

Salute e globalizzazione

Presentato al III congresso nazionale ISDE Italia, Arezzo 23.11.2001

(pubblicato su “Il Medico per l’Ambiente” giugno 2002 – N. 1)

di Eduardo Missoni

Esperto di cooperazione internazionale

Presidente dell’Associazione degli Operatori di Cooperazione allo Sviluppo - AdOCS

Il concetto di salute e gli obiettivi fissati sul finire degli anni ‘70

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”. 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 (1978), con solenne dichiarazione tutti i governi del mondo individuano nella “*Primary Health Care*” 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”. 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. Dinamiche che in alcuni casi rimangono a tutt’oggi immutate.

Il modificato contesto internazionale in sanità negli anni ‘90

L’approccio selettivo, non obbligando ad impegnative riorganizzazioni del sistema e significativi investimenti nella sanità pubblica, era anche confacente ai cosiddetti “Piani di

aggiustamento strutturale”, sistematicamente riproposti dalle istituzioni di Bretton Woods (Fondo Monetario Internazionale e Banca Mondiale) alla maggior parte dei paesi del Terzo Mondo, condizionando ogni sostegno economico 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, era il riconoscimento implicito della prevedibilità delle conseguenze di quelle misure sulle condizioni di vita della maggior parte della popolazione. Ad uno “Sviluppo” inteso come sinonimo di crescita economica e accumulazione di capitale, veniva così sacrificato ogni altro aspetto dell’esperienza umana.

Con l’orientamento al mercato dell’intera società, anche i sistemi sanitari dovettero essere assoggettati alla “Riforma” secondo i criteri dettati da quelle organizzazioni finanziarie internazionali e, di fatto, dai Paesi più ricchi che le governano in virtù della loro prevalente partecipazione al capitale.

Il diritto universale alla salute è stato così progressivamente negato; l’intervento pubblico limitato all’assistenza ai poveri e delegato preferibilmente al privato; le spese sanitarie pubbliche, 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 sostituita dalla tendenza a privilegiare l’offerta di servizi specialistici, basata sulla redditività piuttosto che sul bisogno. Il mercato ha preso il sopravvento sulla programmazione pubblica delle priorità, con conseguente lievitazione della spesa sanitaria.

Di pari passo la funzione guida dell’Organizzazione Mondiale della Sanità è stata trasferita alla Banca Mondiale.

Intanto, accordi nell’ambito della Organizzazione Mondiale del Commercio (OMC), condizionano sempre di più il diritto alla salute, tendendo a ridurre l’autonomia d’intervento dei governi anche quando si tratti di provvedimenti a beneficio della salute pubblica dei propri cittadini, come l’accesso ai servizi essenziali. La salute come bene di consumo, merce, è oggetto di trattativa. Seppure con cautela, è però anche possibile registrare qualche segnale positivo, come l’esito del processo che ha visto di fronte le multinazionali del farmaco e il governo del SudAfrica e, proprio in questi giorni, i risultati della riunione dell’OMC a Doha (Qatar), dove è passata la mozione presentata da un folto gruppo di Paesi del Sud del mondo nella quale si afferma che “nulla negli accordi dell’OMC sulla proprietà intellettuale, può impedire ai Paesi membri di prendere misure che garantiscano la salute pubblica”.

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 e 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.

La salute nel mondo

A più di cinquant’anni dalla costituzione dell’OMS e oltre vent’anni dopo Alma Ata, in molti paesi – soprattutto dell’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 quelle cure sono inaccessibili.

Alle crescenti disuguaglianze si associano fenomeni migratori, instabilità politica, conflitti sociali e guerre. Con regolamentazione e controllo internazionali insufficienti, si moltiplicano i traffici illeciti.

Sul finire del secolo, 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.

La salute nell'agenda globale

Il tema "salute" ha assunto un peso crescente nell'agenda politica internazionale negli ultimi anni, certamente anche sulla spinta dell'epidemia HIV/AIDS. All'inizio del 2000, per la prima volta nella sua storia il Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite ha affrontato un tema sanitario, l'AIDS, sottolineandone le conseguenze sulla pace e la sicurezza. Nel giugno dello scorso anno su richiesta dei G8, ONU, OCSE, FMI e Banca Mondiale elaborando per la prima volta congiuntamente un documento, hanno prodotto "A better world for all" nel quale si riconosce: "il fallimento nell'indirizzare le iniquità di reddito, educazione e accesso alle cure sanitarie e le disuguaglianze tra uomini e donne. Ma c'è di più, limiti imposti ai paesi in via di sviluppo e, a volte, inconsistenze nelle politiche dei donatori che impediscono un progresso più veloce". Nel documento la risposta viene individuata in: "una vera partnership" di cui però non si individuano strumenti e caratteristiche.

Per la prima volta, nel vertice tenutosi nel 2000 ad Okinawa, i temi sanitari vengono inseriti anche nell'agenda dei G8; è evidente la preoccupazione per l'impatto economico di alcune malattie infettive, piuttosto che per il diritto alla salute. Ancora una volta si conclude facendo riferimento ad una "nuova partnership globale" Obiettivi sanitari occupano poi uno spazio significativo nelle dichiarazioni del successivo Millennium Summit. Anche in quell'occasione, si afferma la necessità di "Sviluppare una forte partnership con il settore privato e con le organizzazioni della società civile nel ricercare lo sviluppo e l'eradicazione della povertà".

La salute viene quindi riproposta come tema centrale nei documenti circolati all'inizio del 2001 dalla Presidenza italiana del G8 in vista del vertice di Genova.

In realtà l'iniziale proposta italiana andava oltre il riconoscimento dell'impatto delle "malattie" infettive (in particolare AIDS, TBC e malaria) sull'economia, sul quale ci si era soffermati ad Okinawa, introducendo nei temi da dibattere un approccio integrato ed intersettoriale alla "salute". Tra l'altro quella proposta affrontava temi come lo sviluppo nei PVS di sistemi sanitari improntati all'equità e all'accesso universale; l'individuazione di HIV/AIDS, TBC, malaria come indicatori di risultato e non come obiettivi isolati; l'accesso a farmaci e servizi; la partecipazione della società civile; il coordinamento dei donatori: la necessità di ricondurre a unità la molteplicità di iniziative globali esistenti (GAVI, IAVI, Stop TB, RBM, etc.); nonché la promozione della salute come obiettivo dello sviluppo, da considerare nell'orientare anche le politiche in altri settori.

A febbraio, in occasione del vertice G7 dei Ministri finanziari, la Presidenza italiana propone all'attenzione dei partner un nuovo elaborato "Beyond debt relief" nel quale il Ministero del Tesoro che ne ha curato la preparazione impone l'inserimento della proposta di un "Fondo globale per la salute" da costituire anche con il contributo delle multinazionali cui si chiede una

peraltro risibile quota di 500.000 USD a testa (l'utile netto realizzato da un colosso farmaceutico in mezz'ora), suggerendo che sia la Banca Mondiale a gestire il nuovo Fondo Globale.

Sulla nuova proposta si concentra l'attenzione degli esperti sanitari del G8 riuniti a Roma a marzo, ma sull'opportunità di quel "Fondo globale" gli esperti non si trovano d'accordo. Si è invece unanimi nel sostenere che non vi è alcuna necessità di creare nuove entità, dovendosi piuttosto rafforzare istituzioni e organizzazioni esistenti, così come sull'esigenza di contenere il proliferare di "partnership globali" riconducendole ad una cornice unitaria.

Di quelle perplessità e di quelle riflessioni non tiene conto la Presidenza italiana che, in aprile lancia un nuovo documento "Il Fondo Globale per la salute", eliminando dall'agenda tutti gli altri argomenti precedentemente proposti. Del nuovo "Fondo" s'indicano questa volta le principali caratteristiche. Nel futuro *board* solo i rappresentanti di quanti contribuiranno al Fondo secondo il discutibile principio per cui "La responsabilità del governo è di chi mette a disposizione e usa i fondi". La gestione a alla Banca Mondiale, che potrà avvalersi dell'assistenza tecnica di OMS, UNAIDS e UNICEF.

A giugno un'intera sessione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite è dedicata all'HIV/AIDS. In quella sede anche Kofi Annan lancia l'idea di un nuovo Fondo Globale, che però vuole dedicato alla lotta a quell'epidemia. Paradossalmente - visto che a proporlo è il Segretario dell'ONU - Kofi Annan specifica che il "Fondo" espressione della "nuova partnership" sarebbe dovuto essere "esterno alle Nazioni Unite, aperto ai governi, al settore privato, fondazioni e individui, affidandone la direzione a un board indipendente che rappresenti tutti gli interessati." Per invogliare il grande business a contribuire all'iniziativa Annan si è premurato di ricordare che la malattia sta sottraendo lavoratori e consumatori al mercato.

Il Fondo Globale per la lotta all'AIDS, la tubercolosi e la malaria

Dall'integrazione della proposta di Kofi Annan e quella del G8 è nata l'iniziativa - lanciata a Genova - per un unico "Fondo Globale per la lotta all'HIV/AIDS, la tubercolosi e la malaria", confermando così la tendenza a ridurre le strategie per la salute alla lotta contro alcune malattie.

Per rendere operativo il Fondo entro la fine dell'anno viene quindi costituito un *Transitional Working Group* - TWG, chiamato a definirne obiettivi e portata, meccanismi finanziari, principi della partnership, struttura (board, segretariato, organismo fiduciario, supporto tecnico e procedure. In questa fase viene esplicitamente richiesto che i PVS non siano rappresentati in egual numero come i paesi ricchi, in compenso Presidente del gruppo viene eletto il Dr. Chrispus Kiyonga, già Ministro della Sanità dell'Uganda. A lavorare sulle proposte sarà però un *Technical Support Secretariat* (TSS) diretto dallo statunitense Paul Ehmer.

La composizione del TWG è la seguente:

- 17 membri del "Nord" (G8 + Belgio, Danimarca, Irlanda, Norvegia, Paesi Bassi, Spagna, Svizzera + Presidenza UE + Commissione UE)
- 12 Paesi del "Sud" e in transizione (Brasile, Cina, India, Mali, Mozambico, Nigeria, Senegal, Sud Africa, Tailandia, Trinidad & Tobago, Uganda, Ucraina)
- 3 rappresentanti di Organizzazioni delle Nazioni Unite (UN dev. Group; UNAIDS; OMS)
- Un rappresentante della Banca Mondiale
- Un rappresentante del GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunization) una partnership pubblico-privata, nata a seguito di un consistente finanziamento di Bill Gates e divenuta modello di riferimento

- 4 rappresentanti delle ONG (*People living with AIDS; International Council of Aids Service Organisations; International Union Against Tuberculosis and Lung Disease; The Aids Support Organisation*)
- 3 rappresentanti del settore privato: Coca Cola, Global Fund for Children's Vaccines, World Economic Forum
- Un rappresentante delle Fondazioni: Bill & Melinda Gates Foundation

Per il momento non è ancora nota quale potrà essere la composizione del consiglio di amministrazione del Fondo Globale.

Per quanto concerne gli obiettivi del Fondo Globale, nel TWG si concorda che esso è nato per "attrarre, gestire ed erogare risorse aggiuntive attraverso una nuova partnership pubblico-privata che darà un contributo significativo e sostenibile alla riduzione di infezione, malattia e mortalità da HIV/AIDS, tubercolosi e malaria, mitigandone l'impatto nei Paesi bisognosi e contribuendo alla riduzione della povertà come parte degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio".

Il problema delle risorse; addizionalità e sostenibilità

I fondi attualmente destinati al settore sanitario sono stimati in 3,3 miliardi di US\$. Per la sola lotta all'HIV/AIDS (e senza includere l'accesso di tutte le persone infette ai farmaci antiretrovirali) l'OMS stima che servano altri 7-10 miliardi di US\$ all'anno e almeno il doppio per far fronte alle tre malattie.

A Genova i G8 si sono impegnati con circa 100-200 milioni di US\$ a testa e per il momento gli "impegni" complessivi ammontano a circa 1,5 miliardi di dollari; senza indicazione temporale.

D'altra parte già fin dagli inizi degli anni '80 la comunità dei donatori di era impegnata a portare l'aiuto pubblico allo sviluppo allo 0,7% del PIL. Oggi l'insieme dei paesi OCSE si attesta intorno alla misera media dello 0,24% del PIL, con l'Italia fanalino di coda che nel 2000 ha destinato all'Aiuto Pubblico allo Sviluppo appena lo 0,13% del suo PIL.

E' evidente che il semplice rispetto di impegni pregressi cambierebbe completamente il quadro della situazione triplicando di fatto l'aiuto attuale (circa 55 miliardi di dollari nel 1999). Sulla caratteristica aggiuntiva dei fondi destinati al Fondo staremo a vedere il comportamento di ciascuno dei grandi donatori. E' però altrettanto evidente, che i governanti dei Paesi ricchi non hanno il coraggio di proporre alle loro opulente società di sottrarre risorse all'economia nazionale per destinare più fondi ai cosiddetti PVS. E' più facile dire chei fondi pubblici sono insufficienti e proporre *partnership* con il privato, anche e soprattutto quello delle grandi multinazionali, sperando di attrarre fondi privati verso scopi pubblici.

D'altra parte, mentre nei lavori preparatori del vertice, tra gli esperti sanitari dei Paesi G8 era emersa chiaramente la necessità di ricomporre in un'unica cornice le numerose iniziative "globali" esistenti, per lo più tutte orientate secondo la logica *public-private-partnership*, il nuovo "Fondo Globale per l'AIDS, la tubercolosi e la malaria" rappresenta un'ulteriore iniziativa che non potrà che competere con le altre - come con i tradizionali canali della Cooperazione allo sviluppo - nella ricerca di fondi e nell'impegno di risorse umane qualificate.

C'è poi da chiedersi se le risorse saranno davvero "aggiuntive" e come si potrà misurare questa "addizionalità". Per il momento possiamo solo registrare che le risorse italiane per finanziare il TWG sono state sottratte al contributo annuale alla OMS e i primi stanziamenti per il Fondo Globale sono stati recuperati in buona parte dal "definanziamento" di programmi bilaterali.

Circa la capacità del Fondo Globale di dare un "contributo significativo e sostenibile" al controllo delle tre malattie ogni speculazione è possibile. In termini finanziari abbiamo già visto

come fin qui il contributo sia assolutamente insignificante e senza alcuna indicazione circa la sua "sostenibilità" intesa come durabilità.

In assenza di misure "strutturali" non vi può in realtà essere alcuna "sostenibilità" dell'azione internazionale per la salute. Sul versante della riduzione della spesa, ad esempio, la cancellazione del debito rimane un passaggio indispensabile. Anche l'introduzione di politiche eque dei prezzi dei farmaci, agirebbero nello stesso senso. Sul versante delle entrate a favore dello sviluppo dei paesi più poveri meccanismi di tassazione internazionale come quella sulle speculazioni finanziarie internazionali (su tipo di quella proposta come Tobin Tax), avrebbero certamente maggiore stabilità e consistenza del solo ricorso alla "generosità" delle multinazionali. Queste, poi, potrebbero dar un notevole contributo alla salute globale cominciando dal promuovere i diritti dei lavoratori e la difesa dell'ambiente nei loro processi produttivi, peraltro sempre più spesso delocalizzati nei PVS. Analogamente si dovrebbero evitare interventi e politiche di "sviluppo" che possano avere conseguenze negative sulla salute delle popolazioni e sul loro accesso ai servizi, ad esempio introducendo l'obbligo della Valutazione d'Impatto sulla Salute.

I problemi della "governance"

In merito alla "governance" del Fondo Globale, il TWG non ha ancora risolto il problema del conflitto d'interessi che nascerebbe dall'eventuale presenza di rappresentanti del privato for profit (in particolare delle multinazionali farmaceutiche, ma non solo) nel suo futuro board. Dobbiamo però registrare con favore che dall'incontro di consultazione delle ONG, tenutosi a Bruxelles il 12 e 13 novembre, sia emersa chiara l'indicazione per una assenza nell'organi direttivo del Fondo di industrie farmaceutiche. La presidenza italiana aveva a suo tempo specificato: "non solo l'industria farmaceutica".

Nessuno invece sembra essersi posto il problema della delegittimazione del Sistema della Nazioni Unite - che il sistema globale dovrebbe governare - derivante da iniziative globali alle quali le diverse agenzie dell'ONU partecipano alla pari con imprese private, ONG e fondazioni - a loro volta spesso collegate con potentati economici - e governi dei paesi membri. In particolare l'Organizzazione Mondiale della Sanità giocherà un ruolo di comparsa, diciamo di consulente, là dove sarebbe dovuta essere protagonista in un'ottica di rilancio della leadership di quella organizzazione internazionale in tema di salute globale.

Il problema deve essere saltato all'occhio nella ricordata recente riunione consultiva con le ONG, visto che tra le raccomandazioni si legge che i rappresentanti delle Nazioni Unite e degli altri organismi multilaterali (il ché includerebbe la Banca Mondiale) dovrebbero avere nel board solo lo status di osservatori.

Rimangono comunque tutte da definire le modalità con cui verranno nominati i membri del board e quindi la loro rappresentatività rispetto alle comunità che dovrebbero rappresentare.

Un Fondo Globale pubblico-privato per tre malattie

Tra i principi di riferimento del funzionamento del Fondo è indicato il suo apporto ad iniziative inserite nei piani e nelle strategie nazionali dei Paesi beneficiari ed il supporto, sempre attraverso la lotta alle tre malattie, ai sistemi sanitari. L'esperienza purtroppo insegna che l'approccio "verticale" per malattie ha sempre un effetto disgregante sui sistemi sanitari e l'organizzazione dei servizi; mentre rivendicare la *ownership* dei paesi di programmi il cui accesso ai finanziamenti internazionale è deciso a livello globale, appare come una forzatura. Dovendo sintetizzare, credo di poter individuare nella nuova partnership pubblico-privato rappresentata in un

Fondo Globale dedicato a tre malattie, non solo l'ennesima mancanza di coraggio e volontà politica per risolvere i problemi alla loro origine, ma anche l'espressione di tre tendenze dominanti:

- centralismo globale
- privatizzazione globale
- neo-verticalismo

Certamente la nuova iniziativa ha i numeri in regola per divenire anche un'ulteriore canale per foraggiare il *jet set* dell' "aiuto" internazionale che vive di conferenze, *work-shop* e pubblicazioni di carta patinata, ormai interamente governato dalle leggi del mercato, invece che da quelle della solidarietà.

C'è solo da augurarsi che dopo il fallito raggiungimento dell'obiettivo "salute per tutti" fissato per il 2000 e la sua ricollocazione temporale nel XXI secolo, non si giunga tra breve a proporre come nuovo traguardo la "salute per tutti nel Terzo Millennio".