

Salute globale  
e aiuti allo sviluppo  
Diritti, ideologie, inganni

3°

*Rapporto  
dell'Osservatorio Italiano  
sulla Salute Globale*



Edizioni ETS



[www.edizioniets.com](http://www.edizioniets.com)

© Copyright 2008

EDIZIONI ETS

Piazza Carrara, 16-19, I-56126 Pisa

[info@edizioniets.com](mailto:info@edizioniets.com)

[www.edizioniets.com](http://www.edizioniets.com)

Distribuzione

PDE, Via Tevere 54, I-50019 Sesto Fiorentino [Firenze]

ISBN 978-884672114-3

## INDICE

<i>Prefazione</i> di Gavino Maciocco e Adriano Cattaneo	7
Lista delle abbreviazioni	19
PARTE PRIMA	
L'aiuto allo sviluppo in campo sanitario	
1.1 A trent'anni da Alma Ata: l'evoluzione delle politiche globali in sanità <i>di Eduardo Missoni e Guglielmo Pacileo</i>	23
1.2 Livelli essenziali di assistenza garantiti a tutti <i>di Gavino Maciocco, Elena Pariotti e Angelo Stefanini</i>	34
1.3 L'aiuto pubblico allo sviluppo e la cooperazione sanitaria <i>di Maurizio Murru e Fabrizio Tediosi</i>	47
1.4 Riusciranno i nostri eroi a rafforzare i sistemi sanitari? <i>di Gavino Maciocco</i>	78
1.5 L'equilibrio macroeconomico e il diritto alla salute in Uganda. Due logiche in conflitto? <i>di Daniele Giusti</i>	98
1.6 Gli aiuti umanitari: tra carità, ideologia, inganno <i>di Adriano Cattaneo, Nicoletta Dentico e Angelo Stefanini</i>	113
1.7 Conflitti armati e lavoro umanitario <i>di Pirous Fateh-Moghadam e Valeria Confalonieri</i>	128
1.8 Gli aiuti internazionali al territorio palestinese occupato <i>di Angelo Stefanini e Enrico Pavignani</i>	140
1.9 I sistemi di valutazione dell'aiuto allo sviluppo <i>di Marianna Bacci Tamburlini e Giorgio Tamburlini</i>	151
1.10 La cooperazione italiana allo sviluppo in sanità: tra contraddizioni e buoni propositi <i>di Eduardo Missoni, Guglielmo Pacileo e Adriano Cattaneo</i>	164
1.11 La cooperazione sanitaria cinese in Africa <i>di Paola Agnelli</i>	179
1.12 L'aiuto allo sviluppo visto dal Sud <i>di Sunil Deepak, Maria Hamlin Zuniga, Narayan Shrestha, Masood Yama e Victor Francisco Gomes</i>	186

1.13 Il punto di vista delle ONG	203
1.13.1 Medici senza frontiere	203
<i>di Kostas Moschochoritis</i>	
1.13.2 Medici con l’Africa Cuamm	211
<i>di Dante Carraro e Giovanni Putoto</i>	
1.13.3 Emergency	218
<i>di Carlo Garbagnati</i>	
1.14 La migrazione del personale sanitario	225
<i>di Maurizio Murru</i>	
1.15 Il personale infermieristico straniero in Italia	245
<i>di Giancarlo Brunetti</i>	
<b>PARTE SECONDA</b>	
<b>Attualità e aggiornamenti sulla salute globale</b>	
2.1 Politiche di salute globale	253
2.1.1 Salute e diritti di proprietà intellettuale: la guerra infinita	253
<i>di Nicoletta Dentico e Enrico Materia</i>	
2.1.2 Big Pharma e i conflitti d’interesse	264
<i>di Luisella Grandori e Adriano Cattaneo</i>	
2.1.3 I partenariati globali pubblico-privato	272
<i>di Eduardo Missoni e Guglielmo Pacileo</i>	
2.1.4 <i>Advance Market Commitments:</i> un nuovo meccanismo di aiuto allo sviluppo?	279
<i>di Nicoletta Dentico</i>	
2.1.5 Rifugiati, richiedenti asilo e diritto alla salute	286
<i>di Maurizio Marceca e Salvatore Geraci</i>	
2.2 Stato di salute nel mondo	295
2.2.1 Malaria, Tubercolosi, AIDS	295
<i>di Luigi Ciccì</i>	
2.2.2 Malattie dimenticate	306
<i>di Marco Albonico, Lorenzo Savioli e Valeria Confalonieri</i>	
2.2.3 Le malattie della bocca e dei denti	315
<i>di Patrizia Di Caccamo e Guido Benedetti</i>	
2.2.4 Malattie cardiovascolari	322
<i>di Alejandro Macchia, Simona Monte e Gianni Tognoni</i>	
2.3 Sistemi sanitari	333
2.3.1 USA	333
<i>di Gavino Maciocco e Sara Barsanti</i>	
2.3.2 Cina	346
<i>di Daniele Brombal</i>	
2.3.3 Cuba	354
<i>di Maurizio Bonati</i>	
2.3.4 Brasile	366
<i>di Mauro Serapioni</i>	
Profilo degli autori	377

Salute globale  
e aiuti allo sviluppo  
Diritti, ideologie, inganni

3°

*Rapporto  
dell'Osservatorio Italiano  
sulla Salute Globale*



## *Prefazione*

*Tutti siamo responsabili di tutto*

I fratelli Karamazov  
Fëdor Michajlovič Dostoevsky

L'aiuto allo sviluppo in campo sanitario – tema centrale del terzo Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale (OISG) – dovrebbe intervenire per far fronte alle impressionanti diseguaglianze “globali” nella salute, cui è stato dedicato il precedente, secondo Rapporto.

“L'epidemiologia ci consente di leggere con sempre maggiore precisione la dimensione quantitativa delle diseguaglianze nella salute ed insieme il grado di correlazione tra indicatori sanitari (speranza di vita alla nascita, mortalità generale e specifica per patologia e per età, etc.) e determinanti della salute (reddito, istruzione, accesso ai servizi sanitari, etc.). L'enorme mole di dati a disposizione svela scenari impressionanti. La morte, ogni anno, di 10,8 milioni di bambini di età inferiore ai 5 anni che – nel 90% dei casi – si verifica nei paesi più poveri del pianeta; 10,8 milioni di decessi che potrebbero essere in larga parte (63%) evitati garantendo l'accesso a servizi sanitari di primo livello, tanto efficaci quanto economici (terapia della diarrea con reidratazione orale – solo con questo intervento si eviterebbero oltre 1,4 milioni di morti –, allattamento al seno, parti effettuati in ambiente pulito, somministrazione di vitamina A, vaccinazioni, etc.). La morte ogni anno di circa tre milioni di persone a causa diHiv/Aids, soprattutto in Africa sub-Sahariana, anche per la mancanza di farmaci (troppo costosi) e di attrezzature e di personale adeguato (sistemi sanitari allo sfascio). Potremmo continuare a citare dati analoghi per tubercolosi, malaria, mortalità materna, etc. Le correlazioni sono quanto mai evidenti: alla base di questo terribile eccesso di mortalità ci sono la deprivazione materiale, i bassi livelli d'istruzione, la pressochè totale impossibilità di accedere liberamente a servizi sanitari di base, essenziali e qualificati”. (*Dalla Prefazione del 2° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale*<sup>1</sup>).

Il quadro epidemiologico sopradescritto non è sostanzialmente mutato negli ultimi due anni e in questo Rapporto cerchiamo di analizzare, da molteplici prospettive, le caratteristiche delle politiche di cooperazione sanitaria internazionale, delle azioni e dei programmi dei diversi attori che calcano questa scena. Uno scenario complesso, denso di “contraddizioni e buone intenzioni”, di “carità, ideologie e inganni”. Alla fine però – se dovessimo in estrema sintesi trarre una qualche conclusione – non potremmo che sottoscrivere le affermazioni di un recente editoriale di *Lancet*: *“Bambini e donne stanno morendo perché coloro che hanno il potere di prevenire quelle morti hanno scelto di non agire. Questa indifferenza – da parte di politici, amministratori, donatori, finanziatori della ricerca, da parte della stessa società civile – è il tradimento della nostra speranza collettiva per una società più forte e più giusta; per una società che dà valore a ogni vita, indipendentemente da quanto giovane o nascosta agli occhi del pubblico questa vita possa essere. Quello che abbiamo di fronte è un mondo squilibrato in cui solo coloro che hanno soldi, forza militare e influenza politica stabiliscono cosa conta e chi conta. Come professionisti sanitari noi non dobbiamo accettare questa pervasiva mancanza di rispetto della vita umana”*<sup>2</sup>.

Trent’anni orsono, nel 1978, nessuno avrebbe previsto un’evoluzione così disastrosa della situazione sanitaria (oltre che sociale ed economica) per una parte dell’umanità. È vero che di lì a pochissimi anni sarebbe esplosa, del tutto imprevedibile, l’epidemia di Hiv/Aids, ma questa ha colpito con virulenza selettiva – per i motivi di cui sopra – le diverse aree del pianeta. Il 1978 è stato un anno memorabile per la sanità internazionale. È stato l’anno in cui è stato finalmente debellato su scala planetaria il vaiolo, obiettivo raggiunto attraverso un lungo processo che ha coinvolto, con la regia dell’OMS, le strutture di sanità pubblica di tutto il mondo. Il 1978 è stato soprattutto l’anno della Dichiarazione di Alma Ata<sup>3</sup>, lo storico documento dell’OMS che – sottoscritto da quasi tutti i paesi del mondo – segnava una svolta per le politiche sanitarie globali. Ne citiamo di seguito alcuni passaggi:

- “La salute, come stato di benessere fisico, mentale e sociale e non solo come assenza di malattia o infermità, è un diritto fondamentale dell’uomo e l’accesso ad un livello più alto di salute è un obiettivo sociale estremamente importante, d’interesse mondiale,



e presuppone la partecipazione di numerosi settori socio-economici oltre che di quelli sanitari”.

- “Le profonde disuguaglianze nello stato di salute tra i paesi più industrializzati e quelli in via di sviluppo, così come all’interno dei paesi stessi, sono politicamente, socialmente ed economicamente inaccettabili e costituiscono motivo di preoccupazione comune per tutti i paesi”.
- “Un livello accettabile di salute per tutti i popoli del mondo nell’anno 2000 può essere raggiunto mediante un uso pieno e migliore delle risorse globali, una parte considerevole delle quali è attualmente spesa in armi e conflitti militari”.
- “Tutte le nazioni dovrebbero agire in uno spirito di stretta cooperazione e di servizio per garantire a ciascuno l’assistenza sanitaria primaria, dal momento che il raggiungimento della salute da parte delle persone di un qualsiasi paese interessa direttamente e rappresenta un beneficio per tutti le altre nazioni”.

Nel 1978 affermazioni del genere apparivano innovative e avanzate per l’impegno “multisettoriale” e “globale” che esigevano, ma non utopiche o velleitarie (come potrebbero sembrare a un lettore di oggi) perché erano coerenti con le politiche adottate fino ad allora da quasi tutti i paesi industrializzati, che avevano incorporato il principio del “diritto alla salute” nei propri ordinamenti giuridici, garantendo a ogni individuo l’accesso alle prestazioni sanitarie essenziali senza barriere geografiche, economiche e sociali, senza discriminazioni culturali e razziali.

Il 1978 è un anno situato sul crinale della storia della sanità internazionale. Dopo il 1978, infatti – come è ben documentato nel capitolo 1.1. di questo Rapporto – le politiche globali in sanità subirono una brusca, radicale inversione di rotta. Così, se nel 1978 appariva realistico l’obiettivo di garantire entro l’anno 2000 a tutti gli abitanti del pianeta il libero accesso ai servizi sanitari essenziali, poco tempo dopo ciò divenne un semplice miraggio per almeno l’80% della popolazione mondiale.

Sull’influenza dell’ideologia liberista – divenuta egemone a partire dagli anni ottanta del secolo scorso – sulla brusca virata della politica sanitaria internazionale post-Alma-Ata vi è un’ampia letteratura e anche noi ne abbiamo scritto nei due precedenti Rapporti (2004<sup>4</sup> e

2006<sup>5</sup>), oltre che in uno specifico *paper* (“*Da Alma Ata al Global Fund*”, 2007<sup>6</sup>). Meno note sono le dinamiche che hanno portato la destra ultraconservatrice a conquistare il potere negli USA e a ricoprire di conseguenza un ruolo egemone nello scenario politico internazionale, incluse le politiche sanitarie globali. Due recenti libri, di Naomi Klein<sup>7</sup> e Paul Krugman<sup>8</sup>, ci aiutano – da prospettive alquanto diverse (il primo più attento alle vicende dello scacchiere internazionale, il secondo più focalizzato sulla situazione interna USA) – a leggere quegli avvenimenti, a comprendere quei passaggi così decisivi per la storia recente dell’umanità.

### *Da Roosevelt a Reagan. Da Keynes a Friedman*

La storia ha inizio in America negli anni Trenta del XX secolo, gli anni della Grande Depressione e del *New Deal*. In primo piano due figure: il presidente (democratico) degli Stati Uniti Franklin Delano Roosevelt e l’economista inglese John Maynard Keynes. La risposta alla catastrofe economica e sociale avvenuta dopo il crollo di Wall Street nel 1929 fu assolutamente “eretica” rispetto alla teoria economica dominante che voleva uno stato “non interventista” nell’economia e nelle politiche sociali. Lo stato intervenne pesantemente, finanziando opere pubbliche per dare ossigeno all’occupazione e impiantando per la prima volta negli USA un articolato sistema di sicurezza sociale (*Social Security Act* del 1935<sup>9</sup>) che prevedeva l’istituzione della pensione di vecchiaia, l’assistenza economica per gli anziani poveri, gli assegni familiari per i minori a carico, l’indennità di disoccupazione, la protezione materno-infantile e l’assistenza ai bambini disabili\*. La legge fu finanziata attuando una severa politica fiscale. Fino ad allora le tasse rappresentavano un fattore quasi insignificante per i ricchi: l’aliquota massima dell’imposta sul reddito era appena del 24%. Con l’introduzione del *New Deal* i ricchi cominciarono a

\* Nonostante i ripetuti tentativi di Roosevelt, rimase fuori dalla legge del 1935 l’istituzione dell’assicurazione nazionale contro le malattie; ciò fu dovuto all’intransigente opposizione dell’associazione dei medici americani (*American Medical Association* – AMA), contrari a ogni forma di assistenza mutualistica e di medicina socializzata. Roosevelt fu costretto a rinunciare all’introduzione di tale provvedimento per non compromettere l’approvazione della legge.

versare imposte decisamente più alte: l'imposta sul reddito salì al 63% durante la prima amministrazione Roosevelt e al 79% durante la seconda. Superata con successo la crisi degli anni Trenta i governi democratici di Roosevelt e, dal 1948, di Harry Truman affrontarono la fase bellica e post-bellica confermando il ruolo attivo del governo nell'economia, intervenendo sul mercato del lavoro, favorendo la perequazione dei redditi e lo sviluppo della presenza dei sindacati.

Ciò che si verificò negli Stati Uniti tra gli anni Venti e Cinquanta – la netta riduzione del divario tra i ricchi e la classe lavoratrice, e la riduzione dei differenziali salariali tra i lavoratori – è stata soprannominata “la *Grande Compressione*”, un processo che ebbe l'effetto di ridurre enormemente le diseguaglianze all'interno della società americana e di far crescere con altrettanta forza la *middle class*. Da notare che la *Grande Compressione* fu seguita dal *boom* economico che durò più a lungo nella storia degli Stati Uniti. Nel 1952 i repubblicani, riconquistando la Casa Bianca, accettarono le istituzioni create dal *New Deal* come elementi permanenti della scena politica americana. “Se un qualsiasi partito politico tentasse di abolire i sistemi di previdenza sociale e di protezione contro la disoccupazione, e di abrogare le leggi sul lavoro e i programmi agrari – scrisse nel 1954 il nuovo presidente degli Stati Uniti, Dwight Eisenhower, in una lettera al fratello Edgar – non sentiresti mai più parlare di quel partito nella nostra storia politica”.

Nello stesso periodo l'Europa non aveva niente da invidiare agli Stati Uniti quanto a *welfare state*<sup>10</sup>. Anzi. La Germania di Bismarck, alla fine dell'Ottocento, aveva preceduto tutti istituendo l'assicurazione contro le malattie e gli infortuni sul lavoro, le pensioni di vecchiaia e di reversibilità, e l'indennità di disoccupazione. Negli anni Quaranta in Gran Bretagna, con logica bipartisan, veniva istituito il Servizio Sanitario Nazionale finanziato dalla fiscalità generale, parte di un robusto sistema di *welfare* universalistico che prevedeva, tra l'altro, l'istruzione obbligatoria e gratuita. Anche in Italia, nell'ormai mitico 1978, l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (specchio di quello britannico) avvenne con il consenso di quasi tutte le forze politiche (solo il Partito Liberale Italiano, 3% dell'elettorato, votò contro).

Negli USA l'assicurazione sanitaria nazionale è rimasta un miracolo per motivi spiegati molto bene nel libro di Krugman. In mancan-

za di un atto di riforma generale del sistema si è nel tempo via via provveduto a tante iniziative parziali: l'assicurazione (privata) ai lavoratori dipendenti pagata dai datori di lavoro, *Medicare* (assicurazione pubblica per gli anziani), *Medicaid* (assicurazione pubblica a favore di alcune categorie di poveri), l'assicurazione pubblica per i militari e i veterani. Un sistema costoso e inefficiente che lascia una porzione rilevante di popolazione americana priva di copertura assicurativa. "L'assicurazione sanitaria generalizzata è un'idea i cui tempi sono ormai maturi in America. Noi prenderemo iniziative per garantire che tutti gli americani possano permettersi cure mediche di alta qualità". Parole pronunciate nel 1974 da Richard Nixon, presidente repubblicano, il cui "Piano generale per l'assicurazione sanitaria" non fece molto strada, perché di lì a poco Nixon uscirà di scena a causa dello scandalo Watergate. L'approccio bipartisan alle questioni del *welfare* si chiude alla fine degli anni Settanta quando gli ultraconservatori assumono il controllo del partito repubblicano e portano, nel 1980, Ronald Reagan alla presidenza degli Stati Uniti.

La nuova fase politica si caratterizza per il seppellimento delle idee, delle teorie e delle politiche che avevano nutrito il *New Deal* e orientato le scelte dei governi degli Stati Uniti per circa mezzo secolo. Le nuove parole d'ordine sono: *deregulation*, libero mercato, privatizzazioni, drastici tagli alla spesa pubblica. E se il *New Deal* si era poggiato sulle teorie economiche di Keynes, il nuovo corso ultraconservatore attinge alla idee di Milton Friedman, professore di economia a Chicago, premio Nobel per l'Economia nel 1976, noto anche per aver ispirato le scelte economiche del dittatore cileno Pinochet e per aver allevato una vasta schiera di economisti neoliberalisti, noti come *Chicago Boys*, molti dei quali provenienti dall'America Latina, che ritornati nei Paesi di origine (soprattutto in Cile) ricopriranno rilevanti posizioni di governo e di potere.

Il denaro – scrive Krugman – è il collante degli ultraconservatori, finanziati in larga misura da un manipolo di individui estremamente ricchi e da alcune grandi imprese multinazionali che hanno tutto da guadagnare dall'abolizione della tassa progressiva e dallo smantellamento dello stato sociale. Gli ultraconservatori repubblicani hanno governato gli USA dal 1980 a oggi (con l'intermezzo della presidenza democratica Clinton dal 1992 al 2000), da R. Reagan a G.W.

Bush, applicando con determinazione i loro programmi, il primo dei quali è la riduzione del carico fiscale per le fasce più ricche della popolazione. La **Tabella 1** mostra l'evoluzione delle tre aliquote che colpiscono soprattutto l'1% più ricco della popolazione americana, ma che hanno scarso effetto su tutti gli altri. Tra 1979 e il 2006 l'aliquota più alta sui redditi di lavoro è stata dimezzata, quella sui redditi di capitale quasi dimezzata e quella sui profitti aziendali ridotta di oltre un quarto.

L'acquisizione di potere da parte della destra intransigente incoraggiò le imprese a sferrare un attacco in piena regola contro il movimento sindacale, riducendo drasticamente il potere contrattuale dei lavoratori, e liberò i dirigenti dai vincoli politici e sociali che in precedenza avevano posto dei limiti all'aumento vertiginoso della loro remunerazione. Politiche fiscali a favore dei ricchi, erosione dello stato sociale e stagnazione dei salari hanno prodotto un'incredibile dilatazione delle disegualianze economiche e sociali, testimoniata da alcuni simbolici dati. Negli anni Settanta la remunerazione degli amministratori delegati era 40 volte superiore al salario medio di un lavoratore a tempo pieno; nei primi anni del 2000 è risultata 367 volte superiore. Quella dei dirigenti delle grandi imprese era 31 volte superiore negli anni Settanta, ma 169 volte superiore agli inizi del 2000.

*Tabella 1.* Le tre aliquote più alte (percentuali)

Anno	Aliquota più alta sui redditi da lavoro	Aliquota più alta sui redditi di capitale di lungo periodo	Aliquota più alta sui profitti aziendali
1979	70	28	48
2006	35	15	35

Fonte: Urban Brooking Tax Policy Center, vedi nota bibliografica 8.

Con R. Reagan e M. Thatcher (premier britannico conservatore) contemporaneamente al potere, l'influenza delle politiche ultraconservatrici non mancò di estendersi rapidamente nello scacchiere internazionale. Le loro amministrazioni fortemente ideologizzate furono in grado di pilotare Banca Mondiale e Fondo Monetario Internazionale secondo i loro scopi, trasformandole in veicoli primari per

l'avanzamento della crociata neo-liberista. La colonizzazione delle due istituzioni da parte della Scuola di Chicago – scrive N. Klein – fu un processo in gran parte silenzioso, ma divenne ufficiale nel 1989 quando John Williamson presentò al pubblico quello che definiva il “Consenso di Washington”. Si trattava di una lista di 10 provvedimenti economici che venivano imposti ai paesi poveri e indebitati come condizione per poter ottenere prestiti e assistenza finanziaria. Una terapia shock basata su privatizzazioni, liberalizzazioni del commercio e delle importazioni, *deregulation*, taglio delle tasse e soprattutto drastica riduzione della spesa pubblica. “Gli aspetti ideologici di questa politica dello sviluppo sono chiari – afferma l'economista J. Sachs –. I governi degli Stati Uniti, della Gran Bretagna e degli altri paesi conservatori hanno utilizzato le istituzioni internazionali per promuovere politiche che a casa propria non avrebbero potuto applicare. Negli ultimi vent'anni, molti paesi africani hanno subito fortissime pressioni da parte della Banca Mondiale per privatizzare il sistema sanitario o, almeno, volgere a pagamento i servizi sanitari e d'istruzione”<sup>11</sup>.

### *Le armi di distrazione di massa*

“Solo uno shock – provocato da un cataclisma naturale o dalla violenza intenzionale della guerra, del terrorismo, della tortura – può trasformare il *politicamente impossibile* in *politicamente inevitabile*”, parole di M. Friedman. N. Klein nel suo *Shock Economy* (titolo originale: *Shock Doctrine*) descrive con dovizia di particolari, e una monumentale documentazione, tutti i casi in cui lo shock della guerra, del colpo di stato, della repressione e della tortura sono stati il necessario e deliberato preambolo per rendere inevitabile l'impossibile, ovvero la rapida attuazione di politiche neo-liberiste all'interno di un paese (dal Brasile all'Indonesia, dal Cile all'Uruguay, dall'Argentina all'Iraq). Per i paesi più deboli il “Consenso di Washington” è stato uno shock più che sufficiente per piegare i governi e farla da padroni. Un discorso a parte merita la Cina, meta di ripetute missioni di studio e consulenza di M. Friedman. “La definizione friedmaniana di libertà – scrive N. Klein –, in cui la libertà politica era secondaria, persino non necessaria, rispetto alla libertà di attività

economica illimitata, si armonizzava con la visione che stava prendendo piede nel Politburo cinese. (...) Il modello che il governo cinese voleva emulare non erano gli Stati Uniti, ma qualcosa di molto più vicino al Cile di Pinochet: liberi mercati e controllo autoritario, garantito dalla repressione dei lavoratori, attuata con pugno di ferro”. Il libro della Klein ruota intorno all’idea che le politiche neo-liberiste sono possibili solo in un contesto “shoccato” o repressivo. La domanda che si pone Krugman infatti è: in un paese democratico e ordinato, come può conquistarsi un consenso di massa un movimento che punta a tagliare le tasse e a smantellare lo stato sociale? Tagli delle tasse che vanno in larga parte a beneficio di una ristretta minoranza della popolazione, mentre un assottigliamento della rete di sicurezza sociale colpisce fasce ben più ampie. Per vincere le elezioni, per compensare l’impopolarità intrinseca delle politiche di destra – risponde l’editorialista del *New York Times* – gli ultraconservatori devono necessariamente trovare il modo per spostare l’attenzione su altri argomenti, quelli che Krugman chiama le “armi di distrazione di massa”. Una potente arma usata dai repubblicani è stata quella di strumentalizzare i risentimenti e le paure di natura culturale; per esempio, tenere accesa la questione razziale e sfruttare il revanscismo bianco contro il movimento dei diritti civili è valso ai repubblicani la conquista degli stati del sud, tradizionale serbatoio di voti democratici. Altra efficace arma di “distrazione” è rappresentata dalle questioni che riguardano la sicurezza nazionale, tema su cui, fin dai tempi della guerra del Vietnam, vi è una generale percezione che i repubblicani siano più attrezzati dei democratici a governare il paese in condizioni di pericolo e di conflitto.

### *Cosa ci possiamo aspettare?*

Da quanto scritto sopra e da quanto leggerete nei vari capitoli di questo Rapporto, è evidente che il destino di molte delle inaccettabili diseguaglianze nella salute globale, e dei sistemi sociali e sanitari che le sostengono, dipenderà dalle politiche che adotteranno negli anni a venire i paesi ad alto reddito; Stati Uniti in primis, ma anche Unione Europea ed Italia. Un recente commento pubblicato su *Lancet*<sup>12</sup>, suggerisce che molto dipenderà da quale *mix* tra cinque possibili

metafore sulla salute globale sarà adottato dai paesi ricchi dopo le prossime elezioni negli Stati Uniti. Le cinque metafore sono: 1) salute globale come politica estera, 2) come sicurezza, 3) come carità, 4) come investimento e 5) come salute pubblica. Sposando la prima metafora, i paesi ricchi forgeranno alleanze con quei paesi in cui hanno interessi strategici e vi apriranno nuovi mercati, proteggendo le loro industrie farmaceutiche. Con la seconda, l'enfasi sarà posta sul controllo di quelle malattie trasmissibili, compreso il bioterrorismo, che potrebbero minacciare anche i paesi ricchi. Con la terza metafora, si promuoverà la salute come arma contro la povertà, con enfasi su madri, bambini, denutrizione, disastri naturali, e con le ONG come naturali alleati. La quarta comporta l'uso della salute globale come strumento di crescita economica; oggetto di attenzione privilegiata saranno i giovani ed i lavoratori, e le malattie che impediscono le attività economiche come l'Aids, la tubercolosi e la malaria, oltre alle malattie degli animali. La quinta metafora mira a diminuire il fardello globale di malattia, dando priorità ai fattori di rischio e ai determinanti sociali per massimizzare gli effetti positivi sulla salute. Non c'è dubbio che dal 1978 ai giorni nostri i paesi ricchi, e soprattutto gli Stati Uniti, abbiano favorito la politica estera e la sicurezza; l'aiuto allo sviluppo in campo sanitario non poteva non risentire di queste tendenze. Le agenzie dell'ONU e la Banca Mondiale hanno invece puntato sulla terza e sulla quarta metafora, e anche queste spinte hanno influenzato le politiche di aiuto allo sviluppo. E se riuscissimo a far muovere il pendolo della salute globale verso la quinta metafora e la salute pubblica?

### *Il terzo Rapporto sulla salute globale*

Il terzo Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale si compone di due parti. La prima è dedicata, come già abbiamo accennato all'inizio della prefazione, al tema dell'aiuto allo sviluppo in campo sanitario nei suoi vari aspetti: le politiche sanitarie globali e quelle dell'aiuto allo sviluppo, la cooperazione sanitaria internazionale, il ruolo dell'Italia (e di un attore emergente come la Cina), il punto di vista di chi riceve gli aiuti e quello delle organizzazioni non governative, con un focus su alcuni temi specifici (come "conflitti armati e lavo-



ro umanitario” e “la migrazione del personale sanitario”), o su alcuni paesi (Uganda e Palestina). La seconda è dedicata ad attualità e aggiornamenti sulla salute globale ed è suddivisa a sua volta in tre sezioni: a) *Le politiche di salute globale* (da “Salute e diritti di proprietà intellettuale: la guerra infinita” a “Rifugiati, richiedenti asilo e diritto alla salute”); b) *Stato di salute nel mondo*, il punto su alcune specifiche condizioni (dall’Aids alle malattie cardiovascolari); c) *Sistemi sanitari*, con l’aggiornamento sull’evoluzione della politiche sanitarie in alcuni paesi (dagli USA a Cuba, dalla Cina al Brasile).

Vogliamo dedicare questo Rapporto agli studenti universitari di vari corsi di laurea – medicina e chirurgia, odontoiatria, scienze infermieristiche, scienze politiche, sociologia – che partecipano ad attività didattiche sulla salute globale che sempre più numerose si stanno diffondendo nelle università italiane, in molti casi su iniziativa e impulso degli studenti stessi. Questa crescente sensibilità verso i temi della salute pubblica e della giustizia sociale è un segnale di speranza e un forte stimolo per la nostra associazione a proseguire e, se possibile a incrementare, l’attività di analisi, di studio, di disseminazione e promozione.

Come gli altri due precedenti Rapporti, anche questo è il frutto di un intenso lavoro collegiale che ha coinvolto 39 autori. Al coordinamento editoriale ha partecipato Valeria Confalonieri, a cui vanno i nostri più sentiti ringraziamenti, anche per la sua impagabile attività di revisione generale dei testi.

*Gavino Maciocco e Adriano Cattaneo*  
gavino.maciocco@unifi.it - cattaneo@burlo.trieste.it

Osservatorio Italiano sulla Salute Globale  
[www.saluteglobale.it](http://www.saluteglobale.it)

*Note bibliografiche*

<sup>1</sup> G. Maciocco, *Prefazione*, in “OISG, *A Caro Prezzo*, 2° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, Edizioni ETS, Pisa 2006, pp. 7-11”.

<sup>2</sup> Richard Horton, Countdown to 2015: a report card on maternal, newborn and child survival. *Lancet* 2008, 371:1217-19.

<sup>3</sup> WHO/UNICEF. Declaration of Alma Ata. WHO, Geneva 1978.

<sup>4</sup> OISG, Salute e Globalizzazione, 1° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, Feltrinelli Editore, 2004.

<sup>5</sup> OISG, *A Caro Prezzo*, 2° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, Edizioni ETS, Pisa 2006.

<sup>6</sup> [www.saluteglobale.it](http://www.saluteglobale.it)

<sup>7</sup> N. Klein, *Shock Economy*, Rizzoli, 2007.

<sup>8</sup> P. Krugman, *La coscienza di un liberal*, Editori Laterza, 2008.

<sup>9</sup> <http://www.ssa.gov/history/35act.html>

<sup>10</sup> G. Maciocco, *Politica, salute e sistemi sanitari*, Pensiero Scientifico Editore, Roma 2008.

<sup>11</sup> J.D. Sachs, *La fine della povertà*, Mondadori, 2005, pp. 87-88.

<sup>12</sup> D. Stuckler, M. McKee, *Five metaphors about global health policy*. *Lancet* 2008; 372: 95-7.

# Lista delle abbreviazioni

ABC: Abstinence, Be faithful, Condom	DMFT: Decayed, Missing, Filled Teeth
ACF: Action contre la Faim	DOTS: Directed Observed Treatment Short-course
ACNUR: Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati	DPEF: Documento di Programmazione Economica e Finanziaria
AFM: Assistenza Finanziaria Medica	DRGs: Diagnosis Related Groups
AFT: Affordable Fluoride Toothpaste	ECHO: European Commission Humanitarian Aid Office
AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome	ELAM: Scuola Latinoamericana di Medicina (Cuba)
AMB: Assicurazione Medica di Base	EMEA: European Medicines Agency
AMC: Advance Market Commitment	FAP: First Aid Post
ANP: Autorità Nazionale Palestinese	FDA: Food and Drug Administration
APS: Aiuto Pubblico allo Sviluppo	FDI: Foreign Direct Investment
ART: Atraumatic Restorative Treatment	FFS: Fee For Service
ARV: Antiretroviral	FOCAC: Forum on China-Africa Cooperation
AUS: Aiuti Ufficiali allo Sviluppo	FTA: Free Trade Agreement
BPOC: Basic Package of Oral Care	GAIN: Global Alliance for Improved Nutrition
CARE: Cooperative for American Remittances in Europe	GAVI: Global Alliance for Vaccines and Immunization
CCM: Country Coordinating Mechanism	GBD: Global Burden of Disease
CDI: Commitment to Development Index	GBS: General Budget Support
CERF: Central Emergency Response Fund	GFATM: Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
CGD: Center for Global Development	GHI: Global Health Initiatives
CICR: Comitato Internazionale della Croce Rossa	GHP: Global Health Partnerships
CNDSS: Commissione Nazionale sui Determinanti Sociali della Salute	GISN: Global Influenza Surveillance Network
COFINS: Contribuzione per il Finanziamento della Sicurezza Sociale	GPEI: Global Polio Eradication Initiative
CPIA: Country Policy and Institutional Assessment	GPPP: Global Public Private Partnerships
CPLP: Comunità dei Paesi di Lingua Portoghese	HIV: Human Immunodeficiency Virus
CRS: Creditor Reporting System	HRS: Health and Retirement Survey
DAC: Development Assistance Committee	ICC: Interagency Coordinating Committee
DAH: Development Assistance for Health	ICN: International Council of Nurses
DALYs: Disability Adjusted Life Years	IDA: International Development Association
DFI: Development Friendliness Index (vedi CDI)	IDP: Internally Displaced Person
DFID: Department for International Development	IFFIm: International Financing Facility for Immunisation
DGCS: Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo	IGWG: Intergovernmental Working Group on Public Health, Innovation and Intellectual Property Rights

- IMC: Indice di Massa Corporea  
 IPASVI: Collegio degli Infermieri, Assistenti Sanitari e Vigilatrici d'Infanzia  
 JIB: Joint Information Bureau  
 LICUS: Low Income Countries Under Stress  
 LTEF: Long Term Expenditure Framework  
 MAE: Ministero degli Affari Esteri  
 MDG: Millennium Development Goals (Obiettivi di Sviluppo del Millennio)  
 MDM: Médecins du Monde  
 MDR: Multi Drug Resistant  
 MERCOSUL: Mercado Comun do Sul  
 MH: Macroeconomics and Health (Investing in health for economic development)  
 MSF: Médecins Sans Frontières, Medici Senza Frontiere  
 MTEF: Medium Term Expenditure Framework  
 NICE: National Institute for Clinical Excellence  
 NTD: Neglected Tropical Diseases  
 NU: Nazioni Unite  
 OCEE: Organizzazione per la Cooperazione Economica Europea  
 OCSE: Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico  
 ODA: Official Development Assistance  
 OISG: Osservatorio Italiano sulla Salute Globale  
 OMC: Organizzazione Mondiale del Commercio  
 OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità  
 ONG: Organizzazioni Non Governative  
 OPS: Organizzazione Panamericana della Salute  
 OUT: Oral Urgent Treatment  
 PAMI: Programa Nacional de Atencion Materno-Infantil  
 PAS: Piani di Aggiustamento Strutturale  
 PCR: Polymerase Chain Reaction  
 PEAP: Poverty Eradication Action Plan  
 PEPFAR: President's Emergency Plan for AIDS Relief  
 PHC: Primary Health Care  
 PIL: Prodotto Interno Lordo  
 PNFP: Private Not For Profit  
 PNGO: Palestinian Non Government Organizations  
 PNL: Prodotto Nazionale Lordo  
 PPP: Public Private Partnership  
 PRSP: Poverty Reduction Strategy Papers  
 PVS: Paesi in Via di Sviluppo  
 RBM: Roll Back Malaria  
 RUF: Revolutionary United Front  
 SARS: Severe Acute Respiratory Syndrome  
 SIDA: Swedish International Development Agency  
 SILOS: Sistema Locale di Salute  
 SHARE: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe  
 SMCR: Schema Medico Cooperativo Rurale  
 SSN: Servizio Sanitario Nazionale  
 STC: Save the Children  
 SUS: Sistema Único de Saúde  
 SWAp: Sector Wide Approach  
 TB: tubercolosi  
 TRIPS: Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights  
 TPO: Territorio Palestinese Occupato  
 UDHR: Universal Declaration of Human Rights  
 UE: Unione Europea  
 UNAIDS: United Nations Programme on HIV/AIDS  
 UNESCO: United Nations Educational Scientific and Cultural Organization  
 UNDP: United Nations Development Programme  
 UNHCR: United Nations High Commissioner for Refugees  
 UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund  
 UNIMIS: United Nations Mission in Sudan  
 UNITA: Unione Nazionale per l'Indipendenza Totale dell'Angola  
 UNRWA: United Nations Relief and Works Agency  
 UNWTO: United Nations World Tourism Organization  
 USAID: United States Agency for International Development  
 USTR: US Office for Trade  
 WFP: World Food Program  
 WHA: World Health Assembly  
 XDR: Extensively Drug Resistant