

Politiche di cooperazione sanitaria con i PVS

presentazione di Eduardo Missoni al Seminario “Salute: diritto di tutti”

4 aprile 1998 - Sala dei Notai - Bologna

La nascita della Cooperazione allo sviluppo si fa generalmente risalire al cosiddetto “Piano Marshall” (1947); il concetto di “sottosviluppo” fu invece introdotto nel 1948 dal Presidente Truman, indicandolo come sinonimo di “regioni economicamente arretrate”, definendolo come uno stato di mancanza, piuttosto che come il risultato di circostanze storiche ed inaugurando l’era dello “sviluppo” come metafora della crescita economica.

Nel 1948 entrò in funzione l’Organizzazione Mondiale della Sanità con lo scopo di “condurre tutti i popoli al più alto livello di salute possibile” e riconoscendo nella 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”.¹

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 ha invece assunto sia nell’impostazione dell’OMS che, più in generale, nell’azione della cooperazione internazionale, carattere prevalente. Nei principi sanciti a fondamento della costituzione della OMS veniva individuato il carattere “globale” delle problematiche sanitarie.

Negli anni ‘70 nell’ambito del dibattito sullo sviluppo si afferma la corrente teorica dell’approccio dei “bisogni di base”: la crescita economica, là dove pure fosse stata registrata, non era riuscita ad alleviare la povertà, che veniva ora intesa come mancata soddisfazione dei bisogni di base.² È in quel contesto storico che vanno situati l’obiettivo di “Salute per tutti entro l’anno 2000” (WHA 1977), la relativa “Strategia Globale” (WHA 1979) e la Conferenza di Alma Ata che identificò la Primary Health Care (PHC)³ come lo strumento principale per il raggiungimento di quell’obiettivo.

L’assistenza sanitaria di base sarebbe stata “parte integrante” del sistema sanitario di ciascun paese, ma soprattutto dell’ “intero sviluppo sociale ed economico”, in una visione basata sull’equità, la partecipazione comunitaria, la focalizzazione sulla prevenzione, la tecnologia appropriata ed un approccio intersetoriale ed integrato allo sviluppo.

¹ Organisation Mondiale de la Santé (1985) *Constitution*. OMS, Genève

² Isernia, Pierangelo (1995) *La Cooperazione allo sviluppo*, il Mulino, Bologna, pp. 48-51

³ 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”

La necessaria riallocazione delle risorse verso le fasce di popolazione maggiormente deprivate si scontrò presto con le resistenze derivanti dall'organizzazione sociale e la distribuzione del potere in molti paesi in via di sviluppo. Si affermò quindi la corrente di pensiero - divenuta poi dominante - che tradusse l'assistenza di base in 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 che sono responsabili della maggiore mortalità e morbosità nelle aree meno sviluppate e per le quali esistano interventi di provata efficacia".⁴

La realizzazione di specifiche "campagne" in complesso relativamente economiche e di grande visibilità, risultava 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. L'approccio diretto alla malattia - piuttosto che alla salute - rispondeva tra l'altro a modelli "occidentali" e in alcuni casi risultava più consono alle esigenze politiche o amministrative dei Paesi donatori e degli organismi internazionali; l'approccio selettivo rispondeva meglio alle strategie di mercato e di diffusione attraverso i media (social marketing).

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.).

Con il manifestarsi della crisi debitoria, all'inizio degli anni '80 e l'affermarsi delle tesi neo-liberiste, prendono piede le ricette macroeconomiche proposte dagli Organismi finanziari internazionali (FMI e Banca Mondiale) basate sull'"aggiustamento strutturale", 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, incise negativamente sullo stato di salute delle popolazioni tanto da indurre in seguito a studiare misure di "tamponamento" per mitigare i costi sociali. Di fronte alla denuncia degli effetti della sua politica macroeconomica, la Banca Mondiale volle mostrare di non essere insensibile ai problemi sociali e con la pubblicazione di *Financing Health Care: an Agenda for Reform*, nel 1987, 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.⁵

⁴ 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

⁵ Stefanini, A. (1997) *Salute e mercato. Una prospettiva dal Sud al Nord del pianeta.* EMI, Bologna,

Quello stesso anno la Cooperazione italiana nel dotarsi di nuovi strumenti legislativi (L. n.49/87) associava al generico obiettivo di “solidarietà tra i popoli”, già indicato nella legislazione precedente e la “*piena realizzazione dei diritti fondamentali dell'uomo*”, dando priorità a obiettivi quali il “..*soddisfacimento dei bisogni primari e in primo luogo alla salvaguardia della vita umana..*” ed altri che non hanno certo perso di attualità.

Nel 1988, gli indirizzi emanati dal Comitato Interministeriale per la Cooperazione allo Sviluppo (CICS) - poi soppresso e riassorbito nel CIPE (1993) - stabilirono che la cooperazione sanitaria italiana si sarebbe ispirata ai principi dell'assistenza sanitaria di base, in conformità con le scelte dell'OMS.

Quell'indirizzo venne ripreso l'anno successivo nei principi guida della Cooperazione sanitaria, un isolato “policy paper” della nostra cooperazione, che accoglieva la centralità dell'obiettivo di “Salute per tutti nell'anno 2000” (1977) e della strategia di Assistenza Sanitaria di Base, indicata nella Dichiarazione di Alma Ata (1978).

I “principi guida” definirono nel dettaglio le caratteristiche delle iniziative di cooperazione sanitaria, indicandone in equità, enfasi sulla prevenzione, partecipazione della comunità, tecnologia appropriata, intersettorialità e promozione dell'autosufficienza i principi ispiratori. Il “distretto” o sistema sanitario locale (enunciato nella Conferenza di Harare, 1982) veniva indicato come luogo privilegiato dell'azione sanitaria ed unità di base per il decentramento del sistema sanitario.⁶ A più di dieci anni da Alma Ata, confermandone obiettivi e strategie e rifiutando esplicitamente ogni tendenza “selettiva”, la cooperazione italiana si affacciava al nuovo decennio in evidente controtendenza con l'Agenda della Banca Mondiale.

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'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.⁷

La nuova iniziativa della Banca Mondiale è accompagnata da un chiaro spostamento nella politica di cooperazione sanitaria di molti donatori, che abbandonano

pp. 57-59

⁶ Bertolaso, G., Di Gennaro, M., Guerra, R. e Missoni, E. (1989) *La Cooperazione sanitaria italiana. Principi guida*, Ministero degli Affari Esteri, Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo, Roma, pp. 21-22

⁷ The World Bank (1993) *World Development Report. Investing in health*, Oxford University Press, Oxford

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*).

Con la ridefinizione degli indirizzi settoriali della cooperazione italiana, nel 1995, il decentramento ed il supporto ai Sistemi Locali, il collegamento delle esperienze locali con lo sviluppo di politiche istituzionali ed il sostegno a livello nazionale dei sistemi sanitari e delle loro componenti “critiche” (sistema informativo e di sorveglianza epidemiologica; sistema farmaceutico; sistema di manutenzione) e la formazione delle risorse umane, si sono consolidati come i capisaldi dell’intervento sanitario italiano nei PVS.

L’indirizzo sistematico dell’intervento italiano di cooperazione socio-sanitaria, non ha impedito né iniziative dissonanti - dove la valutazione tecnica ha potuto solo parzialmente mitigare scelte inappropriate effettuate in altra sede - né la continuità di iniziative a carattere “sostitutivo” di gestione dell’attività clinica di centri sanitari ed ospedali, frequenti nel passato, ma non del tutto scomparse, soprattutto in Africa.

Pur essendo riconosciuto come uno degli ambiti d’intervento di maggior successo,⁸ anche nel settore socio-sanitario della Cooperazione italiana, non mancano i fallimenti, peraltro attribuibili all’impossibilità di correggere sul piano tecnico iniziative individuate su base “politica”, clientelare o date in esecuzione ad enti notoriamente inaffidabili.⁹

La mancata adozione della definizione del “Programma paese” a monte dell’individuazione delle singole iniziative, la loro formulazione spesso condizionata da titoli preconfezionati e affidamenti predefiniti in sede politica, ha impedito di dare all’approccio sistematico lo sviluppo necessario. Senza considerare i limiti derivanti dalla ristrettezza di una visione burocratica ed amministrativa, entro i quali l’attività della cooperazione allo sviluppo, è stata costretta in Italia.

A livello internazionale, la “Riforma” dei sistemi sanitari nazionali rimane per tutto il decennio il tema al centro del dibattito internazionale, senza chairi riferimenti al modificato scenario globale con cui essi devono fare i conti, mentre “la crescente interdipendenza e la globalizzazione stanno chiaramente mettendo alla prova il controllo nazionale delle politiche sanitarie”¹⁰. Le crescenti disuguaglianze minacciano gravi ripercussioni sulle relazioni tra i paesi favorendo i fenomeni migratori, l’instabilità politica, i conflitti sociali e le guerre.

⁸ si veda ad esempio: Senato della Repubblica, Camera dei Deputati, XII Legislatura, “Commissione parlamentare d’inchiesta sull’attuazione della politica di cooperazione con i Paesi in via di sviluppo”, 31° resoconto stenografico, seduta di martedì 19 marzo 1996, p.59

⁹ *Ibidem*, pp.130-132

¹⁰ Walt, G. (1998) Globalization of international health, *Lancet* (351) 434-437

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.¹¹ La liberalizzazione del commercio e la crescente privatizzazione, stanno accelerando la distruzione delle capacità rigenerative degli ecosistemi dai quali dipenderanno le generazioni future.

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; le grandi multinazionali farmaceutiche e delle assicurazioni, e un crescente numero di organismi non governativi *no profit*.¹²

La Banca Mondiale è divenuto il più grande finanziatore internazionale di attività nel campo della salute nei PVS, modificando in modo significativo il panorama della cooperazione sanitaria internazionale. Nel nuovo scenario, l’attività di cooperazione allo sviluppo non può più prescindere da una strategia che associa alla collaborazione diretta tra Paesi partner, un rinnovato impegno internazionale ad affrontare globalmente le nuove sfide.

E’ indispensabile che l’Italia, oltre a migliorare i suoi intreventi a livello bilaterale, giochi ruolo nel contesto del “sistema sanitario globale” sostenendo il rilancio della OMS come leader globale in sanità e costruendo una collaborazione tecnica strutturata e più qualificata, con quell’organizzazione; rilanciando la difesa della salute come obiettivo prioritario dello sviluppo e l’adozione dello stato di salute delle popolazioni come indicatore di progresso con cui misurare l’efficacia delle politiche in altri settori; mantenendo un’azione coerente nelle diverse sedi internazionali (UE, G8, OCSE, sistema ONU, Banca Mondiale, vertici, etc.) a favore dell’obiettivo “salute per tutti”. Appare altrettanto importante che nel nostro Paese si costituiscano luoghi privilegiati di confronto, approfondimento e informazione sulla situazione sanitaria globale, che permetta tra l’altro di ampliare il coinvolgimento del sistema sanitario italiano nell’attività di cooperazione allo sviluppo.

È evidente che una simile *agenda* presuppone un forte impegno politico e strumenti adeguati. In tal senso è indispensabile una radicale trasformazione dell’istituzione preposta all’attività di cooperazione allo sviluppo, seppure nella riaffermazione delle tradizionali finalità. Deve essere superata la commistione tra funzioni di indirizzo politico e di attuazione, affidando il compito di coordinare e promuovere l’intera attività di Cooperazione ad un organismo di elevata professionalità, con organi decisionali formati da persone con esperienza, che all’attività di cooperazione

¹¹ Wilkinson, R., “*Unhealthy societies*”, Routledge, London and New York, 1996

¹² Walt, G. (1998) *ibidem*

abbiano dedicato con continuità e dedizione i propri studi e buona parte della loro vita, non a funzionari ciclicamente destinati ad occuparsi delle cose più diverse.¹³

¹³ Missoni, E., Atti del Seminario “*La definizione dei ruoli e dei compiti tra i protagonisti della Cooperazione Internazionale. Un contributo al dibattito sulle proposte di legge*”, Roma - Palazzo Giustiniani, 29 gennaio 1998