

Salute e sviluppo sostenibile nella prospettiva della cooperazione internazionale

Presentato al II congresso nazionale ISDE Italia, Siracusa 28-30.9.2000

di Eduardo Missoni

Nell'ambito delle scienze sociali, con il termine di “sviluppo” - che nella sua originale accezione biologica si riferisce alla *crescita* ed alle trasformazioni cui è soggetto ogni organismo vivente nel corso della sua esistenza - ci si riferisce al processo di trasformazione strutturale di una società, con mutamenti di natura culturale, sociale, economica e tecnologica, di difficile e tutt'altro che univoca definizione.

Nell'accezione dominante - di matrice culturale occidentale, economicista, nel cui ambito il concetto di “sviluppo” è stato generato¹ - lo sviluppo di un paese, viene fatto coincidere con la sua ricchezza economica (PIL), la sua progressiva crescita e la sua distribuzione media (PIL *pro capite*).

Il PIL individua esclusivamente il “peso economico” di un determinato paese nel mercato mondiale. Il PIL *pro capite* aggiunge un denominatore demografico al prodotto interno lordo; pur fornendo elementi circa la distribuzione *media* della ricchezza in un determinato paese o area geografica, non dà alcuna informazione circa *l'uniformità* di tale distribuzione nella popolazione.

La distribuzione della ricchezza nel mondo seppure eccessivamente semplificato, è un buon metro dei forti squilibri esistenti tra le diverse aree del mondo. In tal senso è interessante notare come il 20% più ricco della popolazione mondiale, detenga più dell'80% della ricchezza del globo, mentre il 20% più povero usufruisce di poco più dell'1% del PIL del pianeta. Tale divario continua ad aumentare. La crescita economica dei paesi ricchi aumenta infatti a ritmi notevolmente superiori a quelli osservati per i paesi poveri; di questi, molti registrano addirittura una crescita negativa. Con proporzioni diverse lo stesso fenomeno si riproduce a livello di ciascun sistema Paese.

Uno sviluppo esclusivamente centrato sulla “crescita” comporta un indiscriminato aumento dei consumi e l'alterazione di delicati equilibri ecologici (sia in termini di depauperamento delle risorse, sia in termini di inquinamento). In questo caso, il beneficio che ne ricava il quinto più ricco della popolazione, non solo si realizza a discapito dei restanti quattro quinti più poveri dell'umanità, ma compromette anche la qualità della vita delle future generazioni. Si tratta di un modello di sviluppo non *sostenibile*.

A partire dal 1990 il Programma delle Nazioni Unite per lo sviluppo (UNDP) ha sintetizzato nel concetto di *sviluppo umano* le riflessioni che fin dagli anni '70 avevano indicato nel miglioramento delle condizioni di vita ed in particolare nella soluzione dei bisogni fondamentali (*basic needs*) l'essenza stessa dello sviluppo.

UNDP ha affermato che non vi può essere sviluppo umano “se la distribuzione del reddito è ineguale e le spese sociali sono basse e mal distribuite”. Giungendo in seguito a sostenere la necessità di un chiaro indirizzo delle politiche economiche verso una “opzione per i poveri”, centrando le scelte sui benefici diretti per la popolazione in termini di maggiori opportunità di accesso alle risorse economiche, sociali, politiche ed ambientali.² Un concetto ulteriormente sviluppato dal premio nobel Amartya Sen, che sostiene che lo sviluppo può essere identificato come un processo di espansione delle libertà reali godute dagli esseri umani: “*lo sviluppo richiede che siano eliminate le principali fonti di illibertà: la miseria come la tirannia, l'angustia delle prospettive economiche come la deprivazione sociale*”

¹ Rist, Gilbert (1997) *Lo Sviluppo. Storia di una credenza occidentale*. Bollati-Boringhieri, Torino, pp. 72-83

² United Nations Development Programme, “*Human Development report*”, Oxford University Press, Oxford, 1997

sistematica, la disattenzione verso i servizi pubblici come l'intolleranza o l'autoritarismo di uno stato repressivo".³ Per la prima volta Sen ridefinisce lo sviluppo senza sentire la necessità di qualificare con un aggettivo uno sviluppo "diverso".

Dobbiamo interrogarci sulla sostenibilità di un modello di "sviluppo" basato sulla crescita infinita e indiscriminata dei consumi in un sistema planetario finito. Nel suo *Global Environment outlook 2000* il programma delle Nazioni Unite per l'Ambiente (UNEP) scrive: "L'inizio di un nuovo millennio trova il pianeta terra tra due tendenze contrastanti. Una società dei consumi invasiva e sprecona, insieme ad una costante crescita della popolazione, minaccia di distruggere le risorse su cui si basa la vita umana. Allo stesso tempo, la società è costretta in una lotta contro il tempo per invertire queste tendenze ed introdurre delle pratiche sostenibili che assicurino il benessere delle future generazioni."

Si richiede dunque un'azione urgente e radicale per realizzare una "transizione verso un sistema sostenibile". Ciò implica una struttura economica nella quale si consumi solo quanto l'ambiente naturale può fornire e si producano rifiuti solo nella misura in cui essi possano essere assorbiti. Il perpetuarsi del modello attuale nei paesi industrializzati e la progressiva adozione di quel modello nei PVS, cui sistematicamente si continua a proporre, sta portando ad uno "sviluppo" incontrollato, insostenibile per il sistema biofisico del pianeta.⁴

Nello statuto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nata con lo scopo di "condurre tutti i popoli al più alto livello di salute possibile", la salute - diritto fondamentale di ogni essere umano - viene definita "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale" e non solo assenza di malattia. La salute di tutti i popoli, viene riconosciuta come una condizione indispensabile alla pace e alla sicurezza del mondo, dipendente dalla più stretta cooperazione tra gli individui e tra gli Stati; mentre la disuguaglianza in termini di salute tra i diversi Paesi rappresenta "un pericolo per tutti".⁵

Veniva implicitamente riconosciuto che la promozione della salute non può essere limitata alla sola azione medica ed ancor meno identificarsi con il solo controllo delle malattie. Al tempo stesso si individua il carattere "globale" delle problematiche sanitarie.

Con la Dichiarazione di Alma Ata (1978) tutti i paesi del mondo si impegnarono al raggiungimento della "salute per tutti" entro l'anno 2000, attraverso la diffusione della assistenza sanitaria di base (*Primary Health care - PHC*) 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, la focalizzazione sulla prevenzione, la tecnologia appropriata ed un approccio intersettoriale ed integrato allo sviluppo.

Di fronte alle implicazioni strutturali che tale proposito comportava, si sviluppò una corrente di pensiero divenuta poi dominante, che tradusse quell'impegno nell'approccio riduttivo, centralista e verticale della "*selective Primary Health Care*" basata sulla applicazione selettiva di misure individuate in base alla loro semplicità tecnologica ed un ottimale rapporto costo-efficacia (un buon esempio è costituito dalla reidratazione orale per la cura della diarrea acuta).⁶ L'attenzione si allontanava così dalla salute, per focalizzarsi sul controllo di singole malattie, traducendosi spesso nella stessa organizzazione dei sistemi sanitari per "programmi" verticali - sotto la forte influenza degli Organismi Internazionali e delle agenzie bilaterali di cooperazione - e quindi nella disarticolazione dell'azione di sanità pubblica, con moltiplicazione di costi e spreco di risorse, senza parlare del totale scollegamento dall'azione di "sviluppo" realizzato in altri settori (educazione, produzione, etc.). Un approccio diretto alla malattia - piuttosto che alla salute - risultava più consono alle esigenze politiche o amministrative dei paesi e degli organismi "donatori", di cui è ben nota l'influenza sulle scelte dei Paesi "beneficiari" dell'aiuto internazionale; si adattava meglio alle strategie di mercato e di diffusione attraverso i media; poteva essere funzionale a mascherare attraverso campagne in complesso economiche e di grande visibilità, la mancanza di una vera volontà politica per migliorare lo stato di salute della popolazione.

³ Sen, Amartya (1999) *Lo sviluppo è libertà*. Mondadori, Milano, p. 9-10

⁴ Mc Michael, A.J., Smith, K.R., Corvalan, C.F.. The sustainability transition: a new challenge. Bull. WHO, 2000, 78 (9), 1067.

⁵ Organisation Mondiale de la Santé (1985) *Constitution*. OMS, Genève

⁶ Walsh J.A. e Warren K.S. (1979) Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *New England Journal of Medicine* 301, 967-974

Sotto la spinta della Banca Mondiale negli anni '90 il dibattito internazionale sullo "sviluppo" sanitario si spostò sulla "Riforma" dei sistemi sanitari; senza considerare che proprio le politiche di aggiustamento strutturale (taglio della spesa sociale, privatizzazione, abbattimento di barriere protezionistiche) imposte ai Paesi poveri erano tra i determinanti del peggioramento delle condizioni di vita della popolazione e del collasso dei sistemi sanitari, che ora si chiedeva di riorientare.⁷

Al centro dell'attenzione vennero posti i problemi connessi con l'efficienza dei sistemi sanitari (soprattutto relativamente ai costi), piuttosto che la preoccupazione per l'efficacia dell'azione sanitaria, misurabile attraverso l'impatto sulle condizioni di salute della popolazione. La domanda non era se le risorse economiche destinate al sistema sanitario fossero sufficienti per rispondere alle esigenze della popolazione, ma come limitare la spesa sanitaria pubblica, indipendentemente dagli effetti sulla salute della popolazione. Nuovamente si propose l'individuazione di "pacchetto minimo essenziale" centrato sul controllo di alcune condizioni morbose su cui basare l'intera azione di sanità pubblica.

Nel corso degli anni '90, il peso degli attori nello scenario sanitario internazionale si è progressivamente modificato. La *leadership* della OMS nella "direzione e nel coordinamento dell'attività sanitaria internazionale", ha iniziato a dover fare i conti con numerosi altri attori che rivendicano un ruolo nel campo della salute: altre organizzazioni delle Nazioni Unite; la Banca Mondiale e il sistema delle banche e dei fondi regionali di sviluppo; il settore privato *profit* delle grandi multinazionali farmaceutiche e delle compagnie di assicurazioni, e quello *no profit* di un crescente numero di organismi non governativi.⁸ Ciò in assenza di una parallela crescita di risorse per l'Aiuto Pubblico allo Sviluppo che si è invece ridotta di un 20% nel corso del decennio.

La Banca Mondiale è divenuto il più grande finanziatore internazionale di attività nel campo della salute in paesi di basso e medio reddito, modificando in modo significativo il panorama della cooperazione sanitaria internazionale. Con la dimensione del suo intervento, le condizioni cui i paesi devono soggiacere per accedere ai suoi crediti e le strategie da essa adottate, la Banca Mondiale ha alterato le priorità settoriali e le relazioni tra "donatori" e "beneficiari" sia a livello globale che nazionale.⁹

Dopo un decennio di decadenza, con l'elezione della Signora Brundlandt a Direttore Generale dell'organizzazione, nel 1998, l'OMS si è riproposta come "*leading advocate*" in sanità pubblica, per fornire *expertise*, stabilire gli standard e guidare l'attuazione delle politiche a livello Paese. Al momento dell'insediamento, gli obiettivi dichiarati del nuovo esecutivo sono stati: povertà, sottosviluppo e disuguaglianza sociale.¹⁰

Apprendo coraggiosamente una nuova fase del dibattito, quest'anno l'OMS ha incentrato il suo rapporto annuale sui sistemi sanitari. Definendo come sistema sanitario "l'insieme delle risorse, attori e istituzioni che provvedono a finanziare, regolamentare e fornire azioni di salute" e come "azione di salute" "l'insieme delle attività il cui obiettivo primario è il miglioramento o il mantenimento della salute", l'OMS ha misurato l'efficacia dei "sistemi sanitari" dei diversi paesi nel raggiungere quell'obiettivo, valorizzando aspetti quali l'equità, la condivisione del rischio e la risposta alle aspettative nei sistemi dei servizi sanitari, ma ponendo soprattutto l'accento sull'intersettorialità nella produzione della salute.¹¹

Un'approccio multidimensionale, integrato alla produzione della salute è anche al centro della "*Verona Initiative*" che sotto il patrocinio della Regione Europea dell'OMS sottolinea che "*Investire per la salute, è investire per lo sviluppo*". È interessante notare che nel testo della dichiarazione finale, non si fa mai riferimento alla "crescita" economica, ma si interpreta lo sviluppo come "prosperità" o "benessere" economico e sociale. Lo stesso documento rivendica la salute come obiettivo delle politiche di tutti i settori e come misura dell'efficacia degli interventi per lo sviluppo.¹²

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

⁸ Walt, G. (1998) Globalization of international health, *Lancet* (351) 434-437

⁹ Buse, K., Gwin, C. (1998) The World bank and global cooperation in health: the case of Bangladesh, *Lancet* (351) 665-669

¹⁰ The Lancet - Editoriale (1998) The Brundtland era begins, *Lancet* (351) 381

¹¹ World Health Report 2000. WHO, Geneva

¹² The Verona Challenge: investing for health is investing for development. The Verona Initiative. Arena Meeting III, 5-9 July 2000, Verona, Italy.

Allo stesso tempo l'Organizzazione continua però a sponsorizzare una serie di nuove "iniziative" internazionali a carattere piuttosto verticale come la *Stop TB initiative*, *Roll Back Malaria*, *Malaria Medicines Initiative*, *International Partnership against AIDS in Africa (IPAA)*, *International AIDS vaccine initiative (IAVI)*, *the Global Alliance for Vaccines and Immunisation (GAVI)*. La necessità di una vasta *partnership* internazionale tra tutti gli attori, pubblici e privati, *profit* e *no profit*, per far fronte ai problemi sanitari del pianeta, sottende questo nuovo proliferare di iniziative dove il rapporto pubblico-privato e le sue implicazioni etiche, politiche ed economiche, sono ancora da verificare; come del resto i reali benefici in termini di efficienza ed efficacia.

Il diffondersi dell'epidemia di HIV-AIDS -che a differenza di altre malattie del Sud del mondo interessa anche i paesi industrializzati- è stato uno dei fattori determinanti nel riportare la salute nell'agenda internazionale, seppure focalizzando l'attenzione selettivamente su alcune malattie infettive (oltre all'HIV-AIDS, la malaria e la tubercolosi). Altre condizioni su cui ci si era concentrati nel passato, come la malnutrizione, la diarrea o le malattie respiratorie acute, il cui tasso di mortalità è di gran lunga superiore alle tre malattie oggi al centro dell'attenzione, sembrano accantonate: non sarà perché interessano l'infanzia e non principalmente la popolazione in età produttiva?

Per la prima volta nella sua storia il Consiglio di Sicurezza della Nazioni Unite si è occupato di una malattia, inserendo il tema AIDS all'ordine del giorno.

Nel recente vertice di Okinawa, i G8 (G7 + la Russia) hanno inserito tra i loro impegni la lotta alle principali malattie infettive con particolare riferimento all'HIV-AIDS, la malaria e la tubercolosi.

L'Unione Europea ha dichiarato un suo rinnovato ed accresciuto impegno politico e finanziario per la salute nell'ambito delle sue politiche per lo sviluppo. Pur ribadendo la centralità della strategia della lotta contro la povertà e dello sviluppo dei sistemi sanitari, ritiene necessaria un'azione accelerata centrata sulle ricordate tre malattie infettive, assumendo particolare rilevanza in quel contesto il rapporto con le industrie farmaceutiche ed il mercato dei farmaci. 13

Anche il Parlamento Italiano ha disposto quest'anno uno specifico stanziamento per la lotta all'AIDS, seppure nel contesto di un più ampio programma di lotta alla povertà.

Vi è dunque una rinnovata attenzione internazionale alla salute.

Si richiama spesso il circolo vizioso esistente tra povertà, deteriorarsi dello stato di salute e insorgenza di malattie infettive; salvo poi focalizzare l'attenzione sulla lotta contro le malattie, senza interrogarsi sul modello di sviluppo economico e sociale in cui prosperano.

Si tratta piuttosto di invertire l'ottica: orientare le politiche economiche e sociali in funzione dei loro effetti sulla salute della popolazione e, più in generale, sull'ecosistema. Misurare lo sviluppo attraverso indicatori di salute e di qualità ambientale; una vera rivoluzione.

"La crescente interdipendenza e la globalizzazione stanno chiaramente mettendo alla prova il controllo nazionale delle politiche sanitarie".¹⁴ Le crescenti disuguaglianze minacciano gravi ripercussioni sulle relazioni tra i paesi favorendo i fenomeni migratori, l'instabilità politica, i conflitti sociali e le guerre.

A livello interno i medesimi squilibri si riflettono sul peggioramento dello stato di salute delle popolazioni ed è stato dimostrato che le società più eque sono anche le più sane, sia nel Nord¹⁵ che nel Sud del pianeta. Mentre il divario tra un esiguo numero di ricchi, sempre più ricchi, ed un crescente numero di poveri, sempre più poveri continua a crescere, la liberalizzazione del commercio e la crescente privatizzazione, stanno accelerando la distruzione delle capacità rigenerative degli ecosistemi dai quali dipenderanno le generazioni future. Le norme internazionali necessarie a controllare alcuni dei rischi associati ad un'economia globale - quali molti traffici illeciti o l'indiscriminata diffusione di farmaci e tecnologie - sono del tutto insufficienti,¹⁶ e deve far riflettere la spinta verso una progressiva e totale *deregulation* degli investimenti, promossa in sede OCSE dai Paesi più ricchi. Sono noti i rischi insiti

¹³ Commission of the European Communities. Communication of the Commission to the Council and the European Parliament. Accelerated action targeted at major communicable diseases within the context of poverty reduction. Brussels, 20.9.2000 COM(2000) 585

¹⁴ Walt, G. (1998) Globalization of international health, *Lancet* (351) 434-437

¹⁵ Wilkinson, R., *"Unhealthy societies"*, Routledge, London and New York, 1996

¹⁶ Walt, G.(1998) *ibidem*

nell'eventuale adozione delle misure già proposte con il “*Multilateral Agreement on Investments*”,¹⁷ (accantonato come tale, ma i cui temi sono stati inseriti nel dibattito dell'Organizzazione Mondiale del Commercio) che inibendo il potere di regolamentazione interna dei Paesi a difesa di interessi collettivi, lascia prevedere un prezzo particolarmente elevato in campo sociale, soprattutto a carico delle fasce più deboli della popolazione.

Così come i sistemi sanitari nazionali sono sempre più influenzati da fattori globali che superano i confini degli Stati, l'attività di cooperazione allo sviluppo non può più prescindere da una strategia che associ alla collaborazione diretta tra Paesi partner, un rinnovato impegno internazionale ad affrontare globalmente le nuove sfide.

Alla luce dei cambiamenti in atto l'Italia dovrà assumersi le proprie responsabilità a livello dei Paesi con cui collabora e a livello globale; alcuni temi appaiono determinanti:

- l'integrazione delle risorse (nazionali ed internazionali) a disposizione sotto l'effettivo coordinamento delle autorità locali;
- il supporto alle istituzioni locali (e non la sostituzione) nella gestione delle risorse, assicurandone l'efficienza, l'efficacia e la trasparenza;
- il coinvolgimento della società civile nell'identificazione delle priorità, nella pianificazione delle risorse e nella valutazione dei risultati;
- l'appropriatezza e la sostenibilità culturale, sociale, ambientale ed economica delle iniziative;
- il sostegno al rilancio della OMS come leader globale in sanità ed una collaborazione tecnica strutturata e più qualificata, con quell'organizzazione ;
- la difesa della salute - nella definizione che ne dà l'OMS - come obiettivo prioritario dello sviluppo e l'adozione dello stato di salute delle popolazioni come indicatore di progresso con cui misurare l'efficacia delle politiche in altri settori;
- la promozione di un'azione coerente dell'Italia nelle diverse sedi internazionali (UE, G8, OCSE, sistema ONU, Banca Mondiale, vertici, etc.) a favore dell'obiettivo “salute per tutti” ;
- la costituzione in Italia di luoghi privilegiati di confronto, approfondimento e informazione sulla situazione della salute a livello globale.

Oggi questa agenda si affronta con mezzi e strumenti del tutto inadeguati e se alcuni successi si registrano, ciò si deve ancora solo alla buona volontà di isolati operatori. È invece indispensabile promuovere su questi temi una generale mobilitazione del “Sistema Italia”.

Intanto in Parlamento si dibatte su di una Riforma della Cooperazione allo sviluppo che potrebbe portare ad una radicale trasformazione dell'istituzione preposta all'attività di cooperazione allo sviluppo, fornendo finalmente al settore strumenti adeguati per far fronte ai suoi compiti.

¹⁷ Dichiarazione congiunta delle organizzazioni non governative sul “multilateral agreement on investments”, Parigi 27 ottobre 1997