

Missoni, E., "Sviluppo e Medicina Tropicale" in Carosi, G., Castelli, F., Di Nola, F. *Manuale di malattie infettive e tropicali*, Piccin, Padova, 2000, pp.209-215.

Sviluppo e Medicina Tropicale

di Eduardo Missoni

Note bibliografiche

- * Missoni E. et al., *Lancet*, July 31, 1988, p.282
- * World Bank, *World development report 1993*
- * World Health Organization, *The World health report*, 1995-1997
- * UNDP, *Human development report*, 1992-1997
- * G.C. Cook, D.A. Warrel and A.D.M. Bryceson, Debate: Tropical Medicine as a formal discipline is dead and should be buried, *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* (1997) 91, 372-375
- * Rist, Gilbert, *Lo sviluppo. Storia di una credenza occidentale*, Bollati Boringhieri ed., Torino, 1997
- * Stefanini, Angelo, *Salute e mercato, una prospettiva dal Sud al Nord del pianeta*, EMI, Bologna, 1997

1. La definizione di sviluppo

Nell'ambito delle scienze sociali, con il termine (qui convenzionalmente adottato) 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.

Purtuttavia, quando si fa riferimento allo sviluppo di un paese, si tende generalmente a pensare immediatamente alla sua ricchezza economica, alla sua progressiva crescita ed alla sua distribuzione media, identificandone la misura in corrispondenti indicatori, quali il prodotto interno lordo (PIL), la sua variazione positiva annuale (crescita) e il PIL *pro capite*. Tale visione rispecchia la matrice culturale occidentale, di stampo prevalentemente economicista, nel cui ambito il

concetto di “sviluppo” è stato generato. Essa però, non dà ragione di molti altri, variegati, fattori che concorrono a determinare le condizioni di vita di una popolazione e in definitiva il suo *benessere* - peraltro percepito distintamente a seconda del contesto culturale - e condiziona l'adozione di pratiche tese al raggiungimento di obiettivi (macroeconomici) che non corrispondono necessariamente al benessere della popolazione.

Il PIL individua esclusivamente il “peso economico” di un determinato paese nel mercato mondiale, senza fornire alcuna informazione circa la partecipazione della popolazione alla sua formazione.

D'altra parte il PIL *pro capite*, che 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. Così, vi sono paesi nei quali la forte concentrazione della ricchezza in gruppi relativamente ridotti di popolazione determina, d'accordo alla media statistica, un elevato PIL *pro capite*., anche in presenza di ampie fasce di indigenza. Si pensi ad esempio al caso del Messico, che con un PIL *pro capite* (US\$ 4.180) notevolmente superiore a quello di alcuni paesi dell'est europeo, come ad esempio la Repubblica Ceca (US\$ 3.200), presenta ancora vastissime aree di povertà assoluta e di bisogni essenziali irrisolti (con un tasso di mortalità infantile tre volte superiore e una mortalità materna più di sette volte superiore a quelli riscontrabili nella Repubblica Ceca).

Peraltro, la distribuzione della ricchezza nel mondo dà una buona idea, seppure eccessivamente semplificata, 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. Ugualmente drammatica è la constatazione che tale divario continua ad aumentare giacché la crescita economica dei paesi ricchi è aumentata - e continua ad aumentare - a ritmi notevolmente superiori a quelli osservati per i paesi poveri. Tra il 1950 e il 1980 la crescita dei paesi ricchi è stata ogni anno tre volte più rapida di quella dei paesi a basso reddito. Con proporzioni diverse lo stesso fenomeno si riproduce a livello di ciascun sistema Paese.

D'altra parte uno sviluppo esclusivamente centrato sulla “crescita” avviene necessariamente a discapito di delicati equilibri ecologici (sia in termini di dissennata utilizzazione delle risorse, sia in termini di inquinamento ambientale). 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 mette anche in discussione la qualità della vita delle future generazioni. Si tratta inequivocabilmente di un modello di sviluppo non *sostenibile*. D'altra parte è noto che nell'era tecnologica ad una crescita economica legata all'aumento della produzione, non corrisponde un parallelo aumento dell'occupazione, verificandosi piuttosto il fenomeno contrario; con tutte le conseguenze sociali che esso comporta. Senza voler entrare nel merito della crescita che avviene in assenza di aumento di produzione come nel caso di quella legata prevalentemente a transazioni finanziarie.

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. Di pari passo, è progredita la ricerca di un indicatore in grado di misurare il livello di *sviluppo umano* di un paese o di una determinata realtà locale. L'*indice di sviluppo umano* (ISU), di cui di anno in anno sono state proposte versioni perfezionate, viene determinato attraverso una formula che mette in rapporto alcune tipiche misure di sviluppo sociale (quali la speranza di vita e l'alfabetizzazione degli adulti) con indicatori economici il più possibile contestualizzati nella realtà allo studio. Si è passati così dall'uso iniziale del PIL *pro capite* nella costruzione dell'ISU, all'uso di un indicatore che mette in relazione il reddito con l'effettivo potere d'acquisto per l'acquisizione di beni e servizi necessari a soddisfare le necessità di base. Giungendo nel 1997 alla individuazione di un *indice di povertà umana*, che - escludendo ogni parametro economico - cerca di fornire indicazioni circa la rilevanza del fenomeno dell'esclusione in ciascun paese.

Senza mettere in discussione la funzione della crescita economica ai fini dello sviluppo UNDP afferma che non vi può essere sviluppo umano "se la distribuzione del reddito è ineguale e le spese sociali sono basse e mal distribuite" (UNDP 1992). D'altra parte, nel suo più recente rapporto la UNDP sostiene 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 maggiore accesso alle risorse economiche, sociali, politiche ed ambientali. Peraltro si calcola che il costo per l'eliminazione della povertà sia pari solo all'1% del reddito mondiale. Una indicazione purtuttavia ancora insufficiente in assenza di una profonda revisione degli obiettivi di uno "sviluppo" basato sul presupposto impossibile di un processo di crescita infinito, in un sistema planetario finito.

2. Definizione di medicina tropicale

Anche guardando all'indice del manuale in cui questo capitolo si inserisce, ci si rende conto di come il termine "medicina tropicale" (cui faremo comunque convenzionalmente riferimento) si riferisca allo studio di un complesso di stati morbosi prevalentemente, ma non esclusivamente, di etiologia infettiva, la cui diffusione salvo pochi casi non è affatto limitata, ed ancor meno lo era nel passato, alla parte del pianeta compresa tra il Tropico del Cancro e il Tropico del Capricorno.

D'altra parte la fascia "tropicale" comprende situazioni climatico-ambientali molto diverse tra loro (si pensi ad esempio all'influenza dell'altitudine o a quella delle grandi correnti marine) con la differenziazione alle medesime latitudini di differenti "nicchie" ecologiche.

Seppure in molti casi il contesto ecologico (clima e ambiente naturale) costituisca un fattore essenziale per il determinarsi e il diffondersi di alcune patologie, non è difficile rendersi conto che la diffusione della maggiorparte delle condizioni morbose che includiamo nello studio della "medicina tropicale" è legata principalmente al contesto socio-economico: le condizioni di vita delle popolazioni e degli individui a maggior rischio sono caratterizzate da povertà ed

esclusione sociale. In tal senso il termine “tropicale”, convenzionalmente adottato, appare del tutto inappropriato, piuttosto dovremmo fare riferimento ad una “medicina della povertà” (di risorse, come di opportunità). Non è un caso che la “geografia” della “medicina tropicale” coincida con quella del cosiddetto “sottosviluppo”.

D'altra parte, nello specifico contesto delle realtà svantaggiate del Sud del Mondo, la scarsità delle risorse implica una particolare attenzione al loro uso appropriato, che si deve tradurre per lo più nella massima valorizzazione delle risorse e delle tecnologie locali, così come nell'individuazione di approcci metodologici che tengano in adeguata considerazione le limitazioni esistenti. Anche condizioni morbose quali l'ipertensione arteriosa o il diabete, così come un ernia inguinale o altre comuni patologie chirurgiche, obbligano in quel contesto ad un approccio diagnostico e terapeutico diverso - spesso altamente creativo - da quello reso possibile nelle realtà dei paesi industrializzati. In questo senso la “medicina tropicale” potrebbe essere identificata con la pratica quotidiana degli operatori sanitari che operano “nella povertà”.

3. Sviluppo e medicina tropicale

La relazione tra sviluppo e malattie “tropicali” va dunque esaminata nel più ampio contesto dei rapporti esistenti tra le condizioni sociali, economiche ed ambientali e lo stato di salute di una determinata popolazione e la loro vicendevole influenza. L'ambito della medicina tropicale, deve quindi essere inteso come l'approccio globale alla problematica sanitaria delle aree svantaggiate e, in quelle, delle popolazioni a maggior rischio, non limitandosi agli aspetti clinici dei singoli stati morbosi, la cui terapia non può che avere un effetto marginale sulla loro riproduzione. D'altra parte anche l'intervento di sanità pubblica e più in generale le scelte di politica sanitaria devono fare i conti con il complesso delle scelte macro-politiche e macro-economiche di ciascun Paese, a loro volte inevitabilmente soggette a condizionamenti internazionali.

Oltre a particolari predisposizioni biologiche (note o meno note), a livello individuale il rischio di malattia è influenzato da altri fattori quali l'età, il sesso, il livello di educazione, le preferenze, le credenze e i comportamenti.

Tra le caratteristiche dell'ambito familiare e domestico, ad esempio, vanno considerate la composizione del nucleo familiare per età e per sesso, il livello di educazione, il livello di reddito e più in generale - per dirla con gli economisti - il cosiddetto “capitale umano” dei membri della famiglia, nonché il capitale non-umano quali la disponibilità di terra, casa e mezzi di produzione.

A livello della collettività lo stato di salute è invece influenzato oltre che dalle condizioni ambientali, dalla dimensione e dalla struttura della popolazione; dalla struttura della organizzazione della società; dalle caratteristiche della produzione economica, la struttura del mercato e dei prezzi per i prodotti e i fattori di produzione, ivi inclusa la mano d'opera; dalle infrastrutture fisiche ed i servizi economici e sociali, diversi da quelli sanitari ed infine, dalle infrastrutture ed i servizi sanitari.

Il grado in cui queste condizioni influenzano lo stato di salute di una popolazione, misurato in termini di morbosità e mortalità, è a sua volta modulato da numerose variabili, individuali o collettive, di carattere prevalentemente comportamentale, spesso socialmente e culturalmente determinate, quali l'esposizione agli agenti patogeni, l'apporto nutrizionale e le caratteristiche della dieta, il tempo dedicato alla cura di sé stessi ed alle cure reciproche da parte dei membri di una stessa comunità, l'effettivo accesso ai servizi sociali e sanitari, etc.

D'altra parte, il deteriorarsi dello stato di salute comporta inevitabili conseguenze a carattere sociale ed economico per l'individuo, come per il suo nucleo familiare e la sua comunità. Il dolore, la paura, la sofferenza caratteristici dello stato di malattia e le limitazioni che essi comportano; l'alterazione delle relazioni sociali, le tensioni ed i limiti che la presenza della malattia impone all'interno del nucleo familiare e della comunità, la ridotta disponibilità e qualità del tempo libero; la perdita o la riduzione dei fattori di produzione sociale ed economica; gli effetti a lungo termine a carattere demografico, con le note conseguenze sul consumo, la forza lavoro e la formazione di capitale fisico ed umano. Tutte conseguenze la cui gravità, anche in questo caso, è fortemente legata a dinamiche comportamentali, individuali e collettive, ma che innegabilmente contribuiscono ad aggravare il contesto di povertà ed esclusione, chiudendo il circolo vizioso.

Lo studio e la comprensione di queste dinamiche costituisce tra l'altro uno dei passaggi fondamentali nella messa a punto di misure di controllo delle malattie.

Nel suo rapporto annuale del 1995 la Organizzazione Mondiale della Sanità indicava la povertà quale principale causa di sofferenza nel mondo, tanto da includere la condizione di "estrema povertà" nella Classificazione internazionale delle malattie (codice Z59.6). Nei rapporti successivi (1996, 1997) la stessa OMS riconosceva che nonostante un' "incoraggiante" crescita dell'economia mondiale, la diffusione della povertà continua ad aumentare e con essa le malattie infettive e nutrizionali, che di quella condizione sono eccellenti indicatori.

La riduzione della povertà e dell'esclusione appare dunque la condizione *sine qua non* per un efficace e duraturo miglioramento delle condizioni di salute di una popolazione. Anche se non è certamente questa la sede per approfondire la discussione circa i "programmi di sviluppo" e le misure più appropriate per raggiungere tale obiettivo, è d'obbligo qui segnalare come molte delle ricette proposte in sede internazionale, per lo più basate sull'aggiustamento macroeconomico, e spesso imposte ai singoli paesi come condizione per l'"aiuto" internazionale, comportando tra l'altro la riduzione della spesa sociale, ivi inclusa quella sanitaria hanno inciso per lo più negativamente sullo stato di salute di quelle popolazioni. La progressiva riduzione delle risorse finanziarie a disposizione dei sistemi sanitari, ha imposto una più attenta identificazione delle priorità.

La maggior parte delle misure dell'importanza relativa delle diverse malattie si basano sul tasso di mortalità specifica. Un merito di tale indicatore risiede nella certezza dell'evento e sul fatto che la maggior parte dei sistemi statistici

nazionali raccolgono di routine i dati richiesti.

Purtuttavia, vi sono molte condizioni morbose che pur non avendo un esito fatale, incidono in maniera rilevante sulla qualità della vita ed in particolare sul numero di anni vissuti in salute; si tratta di condizioni come la poliomielite paralitica o la depressione che possono durare a lungo o risolversi in handicap permanenti, pesando notevolmente sulla comunità in generale e sui sistemi sanitari in particolare.

Per cercare di quantificare il peso dello stato di malattia (*global burden of disease*) è stato proposto (OMS e Banca Mondiale) un indice che combini:

- a) la perdita di anni di vita derivante dalla morte prematura (differenza tra l'età della morte e la speranza di vita in una popolazione a bassa mortalità) e
- b) la perdita di anni di vita sana derivante dallo stato di invalidità.

Il peso della malattia viene così misurato in unità DALY (*disability-adjusted life years*). La scomposizione delle informazioni così ricavate per singoli gruppi di malattie o per singoli stati morbosi permette di stimare il peso specifico di ognuno di essi sullo stato di salute di una popolazione.

Tale esercizio oltre ad evidenziare che il “peso” globale dello stato di malattia è fortemente concentrato sui paesi più poveri e quindi a confermare l'assioma “più povertà più malattia, più malattia più povertà”, ha permesso di identificare le condizioni morbose che maggiormente gravano sul benessere della popolazione. Da un punto di vista tecnico molte di queste sarebbero facilmente controllabili (si dispone ad esempio di vaccini o farmaci adeguati), quindi un semplicistico approccio al problema ha portato a porre sulla bilancia il “peso” relativo di ciascuna condizione morbosa, l'esistenza di strumenti e conoscenze adeguate al controllo e il costo della loro applicazione, individuando così un “pacchetto minimo essenziale” su cui basare l'intera azione di sanità pubblica.

L'idea di poter affrontare selettivamente i problemi più facilmente “risolvibili”, non è però un'idea nuova. La Dichiarazione di Alma Ata impegnava 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 intersettoriale ed integrata dello sviluppo.

Di fronte alla complessità del mettere in atto tale proposito, si sviluppò una corrente di pensiero - divenuta poi dominante - che tradusse quella innovativa visione nell'approccio riduttivo, centralista e verticale della “*selective Primary Health Care*” basata sull'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). L'attenzione si allontanava così dalla salute, per focalizzarsi sul controllo di singole malattie. Un' impostazione che - anche sotto la forte influenza degli Organismi Internazionali e delle agenzie bilaterali di cooperazione - giunse a tradursi nella riorganizzazione dei sistemi sanitari per “programmi” verticali 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.).

D'altra parte un approccio diretto alla malattia - piuttosto che alla salute - risponde a modelli "occidentali"; può risultare 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 adatta meglio alle strategie di mercato e di diffusione attraverso i media. Esso, però, può anche 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.

Oggi l'intero dibattito internazionale sullo "sviluppo" sanitario orientato dagli Organismi internazionali e, ora, principalmente da quelli finanziari, si è spostato sulla "Riforma" dei sistemi sanitari, senza peraltro interrogarsi sui ricordati determinanti macroeconomici del collasso dei sistemi sanitari.

Il peso e la natura degli attori internazionali, sembra porre al centro dell'attenzione soprattutto 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.

In questo contesto, purtroppo, un'attenzione particolare è destinata alle problematiche del decentramento. Il tema, che in sé stesso può rispondere a strategie e motivazioni tra loro anche radicalmente diverse, offre anche l'occasione per rivedere l'approccio alla soluzione dei principali problemi di salute nell'ottica integrata dei sistemi locali dove, seppure nella chiara separazione delle competenze e delle responsabilità, più facilmente può avvenire l'osmosi di risorse ed esperienza tra diversi settori.

Sarà a questo livello che anche l'operatore sanitario "occidentale" che voglia davvero approfondire le ragioni dell'indissolubile nesso esistente tra "medicina tropicale" e "sviluppo", potrà più facilmente trovare la risposta giusta, soprattutto se saprà spogliarsi delle presunzioni del proprio modello di "sviluppo" e vorrà capire, eventualmente aggiungendo al proprio armamentario professionale alcuni degli strumenti dell'analisi sociologica ed economica, che quel parassita che sta osservando sotto la lente ad immersione del suo microscopio, è solo l'ultimo dei responsabili della malattia che vuole curare e, forse, è addirittura innocente.