

La Cooperazione internazionale per la salute nell'era della globalizzazione

di Eduardo Missoni

pubblicato su *Salute e Territorio*, Anno XXII, n.127, luglio-agosto 2001, pp. 198-202.

Nello statuto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, creata nel 1948 nell'ambito delle Nazioni Unite, per "condurre tutti i popoli al più alto livello di salute possibile", nel ribadire che la salute è un diritto fondamentale di ogni essere umano, essa viene indicata come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale" e non solo come assenza di malattia. La salute di tutti i popoli, è 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 viene riconosciuta come "un pericolo per tutti".¹ La salute è dunque indivisibile, e globale ne è la responsabilità.

Trent'anni dopo la "salute per tutti" diviene un obiettivo della comunità internazionale da raggiungere "entro l'anno 2000" e, ad Alma Ata, con solenne dichiarazione tutti i governi del mondo individuano nella "*Primary Health Care*"² la strategia per il raggiungimento dell'obiettivo. Parte integrante di ogni sistema sanitario, ma anche dell' "intero sviluppo sociale ed economico", la PHC si fondava su equità, partecipazione comunitaria, prevenzione, tecnologie appropriate ed un approccio intersettoriale ed integrato allo sviluppo.

Un'impostazione che avrebbe richiesto il riorientamento dei sistemi sanitari, in quanto a politiche, strategie ed allocazione delle risorse, ma che resistenze legate all'organizzazione sociale e la distribuzione del potere non avrebbero consentito (ad esempio, un'élite interessata prevalentemente a insostenibili prestazioni specialistiche; il reddito e lo *status* sociale dei medici legati alla specializzazione e all'uso di tecnologie sofisticate, piuttosto che al servizio di sanità pubblica o alla medicina di base; i Ministeri della Sanità corporativi e con poca influenza).

Quell'innovativa visione fu così ben presto ricondotta ad un approccio riduttivo, centralista e verticale denominato "***Selective Primary Health Care***" basato sull'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".³ L'attenzione si allontanava dalla salute, per focalizzarsi su "campagne" per il controllo di alcune malattie, un approccio di grande convenienza economica e mediatica, in alcuni casi anche più consoni alle esigenze politiche o amministrative dei Paesi donatori e degli organismi internazionali. Dinamiche che in alcuni casi rimangono a tutt'oggi immutate.⁴

Lo scenario attuale e i suoi attori

¹ Constitution of the World Health Organization, in: WHO, Basic Documents, Geneva 1999, p.1

² Il termine viene infelicemente tradotto in italiano con "Assistenza sanitaria di base", ma ha il significato di preoccupazione, attenzione primaria per la salute.

³ 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

⁴ Nel caso degli Stati Uniti, ad esempio, i programmi di cooperazione devono sottostare a restrizioni sia di carattere legale che politico imposte dal Congresso: capitoli di bilancio orientati per malattie, obiettivi specifici quantitativi e a breve termine, impedimento a collaborare con altri donatori nel sostegno a programmi integrati di settore (SWAP), etc. Vedi: Commission on Macroeconomics and Health, Working Group 6, paper n. 2.2. (draft)

A più di cinquant'anni dalla costituzione dell'OMS e oltre vent'anni dopo Alma Ata, in molti paesi – soprattutto nell'Africa Sub-sahariana - la speranza di vita si riduce, la mortalità infantile aumenta e masse crescenti di popolazione in condizioni di estrema povertà, sono del tutto escluse dai potenziali benefici di un consistente aumento della ricchezza globale, sempre più concentrata nelle mani di pochi. Il 20% più ricco della popolazione possiede l'82,7% del reddito mondiale e il 20% più povero della popolazione solo l'1,4%. Nonostante gli straordinari progressi del XX secolo in campo tecnologico, più di trentamila bambini al giorno muoiono per cause in gran misura prevenibili; 18 milioni di persone muoiono ogni anno per malattie infettive, per non poter godere di un'igiene minima e delle cure necessarie. Quasi 900 milioni di persone non hanno accesso ai servizi sanitari essenziali. Anche l'avvento l'epidemia di HIV/AIDS riflette il quadro della disuguaglianza: nei paesi ricchi, anche le persone affette da HIV/AIDS hanno a disposizione gratuitamente farmaci efficaci, mentre nei paesi poveri questa possibilità (di cura e di vita) è negata.

Registrato il fallimento, senza troppo interrogarsi sulle cause, l'Organizzazione Mondiale della Sanità con il suo "Salute per tutti nel XXI secolo" ha di fatto spostato obiettivo di altri cent'anni.

Sebbene Alma Ata nascesse dalla constatazione che la crescita economica da sola non riuscisse ad alleviare la povertà, oggi misuriamo le conseguenze del prevalere proprio di un'idea di "sviluppo" intesa come sinonimo di crescita economica e accumulazione di capitale, imposto universalmente e cui ogni altro aspetto dell'esperienza umana è stato sacrificato.⁵ A quel modello rispondono i "Piani di aggiustamento strutturale", sistematicamente riproposti dalle istituzioni di Bretton Woods alla maggior parte dei paesi del terzo mondo, condizionando ogni sostegno alla liberalizzazione del mercato, alle privatizzazioni e ai tagli della spesa sociale. La necessità di associarvi "reti di sicurezza" e "ammortizzatori sociali" per ridurne gli effetti, non è che il riconoscimento implicito della prevedibilità delle conseguenze di quelle misure sulle condizioni di vita della maggior parte della popolazione.

Con l'affermarsi del neo-liberismo e l'orientamento al mercato dell'intera società, viene progressivamente negato il diritto universale alla salute. L'intervento pubblico viene limitato all'assistenza ai poveri e delegato preferibilmente al privato. Le spese sanitarie pubbliche, sono ridotte e trasferite a carico dei singoli soggetti, stimolando sistemi di assicurazione privata, che tendono ad escludere i soggetti a rischio elevato e non coprono rischi collettivi. L'assistenza sanitaria di base è sostituita dalla tendenza a privilegiare l'offerta di servizi altamente tecnologici, basata sulla redditività piuttosto che sul bisogno. Il mercato ha il sopravvento sulla programmazione pubblica delle priorità, con conseguente lievitazione della spesa sanitaria.

Dai sistemi sanitari si è passati ai sistemi di assistenza medica, dall'attenzione a fattori collettivi di malattia all'accento quasi esclusivo su quelli individuali (geni e stili di vita), dalla molteplicità dei fattori di salute (ambiente, condizioni lavorative, istruzione, coesione sociale) all'enfasi esclusiva sulle risorse monetarie, dalla distribuzione equa dei mezzi terapeutici al loro "razionamento", basato sulla scelta arbitraria fra chi ha il diritto di vivere e chi no.

Di pari passo la funzione guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità è stata trasferita alla Banca Mondiale, mentre accordi nell'ambito della Organizzazione Mondiale del Commercio (OMC), condizionano sempre di più il diritto alla salute.

La salute diviene sempre più bene di consumo, sempre più merce, e tema specifico di trattativa tra governi e imprese multinazionali. L'azione dell'OMC tende sempre più a ridurre l'autonomia d'intervento dei governi negli scambi commerciali anche quando questi siano rivolti a proteggere i diritti umani dei propri cittadini, come l'accesso ai servizi essenziali e la salute. Tale azione,

⁵ Cfr. per es. *Le Développement. Histoire d'une croyance occidentale*, G.Rist, Presses de la Fondation National des Sciences Politique, Paris, 1996

minando la legittimità delle leggi nazionali, mette a grave rischio la stessa democrazia. C'è il rischio che accordi sotto l'egida dell'OMC mettano fuori legge l'utilizzo di meccanismi come il finanziamento dei servizi attraverso il contributo progressivo, la copertura universale dei rischi, la responsabilità pubblica nella programmazione, nel finanziamento e nell'erogazione dei servizi, perché anti-competitivi e restrittivi nei confronti del commercio e quindi di ostacolo al libero mercato.⁶

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.

Nel nuovo contesto nuovi attori si affacciano sulla scena sanitaria internazionale rivendicando un ruolo proporzionale al proprio peso finanziario e modificando ulteriormente gli equilibri. Si tratta del settore privato, soprattutto quello delle grandi multinazionali farmaceutiche, ma non solo. Proponendosi come interlocutori diretti o affidando la loro partecipazione a Associazioni e Fondazioni "no profit" di emanazione diretta di quegli stessi gruppi economici, oppure come manifestazione filantropica, ma invasiva di singoli mecenati, come nel caso paradigmatico della "Bill and Melinda Gates Foundation".

In un quadro di riduzione delle risorse destinate all'aiuto pubblico allo sviluppo e di crescenti perplessità rispetto al ruolo e l'efficienza dell'ONU e delle sue agenzie, le *Partnership* Globali Pubblico-Privato (*Global Public-Private Partnerships - GPPP*) stanno diventando il modello universale di riferimento.⁷

***Partnership* è la parola d'ordine**

L'epidemia di HIV/AIDS, una malattia che minaccia popoli ricchi e poveri, e che fa sentire in modo tangibile come la salute del mondo sia indivisibile, ha riportato la salute al centro dell'agenda internazionale, tanto da essere iscritta all'ordine del giorno del Consiglio di Sicurezza dell'ONU nella prima seduta del 2000. Nel successivo mese di giugno il Segretario Generale delle Nazioni Unite, Kofi Annan, presenta "*A better world for all*", documento prodotto di una collaborazione senza precedenti tra Nazioni Unite, OCSE, Fondo Monetario Internazionale e Banca Mondiale elaborato su "specifiche richieste dei paesi G8 per aiutare nel monitoraggio del progresso nella riduzione della povertà a livello mondiale e per guidarli nella loro *partnership* con i paesi in via di sviluppo". In esso si ammette il "Fallimento nell'indirizzare le iniquità di reddito, educazione e accesso alle cure sanitarie, e disuguaglianze tra uomini e donne. Ma c'è di più - si legge nel documento - Limiti imposti ai paesi in via di sviluppo per accedere ai mercati globali, fardello del debito, riduzione degli aiuti allo sviluppo e, a volte, inconsistenze nelle politiche dei donatori che impediscono un progresso più veloce".⁸ Il rapporto non identifica invece responsabili, ma l'anno prima lo stesso James Wolfensohn, presidente della Banca Mondiale, in un'intervista ammetteva "Abbiamo sbagliato tutto, rispetto a vent'anni fa c'è più povertà, più popolazione e meno foreste".⁹ Per quanto concerne poi le soluzioni, nel rapporto lanciato da Annan si afferma che esse non possono che derivare da una "vera *partnership*" tra i diversi settori della società,¹⁰ e "*Partnership*"

⁶ Dichiarazione di Erice, 2001

⁷ Buse K. & Walt G. Global public-private partnerships: part I - a new development in health? *Bullettin of the World Health Organisation*, 2000, 78 (4), 549-561

⁸ Press Release PI/1261 SOC/4549, Geneva 26 June 2000. Poverty can be significantly decreased by 2015 Report four major international organisations.

⁹ Da *La Repubblica* 15.2.1999, citato in "Il Giubileo dei Poveri", *Il Colibri*, 15.12.1999, p.12

¹⁰ "2000. A better world for all" www.paris21.org/betterworld

diviene la parola d'ordine nello scenario globale, senza però che ne siano ancora dati a conoscere contenuti e strumenti.

Al G8 di Okinawa - dove il tema "salute" (o meglio la preoccupazione per l'impatto economico di HIV/AIDS, malaria e tubercolosi) è inserito per la prima volta nell'agenda di lavoro degli otto grandi - e la nuova *partnership* globale sembra l'unica possibile risposta.

"Sviluppare una forte *partnership* con il settore privato e con le organizzazioni della società civile nel ricercare lo sviluppo e l'eradicazione della povertà" è anche un impegno sottoscritto con la "Dichiarazione del Millennio"¹¹ dai capi di stato riunitisi a New York all'inizio di settembre 2000. Tra gli obiettivi specifici, fermare l'epidemia di HIV/AIDS, la minaccia della malaria e delle altre maggiori malattie che affliggono l'umanità.

Chi guida il nuovo "verbo" della sanità globale? Cosa porta proprio il Segretario delle Nazioni Unite a indicare come principale manifestazione della nuova *partnership* la costituzione di un "Global AIDS and Health Fund", "esterno alle Nazioni Unite" e aperto a governi donatori, al settore privato, fondazioni e individui, la cui direzione sarebbe affidata a un *board* "indipendente" che rappresenti tutti gli interessati,¹² di fatto screditando le Nazioni Unite, nate proprio dall'esigenza di un governo globale in nome e per conto di tutti "noi, popoli del mondo"?

All'idea di un fondo globale per la salute lavoravano da tempo canadesi e britannici, ed aveva già preso forma fin dal mese di febbraio in un documento presentato dalla Presidenza italiana del G8 2001 al vertice dei ministri finanziari¹³: un fondo da costituire con l'apporto finanziario dei G8 e quello delle imprese multinazionali invitate a contribuire ciascuna con la risibile somma di 500.000 dollari,¹⁴ acquisendo così il diritto ad essere rappresentate nel board del nuovo Organismo globale secondo il principio dichiarato che: "la responsabilità del governo è di chi mette a disposizione e usa i fondi". La gestione delle operazioni dovrebbe invece essere affidata alla Banca Mondiale, con l'assistenza di esperti della OMS, UNICEF e UNAIDS, come si legge in un successivo documento della Presidenza italiana dove, con significativa incoerenza, i molti altri temi - sostanziali e qualificanti - in tema di salute inizialmente proposti dall'Italia per l'agenda G8 (salute come obiettivo dello sviluppo, sviluppo dei sistemi sanitari, accesso ai farmaci e ai servizi sanitari, partecipazione della società civile, etc.) sono stati definitivamente soppressi.¹⁵

Nell'intenzione di chi lo propone il nuovo corso viene presentato come l'unica soluzione possibile ad un problema identificato esclusivamente come una presunta carenza di risorse finanziarie,¹⁶ senza guardare alle cause strutturali sottostanti.

Le risorse globali per la salute e lo sviluppo

Sulla base delle stime dell'OMS sarebbero necessari circa 10-20 miliardi di dollari in più per far fronte alle principali malattie infettive, tra i 7 e i 10 miliardi solo per l'HIV/AIDS stando alla

¹¹ United Nations, General Assembly, Fifty-fifth session. Resolution adopted by the general Assembly. United Nations Millennium Declaration. A/RES/55/2. 18 September 2000

¹² Secretary-General outlines plans for global aids fund. May 17, 2001 <http://www.un.org/News/press/docs/2001/s20010517.sgsm0101.htm>

¹³ G8 Presidency 2001. "Beyond debt relief"

¹⁴ Ad esempio per la GlaxoSmithKline, un gigante farmaceutico, la quota richiesta rappresenterebbe all'incirca il profitto realizzato mediamente ogni mezz'ora, senza considerare i ritorni d'immagine a livello globale, senza ulteriore spesa pubblicitaria. Cfr. Amalric, Franck, The unbearable lightness of G7 concerns for the South: a comment on Italy's "Beyond debt relief", Society for International Development, Rome, 13.3.2001

¹⁵ G8 Presidency 2001. Genoa Trust Fund for Health Care

¹⁶ si tratta piuttosto di un disimpegno dei paesi dell'OCSE il cui APS si è ridotto allo 0,25% del PIL, a fronte di un impegno, ripetutamente rinnovato nel corso degli ultimi vent'anni e mai rispettato, dello 0,7% annuo.

richiesta fatta da Kofi Annan in occasione della sessione speciale della Nazioni Unite (UNGASS) sull'AIDS,¹⁷

Considerando che l'attuale flusso netto di risorse dell'Aiuto Pubblico allo Sviluppo (APS), pari allo 0,25% del PIL dei paesi OCSE, è di 56,3 miliardi di dollari, la somma addizionale richiesta rappresenterebbe solo una piccola frazione delle risorse che potrebbero essere rese disponibili se i paesi dell'OCSE rispettassero finalmente l'obiettivo dello 0,7% sul PIL che continuano ad indicare come impegno.

La cancellazione del debito rappresenta un'altra misura globale che permetterebbe ai paesi del Sud del mondo di destinare somme considerevoli allo sviluppo sociale, ivi inclusa la promozione della salute.

Sarebbero naturalmente benvenute risorse aggiuntive dal settore privato, ma queste piuttosto che assumere le forme dell'elemosina occasionale, dovrebbero avere un carattere strutturale, ad esempio attraverso l'introduzione di adeguati sistemi internazionali di tassazione sui profitti (facendo anche emergere quelli oggi protetti dai "paradisi fiscali"), o sulle transazioni finanziarie internazionali sul modello della cosiddetta "Tobin Tax". D'altra parte un contributo sostanziale del settore privato allo sforzo globale deriverebbe dalla riduzione dei prezzi dei farmaci, delle tecnologie e di altri beni sanitari, con notevoli effetti di moltiplicazione sulla riduzione dei costi dei servizi sanitari. Difficilmente potrebbero essere ottenuti risultati sostanziali in assenza di un serrato negoziato globale. Ma chi potrebbe rappresentare credibilmente gli interessi dei paesi che di quei farmaci a basso costo hanno drammaticamente bisogno? Non il Fondo globale che nella configurazione prevista vedrebbe le multinazionali su entrambi i lati del tavolo negoziale; non più l'OMS, ormai membro – grazie alla nuova *partnership* globale pubblico privato – di una *joint-venture* con la controparte del negoziato.

Infine, dalle grandi imprese multinazionali potrebbe venire un considerevole contributo allo sviluppo, semplicemente assicurando che in tutti i loro processi produttivi siano rispettati e promossi i diritti umani, adottati elevati standard nelle condizioni di lavoro e rigorosamente controllato l'impatto ambientale.

La governance globale e l'efficace trasferimento delle risorse ai PVS

Perché i G8 e lo stesso Kofi Annan propongono l'abdicazione delle Nazioni Unite in favore di nuovi organismi di scarsa rappresentatività, incerta natura e responsabilità? Non vi sono forse nelle stesse Nazioni Unite organizzazioni in grado di raccogliere e canalizzare fondi verso i Paesi più in difficoltà? L'UNICEF, per esempio, da decenni raccoglie e gestisce anche importanti contributi del settore privato. Perché mai dovrebbe essere un board indipendente (da chi?) a decidere sull'uso di risorse per la sanità pubblica globale e non l'OMS che ne ha il mandato e la legittimità?

Senza considerare l'evidente conflitto di interessi derivante dalla presenza nel governo di un "fondo globale" destinato tra l'altro all'acquisto di farmaci e altri beni sanitari, di rappresentanti dell'industria (ivi inclusa quella farmaceutica).

D'altra parte la legittimità delle stesse Nazioni Unite, quali rappresentanti degli interessi collettivi degli stati membri, sarebbe messa in discussione dalla partecipazione di quelle Organizzazioni in un "consiglio di amministrazione" dove alcuni paesi membri siano autonomamente rappresentati.

La risposta all'esigenza di governare la globalizzazione non può che risiedere in istituzioni globali e rappresentative¹⁸ come l'Organizzazione delle Nazioni Unite. Piuttosto l'impegno dovrebbe essere per aumentarne la rappresentatività democratica e l'efficienza anche nel trasferire le risorse

¹⁷ New York, 25-27 giugno 2001

¹⁸ Nelle Nazioni Unite ad ogni paese membro spetta un voto, a differenza di quanto avviene negli Organismi di Bretton Woods (Banca Mondiale e Fondo Monetario Internazionale) dove numero di voti è proporzionale alla dimensione della partecipazione finanziaria al capitale ("un dollaro, un voto").

disponibili ai Paesi che devono fronteggiare le situazioni più drammatiche ed è proprio al livello di ciascun Paese che dovrebbe essere decisa l'utilizzazione delle risorse per lo sviluppo.

Potrebbe essere molto pericoloso sacrificare valori, organizzazioni ed un diritto internazionale consolidati per rincorrere attraverso nuove “*partnership*” le risorse di multinazionali e mecenati filantropi, indisponibili a contribuire ad un sistema al cui governo non partecipino direttamente.

La *ownership* e il controllo delle politiche nazionali

Le risorse sono solo una parte del problema; in assenza di sistemi sanitari in grado di utilizzarle proficuamente, traducendole in servizi appropriati a ciascuna realtà e d'accordo a bisogni e priorità locali, un aumento di risorse potrebbe solo aumentare gli sprechi.

Benché in ambito internazionale si riaffermi costantemente la necessità della *ownership* dei governi nazionali rispetto alle scelte sull'utilizzazione delle risorse messe a disposizione per lo sviluppo, alcuni donatori continuano a “marcare” i propri aiuti legandoli a specifici programmi, impedendo di fatto una corretta analisi dei bisogni e la conseguente determinazione delle priorità e favorendo quell'approccio “selettivo” e “verticale” - già descritto - all'origine dello smantellamento di molti sistemi sanitari nei PVS. Altri donatori pur sostenendo un approccio più ampio, di settore (il cosiddetto Sector Wide Approach – SWAp), magari insistendo che il governo nazionale debba sedere “*in the driver seat*” nella conduzione di quei programmi di settore, condizionano l'aiuto a precise scelte politiche e macroeconomiche, come nel caso dei Piani di Aggiustamento Strutturale imposti dalla Banca Mondiale, dove anche le scelte in campo sanitario soggiacciono ai principi di liberalizzazione del mercato, privatizzazione e tagli alla spesa pubblica.

Nella gestione dei fondi esterni le istituzioni locali devono poi far fronte ad un lavoro aggiuntivo per adeguare i propri standard di programmazione e rendiconto alle eterogenee richieste dei donatori che, per di più, spesso contribuiscono all'indebolimento di quelle stesse istituzioni locali il cui sviluppo dicono di voler sostenere, sottraendone i quadri migliori, grazie all'offerta di sproporzionati contratti “internazionali”. In molti se non tutti i paesi africani un numero crescente di dirigenti del Ministero della Sanità sono ormai impiegati a tempo pieno negli uffici delle agenzie di cooperazione bilaterale o degli organismi internazionali.

Si tratta di problematiche fondamentali che esigono maggiore responsabilità e coerenza da parte dei donatori e regole comuni, che permettano di ridurre il “peso” degli aiuti che grava sui paesi beneficiari, inibendone in gran parte l'efficacia, e identificando strategie che rafforzino le loro istituzioni e i loro sistemi sanitari nazionali.

Gli obiettivi dello sviluppo: modificare il paradigma

Il divario crescente tra le risorse a disposizione dei Paesi poveri, soprattutto ma non solo dell'Africa subsahariana, e i loro bisogni in tema di salute e servizi sanitari può essere superato solo attraverso un consistente impegno globale, continuo e duraturo.

In questo senso, anche un notevole aumento delle risorse canalizzate verso il Sud del Mondo, rischierebbe di avere scarso effetto sul lungo periodo se non fossero corretti quei fattori macroeconomici che hanno contribuito alla crescita delle disuguaglianze. Secondo il principio ippocratico “*primum non nocere*” si dovranno innanzitutto evitare in ogni settore (economico, sociale, ambientale, produttivo, etc.) interventi e politiche che possano avere ricadute negative sulla salute, promuovendo piuttosto in tutti gli ambiti politiche pubbliche “salutari”. Mettere la salute “al centro dell'agenda dello sviluppo”, significa guardare con preoccupazione ad un'impostazione tesa a debellare questa o quella malattia per il suo impatto economico negativo; impone la revisione del paradigma dello sviluppo, facendo della salute un obiettivo fondamentale di progresso, piuttosto che

sbandierarne l'utilità come strumento di quella crescita economica dalla quale rimane esclusa la metà dell'umanità.