

# Diritto alla salute e Aids in Africa. Un continente ammalato

**di Eduardo Missoni**

**esperto di cooperazione internazionale allo sviluppo**

**Quaderni per lo sviluppo n.6, Aids & Africa il Continente da salvare, VITA-CESVI, 2001**

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".<sup>1</sup> 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*<sup>2</sup> 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 e un approccio intersettoriale e integrato allo sviluppo. Un'impostazione che richiedeva il riorientamento dei sistemi sanitari in quanto a politiche, strategie e allocazione delle risorse, ma che si scontrava con numerose resistenze legate all'organizzazione sociale e alla distribuzione del potere: l'élite che richiedeva servizi curativi di tipo ospedaliero cari e non sostenibili; la classe medica con reddito e status 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.

Si sviluppò quindi rapidamente una corrente di pensiero, divenuta poi dominante, che tradusse quell'innovativa visione in un approccio riduttivo, centralista e verticale denominato *Selective primary health care* basata sull'applicazione selettiva di misure "dirette a prevenire o trattare le poche malattie che sono responsabili della maggiore mortalità e morbosità nelle aree meno sviluppate e per le quali esistano interventi di provata efficacia".<sup>3</sup> 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 consono alle esigenze politiche o amministrative dei Paesi donatori e degli organismi internazionali.

A più di cinquant'anni dalla costituzione dell'OMS e oltre vent'anni dopo Alma Ata, in molti paesi, soprattutto dell'Africa Subsahariana, 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 ventesimo secolo in campo tecnologico, più di 30mila 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. L'avvento dell'epidemia di Hiv/Aids ha esacerbato le disuguaglianze: 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 riusciva ad alleviare la povertà, oggi misuriamo le conseguenze del prevalere proprio di un'idea di sviluppo sinonimo di crescita economica e accumulazione di capitale, imposto universalmente e cui ogni altro aspetto dell'esperienza umana è stato sacrificato.<sup>4</sup> A quel modello rispondevano 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 neoliberismo 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 il sistema delle assicurazioni private. L'assistenza sanitaria di base è sostituita dalla tendenza a privilegiare l'offerta di servizi altamente tecnologici. La programmazione pubblica delle priorità, abbandonata in favore delle leggi del mercato. 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, 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 anticompetitivi e restrittivi nei confronti del commercio e quindi di ostacolo al libero mercato.<sup>5</sup>

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 di esponenti del settore privato, soprattutto quello delle grandi multinazionali farmaceutiche, ma non solo. Proponendosi come interlocutori diretti o affidando la loro partecipazione ad associazioni e fondazioni *non 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) rischiano di diventare, all'alba del nuovo millennio, il modello universale di riferimento.<sup>6</sup>

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.

Gennaio 2000. L'“impatto dell'Aids sulla pace e la sicurezza in Africa” è all'ordine del giorno della prima riunione dell'anno del Consiglio di sicurezza. Sei mesi dopo, il segretario generale delle Nazioni unite, Kofi Annan, lancia “*A better world for all*”, “prodotto di una collaborazione senza precedenti tra le quattro maggiori organizzazioni internazionali (Nazioni unite, OCSE, Fondo monetario internazionale e Banca mondiale)” ed 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”.

Il rapporto registra tra l'altro 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”.<sup>7</sup>

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. Le privatizzazioni fatte prima di aver creato un quadro di regole e un sistema competitivo conducono al disastro”.<sup>8</sup> 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.<sup>9</sup> “Partnership” è la parola d'ordine anche a Okinawa, in Giappone, dove, a luglio 2000, il ventiseiesimo summit G8 inserisce per la prima volta il tema “salute” nell'agenda di lavoro. In realtà, l'attenzione dei G8 è rivolta quasi esclusivamente a tre malattie infettive: Hiv/Aids, malaria e tubercolosi e l'enfasi è sul loro impatto economico, non sul diritto alla salute.

“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<sup>10</sup> dai capi di Stato riuniti 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. Mentre l'impegno internazionale si focalizza sempre di più su qualche malattia (anche se i Paesi europei sottolineano come si debba trattare di una “azione accelerata” nel più ampio contesto della lotta alla povertà e lo sviluppo dei sistemi sanitari<sup>11</sup>), la natura della partnership prende forma.

Intervenendo all'Assemblea mondiale della sanità il 17 maggio 2001, Kofi Annan, riprendendo e avallando un'idea già emersa in ambito G8, ha annunciato la costituzione di un *Global Aids And Health Fund*, esterno alle Nazioni unite e aperto a governi donatori, settore privato, fondazioni e individui, la cui direzione sarebbe affidata a un board indipendente che rappresenti tutti gli interessati.<sup>12</sup> Il principio di riferimento era già stato enunciato in un documento della presidenza italiana del G8 2001 che, invitando le imprese multinazionali a contribuire con la risibile somma di 500mila dollari,<sup>13</sup> apriva finalmente il portellone di quel cavallo di Troia chiamato partnership affermando: “la responsabilità del governo è di chi mette a disposizione e usa i fondi”, proponendo tra l'altro che a gestire tutte le operazioni sia la Banca mondiale.<sup>14</sup>

Nell'intenzione di chi lo propone, il nuovo corso viene presentato come l'unica soluzione possibile a un problema identificato esclusivamente come una presunta carenza di risorse finanziarie,<sup>15</sup> senza guardare alle cause strutturali sottostanti. Invece di chiedere l'elemosina alle multinazionali, perché non introdurre un sistema più equo di solidarietà globale, ad esempio con sistemi di tassazione sulle transazioni finanziarie internazionali sul modello della cosiddetta Tobin tax? 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?

L'Aids, dunque, ha richiamato l'attenzione della comunità internazionale sulla salute, anche se nuovamente focalizzandola selettivamente su alcune malattie. Ma l'Aids ci ha posto di fronte a nuove sfide. Di fronte alla complessità della strategia preventiva, l'attenzione mondiale è canalizzata prevalentemente sull'accesso ai farmaci antiretrovirali sia per l'uso terapeutico (non

curativo!) (che in Europa ha permesso di aumentare notevolmente la speranza di vita dei malati) sia per l'interruzione della trasmissione del virus da madre a bambino.

Se il prezzo dei farmaci, ancora proibitivo per qualsiasi sistema sanitario africano, costituisce un ostacolo superabile solo attraverso un'azione di livello internazionale, esso non può essere disgiunto dall'esigenza di assicurare alla terapia (oltre che alla vigilanza e alle strategie di controllo epidemiologico) un irrinunciabile supporto diagnostico di laboratorio. Oltre ai costi aggiuntivi, per la complessità delle tecniche immunologiche e molecolari da utilizzare, vi sono aspetti, inerenti il livello di preparazione del personale, lo standard di qualità da garantire, la necessità di installazioni adeguate e l'approvvigionamento di materie di consumo altamente deperibile, che non possono essere trascurati, aspetti che rendono insostenibile qualsiasi intervento che non sia progettato e sostenuto su tempi lunghi.

D'altra parte, l'Aids pone anche importanti interrogativi etici. Là dove si introduce l'uso di farmaci antiretrovirali, dato il costo complessivo del trattamento, come effettuare la selezione dei pazienti da assistere? Se si interrompe la trasmissione dell'infezione da madre a bambino, ma non si è in grado di mantenere in terapia la madre per il resto della sua vita, chi avrà cura di intere generazioni di orfani sieronegativi, ma le cui condizioni di vita comportano un elevatissimo rischio di contrarre comunque autonomamente l'infezione in giovane età? In base a quale criterio destinare la maggior parte delle risorse a fronteggiare l'Aids con mezzi costosi e poco efficaci, piuttosto che assicurare la prevenzione e la cura di malattie (come la diarrea, le malattie respiratorie, la malaria, ecc.) altrettanto diffuse e letali, ma per le quali esistono strumenti efficaci e a basso costo?

Richiamandoci ad Alma Ata, l'Aids rimette in discussione principi di equità, fa riflettere sull'appropriatezza tecnologica degli interventi, esige un coinvolgimento intersettoriale e il pieno coinvolgimento della comunità. Le risposte, ancora una volta, non potranno prescindere dal potenziamento dei sistemi sanitari nel loro complesso, nel contesto di una visione che riaffermando la salute come diritto umano universale, la riproponga come obiettivo stesso dello sviluppo, con il quale le politiche in tutti i settori devono misurarsi.

## NOTE

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., Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries, *New England Journal of Medicine* 301, 1979, pagg. 967-974

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

5 Dichiarazione di Erice, 2001

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

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

8 Da *La Repubblica* 15.2.1999, citato in *Il Giubileo dei Poveri, Il Colibrì*, 15.12.1999, p.12

9 2000. A better world for all, [www.paris21.org/betterworld](http://www.paris21.org/betterworld)

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

11 Comunicazione della Commissione al Consiglio e al Parlamento Europeo. Programma d'azione: Azione accelerata di lotta contro l'Hiv/Aids, la malaria e la tubercolosi nel quadro della riduzione della povertà. Commissione delle Comunità Europee, Bruxelles, 21.2.2001 *COM(2001) 96 definitivo*

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

13 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

14 G8 Presidency 2001 Genoa, Trust Fund for Health Care

15 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 mai rispettato dello 0,7% annuo.