

Il futuro della Cooperazione Internazionale

Riflessioni sulla cooperazione allo sviluppo in campo socio-sanitario

(Presentato al Convegno “Gian Battista Grassi. Lo Scienziato e la sua eredità”. Rovellasca 3.10.1998)

di Eduardo Missoni

È solo dopo il 1945 che si inizia a considerare l'aiuto pubblico allo sviluppo (APS) come uno strumento utile per lo sviluppo economico e sociale dei Paesi più “arretrati” e la promozione sociale ed economica di quei popoli quale responsabilità collettiva della comunità mondiale.

Precedentemente gli interventi dei paesi europei nei confronti dei territori di “oltremare” rispondevano ad interessi nazionali e rientravano nel processo di colonizzazione. Con la nascita della Società delle Nazioni - prima istituzione politica internazionale permanente nata nel 1919 alla vigilia del Trattato di Versailles - venne legittimata l'internazionalizzazione di quegli interventi “nel nome della civiltà considerata come il patrimonio comune degli Stati europei”.¹

Sul finire della seconda guerra mondiale, il posto della Società delle Nazioni fu preso dall'ONU e nel 1948 l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite varò la Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo nella quale veniva sancito l' “ideale comune da raggiungersi da tutti i popoli e da tutte le Nazioni” e la necessità di promuoverne il raggiungimento “mediante misure progressive di carattere nazionale ed internazionale”.

È purtroppo al cosiddetto “Piano Marshall” (1947) che - seppure diretto alla ricostruzione delle economie europee - si fa generalmente risalire la nascita della Cooperazione allo sviluppo. Allo stesso modo, il noto “punto IV” del “discorso sullo stato dell'Unione” del Presidente Truman (1949) introduce per la prima volta in un testo destinato ad un'ampia diffusione, il concetto di “sottosviluppo” come sinonimo di “regioni economicamente arretrate”, definendolo come uno stato di carenza, piuttosto che come il risultato di circostanze storiche ed inaugurando l'era dello “sviluppo” come metafora della crescita economica.²

Nel 1948 entrò in funzione l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la cui creazione era stata deliberata nella Conferenza sanitaria internazionale di New York nel luglio del 1946, come istituzione specializzata delle Nazioni Unite, con lo scopo di “condurre tutti i popoli al più alto livello di salute possibile” e riconoscendo nella

¹ Rist, Gilbert (1997) *Lo Sviluppo. Storia di una credenza occidentale*. Bollati-Boringhieri, Torino, p.63

² ibidem, p.72-83

salute, diritto fondamentale di ogni essere umano, “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale” e non solo l’assenza di malattia. La salute di tutti i popoli, veniva 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 veniva riconosciuta come “un pericolo per tutti”.³

Nella definizione stessa di salute, veniva implicitamente riconosciuto che la sua promozione non poteva essere limitata alla sola azione medica ed ancor meno affidata al solo controllo delle malattie, che - come vedremo - ha invece assunto sia nell’impostazione dell’OMS che, più in generale, nell’azione della cooperazione internazionale, carattere prevalente. Al tempo stesso nei principi sanciti a fondamento della costituzione della OMS veniva individuato il carattere “globale” delle problematiche sanitarie.

La tesi che lo “sviluppo” dei PVS fosse necessariamente legato alla loro crescita economica e che questa dipendesse prevalentemente dall’aumento della produzione interna rimase per lo più incontrastata fino all’inizio degli anni ‘70, quando la “teoria della dipendenza” elaborata da studiosi latino-americani evidenziò nella posizione strutturale occupata dai PVS nel sistema dell’economia mondiale la principale causa del loro “sottosviluppo” e il ruolo ad esso funzionale delle élite di quegli stessi Paesi. Ma è negli anni ‘70 che si osserva un sostanziale ampliamento della concezione di “sviluppo”; in particolare, per quanto concerne l’oggetto del nostro studio, va ricordata la corrente teorica dell’approccio dei “bisogni di base”, nato dalla constatazione che la crescita economica, là dove pure fosse stata registrata, non era riuscita ad alleviare la povertà, che veniva ora intesa non solo in termini di insufficienti livelli di reddito, ma anche come mancata soddisfazione dei bisogni di base. Considerato un esempio di intervento di sviluppo negli anni ‘50, il Vietnam del Sud era divenuto negli anni ‘70 il caso paradigmatico dei limiti dell’aiuto: dopo aver assorbito tra il 1950 e il 1973 aiuti superiori a quelli concessi da tutti i donatori all’intero gruppo dei PVS, non era stato in grado di sopravvivere senza la presenza militare americana. D’altronde, la Cina popolare, sostanzialmente esclusa dai flussi finanziari ai PVS, in due decenni aveva eliminato le forme più evidenti e dolorose di povertà.⁴

È in quel contesto storico che vanno situati l’obiettivo di “Salute per tutti entro l’anno 2000” sancito dall’Assemblea Mondiale della Sanità nel 1977 (e la relativa “Strategia Globale” adottata dalla medesima assemblea nel 1979) e la Conferenza di

³ Organisation Mondiale de la Santé (1985) *Constitution*. OMS, Genève

⁴ Isernia, Pierangelo (1995) *La Cooperazione allo sviluppo*, il Mulino, Bologna, pp. 48-51

Alma Ata che identificò la Primary Health Care (PHC)⁵ come lo strumento principale per il raggiungimento di quell'obiettivo.⁶

La Dichiarazione di Alma Ata impegnava al raggiungimento della “salute per tutti” entro l'anno 2000, attraverso la diffusione della assistenza sanitaria 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, la focalizzazione sulla prevenzione, la tecnologia appropriata ed un approccio intersettoriale ed integrato allo sviluppo.

Purtuttavia, di fronte alla complessità del mettere in atto tale proposito, si sviluppò 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”.⁷ L'attenzione si allontanava così dalla salute, per focalizzarsi sul controllo di singole malattie.

D'altra parte l'attuazione delle PHC avrebbe richiesto il riorientamento dei sistemi sanitari, in quanto a politiche, strategie ed allocazione delle risorse. Molti dei problemi riguardanti il finanziamento, le risorse umane, il management, le infrastrutture e lo sviluppo istituzionale rimasero irrisolti, mentre numerose barriere culturali e politiche resero il processo molto più complesso del previsto.

La necessaria riallocazione delle risorse finanziarie e umane verso le aree rurali e maggiormente deprivate si scontrava con le resistenze derivanti dall'organizzazione sociale e la distribuzione del potere in molti paesi in via di sviluppo.

L'élite economica, politica ed intellettuale, e più in generale la popolazione urbana, richiedeva servizi curativi di tipo ospedaliero cari e non sostenibili. Il reddito dei medici, la loro promozione sociale e riconoscimento professionale sono legati alla specializzazione e all'uso di nuove tecnologie mediche dai costi elevati, piuttosto che al servizio reso come medici di sanità pubblica o medici di base nelle aree rurali e più degradate. I Ministeri della Sanità per una grande varietà di ragioni hanno spesso

⁵ La traduzione italiana di PHC in “assistenza sanitaria di base” non sembra rendere adeguatamente il significato di quel concetto, che sarebbe forse meglio espresso in “cure primarie per la salute”

⁶ World Health Organization (1981) *Global strategy for Health for All by the Year 2000*. WHO, Geneva.

⁷ 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

poca influenza o essendo dominati dalla professione medica sono spesso stati trasformati in “ministeri delle malattie”.

La realizzazione di specifiche “campagne”, in complesso relativamente economiche e di grande visibilità (si pensi alla risonanza data dai media all’immagine del capo di Stato che vaccina un bambino), risultava in molti casi anche funzionale a mascherare la mancanza di una vera volontà politica per migliorare lo stato di salute della popolazione attraverso la necessaria profonda trasformazione del sistema sanitario.

D’altro canto quei Paesi dove esisteva un più deciso impegno politico nell’adottare la strategia della PHC incontrarono altri ostacoli, derivanti dai problemi generali comuni ai PVS: scarsità di risorse finanziarie ed umane.

A tale situazione va aggiunto il ruolo dei donatori. Tutto sommato, l’approccio diretto alla malattia - piuttosto che alla salute - rispondeva a modelli “occidentali” e in alcuni casi risultava più consono alle esigenze politiche o amministrative (ad esempio l’esistenza di specifici capitoli di spesa) dei Paesi donatori e degli organismi internazionali. Anche dal loro punto di vista era utile ricorrere ad un approccio che si adatta meglio alle strategie di mercato e di diffusione attraverso i media (social marketing). La loro azione di “cooperazione” fu caratterizzata da mancanza di coordinamento e spesso da una franca competizione, tra le agenzie.

L’applicazione di strategie selettive delle PHC si tradusse quindi nella riorganizzazione dei sistemi sanitari per “programmi” verticali (immunizzazioni, pianificazione familiare, controllo di singole malattie, etc.) 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 quell’approccio a livello di ciascun Paese rispecchiava fedelmente il peso che le “divisioni” e i “programmi” orientati per malattie aveva ormai assunto all’interno dell’OMS rispetto a quelle dedicate allo sviluppo dei sistemi sanitari ed all’azione di promozione della salute globalmente intesa.

Con il manifestarsi della crisi debitoria, all’inizio degli anni ‘80 e l’attacco radicale verso le politiche di aiuto dovuto all’affermarsi delle tesi neo-liberiste Reaganiane e Thatcheriane, prendono piede le ricette macroeconomiche proposte dagli Organismi finanziari internazionali (FMI e Banca Mondiale) basate sull’“aggiustamento strutturale”, per lo più imposte ai singoli paesi come condizione per l’ “aiuto” internazionale, avendo ancora una volta come obiettivo la crescita del PIL dei PVS piuttosto che il miglioramento delle condizioni di vita delle loro popolazioni.

Il taglio della spesa pubblica (a partire da quella sociale e sanitaria), uno dei capisaldi della ricetta, venne naturalmente ad incidere negativamente sullo stato di salute delle popolazioni.

Le conseguenze dell'aggiustamento strutturale sul peggioramento delle condizioni di vita di ampie fasce della popolazione divenne oggetto di aspre denunce in sede internazionale e indusse in seguito a studiare misure di "tamponamento" per mitigare i costi sociali di quella politica.

Tra queste, la Banca Mondiale promosse la costituzione di specifici "Fondi speciali" destinati a rispondere ai diversi bisogni della popolazione (incluso quelli sanitari) mediante il sovvenzionamento pubblico del privato "no profit", ritenuto più efficiente, salvaguardando nel contempo il principio "privatizzatore" contenuto nella ricetta dell'aggiustamento strutturale. L'unico risultato certo di quella misura è stato l'apparizione di numerose nuove Organizzazioni non governative, non sempre in grado di rispondere alle aspettative. La denuncia degli effetti della politica macroeconomica della Banca Mondiale fu anche l'occasione per quell'organizzazione internazionale di mostrare di non essere insensibile ai problemi sociali: con la pubblicazione di *Financing Health Care: an Agenda for Reform*, nel 1987, la Banca Mondiale si propose come un attore centrale della politica sanitaria internazionale. Privatizzazione, pagamento delle prestazioni nel sistema pubblico e decentramento dei servizi sanitari, vennero a costituire i nuovi capisaldi del dibattito internazionale.⁸

Il tema del decentramento venne ripreso in quello stesso anno nella Dichiarazione finale della Conferenza di Harare. Nel riaffermare la centralità della strategia della PHC, si riconosceva che il "distretto" rappresentava l'ambito "*che meglio permette l'identificazione degli individui e dei gruppi meno serviti e l'integrazione degli interventi necessari a migliorare la salute della popolazione*".⁹ Il concetto di Sistema Locale di Salute (SILOS) venne poi notevolmente sviluppato dalla Organizzazione Panamericana della Sanità a partire da una risoluzione del 1988 e presentata come un elemento strategico della politica sanitaria per gli anni '90, facendo peraltro leva sui concetti inerenti "*l'equità e la qualità dei servizi, la democratizzazione e la partecipazione sociale, lo sviluppo e la trasformazione economica e sociale, l'efficienza e l'uso di tecnologia appropriata*" e ancora "*sul concetto integrale di salute, benessere e sviluppo*".¹⁰

Il decentramento che proponeva la Banca Mondiale aveva però tutto un altro sapore.

⁸ Stefanini, A. (1997) *Salute e mercato. Una prospettiva dal Sud al Nord del pianeta*. EMI, Bologna, pp. 57-59

⁹ World Health Organization, *Interregional Meeting on Strengthening district health systems, Harare, 3-7 august 1987*

¹⁰ Paganini, J.M. e Chorny, A.H., (1990) Los sistemas locales de salud: desafíos para la década de los noventa. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 109 (5-6), 424-448

Quando nel 1993, con la pubblicazione del suo rapporto annuale “*Investing in health*”, la Banca Mondiale si conferma sullo scenario internazionale come il nuovo protagonista in sanità, ripropone un aggiornamento dell’approccio “selettivo” nel controllo delle condizioni morbose promuovendo l’introduzione di un “pacchetto minimo essenziale” su cui focalizzare l’azione di sanità pubblica diretta ai poveri, mentre torna a promuovere la Riforma dei sistemi sanitari nel senso di una loro progressiva privatizzazione.¹¹

La nuova iniziativa della Banca Mondiale è accompagnata da un chiaro spostamento nella politica di cooperazione sanitaria di molti donatori, che abbandonano l’approccio per progetti puntuali, avviando iniziative di sostegno settoriale a tutto campo (la Banca proporrà la dizione di *Sector Investment Programme - SIP*, altri preferiranno la denominazione *Sector Wide Approach - SWAP*). Pur mettendo l’enfasi sulla “Riforma del settore sanitario” non sembra vi sia un pacchetto universale di misure sistematicamente adottato dai donatori che possa essere univocamente indicato come “Riforma”, purtuttavia sono stati individuati alcuni elementi comuni per ciascuno dei quali si riconosce comunque una considerevole variabilità nell’approccio, in particolare:

- il collegamento della riforma del settore sanitario con la riforma dell’amministrazione pubblica;
- la promozione del decentramento;
- la riorganizzazione dei ministeri della sanità nel senso di organi normativi, di indirizzo e controllo;
- ampliamento delle opzioni per il finanziamento del sistema sanitario: *user fees*, finanziamento comunitario e assicurazioni sanitarie;
- potenziamento e riforma dei sistemi di gestione, supporto e monitoraggio;
- liberalizzazione delle politiche verso il settore privato e sviluppo di sistemi per una più stretta collaborazione con i fornitori privati di servizi;
- sviluppo di sistemi attraverso i quali l’utenza possa esercitare maggiore influenza sulla fornitura di servizi sanitari.¹²

La “Riforma” rimane per tutto il decennio il tema al centro del dibattito internazionale, mentre si iniziano a riconoscere le nuove sfide della globalizzazione.

Intanto, nel 1995 la Organizzazione Mondiale della Sanità indicava la povertà quale principale causa di sofferenza nel mondo, tanto da includere la condizione di

¹¹ The World Bank (1993) *World Development Report. Investing in health*, Oxford University Press, Oxford

¹² Cassels, A. (1995) *Aid Instruments and Health systems development: an analysis of current practice*, WHO/SHS/NHP/95.6, p.1

“estrema povertà” nella Classificazione internazionale delle malattie (codice Z59.6). Né quella che la stessa OMS definirà un’ “incoraggiante” crescita dell’economia mondiale, ha impedito la progressiva diffusione della povertà e con essa delle malattie infettive e nutrizionali, che di quella condizione non sono altro che gli effetti.¹³

Le nuove sfide internazionali

Come già segnalato, il dibattito internazionale sullo “sviluppo” sanitario orientato dagli Organismi internazionali e, ora, principalmente da quelli finanziari, è per lo più incentrato sulla “Riforma” dei sistemi sanitari, senza peraltro interrogarsi sui ricordati determinanti macroeconomici del collasso dei sistemi sanitari, né sullo scenario globale con cui i sistemi nazionali devono fare i conti.

D’altra parte bisogna riconoscere che “la crescente interdipendenza e la globalizzazione stanno chiaramente mettendo alla prova il controllo nazionale delle politiche sanitarie”.¹⁴ Le crescenti disuguaglianze minacciano gravi ripercussioni sulle relazioni tra i paesi favorendo i fenomeni migratori, l’instabilità politica, i conflitti sociali e le guerre.

A livello interno i medesimi squilibri si riflettono sul peggioramento dello stato di salute delle popolazioni ed è stato dimostrato che le società più eque sono anche le più sane, sia nel Nord¹⁵ che nel Sud del pianeta. Mentre il divario tra un esiguo numero di ricchi, sempre più ricchi, ed un crescente numero di poveri, sempre più poveri continua a crescere,¹⁶ la liberalizzazione del commercio e la crescente privatizzazione, stanno accelerando la distruzione delle capacità rigenerative degli ecosistemi dai quali dipenderanno le generazioni future. 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,¹⁷ e deve far riflettere la spinta verso una progressiva e totale *deregulation* degli investimenti, promossa in sede OCSE dai Paesi più ricchi attraverso il “Multilateral Agreement on Investments”,¹⁸ che inibendo il potere di regolamentazione interna dei Paesi che vi aderiranno, lascia prevedere un prezzo

¹³ World Health Organization . *The world health report*, anni 1995-1997, Geneva

¹⁴ Walt, G. (1998) Globalization of international health, *Lancet* (351) 434-437

¹⁵ Wilkinson, R., “*Unhealthy societies*”, Routledge, London and New York, 1996

¹⁶ United nations Development Programme, “*Human Development report*”, Oxford University Press, Oxford, 1997

¹⁷ Walt, G.(1998) *ibidem*

¹⁸ Dichiarazione congiunta delle organizzazioni non governative sul “multilateral agreement on investments”, Parigi 27 ottobre 1997

particolarmente elevato in campo sociale e a carico delle fasce più deboli della popolazione.

In questo scenario internazionale in evoluzione, anche il peso degli attori si è modificato. La *leadership* della OMS nella “direzione e nel coordinamento dell’attività sanitaria internazionale”, indiscussa fino a pochi anni fa, deve oggi fare i conti con numerosi altri attori che rivendicano un ruolo nel campo della salute: altre organizzazioni delle Nazioni Unite; la Banca Mondiale e il sistema delle banche e dei fondi regionali di sviluppo; il settore privato *profit* delle grandi multinazionali farmaceutiche e delle compagnie di assicurazioni, e quello *no profit* di un crescente numero di organismi non governativi.¹⁹

Nonostante l’apparente aumento nel numero di attori e di agenzie internazionali, l’APS a livello globale si è ridotto di un 17% tra il 1992 e il 1997, mentre la salute sembra rivestire un interesse sempre minore a livello politico.²⁰

La Banca Mondiale è divenuto il più grande finanziatore internazionale di attività nel campo della salute in paesi di basso e medio reddito, modificando in modo significativo il panorama della cooperazione sanitaria internazionale. Nel settore “salute, nutrizione e popolazione” la Banca aveva concesso nel 1996 crediti per 2,4 miliardi di US \$, pari all’11% dei suoi impegni per quell’anno. A termine di confronto, si consideri che nel periodo 1985-1993 l’APS complessivo (esclusa la Banca Mondiale) per lo stesso settore raggiungeva appena i 2 miliardi di US\$ (a prezzi costanti 1996); quello stesso anno il budget dell’OMS non superava gli 800 milioni di US\$ tra contributi obbligatori e volontari (*extrabudgetary funds*). Con la dimensione del suo intervento, le condizioni cui i paesi devono soggiacere per accedere ai suoi crediti e le strategie da essa adottate, la Banca Mondiale ha alterato le priorità settoriali e le relazioni tra “donatori” e “beneficiari” sia a livello globale che nazionale.²¹ Dopo un decennio di decadenza, con la recente elezione della Signora Brundlandt a Direttore Generale dell’organizzazione, l’OMS ha ora l’opportunità di riconquistare fiducia ed influenza come “*leading advocate*” in sanità pubblica, nel fornire *expertise*, stabilire gli standard e guidare l’attuazione delle politiche a livello Paese. I bersagli dichiarati del nuovo esecutivo sono: povertà, sottosviluppo e disegualianza sociale,²² riconoscendo in pratica che le responsabilità nel raggiungimento dell’obiettivo salute superano ampiamente le tradizionali competenze sanitarie, ma riaffermando implicitamente il ruolo delle organizzazioni sanitarie, prima fra tutte la OMS, nel promuoverne la centralità.

¹⁹ Walt, G. (1998) *ibidem*

²⁰ The Lancet - Editoriale (1998) The Brundtland era begins, *Lancet* (351) 381

²¹ Buse, K., Gwin, C. (1998) The World bank and global cooperation in health: the case of Bangladesh, *Lancet* (351) 665-669

²² The Lancet - Editoriale, *ibidem*

Tale impostazione, d'altronde, fa seguito alla individuazione da parte della comunità internazionale di una nuova politica globale di "salute per tutti nel 21mo secolo", che, mancato l'appuntamento fissato ad Alma Ata con l'anno 2000, nel ridefinire gli obiettivi operativi planetari in questo campo, riconduce la scadenza ad un ambito puramente concettuale.

Un primo obiettivo, identificato nell'aumento della speranza e della qualità della vita, è direttamente correlato allo stato di salute, con risultati direttamente misurabili.

Come secondo obiettivo viene individuata l'equità in salute tra i diversi paesi ed all'interno di ciascuno di essi; esso comprende una serie di risultati che possono essere raggiunti solo attraverso un approccio intersettoriale ai determinanti dello stato di salute ed un incremento degli interventi nel campo della promozione della salute.

Un terzo obiettivo, infine, è diretto ad assicurare l'accesso universale a sistemi sanitari sostenibili.

La caratteristica dei nuovi obiettivi implica un'alleanza strategica tra i diversi attori impegnati a livello internazionale nella promozione della salute a tutti i livelli della società: locale, nazionale, regionale e globale.²³

In questo nuovo contesto, anche l'attività di cooperazione allo sviluppo non potrà più prescindere da una strategia che alla collaborazione diretta tra Paesi partner, associ un rinnovato impegno internazionale nell'affrontare globalmente le nuove sfide.

²³ Visschedijk, J; Siméant, S. (1998) *Wld hlth statist. quart.* (51) 56-67