lo sviluppo di un intero settore nazionale di biotecnologie, la produzione di strumenti diagnostici e presidi preventivi terapeutici avanzati sono alcuni dei traguardi raggiunti da Cuba e solo da poche altre nazioni; in verità, da nessun'altra se si considerano le condizioni economiche imposte dall'embargo e i tempi rapidi di realizzazione dei progetti. Il modello cubano rappresenta la realizzazione dei principi promulgati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1978 ad Alma Ata per la realizzazione di sistemi sanitari basati sulla *primary care*. Alcuni Paesi si sono successivamente, in parte, adeguati (p.es. Italia e Inghilterra), Cuba è stata invece un pioniere.

Il modello cubano è oggi visto con simpatia e attenzione da molti Paesi con scarse risorse (e in alcuni addirittura esportato): una sua attenta valutazione e un'apertura bidirezionale dell'intera comunità scientifica internazionale contribuirebbero a realizzare quella "salute per tutti" ancora disattesa.

Note bibliografiche

- ¹ H. Waitzkin, C. Iriart, A. Estrada, S. Lamadrid, Social medicine in Latin America: productivity and dangers facing the major national groups. *Lancet* 2001; 358: 315-323.
- ² J. Westberg, An Interview of Cosme Ordóñez Carceller. *Education for Health* 2006; 19: 390-397.
- ³ F. Mullan, Affirmative Action, Cuban Style. *N Engl J Med* 2008; 351: 2680-2682.
- ⁴ R.S. Cooper, J.F. Kennelly, P. Orduñez-García, Health in Cuba. *Int J Epidemiol* 2006; 35: 817-824.
- ⁵ M. Franco, J.F. Kennelly, R.S. Cooper, P. Orduñez-García, La salud en Cuba y los objetivos de desarrollo del milenio. *Rev Panam Salud Publica* 2007; 21: 239-250.
- ⁶ E.L. Baker, Cuba Study Group. *The Cuban Health Care System and its achievement. Cuba's health system: an alternative approach to health delivery.* Houston, TX: University of Texas Health Science Center at Houston, 1975.
- ⁷ J.M. Feinsilver, *Healing the Masses. Cuban Health Policies at Home and Abroad.* Berkely, CA: University of California Press, 1993.
- ⁸ E. De la Torre Montejo, C.M. López Pardo, M. Márquez, J.A. Gutiérrez Muñoz, O.F. Rojas, Salud para todos si es possible. Ciudad de La Habana: Mercie Group-ENPSES, CUJAE; 2005.
- ⁹ MINSAP (Ministerio de Salud Pública). *Anuario Estadístico 2006.* La Habana, Cuba.
- ¹⁰ PAHO. Cuba. In *Health in the Americas Panamerican Health Organization (PAHO): Washington 2007*, 262-279.
- ¹¹ S.E. Birch, L. Norlander, The cuban paradox. *AJN* 2007; 107: 75-79.
- ¹² MINSAP (Ministerio de Salud Pública). *Estadísticas de salud de Cuba. 2008* http://www.dne.sld.cu/minsap/undades_según_subordinación.htm.
- ¹³ INFOMED. Website. Available from: <http://www.sld.cu> (Acceso del 5 settembre 2008).
- ¹⁴ A.C. Séror, A case analysis of INFOMED: the Cuban national telecommunications network and portal. *J Med Internet Res* 2006; 8:e1.
- ¹⁵ A.C. Séror, Unique lessons from the Cuban National Health Care Network and Portal-INFOMED. *Health Information and Libraries Journal* 2007; 24: 216-221.
- ¹⁶ R. Garfield, S. Santana, The impact of the economic crisis and the US embargo on health in Cuba. *Am J Public Health* 1997; 87: 15-20.
- ¹⁷ M. Barry, Effect of the U.S. embargo and economic decline of health in Cuba. *Ann Intern Med* 2000; 132: 151-154.
- ¹⁸ R. Ubell, High-tech medicine in the Caribbean. 25 years of Cuban health care. *N Engl J Med* 1983; 309: 1468-1472.
- ¹⁹ M. Bonati, Le sanzioni sulla salute. In: *Not in my name. Guerra e Diritto. A cura di Bimbi L.* Editori Riuniti, Roma 27-35; 2003.
- ²⁰ M.K. Albright, Economic sanctions and public health: a view from the department of State. *Ann Intern Med* 2000; 132: 155-157.
- ²¹ K. Morin, Miles SH for the Ethics and Human Rights Committee. The health effects of economic sanctions and embargoes: the role of health professionals. *Ann Intern Med* 2000; 132: 158-161.
- ²² S.P. Marks, Economic sanctions as human rights violations: reconciling political and public health imperatives. *Am J Public Health* 1999; 89: 1509-1513.
- ²³ F. Varona Rodriguez, N. Bonet Lopez, I. Choonara, Child health in Cuba. *Arch Dis Child*, doi:10.1136/adc.2007.131615. Published Online First: 7 May 2008.
- ²⁴ Ministry of Public Health. *Annual Statistical Report on Health.* Havana, Cuba (Ministerio de Salud Publica. *Anuario Estadístico de Salud.* Republica de Cuba. La Habana, Cuba). Available at: <http://www.infomed.sld.cu/servicios/estadísticas/> (Acceso del 5 settembre 2008).

- ²⁵ E. Cabezas Cruz, Evolución de la mortalidad materna en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública* 2006; 32: 1-9.
- ²⁶ R.M. Torres Vidal, M.A. Gran Alvarez, Panorama de la salud del adulto mayor en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública* 2005; 31: 109-118.
- ²⁷ R.S. Cooper, P. Ordunez, M.D.I. Ferrer, J.L.B. Munoz, A. Espinosa-Brito, Cardiovascular disease and associated risk factors in Cuba: prospects for prevention and control. *Am J Public Health* 2006; 96: 94-101.
- ²⁸ P. Ordunez, J.L.B. Munoz, A. Espinosa-Brito, L.C. Silva, R.S. Cooper, Ethnicity, education and blood pressure in Cuba. *Am J Epidemiol* 2005; 162: 49-56.
- ²⁹ E. Diogene, P.J. Perez, A. Figueras, J.A. Furones, F. Debesa, J.R. Laporte, National Pharmacoepidemiology Network. The Cuban experience in focusing pharmaceuticals policy to health population needs: initial results of the National Pharmacoepidemiology Network (1996-2001). *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2003; 12: 405-407.
- ³⁰ P. Ordúñez-García, M. Iraola-Ferrer, Y. La Rosa-Linares, Reducing mortality in myocardial infarction. Experience in Cuba shows optimizing thrombolysis may reduce death rates in poor countries. *BMJ* 2005; 330: 1271-1272.
- ³¹ C. Bosetti, M. Malvezzi, L. Chatenoud, E. Negri, F. Levi, C. La Vecchia, Trends in cancer mortality in the Americas, 1970-2000. *Ann Oncol* 2005; 16: 489-511.
- ³² C. Sansom, Tackling infectious disease in Cuba. <http://infection.thelancet.com> 2007; 7: 376. (Acceso del 27 Maggio 2008).
- ³³ A. Lage, Connecting immunology research to public health: Cuban biotechnology. *Nat Immunol* 2008; 9: 109-112.
- ³⁴ G.V.G. Sierra, H.C. Campa, N.M. Varcacel *et al.*, Vaccine against group B neisseria meningitidis: protection trial and mass vaccination results in Cuba. *NIPH Ann* 1991; 14: 195-210.
- ³⁵ C.J. de Morales, B.A. Perkins, M.C. Camargo *et al.*, Protective efficacy of a serogroup B meningococcal vaccine in Sao Paulo, Brazil. *Lancet* 1992; 340: 1074-1078.
- ³⁶ C. Sansom, Tackling infectious disease in Cuba. *Lancet* 2007; 7: 376.
- ³⁷ M.G. Guzmán, Deciphering Dengue: The Cuban Experience. *Science* 2005; 309: 1495-1497.
- ³⁸ Pan America Health Organization. *Health in the Americas*, Vol. 1, Washington DC 2002.
- ³⁹ A.I. Hazlewood, Oral Health in Cuba. *NYSDJ* 2007; 48-50.
- ⁴⁰ Latin American Medical School – ELAM, <http://www.medicc.org/ns/index.php?s=10&p=0>. (Acceso del 5 settembre 2008).
- ⁴¹ P. De Vos, P. Van der Stuyft, Cuba's international cooperative efforts in health. *BMJ* 2006; 333: 603.
- ⁴² S. Carrello de Albornoz, On a mission: how Cuba uses its doctors abroad. *BMJ* 2006; 333: 464.
- ⁴³ T. Villanueva, S. Carrello de Albornoz, Venezuelan doctors resent their government's importation of Cuban doctors. *BMJ* 2008; 336: 578-579.
- ⁴⁴ M. Ceaser, Cuban doctors working abroad defect to the USA. *Lancet* 2007; 369: 1247-1248.
- ⁴⁵ P. Van der Stuyft, P. De Vos, The USA and "cuban doctors working abroad". *Lancet* 2007; 369: 2160.
- ⁴⁶ A. Aitsiselm, An analysis of the Cuban Health system. *Public Health* 2004; 118: 599-601.
- ⁴⁷ F. Mullan, The metrics of the physician brain drain. *N Engl J Med* 2005; 353: 1810-1818.

2.3.4. Brasile

di Mauro Serapioni

*“Potenziare la gestione democratica e partecipativa
nel Sistema Único de Saúde ampliando il grado di coscienza sanitaria,
come ci ha insegnato Giovanni Berlinguer”*
(Brano del discorso di insediamento del Ministro della Salute,
Dott. José Gomes Temporão, pronunciato il 19/3/2007)

Profilo socio-economico e sanitario del Paese

Il Brasile ha una popolazione di circa 184 milioni di abitanti. Il prodotto interno lordo pro capite è di circa 5.000 dollari, ma ciò che rappresenta il vero problema è la grande iniquità nella distribuzione del reddito nazionale che continua a crescere, come segnalano i dati dell'ultimo censimento¹. Permangono anche le tradizionali disuguaglianze regionali: il numero di persone che riceve un salario minimo (circa 180 dollari al mese al cambio attuale) aumenta significativamente negli stati del Nord e del Nord-Est, e si riduce negli stati del Sud e del Sud-Est. Riguardo all'istruzione, i dati dell'ultimo censimento mostrano miglioramenti, anche se tuttora si registra il 23,5% di persone con più di 15 anni (36% nel Nord-Est) con una scolarità inferiore a quattro anni. Il ritmo di crescita della popolazione (84% della quale vive in aree urbane) è diminuito nel corso degli ultimi 30 anni, influenzato dal declino del tasso di fecondità, passando da 6,3 figli per donna del 1960, a 2,04 nel 2004². Anche il tasso di mortalità è diminuito, contribuendo ad aumentare significativamente la speranza di vita alla nascita: 68 anni per gli uomini e 75 per le donne². È interessante segnalare la costante riduzione della mortalità infantile, che è passata da 82,9 per mille nel 1980 a 22,58 nel 2002². Tale riduzione ha interessato tutte le regioni del Paese, anche se permangono forti disuguaglianze regionali.

Il Sistema sanitario pubblico brasiliano (Sistema Único de Saúde, SUS) – che nel 2008 compie 20 dalla sua istituzione (1988) – è costi-

tuito da più di 56.000 unità che erogano una gamma ampia di prestazioni, dalle attività di medicina di base fino ai servizi di alta complessità. La rete ospedaliera è formata da oltre 6.000 unità e circa 500.000 posti letto⁴.

A partire dal 1994, nell'ambito del processo di decentramento del sistema sanitario, fu lanciato il Programma di *Saúde da Família*, una strategia di assistenza di base in grado di trasformare il modello sanitario dominante e rafforzare le attività di prevenzione e promozione della salute. Tale modello, ancora in fase di consolidamento, ha sensibilmente migliorato l'accesso della popolazione alle cure primarie, soprattutto dei gruppi sociali più svantaggiati³.

Le grandi sfide della sanità brasiliana: disuguaglianze e segmentazione del sistema delle cure

Nonostante i progressi conseguiti, il sistema sanitario brasiliano non è ancora riuscito ad affrontare con determinazione il grande problema delle disuguaglianze sociali e regionali, disuguaglianze che si esprimono sia in termini di risorse distribuite e di accesso ai servizi sia in relazione allo stato di salute tra differenti gruppi sociali. Esiste un ampio consenso tra gli studiosi del settore^{5,6,7,8,9,10}, sul fatto che l'equità rappresenta, soprattutto in una società marcatamente disuguale come quella brasiliana, una grande sfida per un sistema sanitario pubblico che si prefigge l'obiettivo di migliorare la salute di tutti i cittadini.

Secondo alcune stime⁸, circa il 25% della popolazione, che è coperta da un'assicurazione sanitaria volontaria, dispone del 71% delle attività di diagnosi e terapia, e spende circa 819 *reais* pro capite (409 dollari). Per contro, il 75% della popolazione coperta dal servizio sanitario pubblico (SUS), dispone del 29% delle attività di diagnosi e terapia e spende circa 264 *reais* pro capite (132 dollari). Il differenziale tra offerta e domanda ovviamente si riflette negli standard di utilizzazione dei servizi. La popolazione che ha usufruito per lo meno di una visita medica annua è pari al 71,9% tra i beneficiari di un'assicurazione privata e appena del 41% tra quelli coperti esclusivamente dal servizio pubblico. Come sottolineano Maria Alicia Ugá e Rosa Maria Marques¹¹ – due noti economisti della salute

brasiliani - la struttura della spesa sanitaria nazionale risente ancora del modello di assistenza medica vigente prima della riforma del 1988. Paradossalmente, continuano gli autori nel saggio menzionato¹¹, il sistema sanitario brasiliano, basato sui principi dell'equità, dell'universalità e dell'integralità delle cure, presenta una struttura di spesa che assomiglia ben poco a quella dei sistemi sanitari nazionali, tipo Gran Bretagna, Danimarca o Svezia, e molto più al sistema a dominanza di mercato degli USA. Secondo dati del 2003, la spesa sanitaria pubblica brasiliana è infatti del 42% di quella totale, di poco inferiore a quella statunitense (44%). Il settore privato partecipa quindi per il 58% alla spesa sanitaria totale, di cui il 37,65% è rappresentato dalle spese delle famiglie (soprattutto medicine) e il 20,34% dai costi sostenuti per la stipulazione di polizze di assicurazione volontaria¹¹. È per questa ragione che alcuni studiosi preferiscono definire il modello sanitario brasiliano come un sistema "segmentato" in tre distinti sotto-sistemi:

- i) il SUS, ovvero il sistema pubblico;
- ii) il sistema di assistenza sanitaria supplementare, finanziato attraverso contratti di assicurazione privati;
- iii) il sistema di pagamento diretto delle famiglie (*fee for service*), anch'esso privato ma finanziato dai pazienti al momento dell'acquisto delle prestazioni sanitarie^{7,12}.

Nella situazione delineata, afferma Eugênio Vilaça Mendes¹² - attento studioso del processo di riforma del settore sanitario brasiliano - i sistemi privati invadono la sfera pubblica e il SUS corre il rischio di diventare un servizio per poveri. Questa tendenza alla segmentazione del sistema sanitario è ulteriormente rafforzata dalla rinuncia fiscale praticata dallo stato federale brasiliano, soprattutto a partire dagli anni novanta. Le politiche governative, difatti, sostengono la rete privata dei servizi sanitari, sia attraverso la concessione di sussidi fiscali sia con la stipulazione di polizze assicurative private per i dipendenti degli organi pubblici⁸. Inoltre, le deduzioni fiscali per le spese sanitarie private, senza limiti, rappresentano un'altra significativa rinuncia per lo stato: oltre un miliardo di dollari nel 2004, più del 2% del Prodotto Interno Lordo (PIL)¹¹.

*La sanità durante il primo governo
del Presidente Lula (2003-2007)*

Come abbiamo osservato, il quadro della situazione socio-sanitaria alla vigilia delle elezioni presidenziali del novembre del 2002 era caratterizzato da una serie di problemi strutturali che richiedevano una profonda riforma e interventi mirati a ridurre le disuguaglianze. Si attendevano significativi cambiamenti coerenti con la carta costituzionale e la legislazione vigente del *Sistema Único de Saúde*. Si pensava, in altre parole, che ci fosse una congiuntura favorevole per l'implementazione di politiche di salute guidate dai principi di equità e integralità dell'assistenza. I primi passi del governo sembravano andare nella giusta direzione. Difatti, il Piano Nazionale di Salute per il 2004-2007 (*Um Pacto pela Saúde no Brasil*), dopo un'attenta diagnosi della situazione socio-economica e sanitaria del Paese, aveva identificato cinque aree di intervento prioritarie³:

- 1) riduzione delle disuguaglianze sanitarie, considerate la “principale sfida per il sistema sanitario brasiliano”;
- 2) aumento dell'accesso a servizi sanitari qualificati e rispondenti a criteri di umanizzazione;
- 3) riduzione dei rischi sanitari e delle malattie evitabili;
- 4) riforma del modello assistenziale ancora troppo sbilanciato sulle attività curative;
- 5) miglioramento dei meccanismi di gestione, finanziamento e partecipazione sociale.

Tra i diversi interventi messi in atto per raggiungere gli obiettivi prefissati meritano di essere menzionate le seguenti attività dirette a migliorare l'accesso alle cure degli utenti della rete dei servizi pubblici^{3,13}:

- a) potenziamento della medicina di base, attraverso l'incremento, su tutto il territorio nazionale, delle *Equipe Saúde da Família* che sono passate da circa 20.000 a oltre 27.000 unità, raggiungendo una copertura del 46% della popolazione (circa 85 milioni di persone);
- b) potenziamento del *Programa Brasil Sorridente* che ha incrementato il numero dei centri specialistici odontologici (584), garantendo tale servizio a circa 28 milioni di brasiliani e ha ampliato significativamente il numero delle equipe di Prevenzione e Cure Den-

tarie (oltre 15.000 unità), coprendo una popolazione pari a 70 milioni di abitanti;

- c) istituzione del Servizio di Emergenza per garantire il soccorso ai pazienti della rete dei servizi pubblici;
- d) riorganizzazione dei servizi sanitari di alta complessità;
- e) creazione di farmacie popolari per l'acquisto di prodotti farmaceutici con prezzi agevolati per gli utenti del SUS;
- f) apertura di 218 nuovi Centri di Salute Mentale e di 160 Residenze Terapeutiche, ampliando di oltre il 50% la copertura preesistente;
- g) consolidamento della politica nazionale di pianificazione familiare con l'obiettivo di rispondere al 100% della domanda di metodi contraccettivi.

L'attuazione di tali programmi, che sicuramente ha contribuito a migliorare le risposte del sistema sanitario verso alcuni bisogni sanitari della popolazione, non si è tuttavia rivelata adeguata per alterare il tradizionale squilibrio tra il settore sanitario pubblico e quello privato, situazione che è all'origine di quei meccanismi di riproduzione delle disuguaglianze sanitarie. Difatti, la spesa sanitaria pubblica non è stata incrementata significativamente dall'attuale governo, permanendo al di sotto del 3,5% del PIL. La spesa pubblica, come ha denunciato il movimento sanitarista¹⁴, è rimasta intorno ai 150 dollari pro capite, circa la metà della spesa di altri Paesi della regione (Argentina 360 dollari; Uruguay 300 dollari). L'equipe economica del governo ha difatti continuato a mantenere una posizione di austerità volta a contenere il budget degli interventi sociali. Inoltre, il governo non è ancora riuscito a dare piena attuazione all'emendamento costituzionale introdotto nel 2000, che stabiliva la quota di partecipazione dell'Unione, degli stati e dei comuni al finanziamento del settore sanitario¹¹. Riguardo alla concessione di esenzioni e deduzioni a favore di servizi e imprese private, bisogna registrare che il governo Lula non si è differenziato sostanzialmente dai governi che l'hanno preceduto. Nel 2004, infatti, ha esentato gli ospedali e altre strutture sanitarie private dal pagamento di una quota della Contribuzione per il Finanziamento della Sicurezza Sociale (COFINS). Bisogna poi registrare l'azione del Tribunale Superiore di Giustizia (STJ), che nel 2003 ha ugualmente contribuito a ridurre gli introiti dello Stato, riconoscendo alle organizzazioni UNIMED – rete nazio-

nale privata di organizzazione e prestazione di servizi medici, nate come cooperative ma ormai comparabili alle *Health Maintenance Organization* degli USA – l'esenzione di imposte e contribuzioni sociali. Tutte queste difficoltà e ostacoli hanno, di fatto, contribuito a rafforzare il settore sanitario delle assicurazioni private, anziché ridimensionarlo.

Il nuovo piano per la salute del secondo governo Lula (2008-2011)

Il secondo piano di salute (*Mais Saúde, Direito de Todos*) – elaborato nel primo anno del secondo governo del Presidente Lula (2007) – dopo aver richiamato i più importanti traguardi raggiunti dal sistema sanitario pubblico, prende atto, come si può osservare nel brano sotto riportato, delle incoerenze e dei limiti che si frappongono all'azione del governo:

“Non basta un'economia dinamica con un alto tasso di crescita e una crescente partecipazione al commercio internazionale se il modello di sviluppo non contempla l'inclusione sociale, il ribaltamento delle disuguaglianze sociali e geografiche, la lotta alla povertà e il coinvolgimento della società nella definizione degli indirizzi prefissati”¹⁵.

“C'è una contraddizione – continua il Piano¹⁵ – tra gli sforzi e gli orientamenti diretti all'acquisizione di un sistema universale delle cure e il processo concreto di consolidamento del *Sistema Único de Saúde*”. Tra le “grandi lacune”, il Piano sanitario 2008-2011 evidenzia le seguenti limitazioni strutturali:

- a) la ridotta articolazione della salute con le altre politiche pubbliche;
- b) l'esistenza di una significativa disuguaglianza di accesso;
- c) la forte disparità nella distribuzione territoriale dell'offerta di beni e servizi che riproduce le iniquità sociali e regionali che caratterizzano lo sviluppo brasiliano;
- d) il movimento di decentramento del sistema sanitario che rimane frammentato e non sufficientemente integrato a livello regionale, impedendo quindi di superare le disuguaglianze nell'offerta dei servizi;

- e) il predominio di un modello di gestione burocratico e non sufficientemente imperniato sulla logica dei risultati e della qualità delle cure;
- g) il sub-finanziamento del SUS evidenziato dalla spesa pro capite;
- h) la precarizzazione del lavoro e lo scarso investimento nella qualificazione delle risorse umane.

Come si può osservare, il tema delle disuguaglianze sanitarie è onnipresente e analizzato attentamente nei suoi diversi aspetti. A partire dalla situazione descritta, il piano delinea le seguenti aree di intervento:

- 1) sviluppo e potenziamento della promozione della salute e dell'intersettorialità degli interventi raccordando le diverse politiche economiche e sociali, a livello comunale, statale e federale;
- 2) espansione del sistema dell'assistenza sanitaria, promuovendo sia la medicina preventiva e di base sia i servizi di alta e media complessità;
- 3) sviluppo del complesso industriale e delle innovazioni sanitarie, dotando il Paese di una base produttiva e di conoscenze capaci di rispondere ai bisogni sanitari della popolazione;
- 4) investimento sulla forza-lavoro occupata nel settore sanitario, per migliorare la sua qualificazione e per introdurre forme contrattuali che riducano la precarietà professionale;
- 5) innovazione dei processi gestionali al fine di garantire efficacia, efficienza e ottimizzazione delle risorse;
- 6) potenziamento della partecipazione dei cittadini e dei loro portavoce;
- 7) apertura del sistema sanitario brasiliano alla dimensione internazionale con l'obiettivo di svolgere un ruolo rilevante nella cooperazione sanitaria.

Cooperazione internazionale

Per la prima volta la cooperazione internazionale entra nel piano sanitario nazionale come un'area strategica diretta ad accrescere i legami di solidarietà con altre aree del mondo e, di conseguenza, anche la visibilità internazionale del Paese. Dopo alcune timide esperienze di collaborazione sanitaria in America Latina e in Africa, il

Brasile avvia il suo programma di cooperazione, mettendo a disposizione dei suoi partner i progressi tecnico-scientifici maturati in alcuni settori della medicina (primo fra tutti la lotta all'AIDS) e nel campo della salute collettiva (Salute della famiglia, Agenti comunitari di salute, eccetera). Secondo il piano 2008-2011, la salute costituisce una delle aree con "maggiore potenzialità per contribuire alle strategie di cooperazione internazionale", con l'obiettivo di rafforzare l'integrazione regionale e, allo stesso tempo, incrementare le "relazioni di solidarietà con le nazioni meno sviluppate"¹⁵. Il governo, in stretta collaborazione con il Ministero degli Affari Esteri, intende potenziare la presenza del Brasile sullo scenario internazionale nell'area sanitaria, aumentando la sua partecipazione sia negli organi e nei programmi delle Nazioni Unite sia nella cooperazione con l'America Latina, in particolare con i Paesi del MERCOSUL (il mercato comune dell'America meridionale a cui fanno parte in qualità di Stati membri Argentina, Brasile, Paraguay, Uruguay e Venezuela), con la Comunità dei Paesi di Lingua Portoghese (CPLP) e con l'Africa. Per raggiungere tali finalità il piano riporta una serie di linee di intervento, di azioni e investimenti previsti che qui di seguito riassumiamo.

1) Contribuzione allo sviluppo dei sistemi di salute dei Paesi dell'America del Sud, dell'America Centrale, dei CPLP e di altri Paesi africani. Su questa linea di intervento il piano prevede le seguenti attività: i) sostegno alla creazione di 20 Istituti Nazionali di Salute, 25 Scuole di salute Pubblica e 50 Scuole tecniche; ii) produzione di antiretrovirali in Mozambico; iii) cooperazione tecnica per la terapia e la riabilitazione delle vittime delle mine terrestri, in particolar modo con l'Angola; iv) cooperazione con il governo cubano per la produzione di interferone.

2) Sostegno alle attività di formazione dei tecnici dell'area sanitaria nei paesi CPLP, grazie all'esperienza brasiliana maturata nel campo infermieristico. Al riguardo, sono previsti interventi di cooperazione con l'Angola, São Tomé, Guinea-Bissau, Mozambico e Capo Verde per la formazione di docenti e per la promozione di corsi rivolti a infermieri ausiliari e agenti comunitari di salute.

3) Promozione di accordi con sette Paesi dell'America del Sud con l'obiettivo di rafforzare il processo di integrazione e migliorare i

servizi sanitari di 121 comuni di frontiera.

4) Sostenere la creazione della rete Pan-Amazzonica di Scienza, Tecnologia e Innovazione.

Il budget previsto per le attività di cooperazione sanitaria internazionale è pari a 15 milioni di *reais* (circa 8,5 milioni di dollari), con la previsione di ulteriori investimenti nei piani successivi per un valore di altri 43 milioni di *reais* (circa 21,5 milioni di dollari).

Conclusioni

Nonostante gli esigui risultati ottenuti dal governo Lula nel campo della riduzione delle disuguaglianze di salute, almeno fino alla fine del suo primo mandato, bisogna tuttavia riconoscere lo sforzo del Ministero della Salute, del mondo accademico e del movimento sanitario nel porre al centro del dibattito politico il tema dell'equità e dell'accesso ai servizi sanitari. Tale processo di maturazione non è da sottovalutare in un Paese che presenta i peggiori indici di distribuzione della ricchezza nazionale. Tali iniziative di sensibilizzazione e di mobilitazione sociale, sorte e sviluppatesi proprio durante il periodo del governo delle sinistre, sono sfociate nell'istituzione di una Commissione Nazionale sui Determinanti Sociali della Salute (CNDSS), che è diventata operativa a partire dal marzo del 2006. La CNDSS, seguendo le raccomandazioni dell'omonima Commissione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, creata nel 2005, si prefigge di combattere le grandi disuguaglianze di salute che colpiscono la popolazione brasiliana. L'analisi che fa da sfondo ai lavori della commissione fa propri i risultati delle recenti ricerche internazionali in tema di iniquità e identifica i seguenti due aspetti problematici che riflettono pienamente la situazione economica e sociale del Paese: a) una volta superato un certo livello di reddito pro-capite, il fattore più importante per spiegare la situazione sanitaria di un Paese non è la ricchezza totale ma il modo in cui essa è distribuita tra la popolazione, b) il deterioramento delle relazioni di solidarietà e di fiducia tra le persone e i gruppi sociali è un importante meccanismo attraverso il quale le ineguaglianze di reddito hanno un impatto negativo sullo stato di salute¹⁶. Pertanto, l'aver messo in primo piano sia l'impatto negativo delle disparità sociali sulla salute sia il ruolo della

coesione sociale e delle reti di solidarietà per la loro capacità di affrontare gli eventi critici e mobilitare le risorse disponibili, rappresenta indubbiamente un primo passo per il disegno e l'implementazione di politiche di salute capaci di migliorare l'accesso ai servizi e anche l'equità.

Note bibliografiche

¹ IBGE (2002), *Censo demográfico 2002. Resultados preliminares de amostra*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro, 2002.

² IDB – *Indicadores e Dados Básicos*, Ministério da Saúde, Brasília, 2006.

³ Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde. Um Pacto pela Saúde no Brasil. Síntese*, Brasília, 2005, p. 9.

⁴ R. Guimarães, “Fortalezas y desafíos de servicios públicos de salud”. In: J. Holst e N. Wiebe (a cura di). *Universalidad con solidaridad. Protección social y financiamiento de salud en América Latina*. GTZ, Eschborn, 2004, pp. 88-103.

⁵ C. Travassos, F. Viacava, C. Fernandes, C.M. Almeida, Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva* 2000; 5(1): 133-49.

⁶ J.S. Paim, Atenção à saúde no Brasil. In: Ministério da Saúde, *Saúde no Brasil*, Brasília, 2004, pp. 15-38.

⁷ J.C. Noronha, L.D. Lima, C.V. Machado, A gestão do Sistema Único de Saúde. In: Ministério da Saúde, *Saúde no Brasil*, Brasília, 2004, pp. 45-82.

⁸ L. Bahia, O SUS e os desafios da universalização do direito a saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: Lima et al. (a cura di), *Saúde e democracia. História e perspectiva do SUS*, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005, pp. 436-440.

⁹ Ministério da Saúde, *12ª Conferência Nacional de Saúde*, Brasília, 2005.

¹⁰ S. Gerschman, A.L. Viana, Descentralização e desigualdades regionais em tempo de hegemonia liberal. In: Lima et al. (a cura di), *op. cit.*, 2005, pp. 350-365.

¹¹ M.A. Ugá, R.M. Marques, O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: Lima et al. (a cura di), *op. cit.*, 2005, pp. 194-231.

¹² E.V. Mendes, *Os grandes dilemas do SUS*. Volume 1. Casa da qualidade, Salvador, 2001; pp. 30.

¹³ Departamento de Atenção Básica. *Saúde da Família*, Ministério da Saúde Brasília, 2007

¹⁴ Carta de Brasília, Manifesto: Reafirmando Compromissos pela Saúde dos Brasileiros, CEBES, Brasília, 13 novembre 2005.

¹⁵ Ministério da Saúde, *Mais Saúde. Direito de Todos 2008-2011*, Brasília, 2007; pp. 3-10.

¹⁶ P.M. Buss, A.F. Pellegrini, Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 2006; 22 (9): 6-12.

Gli autori

Paola Agnelli, medico, dal 1968 al 1970 lavora in Guinea Conakry. Si specializza poi in ostetricia e ginecologia presso l'Università di Padova. Svolge attività di medico ospedaliero per circa 25 anni. Dal 2004 al 2008 a Pechino si occupa di sanità pubblica cinese.

Marco Albonico*, medico infettivologo, PhD. Esercita la medicina di base a Torino. Esperto OMS per la parassitologia e docente all'Università di Torino. Direttore scientifico della Fondazione Ivo de Carneri ONLUS.

Marianna Bacci Tamburlini, laurea in Scienze Internazionali e Diplomatiche e Master in Studi sullo Sviluppo, ha lavorato sugli aspetti socioeconomici della salute e ha contribuito a valutazioni di programmi sulla salute materno-infantile per l'Europa Centro-Orientale.

Sara Barsanti, laurea in Economia e Commercio all'Università di Pisa. Master in Gestione e Controllo dell'Ambiente alla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e allieva del Corso di Perfezionamento alla stessa Scuola in "Management, Competitiveness and Development". Collabora dal 2005 con il Laboratorio Management e Sanità come ricercatrice a contratto.

Guido Benedetti, odontoiatra, Master in "Sviluppo della salute del cavo orale nelle comunità svantaggiate e nei Paesi in via di Sviluppo", Università di Torino.

Maurizio Bonati*, medico, epidemiologo clinico, è responsabile del Dipartimento di Salute Pubblica dell'Istituto "Mario Negri" di Milano. Advisor dell'OMS, è promotore di iniziative volte alla riduzione delle disuguaglianze (anche) nella salute.

Daniele Brombal, ricercatore, laurea in Lingue e Istituzioni dell'Asia Orientale presso l'Università Ca' Foscari di Venezia. Borsista China Scholarship Council – MAE A.A. 2006-2007. Vive a Pechino, dove svolge attività di consulenza per la Cooperazione Italiana allo Sviluppo.

* Gli Autori contrassegnati con * sono membri dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale.

Giancarlo Brunetti, infermiere coordinatore presso la Direzione infermieristica del Nuovo San Giovanni di Dio, Azienda Sanitaria Firenze. Consigliere del Collegio IPASVI di Firenze e direttore di “Obiettivo professione infermieristica”. Componente del gruppo “Nursing in movimento”.

Dante Carraro, medico, specialista in cardiologia. Sacerdote. Direttore di Medici con l’Africa Cuamm, ONG impegnata da oltre 50 anni in progetti di cooperazione sanitaria in Africa.

Adriano Cattaneo*, medico, epidemiologo con anni di esperienza di lavoro in paesi a basso reddito, attualmente responsabile dell’Unità per la Ricerca sui Servizi Sanitari e la Salute Internazionale presso l’Istituto per l’Infanzia Burlo Garofolo di Trieste.

Luigi Ciccio, medico, specialista in chirurgia d’urgenza. Master in *Public Health* alla London University. Ha trascorso oltre 10 anni in Uganda, come medico clinico e medico di sanità pubblica. Visiting lecturer alla facoltà di Scienze Sanitarie dell’Università Martiri d’Uganda di Nkozi. Collabora alle riviste “*Salute e Sviluppo*” e “*Health Policy and Development*”.

Valeria Confalonieri*, medico, si occupa di giornalismo scientifico e di temi sanitari nei Paesi poveri. Da gennaio 2008 segue la comunicazione scientifica per la Fondazione Ivo de Carneri Onlus.

Sunil Deepak*, medico, responsabile Ufficio Attività Scientifiche, AIFO/Bologna, consulente dell’Unità Disabilità e Riabilitazione dell’OMS, referente Italia per Movimento dei Popoli per la Salute.

Nicoletta Dentico*, giornalista, fino a pochi mesi fa policy advisor di DNDi. Ha una lunga esperienza su temi di cooperazione internazionale. Con MSF ha lanciato in Italia la campagna per l’accesso ai farmaci essenziali. Collabora con OXFAM ed altre ONG internazionali.

Patrizia Di Caccamo*, odontoiatra, COI (Cooperazione Odontoiatrica Internazionale), GIACO (Gruppo Italiano Accesso alle Cure Orali), Ass. Medici contro la Tortura.

Pirous Fateh-Moghadam*, medico specialista in igiene e medicina preventiva. Master universitario di secondo livello in epidemiologia applicata (PROFEA). Attualmente lavora presso l’Azienda provinciale per i servizi sanitari (APSS) della provincia di Trento.

Carlo Garbagnati, vicepresidente di Emergency, direttore responsabile del periodico trimestrale Emergency.

Salvatore Geraci*, medico, dal 1991 è responsabile dell’Area sanitaria della Caritas diocesana di Roma. Presidente della Società Italiana di Medi-

cina delle Migrazioni e membro del Gruppo di lavoro regionale del Lazio sulla salute degli immigrati.

Daniele Giusti, è fratello missionario Comboniano, medico, specialista in sanità pubblica. Ha esercitato la sua professione in Uganda dal 1978, in vari ospedali. Nel 1998 è stato chiamato a dirigere la rete sanitaria della Chiesa Cattolica in Uganda come segretario della Commissione Medica della Conferenza Episcopale, incarico che copre tutt'oggi. Da allora si occupa soprattutto di gestione dei sistemi sanitari, sistemi informativi e partenariato tra pubblico e privato in campo sanitario, che ha contribuito a sviluppare.

Victor Francisco Gomes, medico, responsabile del Programma AIFO in Guinea Bissau e ricercatore affiliato (part time) per il Progetto Sanità Bandim dell'Istituto Nazionale di Salute Pubblica di Guinea Bissau.

Luisella Grandori*, medico pediatra, è esperto in prevenzione delle malattie infettive. Ha lavorato nel Dipartimento di Sanità Pubblica della AUSL di Modena e della Regione Emilia-Romagna. È referente per le vaccinazioni nell'Associazione Culturale Pediatri e coordinatrice del gruppo No grazie, pago io.

Alejandro Macchia, medico argentino, cardiologo, collabora anche con Fundacion GESICA, un gruppo di ricerca clinica indipendente.

Gavino Maciocco*, medico, docente presso il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università di Firenze, ha lavorato per alcuni anni in Africa. Si occupa di politica sanitaria internazionale e dirige la rivista "Salute e Sviluppo".

Maurizio Marceca*, medico, specialista in igiene e medicina preventiva. Ha lavorato per oltre dieci anni in agenzie di sanità pubblica a livello nazionale e regionale. Attualmente è professore associato di Igiene all'Università Sapienza di Roma. Dal 1991 si interessa ai diversi aspetti della salute e dell'assistenza connessi al fenomeno migratorio.

Enrico Materia*, medico di sanità pubblica ed epidemiologo, lavora presso l'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio e per la Cooperazione Italiana, occupandosi di salute globale, equità, produzione dei linee guida per la pratica clinica, complessità e salute.

Eduardo Missoni*, medico, è docente di Salute Globale presso la SDA-Bocconi e l'Università Bicocca di Milano. Già volontario in Nicaragua, funzionario dell'UNICEF e esperto della DGCS-MAE, dal 2004 al 2007 è stato Segretario Generale del WOSM.

Simona Monte è ricercatrice presso il Laboratorio di Farmacoepidemiologia del Consorzio Mario Negri Sud che si interessa di ricerca clinica, e delle tante epidemiologie, da quella del farmaco, delle popolazioni, a quella assistenziale e comunitaria, con uno sguardo particolare al settore cardiologico.

Kostas Moschochoritis, ingegnere, attualmente Direttore Generale di Medici Senza Frontiere (MSF) Italia. La sua esperienza professionale si concentra sulla progettazione e la gestione di progetti di emergenza e di sviluppo. Dal 1995 lavora con MSF sia in sede che in Paesi dell'Africa, America Latina e Sud-Est Asiatico.

Maurizio Murru*, medico, dal 1978 ha lavorato in diversi paesi, occupandosi di politica e gestione sanitaria. Ha insegnato in tre Università Africane. Attualmente lavora nella Sezione HAC (Health Action in Crises) dell'OMS.

Elena Pariotti è professore straordinario presso la Facoltà di Scienze Politiche dell'Università degli studi di Padova, dove tiene i corsi di "Diritti umani", "Teoria generale del diritto", "Diritti umani e giustizia internazionale".

Guglielmo Pacileo*, medico, ricercatore del Centro di Ricerche sulla Gestione dell'assistenza Sanitaria Sociale (Cergas) della Bocconi e docente della Scuola di direzione aziendale (SDA-Bocconi). Insegna politiche globali per la salute presso l'Università Bicocca di Milano.

Enrico Pavignani, medico, opera da quasi trent'anni nel terzo mondo, occupandosi soprattutto di analisi di sistemi sanitari, formulazione di politiche, pianificazione, finanziamento, e ricostruzione post-bellica. Nel corso degli anni, ha lavorato a lungo in Mozambico, dove vive tuttora, e studiato i sistemi sanitari di Angola, Tanzania, Afghanistan, Sudan, DR Congo, Somalia, Liberia e Palestina.

Giovanni Putoto, medico, ha lavorato in Uganda, Ruanda e Kosovo. È responsabile della formazione e dei progetti internazionali dell'Azienda Ospedaliera Università Padova. Fa parte della Direzione di Medici con l'Africa-CUAMM e di Medicus Mundi International.

Mauro Serapioni, sociologo, è stato professore visitante presso l'Università Statale del Ceará e consulente dell'OMS presso il Ministero della Salute del Brasile. Attualmente è collaboratore dell'Università di Bologna e di Reggio e Modena.

Lorenzo Savioli, medico tropicalista, esperto di salute internazionale e cooperazione sanitaria. Direttore del Department of Control of Neglected Tropical Diseases, Organizzazione Mondiale della Sanità, Ginevra.

Narayan Kaji Shrestha, educatore e attivista per diritti umani, è stato Fullbright scholar presso l'Università del Minnesota, è consigliere dell'associazione nepalese "Women Acting Together for Change" (WATCH Nepal).

Angelo Stefanini*, medico di sanità pubblica con vasta esperienza professionale in Africa e nel Medio Oriente, nel 2002 è stato rappresentante dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per il Territorio Palestinese Occupato (TPO). Insegna sanità pubblica internazionale nell'università di Bologna. Dall'agosto 2008 è in aspettativa per un incarico di coordinatore della cooperazione sanitaria italiana nel TPO con base a Gerusalemme.

Giorgio Tamburli*, pediatra, Direttore Scientifico dell'IRCCS Burlo Garofolo. Esperto di sanità pubblica e politica sanitaria in campo materno-infantile, ha lavorato per l'OMS e per altre agenzie ONU occupandosi in particolare di programmi di salute infantile nei paesi in via di sviluppo e in transizione.

Fabrizio Tediosi*, ricercatore senior presso il CERGAS dell'Università Bocconi, è un economista sanitario esperto di analisi dei sistemi sanitari, valutazioni economiche degli interventi sanitari, politiche di aiuto allo sviluppo, economia della malaria.

Gianni Tognoni*, medico, è direttore del Consorzio Mario Negri Sud e Segretario Generale del Tribunale Permanente dei Popoli.

Masooud Yama, medico, ha lavorato per le Nazioni Unite, lavora come responsabile del Dipartimento di Valutazione e Monitoraggio dei Media presso l'ufficio del Presidente dell'Afghanistan.

Maria Hamlin Zuniga, un'attivista nel campo della salute, ha fondato diverse organizzazioni nazionali e regionali in America Centrale ed è membro fondatore del Movimento dei Popoli per la Salute.

Finito di stampare nel mese di novembre 2008
in Pisa dalle
EDIZIONI ETS
Piazza Carrara, 16-19, I-56126 Pisa
info@edizioniets.com
www.edizioniets.com

