

RECENSIONI

Aa.Vv.

Salute globale e aiuti allo sviluppo.

Diritti, ideologie, inganni.

3° Rapporto dell'Osservatorio

Italiano sulla Salute Globale

Edizioni ETS, Pisa, 2008, p. 384, € 25

Gavino Maciocco

Politica, salute e sistemi sanitari.

Le riforme dei sistemi sanitari

nell'era della globalizzazione

Il Pensiero Scientifico Editore, Roma,
p. 104, € 19

I due volumi che andiamo a presentare sono tra loro strettamente interconnessi sia dal punto di vista tematico che degli autori, dal momento che Maciocco, oltre che docente di Medicina di Comunità al Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università di Firenze, è stato tra i principali promotori dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale (OISG, www.saluteglobale.it), un'iniziativa *non profit* che ha come finalità la promozione del diritto alla salute a livello internazionale e si propone di fornire a istituzioni, enti, organizzazioni della società civile e a tutti coloro che fossero interessati strumenti di analisi, di valutazione e di decisione per la definizione di strategie di cooperazione internazionale appropriate.

Questo terzo Rapporto, frutto del lavoro collettaneo di ben 39 autori, si ar-

ticola in due parti principali: la prima si focalizza sull'aiuto allo sviluppo in campo sanitario nei suoi vari aspetti, dalle politiche sanitarie globali alle diverse forme di cooperazione sanitaria internazionale (aiuti umanitari e d'emergenza, programmi verticali, ecc.), al ruolo dell'Italia e di potenze emergenti come la Cina, dal punto di vista spesso negletto dei destinatari ("target") degli aiuti a quello delle organizzazioni non governative (ONG). Vengono anche messi a fuoco alcuni temi specifici come il ruolo degli aiuti umanitari nei conflitti armati, le migrazioni internazionali di personale sanitario quale nuova fonte di drenaggio occidentale delle risorse umane formate nei paesi del Sud del mondo.

La seconda parte è dedicata invece più a temi di attualità e aggiornamenti sulla salute globale articolati in 3 sezioni: le politiche di salute globale, nella quale si affrontano questioni come quella dei diritti di proprietà intellettuale (il monopolio delle grandi *corporation* multinazionali sui brevetti farmaceutici), i partenariati globali pubblico-privati e il diritto alla salute dei rifugiati; lo stato di salute del mondo, in cui si fa il punto sulle condizioni patologiche tuttora più problematiche per il Sud del mondo (Aids, malaria, tbc, ecc.); e i sistemi sanitari, con l'analisi dell'evoluzione più recente delle politiche e dei servizi sanitari in

alcuni paesi chiave (Usa, Cina, Cuba e Brasile).

È qui che idealmente il Rapporto si collega al testo di Maciocco, che con taglio storico indaga a 360° gradi le caratteristiche e l'evoluzione nel corso degli ultimi due secoli di tutti i sistemi sanitari del pianeta, raggruppandoli in tipologie omogenee. Quelli del Sud del mondo vengono classificati per livello di sviluppo economico del paese di appartenenza: paesi poveri "in trappola" (la maggior parte di quelli africani, molti asiatici e alcuni latinoamericani); paesi a basso reddito in controtendenza (Sri Lanka, Cuba) e paesi emergenti (Cina, India, Brasile e Messico). Quelli del Nord del mondo vengono invece classificati per tipologia politico-organizzativa: bismarckiani (i modelli assicurativi sociali dell'Europa germanofona e francofona, Canada, Giappone, Australia), beveridgiani (i servizi sanitari nazionali di Gran Bretagna, Irlanda, paesi scandinavi e paesi euromediterranei, inclusa l'Italia), delle assicurazioni private volontarie (Usa) e dell'ex-modello semashko (la Russia e i paesi ex-socialisti dell'Europa orientale).

Il minimo comune denominatore viene individuato in quella che Rudolf Klein ha definito "l'epidemia delle riforme sanitarie", che nel corso degli ultimi decenni ha rimesso in discussione molti degli assetti organizzativi e delle politiche sanitarie in precedenza più consolidati, la loro missione, il ruolo del servizio pubblico e dei professionisti che vi operano, nonché i diritti stessi dei cittadini. Riforme in gran parte ispirate al paradigma neoliberista che ha dominato nel corso delle ultime due decadi del secolo scorso sia le politiche sanitarie dei governi nazionali sia quelle di cooperazione sanitaria internazionale delle agenzie multilaterali, specie quelle connesse alla Banca Mondiale e al Fondo Monetario Internazionale.

Il risultato di tali "riforme" è stato in molti casi l'ampliarsi della forbice relativa a quella sorta di "gradiente internazionale delle disuguaglianze" che, ancor più ampio che all'interno dei singoli paesi, sembra oggi divaricare crescentemente i destini sanitari (e non solo) del Sud da quelli del Nord del mondo. Un sempre più evidente gradiente internazionale di salute tra le nazioni che è il risultato, anzitutto, della disparità di ricchezza Nord/Sud, frutto di secoli di scambio ineguale e di sfruttamento schiavistico, coloniale e imperialistico; e, più di recente, dei processi di globalizzazione economica, finanziaria, politica, tecnologica e culturale che hanno caratterizzato il nostro pianeta a partire soprattutto dagli anni '80 del secolo scorso.

Le disuguaglianze di salute internazionale, dunque non solo non sono in diminuzione, ma sono addirittura aumentate a partire proprio dagli anni '80, dopo un lungo periodo in cui, sin dagli anni '50, esse risultavano in costante diminuzione. Di fronte ad esse, quella stagione di grandi speranze per la cooperazione sanitaria internazionale che si era aperta con la Conferenza di Alma Ata (Kazakhstan) nel 1978 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel corso della quale veniva lanciata la campagna "Salute per tutti entro l'anno 2000" da attuarsi mediante un nuovo orientamento dei programmi di cooperazione verso l'assistenza sanitaria di base (*Primary Health Care*) integrata con altri settori (acqua potabile, irrigazione, istruzione, ecc.): a distanza di oltre trent'anni il bilancio è alquanto amaro, e ben poco lascia sperare che i nuovi Obiettivi di Sviluppo del Millennio lanciati dalle Nazioni Unite nel 2000 possano davvero essere conseguiti come previsto entro il 2015. La ragione principale del sostanziale fallimento della cooperazione internazionale nel sostenere la promozione

della salute e la riduzione delle disuguaglianze, specie nei paesi più poveri del Sud del mondo, è riconducibile proprio al cambiamento generale di clima politico determinato dalla globalizzazione a partire dagli anni '80 con l'affermarsi del neoliberismo.

L'orientamento neoliberista ha ispirato i cosiddetti "Programmi di Aggiustamento Strutturale" che la Banca Mondiale ed il Fondo Monetario Internazionale hanno imposto ai governi dei paesi poveri a partire dagli anni '80 come condizione per il risanamento del loro enorme debito estero: tra le altre misure, essi stabilivano una riduzione della spesa pubblica specie nei settori dell'istruzione e della sanità, con l'eliminazione di molti servizi, il licenziamento del personale e l'imposizione di ticket alla popolazione anche su servizi essenziali come le vaccinazioni e la scuola primaria. Inoltre, la maggior parte dei programmi di cooperazione sanitaria internazionale ha abbandonato l'originale approccio comprensivo integrato della *Primary Health Care* per adottarne una versione selettiva basata su programmi verticali di settore mirati a singole malattie (Aids, malaria, ecc.) che, oltre a implicare il ritorno ad una visione esclusivamente medico-curati-

va della salute, non consentono di rafforzare i servizi sanitari ed il coinvolgimento della popolazione. Contemporaneamente, l'Organizzazione Mondiale per il Commercio (OMC) ha impedito che i farmaci essenziali (alcuni dei quali salvavita) coperti da brevetto fossero prodotti e distribuiti a prezzi più bassi nei paesi poveri sotto forma di farmaci generici prodotti da paesi emergenti.

Nel loro insieme i due volumi evidenziano con la forza della documentazione empirica e la sagacia dell'analisi critica la necessità di una significativa inversione di tendenza nella cooperazione sanitaria internazionale fondata sul valore della salute come bene comune e non come merce, sul rafforzamento dei sistemi sanitari nel loro complesso, sulla promozione dell'accesso equo ai servizi sanitari di base, su di un approccio comprensivo e multisettoriale che coinvolga la popolazione; e, soprattutto, sull'idea di salute come diritto umano fondamentale, la cui violazione costituisce una minaccia non soltanto al principio di uguaglianza ma, in fondo, alla nostra stessa umanità.

Guido Giarelli