

Missoni, E., La Cooperazione sanitaria italiana: problemi, prospettive, *Giornale italiano di Medicina Tropicale*, vol.3, n.1-2, 1998, pp.27-35

La Cooperazione sanitaria italiana: problemi, prospettive

di Eduardo Missoni

Le origini della cooperazione sanitaria

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 salute, diritto fondamentale di ogni essere umano, "uno stato di completo benessere

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

² ibidem, p.72-83

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 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.

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

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

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.

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 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.

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

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

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*

concetti inerenti “l’equità e la qualità dei servizi, la democraticizzazione 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. 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 “estrema

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

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

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

La Cooperazione sanitaria italiana

Con l’introduzione della legge n.49 del 26 febbraio 1987 “Nuova Disciplina della Cooperazione dell’Italia con i Paesi in Via di Sviluppo”,¹⁴ venne superata la visione economicista della legge n.38/79 che ne stabiliva il legame con le relazioni economiche internazionali dell’Italia, e la cooperazione allo sviluppo assunse un più ampio significato politico essendo riconosciuta quale “parte integrante della politica estera.”

Al generico obiettivo di “solidarietà tra i popoli” già indicato nella legislazione precedente la legge n.49/87 associava come fondamentale obiettivo di sviluppo la “piena realizzazione dei diritti fondamentali dell’uomo” finalizzando la cooperazione italiana allo sviluppo:

“..al soddisfacimento dei bisogni primari e in primo luogo alla salvaguardia della vita umana , alla autosufficienza alimentare, alla valorizzazione delle risorse umane, alla conservazione del patrimonio ambientale, all’attuazione e al consolidamento dei processi di sviluppo endogeno e alla crescita economica, sociale e culturale dei paesi in via di sviluppo.”

nonché

“..al miglioramento della condizione femminile e dell’infanzia ed al sostegno della promozione della donna.”

La legge n.49/87 sancì inoltre alcune delle caratteristiche delle iniziative di cooperazione, collocandole

“.. prioritariamente nell’ambito di programmi plurisettoriali concordati ..con i paesi beneficiari ..su base pluriennale e secondo criteri di concentrazione geografica.”

Il concetto di intervento straordinario che fu oggetto della legge n.73/85 venne recuperato dalla legge n.49/87 delimitandone il raggio d’azione nel

“..fronteggiare casi di calamità e situazioni di denutrizione e di carenze igienico-sanitarie che minacciano la sopravvivenza di popolazioni.”

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

¹⁴ Legge 26 febbraio 1987, n.49, Nuova disciplina della cooperazione dell’Italia con i paesi in via di sviluppo, *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, n.23 S.O., del 28.2.1987

La legge stabilì dunque che le iniziative di cooperazione dovessero essere inserite nell'ambito di programmi multisettoriali, su base pluriennale e secondo criteri di concentrazione geografica, da concordare con i paesi beneficiari in appositi incontri intergovernativi. Veniva dunque affermato il principio per cui l'iniziativa di cooperazione con un determinato Paese dovrebbe essere il risultato di un complesso esercizio di programmazione, basato sull'analisi dettagliata delle necessità di quel paese, delle sue strategie e piani di sviluppo, dell'insieme delle diverse iniziative di cooperazione bilaterali e multilaterali già in atto e così via. Si trattava in altre parole dell'affermazione del "Programma-paese" come quadro di riferimento dell'intervento bilaterale.

L'applicazione della nuova normativa avrebbe permesso alla nostra attività di cooperazione di essere più rispondente alle necessità dei PVS partner e di avere una certa organicità. Nella pratica, salvo recenti timidi tentativi, l'approccio per "programmi paese" non è di fatto entrato nella cultura della nostra cooperazione, nonostante i frequenti richiami a tale concetto, cui per la verità si attribuiscono significati spesso impropri.

Basta leggere il verbale di uno qualsiasi degli incontri intergovernativi di cooperazione sottoscritti in tutti questi anni: vere e proprie "liste della spesa" predisposte senza riferimento ad un qualsivoglia piano di sviluppo.

Negli anni passati, quelli delle grandi disponibilità finanziarie dell'APS italiano, il nostro Paese ha destinato una percentuale elevata dei finanziamenti alla realizzazione di grandi infrastrutture economiche (trasporti, comunicazioni, energia) ed alla industria, più che alle infrastrutture sociali e amministrative (educazione, sanità, pianificazione), alla agricoltura e agli aiuti alimentari, in apparente contrasto con le finalità prioritarie sancite dalla legge n.49/87.

La costruzione delle cosiddette "*cattedrali nel deserto*", ovvero di grandi opere infrastrutturali ed investimenti industriali isolati dal contesto socio-economico e culturale del paese è stata più volte denunciata pure in sede parlamentare.

Nel 1988, nell'emanare i propri indirizzi, il Comitato Interministeriale per la Cooperazione allo Sviluppo (CICS) - poi soppresso e riassorbito nel CIPE (1993) - stabilì che nel campo della sanità la cooperazione 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.¹⁵

In quell'isolato "policy paper" della nostra cooperazione, si accoglieva la centralità dell'obiettivo di "Salute per tutti nell'anno 2000", fissato nel 1977 dall'Assemblea Mondiale della Sanità e della strategia di Assistenza Sanitaria di Base, indicata nella Dichiarazione di Alma Ata (1978).

¹⁵ In realtà un analogo documento era stato pubblicato già nel 1984, curiosamente solo in lingua francese: Bertolaso, G., di Gennaro, M., Paganini, A. (1984) *La Cooperation au développement dans le secteur de la santé*, Ministère Italien des affaires étrangères, Département pour la coopération ai développement, Roma

In particolare, i “principi guida” definirono nel dettaglio le caratteristiche da ricercare nell’impostazione e nella conduzione delle iniziative di cooperazione sanitaria. Recepito il valore del “distretto” come enunciato nella Conferenza di Harare, i Principi guida indicano che: *“la Cooperazione Sanitaria Italiana mira all’adeguato potenziamento dei servizi sanitari, non limitandosi alla promozione di singole attività. Esse devono essere integrate nei servizi sanitari e devono essere permanentemente sostenibili. Viene, dunque escluso l’appoggio a strutture e programmi che duplicano le funzioni o sono in concorrenza con i servizi sanitari nazionali. La Cooperazione Sanitaria Italiana privilegia il settore pubblico dei sistemi sanitari nazionali e ne promuove il riorientamento verso il traguardo della “salute per tutti”. Inoltre favorisce il processo di decentramento tecnico, finanziario ed amministrativo all’interno dei servizi sanitari che sostiene, con l’obiettivo di permettere l’adattamento delle strategie e dei programmi nazionali alle realtà locali”*. Come principi ispiratori vengono indicati: equità, enfasi sulla prevenzione, partecipazione della comunità, tecnologia appropriata, intersettorialità e promozione dell’autosufficienza.¹⁶

È interessante notare come la nostra Cooperazione a più di dieci anni da Alma Ata, ne confermava obiettivi e strategie e rifiutava esplicitamente ogni tendenza “selettiva”, affacciandosi al nuovo decennio in evidente controtendenza rispetto alla prevalente “Agenda” internazionale.

Nel 1995 il CIPE emanò dei nuovi indirizzi in materia di politica di cooperazione allo sviluppo. Peraltro, superando le proprie competenze, il CIPE pretese di riscrivere le finalità della cooperazione italiana fissate dalla Legge.

In quel contesto venivano ridefinite le “priorità settoriali” della Cooperazione, di fatto indicando delle aree tematiche d’azione piuttosto intersettoriali. Intuitivamente, l’intervento socio-sanitario sarebbe rientrato negli “aiuti di emergenza”, negli “interventi di sviluppo umano integrato, nel quadro della lotta contro la povertà”, nell’ambito delle azioni di “Institution building”, tra le azioni di “formazione professionale ed assistenza tecnica” e, “nei limiti ridotti in cui lo consentono gli stanziamenti” nel settore dove sono curiosamente associate le “infrastrutture sociali o destinate allo sviluppo dell’economia di mercato” (un segno dei tempi!)¹⁷

In realtà le aree tematiche identificate dal CIPE derivavano in gran parte proprio dall’attività della nostra cooperazione sanitaria, che coniugando le strategie della Salute per tutti, fatte proprie nei “Principi Guida” e modelli originali di intervento, propri dell’esperienza nazionale, aveva sviluppato un approccio che può essere così sintetizzato:

- il decentramento e supporto dei Sistemi Locali, privilegiando a quel livello l’intersettorialità degli interventi, il coinvolgimento e la partecipazione attiva della popolazione, l’equità e l’azione prioritaria sulle situazioni “a rischio”;
- il collegamento delle esperienze locali con lo sviluppo di politiche istituzionali ed il sostegno a livello nazionale dei sistemi sanitari e delle loro componenti

¹⁶ 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

¹⁷ Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica, “Indirizzi di una nuova politica di cooperazione allo sviluppo”, seduta del 23 giugno 1995

- “critiche” (sistema informativo e di sorveglianza epidemiologica; sistema farmaceutico; sistema di manutenzione);
- formazione delle risorse umane.

Seppure non omogeneamente interpretati e non completamente sviluppati nei diversi contesti geografici in cui si opera, tali elementi costituiscono un quadro di riferimento ormai piuttosto consolidato per la cooperazione sanitaria italiana.

D'altra parte proprio alcuni interventi “socio-sanitari”, prevalentemente in America latina, hanno costituito i laboratori di messa a punto di metodologie di “sviluppo umano integrato” cui il citato documento di indirizzo del CIPE fa riferimento.¹⁸

L'indirizzo sistemico 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. Uno studio del 1988 della distribuzione per specialità degli esperti inviati in missione, mostra la prevalenza di esperti “clinici” in Africa e Asia, categoria quasi inutilizzata in America Latina e Caraibi, dove prevale nettamente l'uso di medici di sanità pubblica e di esperti provenienti da discipline non sanitarie.¹⁹

Anche da un punto di vista gestionale, nel totale vuoto procedurale della DGCS, il settore sanitario ha costituito per la cooperazione italiana un significativo laboratorio, adottando il metodo dei Piani Operativi periodici ed elaborando in tal senso specifici ed originali strumenti per assicurare alle iniziative di cooperazione la dinamicità e la flessibilità necessarie per adattarsi all'evolvere dei contesti in cui si realizzano.²⁰

La cooperazione sanitaria ha fatto ricorso quasi esclusivamente allo strumento del dono (si è fatto uso del credito di aiuto solo in isolate iniziative per la realizzazione di infrastrutture complesse), eseguendo le iniziative prevalentemente - ma non esclusivamente - mediante affidamento a ONG o in “gestione diretta”, ovvero sotto la diretta responsabilità della DGCS. Quest'ultima modalità, è quella che maggiormente ha permesso di costruire nel tempo solidi rapporti di collaborazione con le controparti istituzionali locali e significativi collegamenti con le istituzioni sanitarie italiane assicurando nel contempo quei compiti di supervisione e promozione che avrebbero dovuto essere in massima parte assolti dalle “Unità Tecniche nei Paesi in via di sviluppo”, previste dal Legislatore (art.13, L.49/87), ma istituite solo dopo molti anni e ancora non adeguatamente dotate di risorse umane e strumentali.²¹

¹⁸ Cfr. Ministero degli Affari Esteri, Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo, “Relazione annuale sull'attuazione della politica di cooperazione allo sviluppo nel 1996”, vol.I., Roma, pp. 63-66

¹⁹ Ministero degli Affari Esteri, Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo, “La Cooperazione sanitaria italiana. Rapporto annuale 1988”, Roma, p.13 e pp.36-37

²⁰ Missoni, E. (1993) Il ciclo del progetto e la gestione dei programmi della cooperazione italiana. L'esperienza delle iniziative nel settore socio-sanitario, *Mecosan - Management ed Economia Sanitaria (Bocconi-Milano)*, n. 6, 70-86

²¹ Missoni, E., Bussi, M.I., *Nunca aceptes carabelas de desconocidos. El sistema italianode Cooperación y sus relaciones con América Latina*, ECOE ed., Bogotá, 1993, pp.115-120

Una quota crescente di finanziamenti destinati ad interventi in campo socio-sanitario sono stati canalizzati negli ultimi anni attraverso gli organismi internazionali, soprattutto nell'ambito di iniziative "finalizzate" a carattere multi-bilaterale come quelle di "sviluppo umano" (gestite dalla UNDP in Centro America e in Bosnia) e nel contesto di programmi finalizzati di emergenza (attraverso sia OMS che UNICEF). Seppure meno rilevante da un punto di vista finanziario, merita di essere ricordata anche la partecipazione dell'Italia alle attività istituzionali dell'OMS mediante l'erogazione - progressivamente decrescente in linea con l'andamento degli stanziamenti generali per l'APS - di contributi volontari (*extra budgetary funds*) a quell'organizzazione. La portata di tale partecipazione, che coinvolge direttamente anche il nostro Ministero della Sanità (in quanto titolare della supervisione dei contributi obbligatori - *budgetary funds*), non è mai stata adeguatamente compresa dai competenti uffici "tematici" della DGCS, che hanno progressivamente escluso dal negoziato le competenze tecniche, peraltro indispensabili (dato il carattere "specialistico" di quell'organizzazione internazionale), impedendo così che l'Italia potesse giocare un ruolo propositivo, almeno proporzionale al suo impegno finanziario complessivo verso l'OMS. Analogamente la DGCS non è stata in grado di capitalizzare la pluriennale intensa collaborazione tra la nostra cooperazione sanitaria e la OPS, peraltro finanziariamente non indifferente, negando sul piano politico la relazione privilegiata pazientemente tessuta sul piano tecnico.

Tra i fallimenti della Cooperazione italiana, non mancano quelli nel campo socio-sanitario, ed in genere essi sono attribuibili all'impossibilità di correggere sul piano tecnico iniziative individuate su base "politica", clientelare o date in esecuzione ad enti notoriamente inaffidabili.²² Purtuttavia, nella storia della Cooperazione italiana allo sviluppo, quello socio-sanitario viene generalmente indicato tra gli ambiti d'intervento di maggior successo, come anche gli Organi di controllo e la Commissione Parlamentare d'inchiesta hanno avuto modo di rilevare.²³

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

²² *Ibidem*, pp.130-132

²³ 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

politiche sanitarie”.²⁴ 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 Nord²⁵ 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,²⁶ 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,²⁷ 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”,²⁸ che inibendo il potere di regolamentazione interna dei Paesi che vi aderiranno, lascia prevedere un prezzo 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.²⁹

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.³⁰

La Banca Mondiale è divenuta 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

²⁴ Walt, G. (1998) Globalization of international health, *Lancet* (351) 434-437

²⁵ Wilkinson, R., “*Unhealthy societies*”, Routledge, London and New York, 1996

²⁶ United Nations Development Programme, “*Human Development report*”, Oxford University Press, Oxford, 1997

²⁷ Walt, G. (1998) *ibidem*

²⁸ Dichiarazione congiunta delle organizzazioni non governative sul “multilateral agreement on investments”, Parigi 27 ottobre 1997

²⁹ Walt, G. (1998) *ibidem*

³⁰ The Lancet - Editoriale (1998) The Brundtland era begins, *Lancet* (351) 381

nazionale.³¹ 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. Gli obiettivi dichiarati del nuovo esecutivo sono: povertà, sottosviluppo e disuguaglianza sociale.³²

Così come i sistemi sanitari nazionali sono sempre più influenzati da fattori globali che superano i confini degli Stati, l'attività di cooperazione allo sviluppo non può più prescindere da una strategia che associ alla collaborazione diretta tra Paesi partner, un rinnovato impegno internazionale ad affrontare globalmente le nuove sfide.

Le scelte che la cooperazione italiana deve compiere per la promozione della salute nei PVS

Nel contesto descritto quale può essere il ruolo della cooperazione italiana? Come è noto la cooperazione italiana allo sviluppo vive da alcuni anni una profonda crisi istituzionale e da tempo si parla della necessità di una riforma del settore. La revisione e l'aggiornamento delle linee guida del nostro intervento di cooperazione sanitaria non può evidentemente prescindere dal più ampio contesto del dibattito in atto sulla riforma.

Mentre è possibile individuare alcuni principi generali, la loro applicazione è largamente dipendente dagli strumenti legislativi e normativi di cui si disporrà nei prossimi anni.

Merita comunque di essere segnalato come i "Principi guida" della cooperazione sanitaria varati nel 1989 siano ancora oggi di grande attualità (o meglio sono tornati ad esserlo) dopo che a livello internazionale si sta riconoscendo la debolezza dell'approccio "verticale" e selettivo largamente adottato fino alla metà degli anni '90 da altri attori bilaterali e multilaterali, oggi impegnati a riorientare le proprie strategie in favore di un approccio sistemico, con enfasi su concetti quali equità, sostenibilità, efficienza ed efficacia.³³

D'altra parte, scorrendo l'elenco delle iniziative realizzate dalla cooperazione sanitaria è facile riconoscere come molte di esse abbiano mantenuto il carattere dell'intervento puntuale, circoscritto ad un tema specifico o addirittura collegate ad una specifica istituzione sanitaria, spesso ospedaliera. 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 sistemico lo sviluppo necessario. Senza considerare i limiti derivanti dalla ristrettezza di una visione burocratica ed

³¹ Buse, K., Gwin, C. (1998) The World bank and global cooperation in health: the case of Bangladesh, *Lancet* (351) 665-669

³² The Lancet - Editoriale, *ibidem*

³³ si veda ad esempio policy paper della cooperazione danese: Danida, Ministry of Foreign Affairs.

"Danida sector policies. Health", gennaio 1995, p. 21-28

amministrativa, entro i quali l'attività della cooperazione allo sviluppo, è stata costretta in Italia.

Alla luce dei cambiamenti in atto alcuni temi vanno comunque approfonditi, individuando tra l'altro le modalità di intervento che meglio possano garantire l'applicazione dell'indirizzo, tra questi:

- l'approccio "Paese" nella definizione dell'intervento cooperazione sanitaria, possibilmente nel contesto di articolati "Programmi Paese" intersettoriali, pluriennali, pienamente integrati ai piani di sviluppo nazionali;
- il supporto ai sistemi sanitari nazionali e l'attiva promozione del principio di equità nei loro processi di trasformazione;
- l'integrazione delle risorse (nazionali ed internazionali) a disposizione sotto l'effettivo coordinamento delle autorità locali;
- il sostegno ai processi di decentramento e la promozione della salute nel contesto di sistemi locali integrati di sviluppo;
- il supporto alle istituzioni locali (e non la sostituzione) nella gestione delle risorse, assicurandone l'efficienza, l'efficacia e la trasparenza;
- il coinvolgimento della società civile nell'identificazione delle priorità, nella pianificazione delle risorse e nella valutazione dei risultati;
- l'appropriatezza e la sostenibilità culturale, sociale, ambientale ed economica dell'intervento;
- il coinvolgimento delle istituzioni e della società civile italiana nelle attività di cooperazione allo sviluppo ed il collegamento con il sistema sanitario italiano;
- l'utilizzazione appropriata dei diversi strumenti finanziari, canali e modalità di esecuzione dell'attività di cooperazione in campo socio-sanitario.

Mentre gli aspetti segnalati assumono particolare, seppure non esclusiva, rilevanza nelle attività bilaterali di cooperazione, è indispensabile prendere in considerazione altri punti più specificamente relativi al ruolo che l'Italia può giocare nel contesto del "sistema sanitario globale". In particolare:

- il sostegno al rilancio della OMS come leader globale in sanità ed una collaborazione tecnica strutturata e più qualificata, con quell'organizzazione ;
- la difesa della salute - nella definizione che ne dà l'OMS - 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;

- la promozione di un'azione coerente dell'Italia nelle diverse sedi internazionali (UE, G8, OCSE, sistema ONU, Banca Mondiale, vertici, etc.) a favore dell'obiettivo "salute per tutti" ;
- la costituzione in Italia di luoghi privilegiati di confronto, approfondimento e informazione sulla situazione sanitaria globale.

È evidente che una simile *agenda* presuppone un forte impegno politico e strumenti adeguati. Sarà certamente molto utile avviare un processo di aggiornamento e revisione dei "Principi guida" della cooperazione sanitaria italiana che coinvolga il più possibile i molti attori istituzionali e non governativi che a diverso titolo sono interessati alla promozione della salute a livello globale e prioritariamente nel Sud del mondo.

È purtroppo impensabile che si possa andare molto oltre l'enunciato senza una radicale trasformazione dell'istituzione preposta all'attività di cooperazione allo sviluppo. In particolare appare imprescindibile che nella riaffermazione delle tradizionali finalità, si superi la commistione tra la funzione di indirizzo politico e quella 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 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.³⁴

ABSTRACT

Italian Development Cooperation is still regulated by Law n.49/1987, which indicates the defense of human life as the main goal. Development Cooperation is an integral part of foreign policy and is supposed to be addressed to the promotion of peace, solidarity among peoples and human rights promotion.

In application of the law, cooperation activities in the health sector were oriented toward the promotion of PHC, following Alma Ata principles.

In the '80s some important donors, supported a deviated interpretation of those principles, and promoted the so called "selective PHC" approach which favoured the implementation of "vertical" diseases control programmes and the disruption of national health systems.

However Italian health Cooperation maintained its support to the original integrated approach to health, progressively orienting its support to the development of local health systems as well as of national institutions..

Nowaday, the international community is dealing with the new "Health sector reform" dogma imposed by the World Bank - in the long absence of an adequate leadership of WHO - as a generic complement to

³⁴ 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

structural adjustment policies. International debate also interests “sector wide” approaches, extending the debate on the coordination of international resources at country level.

Whether Italy will be able in the next future to play a role in the international debate, in health, as in other fields, will largely depend on the tools provided by the Official Development Aid Reform presently debated in the Italian Parliament. In that sense, a radical change is needed. Beside clear political direction, the necessary conditions to operate with adequate programmatic-operative autonomy and competence, will have to be ensured to a new dedicated Organism.
