

La salute globale è ancora un'utopia?

di Eduardo Missoni

“Alla fine della conferenza una giovane medico africana, in un bel vestito tradizionale, salì sul podio e lesse la Dichiarazione di Alma Ata. Molti avevano le lacrime agli occhi. Non pensavamo che saremmo mai arrivati così lontano. Quello fu un momento sacro” racconta Hafdan Mahler, il medico danese che nel 1978 era alla guida dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) “fu una vera rivoluzione nel modo di pensare. Salute per tutti è un sistema di valori con l'Assistenza sanitaria di base (*Primary Health Care*) come componente strategica. Le due cose vanno insieme. Devi sapere dove vuoi che ti portino i tuoi valori, e là era dove dovevamo usare la strategia di Assistenza sanitaria di base. Immediatamente dopo ci fu una specie di giubilo.”

Nella capitale del Kazakistan in quello storico summit dei Ministri della Sanità di tutto il mondo si stabiliva l'obiettivo della “salute per tutti entro l'anno 2000”, identificando nell'Assistenza sanitaria di base l'approccio da seguire per raggiungerlo. La “rivoluzione” consisteva nell'approccio olistico alla salute che la Dichiarazione proponeva, con l'assistenza 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 ed un approccio intersettoriale ed integrato allo sviluppo.

Trent'anni prima di Alma Ata, la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani aveva sancito il diritto di ogni individuo ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute. Nello statuto dell'OMS la salute veniva definita come “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non esclusivamente assenza di malattia” ed il “godimento del più elevato standard di salute raggiungibile” indicato quale uno dei “diritti fondamentali di ogni essere umano senza distinzione di razza, religione, credo politico, condizione economica o sociale”. La salute di tutti, veniva indicata come condizione indispensabile per la pace e la sicurezza del mondo. La globalizzazione della salute però sarebbe dipesa “dalla piena cooperazione tra gli Stati” con il dovere di estendere a tutti i benefici derivanti dalle conoscenze nel campo delle scienze mediche e quelle ad esse correlate, spettando ai governi la messa in atto di adeguate misure sanitarie e sociali. Ne emergeva il carattere indivisibile del diritto alla salute, inevitabilmente legato al realizzarsi di altri diritti che la società nel suo complesso è chiamata a garantire, e la necessità di un approccio globale nella sua promozione.

Alma Ata indicava la strategia per l'affermazione di quel diritto a livello globale.

Qualcuno, però considerò utopico quell'approccio, o forse solo poco conveniente.

Così l'anno successivo, nel centro della Fondazione Rockefeller a Bellagio, in una riunione sponsorizzata da quella Fondazione e dalla Banca Mondiale, presenti anche il vice presidente della Fondazione Ford, l'amministratore dell'agenzia di sviluppo degli Stati Uniti USAID e il segretario esecutivo dell'UNICEF si elaborò una strategia alternativa, pragmatica, basata su interventi specifici a basso costo, battezzata come “assistenza sanitaria di base selettiva”. Un approccio legittimato sulla base di valutazioni costo-efficacia di singole azioni.

In effetti, l’attuazione della strategia individuata ad Alma-Ata avrebbe richiesto il riorientamento dei sistemi sanitari, in quanto a politiche e allocazione delle risorse, scontrandosi con numerose

barriere culturali e politiche. La necessità di privilegiare le aree maggiormente deprivate, la medicina di base, le risposte a 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.

Le élite, come d'altra parte il mercato, spingevano per servizi curativi di tipo ospedaliero, ad alta specializzazione, costosi e non sostenibili. Il reddito e il prestigio dei medici erano legati al livello di specializzazione e alla sofisticazione tecnologica, mentre il servizio reso dai medici di base nelle aree più degradate non era valorizzato. I Ministeri della Sanità avevano poco peso politico ed il loro orientamento non sfuggiva alle logiche di una professione medica più attenta agli aspetti clinici delle malattie, che a quelli sociali. Il terreno era dunque fertile per la “contro-rivoluzione” e sotto la potente influenza di alcune organizzazioni internazionali e agenzie bilaterali di sviluppo, dall'idea dell'accesso universale all'assistenza sanitaria, si passò alla promozione di programmi “verticali”, ovvero centrati su autonome azioni di controllo di singole malattie infettive o di promozione di specifiche attività (le vaccinazioni, la reidratazione orale per il trattamento della diarrea, l'allattamento al seno, etc.), disarticolando la sanità pubblica e i già fragili sistemi sanitari dei paesi più poveri, con conseguente moltiplicazione dei costi e spreco di risorse, nonché il totale scollegamento dell'azione per la promozione della salute dagli interventi di sviluppo in altri settori sociali e produttivi.

L'approccio “verticale” era tra l'altro spesso più consono alle linee e agli interessi politici, nonché alle esigenze amministrative dei paesi donatori e delle principali organizzazioni internazionali. Si adattava meglio a strategie di mercato e consentiva di mascherare dietro la facile visibilità di “campagne” contro questa o quella malattia, la mancanza di reale volontà politica per il miglioramento delle condizioni di vita della maggior parte della popolazione.

Non obbligando ad impegnativi investimenti in sanità 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 80.

L'adozione di programmi circoscritti al controllo di singole malattie e la limitazione dell'assistenza pubblica a “pacchetti essenziali” divenne presto parte integrante della Riforma dei sistemi sanitari imposta dal Fondo Monetario e dalla Banca Mondiale ai singoli paesi come parte dell'attuazione dei “Piani di aggiustamento strutturale” cui l'aiuto internazionale venne condizionato. La “Riforma”, con la progressiva privatizzazione dei servizi, il trasferimento dei costi del sistema sanitario all'utenza mediante il ricorso a ticket e assicurazioni sanitarie contribuì ai drammatici effetti di quegli aggiustamenti macro-economici sulle condizioni di vita e di salute di ampie fasce della popolazione.

La Banca Mondiale, divenuta all'inizio degli anni 90 la fonte principale dei finanziamenti esterni per attività sanitarie in paesi a basso e medio reddito, si sostituiva alla OMS nel guidare il dibattito sulle politiche sanitarie a livello nazionale e globale. La logica economica era destinata a prevalere su ogni altra considerazione etica o umanitaria.

Così nel 2001, per convincere la comunità internazionale della necessità di destinare maggiori risorse alla sanità, la stessa OMS si affidò al rapporto *Macroeconomics and health: investing in health for economic development* che faceva leva sul vantaggio economico dell'investimento in sanità come fattore di crescita economica. Il rapporto non si soffermava minimamente sull'analisi delle cause macroeconomiche e politiche della drammatica situazione sanitaria globale e non giunse a proporre soluzioni che andassero al di là dell'appello a più consistenti trasferimenti di risorse con il coinvolgimento attivo del settore privato.

L'esempio era quello dell'ultramiliardario patron della Microsoft, che con la sua Fondazione Bill &

Melinda Gates è divenuto negli ultimi anni il principale attore non istituzionale sulla scena della salute globale, anche attraverso la promozione e il sostegno di iniziative globali di partnership tra il settore pubblico e il settore privato (*Global Public Private Partnerships* – GPPP), che sono divenute un modello organizzativo e di intervento di riferimento.

Il prototipo di questo approccio è stata l'Alleanza globale per i vaccini e le immunizzazioni, GAVI, sviluppatasi proprio con il contributo sostanziale di Bill Gates, e servita poi come modello per il Fondo Globale per la lotta all'AIDS, la Tuberculosis e la Malaria lanciato dal G8 in occasione del summit di Genova, nel 2001, quando diverse altre iniziative analoghe stavano già rendendo estremamente frammentato il quadro generale.

Ancora una volta si tratta di iniziative “verticali”, per la lotta a singole malattie infettive o aventi come obiettivo lo sviluppo e distribuzione di specifici prodotti (vaccini, farmaci), ma a differenza del passato, le GPPP non si limitano a sviluppare campagne o programmi, ma si vanno strutturando in nuove organizzazioni, dirette da organi misti pubblici e privati che impongono ai paesi in cui intervengono propri meccanismi organizzativi e procedure, limitando così i benefici derivanti dall'eccezionale incremento di risorse finanziarie destinate alla sanità.

Oltre al rischio di delegittimazione delle Nazioni Unite, e dell'OMS in particolare, con la creazione di luoghi impropri di governo della salute globale, preoccupa la presenza di conflitti di interesse nella partecipazione del settore privato negli organismi di direzione, l'accentuazione della privatizzazione e frammentazione degli interventi con effetto disgregante sui sistemi sanitari e sull'organizzazione dei servizi. Pur potendo rivendicare risultati concreti in termini di beneficiari raggiunti e prodotti distribuiti, le nuove “iniziative globali” costituiscono di fatto un uso inefficiente e persino dannoso delle risorse.

“Oggi, grazie alla recente crescita, straordinaria e senza precedenti, di donazioni pubbliche e private” ha scritto la rivista americana *Foreign Affairs* “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”

Il G8 si cimenta anno dopo anno nell'identificare nuove iniziative che in qualche modo dimostrino che quel gruppo di leader mondiali ha a cuore le sorti della salute del mondo, mancando peraltro fino ad oggi un'appropriata verifica degli impegni presi, nonché dell'efficacia delle iniziative proposte. Preoccupati di incentivare l'industria bio-medica allo sviluppo di nuovi prodotti, il G8 si è prodigato nell'identificare nuove partnership e meccanismi finanziari, come il più recente *Advanced Market Commitment*, teso a ridurre i rischi d'impresa dell'industria farmaceutica, garantendole in anticipo l'acquisto di nuovi farmaci e vaccini immessi sul mercato una volta che saranno sviluppati. Ma per la globalizzazione della salute sarebbe certamente più sensato preoccuparsi innanzitutto di assicurare a tutti l'accesso a farmaci di cui già disponiamo e a servizi di cui è certa l'efficacia.

Non si può certamente negare la necessità dello sviluppo di nuove conoscenze e nuovi strumenti per il progresso umano, ma affidarsi alla soluzione tecnologica per risolvere problemi le cui cause radicano nelle strutture sociali rappresenta la vera utopia, il vero *ou-topos*, il non-luogo, della salute per tutti.

I primi segnali di un possibile ripensamento vengono, trent'anni dopo Alma Ata, proprio dalla OMS. L'attuale Direttore Generale, la dottoressa Margaret Chan, nell'assumere l'incarico nel 2007 ha richiamato l'Assemblea Mondiale alla necessità di “un nobile sistema di valori etici” e l'anno

successivo ha sottolineato che “da solo, l'investimento in tecnologie ed interventi, non comporterà automaticamente migliori risultati per la salute”, essendo necessari maggiori investimenti nello sviluppo della capacità dei sistemi sanitari ed un ritorno ai valori, i principi e l'approccio individuati ad Alma Ata. L'accento sull'esigenza di adottare un approccio integrato a partire dall'assistenza di base è stato riproposto anche dal rapporto dell'OMS di quest'anno, nel quale si sottolinea come “forze poderose” hanno allontanato i sistemi sanitari dal loro obiettivo promuovendo l'ospedalizzazione della salute, la frammentazione in una miriade di programmi e progetti e la commercializzazione pervasiva dell'assistenza sanitaria. L'alternativa è dunque nel rinnovato accento sull'equità, l'accesso universale ai servizi, la sanità di base, i sistemi centrati sui bisogni delle persone e la messa in atto in tutti i settori di politiche che promuovano e non mettano a repentaglio per la salute.

Nella stessa ottica, la Commissione sui Determinanti Sociali della Salute ha ridefinito la salute come il più completo degli indicatori di sviluppo, contrastando l'equazione paradigmatica per cui sviluppo è uguale a crescita economica. “In assenza di appropriate politiche sociali che assicurino la giusta distribuzione dei benefici” afferma, “la crescita in sé non contribuisce granché all'equità in salute.”

Spesso, la crescita economica produce addirittura malattia. Il PIL, infatti, non è qualitativamente neutrale e la sua crescita può essere basata su di un'accresciuta produzione di beni e servizi che contribuiscono al miglioramento dello stato di salute e delle relazioni umane, ma anche mascherare la produzione di merci e cicli produttivi pericolosi per la salute umana e la vita dell'intero ecosistema. Per dirla con l'economista Giacomo Becattini la razionalità dell'assetto del mondo andrebbe misurata “nella capacità di soddisfare i bisogni dell'ultimo fra gli uomini di buona volontà non nel ritmo di crescita del PIL”.

Qualche segnale di cambiamento nell'impostazione delle risposte ai bisogni sanitari si comincia ad intravedere anche altrove. Il rapporto degli esperti sanitari del G8 redatto in occasione dell'ultimo vertice a Toyako (Giappone) nota la crescente attenzione per il rafforzamento dei sistemi sanitari e il Giappone intende sostenere l'azione in quella direzione nel passare il testimone all'Italia.

Per il superamento dell'attuale frammentazione di interventi, richiamandosi alla Dichiarazione di Parigi per l'efficacia degli aiuti, il primo ministro britannico Gordon Brown ha promosso una Partnership internazionale per la salute che insiste sulla necessità di iniziative concrete per l'armonizzazione degli aiuti allo sviluppo delle numerose istituzioni coinvolte sui temi della sanità ed il loro allineamento a sostegno dei sistemi sanitari nazionali.

Ma la riaffermazione della salute come diritto fondamentale, come valore intrinseco e come una delle precondizioni della libertà personale e dello sviluppo umano, trova ancora scarso spazio nell'agenda globale dove a seconda dei casi la salute è vista piuttosto come variabile del sistema economico-finanziario, un peso per i bilanci o un mercato da sfruttare.

Per un sostanziale cambiamento di rotta, bisognerà avere il coraggio di anteporre il diritto alla salute per tutti in ogni sede di definizione delle politiche pubbliche, siano esse inerenti i settori sociali o quelli economici e commerciali.

La globalizzazione della salute è dunque ancora lontana e non potrà che essere il risultato di un ripensamento del concetto di sviluppo e delle strategie che dovrebbero promuoverlo. Non mancano certo le risorse, né le conoscenze, bensì coscienza politica e sociale e la corrispondente volontà di cambiamento, da fondare su di un sistema etico globale di responsabilità e solidarietà.