



# SALUTE E SVILUPPO 1/07

medici con l'africa **cuamm**

> **IN QUESTO NUMERO**

> POLITICA, SALUTE E SISTEMI SANITARI

> LA SALUTE GLOBALE NELLA FORMAZIONE UNIVERSITARIA

> IL PUNTO SULLA TERAPIA ANTIMALARICA



# > SALUTE E SVILUPPO

# N. 1/07

<b>IN QUESTO NUMERO</b>	p. 3
<b>DIALOGO</b>	
Meglio rossi che morti	p. 7
A. Panti	
Le buone pratiche della cooperazione sanitaria internazionale	p. 8
G. Maciocco	
La salute globale nella formazione universitaria	p. 10
S. Foresi e E. Bertotti	
<b>POLITICA SANITARIA</b>	
Politica, salute e sistemi sanitari/1	p. 17
G. Maciocco	
<b>COOPERAZIONE SANITARIA</b>	
Uganda	p. 31
P. Giambelli	
La sfida della ricostruzione: segni di speranza in nord Uganda	p. 39
F. Ciantia	
Macroeconomia e diritto alla salute in Uganda	p. 45
D. Giusti	
<b>AFRINEWS</b>	
Agenda: Unione Africana, Namibia, Repubblica Democratica del Congo, Somalia	p. 57
Focus: Sierra Leone	p. 61
M. Murru	
<b>OSSERVATORIO</b>	
Il punto sulla terapia antimalarica	p. 65
G. Pellizzer	
<b>I NUMERI DELLA SALUTE</b>	
G7 - Indicatori di salute e di spesa sanitaria	p. 74
<b>RASSEGNA</b>	
Health Care in Violent, Unstable Environments	p. 76
M. Murru	



## > IN QUESTO NUMERO

Questo numero ospita tre contributi, collocati in differenti sezioni della rivista, che hanno in comune **il rapporto tra medicina, salute, politica ed economia**. In **“Meglio rossi che morti”** di A. Panti (Dialogo) si riflette sul fatto che in Usa la costante crescita della spesa sanitaria a carico degli assistiti potrebbe assottigliare il consenso dei cittadini nei confronti del liberismo; in **“Politica, salute e sistemi sanitari** (prima parte)” di G. Maciocco (Politica sanitaria) si dimostra come – fin dagli albori dei sistemi sanitari moderni – «i grandi cambiamenti in sanità siano atti politici intrapresi per motivi politici»; in **“Macroeconomia e diritto alla salute in Uganda”** di D. Giusti (Cooperazione sanitaria) si viene a sapere che la scelta di una determinata teoria economica influenza in maniera drammatica l’accessibilità dei servizi sanitari da parte della popolazione.

Gli altri contributi di **Dialogo** sono dedicati al commento di un recente documento del ministero britannico della Cooperazione internazionale e alla descrizione di un progetto per la promozione della formazione in “salute globale”, promosso dall’Unione Europea.

La sezione **Cooperazione sanitaria** – dedicata all’Uganda – ospita, oltre al già citato contributo, un profilo generale del paese e un articolo sulla situazione nel nord del paese, afflitto da anni di conflitti e violenza.

**Afrinews** ci consegna un’accurata analisi degli eventi accaduti in vari paesi del continente africano, con il Focus dedicato alla Sierra Leone.

**Osservatorio** è dedicato alle recenti acquisizioni in tema di **trattamento della malaria**.

**Numeri della sanità** contiene i dati più aggiornati sugli **indicatori di salute e spesa sanitaria dei paesi del G7**.

**Rassegna** ospita la recensione del corso *“Health Care in Violent, Unstable Environments”*, organizzato da Medici con l’Africa Cuamm.





**DIALOGO**





# Meglio rossi che morti

LE RIFLESSIONI DI UN ECONOMISTA DI HARVARD SULLA SANITÀ AMERICANA

di Antonio Panti\*

Quando anche i cosiddetti abbienti (quelli che incassano centomila euro all'anno) si dovranno indebitare per accedere alle nuove costose tecnologie mediche, allora quelli che dovrebbero sostenere il liberismo diventeranno tiepidi o contrari.

«Meglio rossi che morti». Così si conclude un interessante articolo di Kenneth Rogoff, docente alla Harvard ed eminente economista liberale, pubblicato su "Il Sole 24 ore". Rogoff sostiene che i costi della sanità sono fatalmente destinati ad aumentare fino a superare il 30% del Pil (oggi la sanità incide intorno al 10% del Pil delle nazioni sviluppate, escluso gli Usa in cui vola al 16%). I sempre maggiori oneri derivano non tanto dall'invecchiamento della popolazione, e quindi dall'aumento delle patologie croniche, quanto dall'inarrestabile incremento dell'innovazione tecnologica, sempre più costosa e accessibile a chiunque. Il problema, per chi sostiene l'economia di mercato, è così sintetizzato dall'autore: «le società sono disposte a fornire agli anziani un accesso uguale per tutti a tecniche sanitarie sempre nuove e sempre migliori?».

L'autore sostiene che l'inarrestabile aumento dei costi della sanità deriva anche «dal peso crescente delle cure personalizzate». Gli interventi di salute pubblica, come le vaccinazioni o la potabilizzazione dell'acqua, sono efficaci e a basso costo, gli interventi sul cuore o di protesi dell'anca sono efficaci, ma risolvono singoli casi con oneri altissimi. E siamo solo all'inizio, basti pensare a quell'atleta privo di gambe che ha gareggiato con i migliori scattisti grazie a protesi più efficienti degli arti: l'uomo bionico o il cyberpaziente. Le società saranno sempre disposte a concedere a tutti queste prestazioni o imporranno regole di efficienza, il che significa gravare sul paziente aumentando i costi assicurativi privati o, meglio ancora, *out of pocket*?

Rogoff riconosce che, in sanità, i meccanismi di mercato rivelano molti limiti e che le pressioni sulla spesa sono scarsamente contenibili, anzi accelerano ulteriormente l'innovazione medica «migliorando il benes-

sere di tutti sul lungo periodo ma aggravando le disuguaglianze nel breve periodo». Tutto ciò potrebbe assottigliare il consenso che il liberismo riceve negli Usa e, in minor misura in Europa, anche perché poco si fa «per indurre i pazienti a compiere scelte efficienti». L'autore si chiede se le pressioni sulla sanità possano invertire il predominio del «capitalismo liberista, facendo regredire una fetta considerevole dell'attività economica a un sistema con caratteristiche più socialiste. Meglio rossi che morti». Insomma, sostiene l'articolista, il bisogno di cure costringerebbe, almeno nella sanità, ad abbandonare il libero mercato a favore di una diversa visione economica e sociale, quella che in Europa si chiama della *"welfare community"*.

In Europa le Costituzioni considerano la tutela della salute un diritto di cittadinanza e non, come accade in America, col consenso dei cittadini escluso Michel Moore, un bene da conservare a proprie spese. Le campagne mediatiche possono snaturare il parere dei cittadini, ma i sistemi sanitari universali e ugualitari (comunque siano essi finanziati) sembrano saldi nel convincimento delle società europee. L'articolista osserva che «quando le spese mediche promettono di superare un terzo del reddito nazionale, il socialismo sanitario comincia a diventare marxismo: a ciascuno secondo i suoi bisogni». Qui è il nocciolo del problema. Curare la gente secondo i meriti significa curare i ricchi e lasciare i poveri alla carità dello Stato o di privati. Perché allora gli Usa spendono in sanità quasi il doppio dei paesi occidentali per ottenere risultati così deludenti? 2,6 neonati ogni mille muoiono in Toscana entro la prima settimana, quasi 7 negli Usa. Gli Stati Uniti sono all'avanguardia nella tecnologia medica, però i risultati in termini di salute della

\* Presidente dell'Ordine dei Medici di Firenze

popolazione sono assai inferiori alla vecchia Europa. La sanità rappresenta un esperimento cruciale per la sostenibilità dei costi dei diritti di cittadinanza e una sfida per garantire “a ciascuno secondo i suoi bisogni” le innovazioni tecnologiche, più possibili in regime di mercato.

Ma i problemi sollevati dall'economista di Harvard sono concreti e reali. La spesa sanitaria è destinata ad aumentare per le ragioni individuate dall'autore: i costi della tecnologia diagnostica e chirurgica e quelli delle farmacoterapie personalizzate. Per non rinunciare ai valori costituzionali di universalità e uguaglianza nell'accesso ai servizi sanitari (il che per ora non sembra all'orizzonte) la questione dell'efficienza diviene fondamentale e non risolvibile soltanto con la lotta agli sprechi (sacrosanta, ma non sufficiente) bensì imponendo successivi limiti alla concessione di prestazioni. In una società fondata sulla “*welfare community*” non si può prescindere da un rinnovato patto tra politici, alla ricerca del consenso, medici, alla ricerca del successo professionale, produttori, alla ricerca del profitto, e cittadini che vorrebbero soddisfatto ogni desiderio. Un progetto forse troppo ingenuo. Anche perché non curare il diabete degli obesi perché non sono stati a dieta o il cancro dei fumatori perché non hanno cessato dal vizio, farebbe riemergere in medicina il concetto di colpa, già espulso dallo stesso Ippocrate. Forse, col tempo, la società creerà impensabili adat-

tamenti. Quando anche i cosiddetti abbienti (quelli che incassano centomila euro all'anno) si dovranno indebitare per accedere alle nuove costose tecnologie mediche, allora quelli che dovrebbero sostenere il liberismo diventeranno tiepidi o contrari. Come sostiene Rogoff, «meglio rossi che morti». Ma la società non può spendere in sanità oltre un certo limite. O i produttori capiscono che è meglio vendere la 500 a tutti piuttosto che la Ferrari a pochissimi privilegiati, o i cittadini comprendono (o sono costretti a farlo) la differenza tra desideri e bisogni, o i medici applicano il Codice deontologico più appropriatamente, o, infine, i politici non trattano la sanità come moneta di scambio. Si torna sempre all'ingenuità. Come uscirne?

*Post scriptum.* Però il punto di vista dei medici deve essere più ampio. Le ultime generazioni hanno assistito a un'esplosione scientifica e tecnologica che non ha pari neppure sommando le scoperte dei precedenti venti secoli di medicina. Un'epoca, la nostra, difficile anche perché segnata da profonde trasformazioni sociali. Un'epoca entusiasmante per le innovazioni, i successi, anche i fallimenti, le ambiguità e le incertezze della scienza moderna, che costringono a un continuo sforzo di adeguamento. La tendenza è questa e il futuro della medicina sarà ancora più interessante. I medici, giovani o vecchi, smettano di mugnare o di recriminare sul bel tempo che fu. Bisogna aver voglia di futuro per fare i medici oggi.

## Le buone pratiche della cooperazione sanitaria internazionale

DA UN RECENTE DOCUMENTO DEL GOVERNO BRITANNICO

di **Gavino Maciocco\***

«Per prima cosa non dobbiamo fare danni. Dobbiamo essere sicuri che interventi rivolti a singole malattie non compromettano il nostro impegno più ampio».

Il ministero britannico per la Cooperazione internazionale (*Department for International Development - Dfid*) ha prodotto un documento sulle linee politiche della cooperazione in campo sanitario (*“Working together for better health”* - <http://www.dfid.gov.uk/pubs/files/health-strategy07.pdf>). Un documento di tale rilievo da meritarsi un editoriale su *Lancet* (*DFID's*

*health strategy* - 16 giugno). Alla presentazione della nuova strategia del governo britannico – scrive la rivista – erano presenti le più alte autorità della sanità internazionale, a partire dal Direttore generale dell'Oms Margaret Chan. Il ministro per la Cooperazione internazionale Hilary Benn, oltre ad annunciare un consistente maggiore impegno finanziario in questo

\* Osservatorio Italiano sulla Salute Globale

campo, ha delineato le priorità del governo britannico. «Per prima cosa non dobbiamo fare danni. Dobbiamo essere sicuri che interventi rivolti a singole malattie non compromettano il nostro impegno più ampio». Per esempio, in Rwanda la prevalenza di Hiv/Aids è relativamente bassa – 3% – eppure questa patologia assorbe il 75% del supporto dei donatori, mentre solo il 2% degli aiuti va ai servizi pediatrici quando la mortalità dei bambini al di sotto dei cinque anni è del 20%.

## LE TRE PRIORITÀ DELLA COOPERAZIONE SANITARIA BRITANNICA

### 1. Affrontare le principali cause di malattia

Nel mondo ogni anno muoiono oltre 10 milioni di bambini al di sotto dei cinque anni e mezzo milione di donne per cause legate alla gravidanza e al parto; quasi tutte queste morti si verificano nei paesi più poveri del pianeta e – cosa più grave – basterebbe molto poco per evitarle: la disponibilità di acqua pulita e servizi sanitari di primo livello accessibili e funzionanti, compresa l'assistenza alla nascita fornita da personale qualificato. Lo stato di salute della popolazione è condizionato dal Pil del paese e dal reddito delle famiglie, ma – afferma il documento – vi sono casi come Cuba, Sri Lanka o lo stato indiano del Kerala in cui grandi progressi nello stato di salute si sono verificati pur in assenza di alti redditi e di rapida crescita economica.

Il settore materno-infantile riceve pochissime risorse dai donatori internazionali, ma anche dove si registra una massiccia iniezione di aiuti come nel caso di Aids, tubercolosi e malaria i risultati sono deludenti. Il problema quindi non è solo l'entità degli aiuti ma come questi vengono utilizzati. «Noi dobbiamo usare le risorse più efficacemente – sostiene il documento – supportando l'intero sistema sanitario, erogando servizi integrati e affrontando le ragioni di fondo che rendono le popolazioni così vulnerabili alle malattie».

### 2. Investire nel rafforzamento dei sistemi sanitari, affinché siano in grado di erogare servizi sanitari essenziali

In molti paesi la spesa sanitaria pubblica è al di sotto dei 34 dollari *pro capite*, la soglia che l'Oms considera necessaria per garantire ai cittadini l'accesso a un pacchetto di servizi sanitari essenziali. Rientrano in questa categoria la gran parte dei paesi africani, diversi paesi asiatici e dell'America latina, nonché alcune repubbliche dell'ex Unione Sovietica.

In queste realtà i sistemi sanitari pubblici sono totalmente abbandonati a se stessi: strutture fatiscenti, mancanza di attrezzature e di farmaci, operatori pochi (spesso in fuga dal loro paese), demotivati e mal pagati. Le persone sono inoltre costrette a pagare le prestazioni. Per questo i pazienti si rivolgono per lo più al mercato privato, non regolato, di bassissima qualità, invaso da personale abusivo e da farmaci contraffatti. In queste condizioni qualsiasi intervento di cooperazione rischia di affondare e comunque di risultare insostenibile una volta concluso un progetto.

Gli obiettivi del Dfid su questo punto sono:

- a) supportare un gruppo di paesi selezionati nel rafforzamento del loro sistema sanitario sia dal punto di vista economico, sia da quello gestionale e della *governance*, nonché nello sviluppo delle risorse umane.
- b) Fornire assistenza diretta ad alcuni paesi al fine di potenziare i servizi sanitari di base e aiutare i paesi che intendono rimuovere le barriere economiche nell'accesso ai servizi essenziali rendendoli gratuiti.
- c) Proseguire nella strategia di lotta contro l'Hiv/Aids (*Taking Action*) al fine di raggiungere entro il 2010 l'obiettivo dell'accesso universale ai farmaci anti-retrovirali.
- d) Assicurarsi che gli investimenti in altri settori – acqua, nutrizione, istruzione, infrastrutture, ambiente – abbiano la massima ricaduta in termini di salute.

### 3. Migliorare l'efficacia del finanziamento internazionale della sanità

Negli ultimi anni il mondo della cooperazione sanitaria internazionale si è popolato di un numero impressionante di attori: 40 agenzie bilaterali (ovvero agenzie nazionali che si occupano di cooperazione sanitaria – poi molti paesi, come l'Italia, hanno dato vita ad agenzie regionali – ndr), 26 agenzie delle Nazioni Unite, 20 istituzioni finanziarie regionali e globali, e più di 90 iniziative sanitarie globali, basate sulla *partnership* pubblico-privato, generalmente finalizzate alla cura di una determinata malattia o al supporto di una branca della sanità (la più importante di queste la *Bill and Melinda Gates Foundation*, che si occupa di vaccinazioni e Aids). A tutto ciò dobbiamo aggiungere la galassia delle organizzazioni non governative.

Questo affollamento di donatori provoca non solo un'incredibile frammentazione degli interventi (con relativi sprechi e duplicazioni), ma anche continue invasioni di campo nei confronti dei governi dei paesi "beneficiari", privati alla fine di ogni possibilità di controllo e di programmazione.

Gli obiettivi del Dfid su questo punto sono:

- a) affidare alle Nazioni Unite il compito di coordinamento e di semplificazione dei meccanismi di finanziamento, in modo che a livello dei paesi beneficiari i fondi siano destinati non a una specifica malattia, ma al sistema sanitario nel suo complesso.
- b) Riformare il ruolo della Banca mondiale che in fu-

turo dovrà spostare il suo interesse dal finanziamento delle singole malattie al finanziamento dei servizi sanitari pubblici e al supporto a lungo termine dei bilanci nazionali.

- c) Esplorare nuove strade per rafforzare la responsabilità di tutte le maggiori istituzioni sanitarie internazionali nel supportare l'espansione dei servizi sanitari di base a livello di paese.

## La salute globale nella formazione universitaria

di *Serena Foresi e Elisabetta Bertotti\**

Medici con l'Africa Cuamm, impegnato da più di cinquant'anni per la promozione della salute come diritto in Africa, lancia un'iniziativa di *public awareness* per la salute globale, a livello europeo.

Diritto umano fondamentale e universale inglobato nella legislazione internazionale, la salute è essenziale per il pieno sviluppo del potenziale umano, per la crescita non solo fisica ma anche intellettuale ed emozionale di ogni persona e per lo sviluppo delle capacità produttive e di apprendimento necessarie a garantire il suo benessere economico e avanzamento sociale – a loro volta funzionali per scongiurare l'insorgere di disequilibri e conflitti sociali.

Garantire una salute per tutti quindi per promuovere equità, giustizia, sviluppo e pace. Un sentiero che sembra oggi possibile percorrere considerando il generale consenso sull'insieme delle tecnologie mediche preventive e curative, le conoscenze scientifiche e le risorse finanziarie disponibili e, per la prima volta nella storia, l'impegno comune di tutte le nazioni per la lotta alla povertà, attraverso il perseguimento degli otto ambiziosi Obiettivi del Millennio, tra i quali quelli strettamente sanitari riguardanti la malnutrizione, la riduzione della mortalità infantile, il miglioramento delle salute materna e il controllo delle epidemie.

Ciononostante, e sebbene a livello globale si assista a un generale miglioramento delle condizioni di salute, si osserva come questo miglioramento riguardi solo una porzione della popolazione: si accentuano infatti le disparità non solo tra le varie nazioni, specialmente tra quelle appartenenti ai cosiddetti Nord e Sud del mondo, ma anche quelle interne alle nazioni stesse. Un fenomeno, quest'ultimo, particolarmente

evidente e significativo nei Paesi in via di sviluppo, dove l'accesso ai servizi sanitari risulta difficoltoso per i soggetti già economicamente e socialmente vulnerabili, causando un loro ulteriore regresso e un accentuarsi della loro povertà.

Queste differenze, che sono forti indicatori della mancata realizzazione del diritto alla salute ma incompatibili con le risorse e conoscenze sopra citate, risultano essere mai come ora inaccettabili, non solo economicamente e politicamente, ma anche sul piano etico e morale e, in quanto non necessarie ed evitabili, ingiuste.

Nonostante siano ancora molti i sistemi sanitari non in grado di garantire indistintamente a tutti il diritto al massimo *standard* di salute possibile – per scarse capacità tecniche e gestionali, per mancanza di volontà politica o ancora per l'assenza di sistemi di responsabilità – l'emergere di un percorso globale per la salute apre l'opportunità a un nuovo approccio che si caratterizza per il riconoscimento del valore e delle potenzialità dell'esistenza di ogni essere umano e per la promozione del diritto alla salute per tutti.

Muovendo da questi presupposti e nella convinzione che il raggiungimento dell'equità in salute richieda delle azioni coordinate e un consenso a livello internazionale, in linea con il Piano strategico 2008-2015, Medici con l'Africa Cuamm si è fatto promotore del Progetto *Equal opportunities for health: action for development*, finanziato dall'Unione Europea e realizzato, nel biennio maggio 2007 - aprile 2009, in partenariato con una

\* Medici con l'Africa Cuamm

serie di soggetti rappresentativi della comunità sanitaria. Obiettivo generale del progetto è la mobilitazione dell'opinione pubblica europea per la promozione della salute globale e dell'equità in salute, quali strategie per la creazione di relazione più eque tra Nord e Sud del mondo e per la riduzione della povertà e dell'esclusione sociale nei Paesi in via di sviluppo.

Un obiettivo che il progetto intende perseguire innanzitutto informando, sensibilizzando e formando sui temi della salute globale e dell'equità in salute la comunità medico-sanitaria in senso ampio, ovvero studenti e personale docente delle facoltà di Medicina e Chirurgia, rappresentanti di aziende sanitarie e ospedaliere e di centri di ricerca, società scientifiche e ordini di categoria medico-sanitari, nonché rappresentanti di organizzazioni non governative e associazioni impegnate per la promozione del diritto alla salute.

Gli operatori sanitari, presenti e futuri, sono coinvolti direttamente nel progetto da un lato affinché essi assumano un approccio globale alla salute e sviluppino e rafforzino quelle competenze e abilità necessarie ad affrontare le sfide, sia sociali sia professionali, imposte dal mondo globalizzato – ad esempio trovandosi a curare pazienti di differenti provenienze geografiche o nuove malattie trasmissibili – nonché a coglierne le opportunità, quali le molte possibilità di coinvolgimento in contesti internazionali. Dall'altro, in considerazione del loro ruolo sociale e professionale e del loro coinvolgimento a diversi livelli e in svariati contesti, gli operatori sanitari possono svolgere l'importante funzione di moltiplicatori di informazione e di *opinion maker*. In altre parole, possono agire come gruppo di pressione per la promozione di un approccio globale alla salute e per l'elaborazione di politiche sanitarie più eque, divenendo di fatto attivisti per la promozione del diritto alla salute, nonché per l'abbattimento di quei determinanti che impediscono la piena realizzazione di questo diritto.

Per sfruttare al massimo questo potenziale, è necessario *in primis* migliorare la qualità dell'offerta formativa in materia di salute globale e internazionale e adeguare l'attuale *curriculum* di studi in Medicina e Chirurgia, ancora troppo concentrato sulla dimensione nazionale e prettamente clinica, includendo un approccio globale alla salute.

Come passo preliminare alle attività formative, il Progetto *Equal opportunities for health: action for development* analizza la situazione di partenza attraverso una mappatura dei corsi universitari in Salute globale e internazionale attualmente offerti nelle facoltà di Medicina e Chirurgia italiane, con l'obiettivo, da un la-

to, di cogliere possibili aperture per l'organizzazione delle future attività di formazione e, dall'altro, di delineare bisogni e obiettivi formativi e identificare i contenuti che si ritengono fondamentali per un corso in Salute globale, che includa anche un modulo dedicato alla cooperazione sanitaria internazionale con un'attenzione particolare all'Africa, e relativi materiali didattici. Sulla base del *curriculum* proposto, vengono organizzate la formazione di formatori e le successive attività di formazione, ovvero i corsi opzionali (attività di didattica elettiva) nelle facoltà di Medicina e Chirurgia, la formazione a distanza, i seminari formativi presso le aziende sanitarie e ospedaliere e le sessioni ai congressi delle società scientifiche sanitarie.

Oltre che sul piano della formazione, *Equal opportunities for health: action for development* si impegna anche su quello della sensibilizzazione organizzando dei *workshop* rivolti a promotori e attivisti per approfondire le loro conoscenze e competenze in materia di Salute globale e sulle tecniche di comunicazione e di *people raising*. I volontari saranno poi impegnati a loro volta nell'organizzazione di *workshop* e giornate di sensibilizzazione sul territorio, e di un *Health Equity Day* nelle facoltà di Medicina e Chirurgia italiane. Una conferenza internazionale dedicata al tema della salute globale intende promuovere il necessario consenso a livello politico, per effettive e radicali innovazioni nel campo della formazione universitaria e della politica sanitaria. Considerata l'importanza dell'aspetto divulgativo per la mobilitazione dell'opinione pubblica, è costante infine l'attività di comunicazione: informazioni aggiornate sulle attività del progetto, *link* utili e indicazioni bibliografiche trovano spazio nell'area del sito di Medici con l'Africa Cuamm dedicata al progetto ([www.mediciconlafrica.org/globalhealth](http://www.mediciconlafrica.org/globalhealth)), nelle pubblicazioni (un numero di *Salute e Sviluppo* in inglese, una *newsletter* elettronica e cartacea dedicati al tema della salute globale) e nel Rapporto sulla Salute globale 2008, in inglese, che saranno realizzati con il contributo di tutti i *partners* e associati del Progetto. I materiali didattici e informativi raccoglieranno e presenteranno, tra le altre informazioni, i risultati di uno studio realizzato, nell'ambito del progetto, sulle disuguaglianze di accesso ai servizi sanitari in Uganda. I materiali prodotti saranno disseminati da tutti i *partners* e associati del Progetto nella propria comunità di riferimento e attraverso i propri canali di comunicazione, per aumentarne l'impatto.

Un impatto che è garantito grazie all'importante partenariato del progetto *Equal opportunities for health: action for development*, costituito dall'Osservatorio

italiano sulla Salute globale, il Dipartimento di medicina e sanità pubblica dell'Università di Bologna, il Dipartimento di sanità pubblica dell'Università di Firenze, il Segretariato italiano studenti medicina, il *Nuffield Centre for International Health and Development* dell'Università di Leeds, la Fondazione *Redemptoris Missio – Medicus Mundi* Polonia, *Action Medeor e.V. – Medicus Mundi* Germania, il *Prince Leopold Institute of Tropical Medicine, Medicus Mundi* Spagna, l'Osservatorio nazionale specializzandi in Pediatria, il Collegio infermieri professionali, assistenti sanitari e vigilatrici d'infanzia di Padova, l'Ordine dei medici, chirurghi, odontoiatri di Padova, l'Azienda ospedaliera di Padova, il Dipartimento di medicina ambientale e sanità pubblica dell'Università di Padova, il Dipartimento di sanità pubblica e microbiologia dell'Università di Torino, il Dipartimento

di medicina interna e specialistica dell'Università di Catania, il Dipartimento di medicina sperimentale, ambientale e biotecnologie dell'Università di Milano, l'Irccs Burlo Garofolo di Trieste e i Gruppi di Medici con l'Africa Cuamm.

29 *partner* e associati rappresentativi della comunità medico-sanitaria appartenenti a sei Stati membri (Italia, Germania, Polonia, Gran Bretagna, Belgio e Spagna), al fine di promuovere un effettivo scambio di conoscenze, esperienze e buone pratiche e creare nuove sinergie a livello europeo, nonché quel consenso internazionale necessario per accrescere l'appoggio politico e istituzionale e influenzare così l'elaborazione di politiche sanitarie che garantiscano finalmente il benessere fisico, mentale e sociale di ogni essere umano e promuovano dunque un mondo più equo.









**POLITICA SANITARIA**

*Il testo del volantino che annunciava ai cittadini inglesi la nascita del National Health Service:*

*«Il tuo nuovo Servizio Sanitario Nazionale inizia il 5 luglio 1948.*

*Cos'è? Come puoi ottenerlo?*

*Esso ti fornirà tutti i servizi medici, odontoiatrici e infermieristici. Ognuno – ricco o povero, uomo, donna o bambino – lo può usare. Non ci sono pagamenti da fare, se non per qualche prestazione speciale. Non ci sono iscrizioni da fare all'assicurazione. Ma non è neppure una forma di carità. Tutti noi stiamo già pagando per questo, soprattutto attraverso le tasse, e ciò eliminerà ogni preoccupazione finanziaria in caso di malattia».*

# Politica, salute e sistemi sanitari/1

di **Gavino Maciocco\***

- > «I grandi cambiamenti nella sanità sono atti politici intrapresi per fini politici».  
Victor R. Fuchs

Da circa vent'anni i sistemi sanitari di tutto il mondo sono sottoposti a fortissime tensioni: in discussione non sono solo gli assetti organizzativi e istituzionali dei sistemi sanitari, ma anche la loro missione, il ruolo del servizio pubblico e dei professionisti che vi operano, i diritti stessi dei cittadini. Comprendere la ragione e le vere radici di queste tensioni e delle conseguenti trasformazioni non è semplice perché numerosi sono i “tensori” in azione – politici, economici e finanziari, culturali, tecnico-scientifici, sociali e demografici – e vi è il rischio di concentrarsi su un aspetto particolare che, per quanto vero e fondato, non coglie l'intero spessore del problema e della reale posta in gioco. Una strada per comprendere e orientarsi è quella di percorrere la storia dei sistemi sanitari negli ultimi due secoli (ovvero dalla nascita dei moderni sistemi sanitari in poi), mettendola in relazione con gli eventi politici, economici e sociali intercorsi e cercando di cogliere di volta in volta i fattori che hanno maggiormente influito sulle loro trasformazioni. Tutto ciò può servire a capire meglio le trasformazioni dell'oggi e a prevedere i possibili scenari del domani.

L'itinerario che proponiamo al lettore è diviso in quattro parti:

- 1<sup>a</sup>) La **nascita del moderno sistema sanitario** e lo sviluppo delle assicurazioni sociali (dai primi dell'Ottocento agli anni Trenta del Novecento);
- 2<sup>a</sup>) La **salute come diritto fondamentale dell'uomo** e lo sviluppo dei sistemi sanitari universalistici (dalla Seconda guerra mondiale agli anni Settanta);
- 3<sup>a</sup>) L'affermazione del neo-liberismo, il **“mercato globale” e la salute** (dagli anni Ottanta ai giorni nostri), con un approfondimento su
- 4<sup>a</sup>) L'**epidemia delle riforme sanitarie**.

In questo numero riportiamo la prima e seconda parte.  
Le successive nei prossimi numeri della rivista.

## 1. LA NASCITA DEL MODERNO SISTEMA SANITARIO

### 1.1. La rivoluzione industriale e la nascita della moderna sanità pubblica in Inghilterra

A Leeds (circa 300 chilometri a nord di Londra) presso il più vecchio – e ormai dismesso – ospedale della città, il *St. James Hospital*, è sorto uno dei più importanti musei della storia della medicina, il *Thackray Medical Museum*. In una parte del museo si scopre la ricostruzione – in scala naturale – dell'ambiente urbano di Leeds negli anni '30-40 dell'Ottocento: è riprodotto un angolo della città con le strade, le case, le abitazioni con relativi arredi e suppellettili, sono stati riprodotti, in statue di cera, anche i suoi abitanti. Sono stati ricreati i rumori, le luci, i fumi e perfino gli odori di quell'ambiente. Cruda e realistica la rappresentazione: abitazioni poverissime, sporche, umide e sovraffollate, persone morenti nelle case e agli angoli delle strade, l'aria appestata dai fumi provenienti dalle case e dalle fabbriche, nonché dagli escrementi umani e animali sparsi dappertutto. Il tutto corredato da un'ampia documentazione epidemiologica a disposizione dei visitatori: la speranza di vita alla nascita per gli abitanti di quel tempo era di 26 anni, le principali malattie *killer*: malnutrizione, tubercolosi, febbre tifoide. Infine l'apologia del *dr. Baker*, ufficiale sanitario della città che, dal 1848, fu instancabile promotore di una vasta operazione di risanamento ambientale, di rinascita sociale e di prevenzione sanitaria.

Siamo nel pieno della **rivoluzione industriale** e tutta l'Inghilterra è investita da tumultuosi processi di ristrutturazione della società, il più rilevante dei quali è l'urbanizzazione (non pianificata): in breve tempo le campagne si spopolano e milioni di persone si riversano nelle città che si trasformano, come Leeds, in orrendi luoghi di miseria e di degrado, dove la vita è impossibile. A Liverpool, altro importante centro industriale, la speranza di vita alla nascita è di 15 anni per le classi sociali più basse e di 35 per quelle più agiate<sup>1</sup>.

E in Inghilterra più che altrove attecchisce l'ideologia liberista. Nel 1789, nel suo *Saggio sul principio di popolazione*, l'economista inglese Thomas Robert Malthus metteva in relazione la legge sui poveri, *Poor Act* – emanata nel 1601 dalla regina Elisabetta I, prevedeva un'apposita tassa per soccorrere gli indigenti – con i mali della società inglese: la legge – questo era il suo pensiero – spezzava il legame indispensabile tra il lavoro e la sua ricompensa, incoraggiava il mantenimento di attività non economiche a detrimento di una migliore utilizzazione della manodopera, produceva l'eccesso di popolazione che a sua volta era la

causa dell'aumento della miseria. Nel 1834 la vecchia legge sulla povertà viene abolita e sostituita con una nuova, di segno molto diverso: essa smantella la "carità legale", proibisce l'aiuto a domicilio, costringe i poveri nelle *work-house*, concepite non per soccorrere, ma per produrre il disgusto del soccorso: gli indigenti sono infatti sottomessi a un rigido regime di costrizioni e di privazioni, nonché di separazione secondo il sesso e l'età. Artefice di questa politica fu Sir **Edwin Chadwick** (1800-1890), la cui figura è ricordata soprattutto per un ampio e radicale programma di risanamento delle città inglesi (acquedotti, fognature, smaltimento dei rifiuti, aree verdi) e per la legge che istituisce il servizio nazionale di sanità pubblica. La sua idea era che le condizioni insalubri delle città provocano malattie biologiche e sociali, sono causa di un degrado psicologico che può trascinare le persone verso i vizi, come l'alcolismo, o peggio, verso la rivoluzione. Il dono pubblico di condizioni ambientali salubri poteva essere la chiave per rendere il proletariato più felice, più sano, più produttivo e più docile. E. Chadwick, discepolo di Jeremy Bentham, è stato un personaggio molto odiato, un amministratore dispotico e assai discusso: oggi gli viene riconosciuto il merito indiscutibile di aver conseguito – in tempi straordinariamente rapidi – la bonifica delle città inglesi e di aver promosso la nascita della moderna sanità pubblica, ma gli vengono anche contestati i metodi autoritari e una visione ristretta, utilitarista ed eccessivamente "sanitarizzata", dei problemi sociali che affliggevano la società inglese di quel tempo<sup>2</sup>.

Nel 1848 viene approvata la legge che darà vita a un servizio nazionale di sanità pubblica – **Public Health Act** –, che consentirà la costituzione di Comitati locali di sanità con il compito, tra l'altro, di nominare medici esclusivamente dedicati alla sanità pubblica, *Medical Officer of Health* (Moh).

Il primo Moh di Londra fu John Simon (1816-1904). Le sue funzioni sono così descritte:

«Egli deve ispezionare e relazionare periodicamente sulle condizioni sanitarie della città, accertare l'esistenza di malattie, e in particolare di epidemie che determinano l'aumento dei tassi di mortalità, indicare ogni inconveniente o altre cause locali che possono causare e mantenere tali malattie o che possono comunque provocare un danno alla salute dei cittadini, indicare inoltre le modalità per controllare e prevenire la diffusione di tali malattie e i modi più efficienti per migliorare la ventilazione di chiese, cappelle, scuole, ricoveri e altri edifici pubblici nella città, e assolvere ogni altro compito di questa natura».

Questo il suo stile di lavoro: le statistiche di mortalità della città di Londra erano predisposte settimanalmente dal responsabile dell'ufficio dello stato civile – *City Registrar* – e venivano consegnate a Simon il lunedì successivo: «in modo che io posso studiarle la sera del lunedì e presentarle il martedì mattina quando si tiene la riunione settimanale della commissione sanitaria della città – *City Commission* –, fornendo tutti i particolari sulle morti avvenute tra la popolazione nella settimana precedente e sulle inchieste effettuate in seguito a ciò»<sup>3</sup>.

## 1.2. Il “1848”, la Germania di Bismarck e la nascita delle assicurazioni sociali obbligatorie

La storia del tempo a cavallo tra Settecento e Ottocento partorisce non solo l'avvio della rivoluzione industriale, del capitalismo e del liberismo, ma anche la **rivoluzione francese**, con il corollario della “Dichiarazione dei diritti dell'uomo e dei cittadini”. «I lumi della ragione e i fuochi della rivoluzione – scrive Giorgio Cosmacini – hanno acceso la consapevolezza che la salute è un bene non solo del singolo, ma dell'intera società»<sup>4</sup>. Il legislatore francese dell'anno III (1794) afferma che la salute è un problema più vasto di quello clinico individuale, da affrontare non solo come risposta al bisogno dell'individuo biologico, ma anche come soddisfazione delle esigenze di uomini costitutivi di un tessuto sociale. L'età napoleonica è una vera e propria epoca d'oro della vaccinazione. In Italia, nella Repubblica Cisalpina, Luigi Sacco, utilizzando la scoperta del nuovo vaccino antivaioloso di Jenner, promuove nel 1800 un “Progetto di piano per rendere generale l'uso, ed i vantaggi della vaccina”. Nove anni dopo potrà affermare con legittimo orgoglio di aver vaccinato un milione e mezzo di persone, prevenendo centocinquantamila casi di vaiolo. È significativo che durante la Restaurazione (tra il 1815 e il 1830, a seguito della sconfitta di Napoleone) norme legislative e usi civili in tema di vaccinazione vennero soppressi. «Alla gloria della Santa Alleanza questa pure appartiene – scriverà il medico cremonese, mazziniano, Francesco Robolotti –: d'aver posto a ludibrio il trovato e il ministero vaccinico, di aver fatto ricomparire e prosperare il vajuolo»<sup>5</sup>. Ma la rivoluzione francese contesta l'idea di uno stato “protettore” e interventista sul terreno sociale: l'assistenza dei poveri è considerata un privilegio d'*ancien régime*, una costrizione che si oppone al libero gioco delle forze e delle attitudini, ritenuto in grado di organizzare e classificare gli individui in modo naturale nella società.

La rivoluzione industriale, e il conseguente irrompere

nella storia del capitalismo e del mercato, genera un tumultuoso aumento della produttività e della ricchezza, a ritmi mai registrati in passato, a cui non si associa – come aveva invece teorizzato **Adam Smith**, con la dottrina della “mano invisibile del mercato” e dell’“armonia degli interessi”<sup>6</sup> – anche una redistribuzione della stessa ricchezza e una diffusione generale del benessere. Al contrario, nei paesi più avanzati dell'Europa si aprì un'era di insicurezza particolarmente crudele per i lavoratori, la cui esistenza fu ossessionata dal possibile scivolamento verso l'indigenza in seguito alla perdita del posto di lavoro, a una malattia o, semplicemente, alla vecchiaia. Per i liberisti, questa insicurezza era il prezzo da pagare per il progresso e la libertà.

Ma lo schema di una società liberale, i cui membri non avrebbero avuto alcun bisogno dello Stato protettore, non resiste ai tormenti delle rivoluzioni del 1848, nelle quali ai motivi costituzionali e nazionali si uniscono, in modo chiaro e potente, rivendicazioni di carattere sociale, come avviene soprattutto in Francia, ma anche in Germania e, in misura minore, in Italia. Dal 1848 al 1851 germina l'idea che la protezione sociale è un problema collettivo che richiede l'intervento dello Stato; da parte dei repubblicani e, a maggior ragione, in una sinistra che si sta organizzando, si è persuasi che la società non può più attestarsi in un liberismo astensionista in materia sociale. Questa svolta, suscitata dalla profondità della crisi che investe l'Europa, si riflette nelle dichiarazioni di Billault, futuro ministro di Napoleone III:

«Io dico che il debito sociale è incontestabile... So bene che la dottrina dell'intervento governativo portato all'estremo condurrebbe a quella situazione intollerabile che già Tocqueville bollava col nome di schiavitù... Ma la verità non è mai in queste supposizioni estreme, non lo è in una libertà senza limiti, più di quanto non lo sia nell'onnipotenza assoluta della società... Vi supplico di ordinare che il debito della società verso il lavoratore indigente sia iscritto nel preambolo della costituzione»<sup>7</sup>.

In effetti la Costituzione della II Repubblica introduce i primi rudimenti dello *stato-providenza*, dove all'art. 8 recita: «La Repubblica deve assicurare con un'assistenza fraterna l'esistenza dei cittadini in stato di necessità, sia col procurare loro delle risorse, che col dare aiuto a quanti non siano in grado di lavorare». Alla metà del XIX secolo, la Francia della II Repubblica e del II Impero era diventata un punto di riferimento per le politiche sociali, che peraltro si limitavano a un contributo statale verso le organizzazioni previdenziali (volontarie) esistenti. **Otto Bismarck** (1815-1898), ambasciatore a Parigi nel 1862, le con-

siderò un modello di lotta al pauperismo su cui i tedeschi avrebbero dovuto meditare. Bismarck a quel tempo non immaginava che egli, e non altri, sarebbe passato alla storia, oltretutto come l'artefice dell'unificazione tedesca, come l'ideatore del *vero* modello di "Stato sociale" del suo secolo.

All'indomani del processo che conduce alla nascita del *Reich* (1870), il sempre più accelerato sviluppo industriale della Germania determina l'ingigantirsi della **questione sociale** e il rafforzamento dei partiti socialisti tedeschi, l'Associazione generale degli operai di Lassalle e il Partito operaio socialdemocratico di Liebknecht e Bebel, di ispirazione marxista. Dalla fusione di questi due partiti, al Congresso di Gotha del 1875 nasce la socialdemocrazia tedesca, che Bismarck individua subito come il principale nemico del *Reich*, e contro cui, finito lo scontro con i cattolici tedeschi, rivolge la sua politica repressiva.

La virata del socialismo tedesco verso il marxismo e il successo del partito socialdemocratico alle elezioni del 1877 sono la molla che determina un profondo cambiamento negli indirizzi delle politiche sociali in Germania. Bismarck, divenuto cancelliere dell'impero tedesco, si convince che la creazione di uno "Stato sociale" sia una misura necessaria per distaccare il proletariato dalla tentazione rivoluzionaria. «La fede nell'armonia degli interessi – scrive Bismarck – ha fatto bancarotta nella storia. Nessun dubbio che l'individuo possa fare del bene, ma la questione sociale non può essere risolta che dallo Stato»<sup>8</sup>. Nel portare avanti questa politica Bismarck usa – come osserva lo storico Franco De Felice<sup>9</sup> – la classica combinazione di **bastone e carota**: il varo della legislazione sociale infatti è preceduto da severe leggi repressive antisocialiste. Nel 1878 viene emanata una legge che proibiva i raggruppamenti socialisti o comunisti, vietava le riunioni pubbliche che non avessero l'autorizzazione della polizia, interdive i giornali socialisti e conferiva alla polizia il diritto di negare il soggiorno, in certe città, a quanti erano sospettati di dedicarsi ad attività socialiste. Nel 1883 viene istituita **l'assicurazione obbligatoria contro le malattie**, attraverso la costituzione di casse sociali alimentate per due terzi dagli operai e per un terzo dagli imprenditori, i quali erano tenuti a versare, nelle prime tredici settimane di malattia, un'indennità all'operaio malato. Coloro che non risultavano iscritti a nessuna cassa venivano iscritti d'ufficio all'Assicurazione Comunale. Nel 1885 il parlamento tedesco approva una legge che istituisce un'assicurazione contro gli **infortuni sul lavoro**, completamente a carico dei datori di lavoro. Per l'inabilità la vittima riceveva due terzi del salario. In caso di morte la vedo-

va riceveva il 60% del salario percepito dal marito. Nel 1889 viene approvata una legge sull'**invalidità e la vecchiaia**. Essa prevedeva che quanti avessero una retribuzione inferiore a 2.000 marchi fossero obbligati ad assicurarsi versando settimanalmente i loro contributi attraverso trattenute sui salari (a questi importi si aggiungeva una quota versata dagli imprenditori e una dallo Stato)<sup>10</sup>. Va detto che le normative poste in atto non furono in grado di esorcizzare il pericolo temuto: nelle elezioni del 1890 il Partito socialdemocratico passò da 550.000 a 1,5 milioni di voti; il sindacato, a sua volta, passata la fase della repressione, riprese la sua azione di penetrazione all'interno della classe lavoratrice e di lotta rivendicativa.

Per quanto innovativa e avanzata per quel tempo fosse la legislazione sociale tedesca, va notato che l'assicurazione obbligatoria sulla malattia copriva un'area limitata di lavoratori subordinati, all'inizio gli operai dell'industria e i lavoratori dei trasporti (le categorie più ostili al governo che si temeva potessero provocare rivolte sociali – le categorie considerate più leali saranno invece paradossalmente penalizzate, come i dipendenti pubblici che ottennero il loro fondo sociale solo nel 1914). Ancora nel 1895 appena il 20% della popolazione tedesca era coperta da tale schema assicurativo e ci vorrà quasi un secolo perché questo si estenda alla quasi totalità della popolazione<sup>11</sup>.

### 1.3. Le società di mutuo soccorso nell'Ottocento

Nel resto d'Europa la protezione contro le malattie e gli infortuni (cure mediche gratuite e sussidi economici) era enormemente più modesta e affidata all'iniziativa di organizzazioni volontarie, le società di mutuo soccorso. La patria di origine delle società di mutuo soccorso è stata l'Inghilterra, dove fin dalla metà del Settecento c'è traccia delle **Friendly Societies**. Erano gruppi di artigiani e operai che creavano piccole associazioni dove i soci, versando dei contributi periodici, ottenevano in caso di malattia la visita gratuita di un medico e un sussidio. Il governo inglese incoraggiò questa forma di mutualità volontaria e, con una norma del 1855, assicurò la protezione del fondo sociale tramite il semplice deposito dell'atto costitutivo<sup>12</sup>.

La storia del movimento francese (che trae origine dalle compagnie laiche fra lavoratori dello stesso mestiere che si erano formate durante la rivoluzione) ha molti punti in comune con quella inglese: le finalità fortemente rivolte alla socializzazione, alla convivialità, al mutuo soccorso soprattutto in caso di malattia, la fiera affermazione della propria autonomia. Le società francesi ottennero il pieno riconoscimento giuridico nel

1870 e registrarono una grande crescita in concomitanza con il processo di industrializzazione del paese. In Germania il mutualismo solidale si espresse con le Casse sociali di credito, fondate da F.W. Raiffeisen (1818-1888) a metà dell'Ottocento con lo scopo di sostenere l'economia rurale e liberare le piccole aziende agrarie dal circolo vizioso della miseria. Tale modello varcò i confini tedeschi e fu imitato anche in Italia, particolarmente nel Friuli e nel Veneto<sup>13</sup>.

In Italia la prima società di mutuo soccorso fu fondata a Pinerolo nel 1844. All'inizio la società aggregava persone appartenenti allo stesso mestiere, ma ben presto si diffusero forme di associazione su base territoriale, e sempre a Pinerolo, nel 1848, fu fondata la prima società generale di mutuo soccorso, compiutamente svincolata da influenze corporative. Nel 1861 erano 263 le "Società operaje italiane" di cui si era a conoscenza, collocate prevalentemente in Piemonte, Lombardia, Emilia e Toscana<sup>14</sup>. Nel 1886 le società di mutuo soccorso – che furono in molti casi la culla di altre forme associative di natura diversa: culturale, sindacale, politica, assistenziale, ricreativa – ottennero il riconoscimento giuridico (Legge Berti). La loro crescita fu molto sostenuta: da 1.447 società nel 1873 a 6.535 nel 1906, con un numero di iscritti che passò nello stesso periodo da 258 mila a 926 mila (il 3% della popolazione, rispetto a una media europea del 5%)<sup>15</sup>.

Agli inizi del '900 le società registrano in tutta Europa una fase di rapida involuzione, per vari motivi. Innanzitutto, sebbene avessero avuto una notevole espansione e dimostrato una grande vitalità, queste coprivano solo un'esigua percentuale della popolazione (e dalla fine dell'Ottocento la crescita si bloccò). Ma il motivo più importante del declino fu di carattere epidemiologico, con pesanti riflessi economici: l'allungamento della vita richiedeva un'assistenza per malattia e vecchiaia molto più elevata – troppi erano ormai gli anziani da sostenere e molti iscritti, ancora giovani, non erano più in grado di lavorare –; le malattie dal breve e mortale decorso, come tifo, colera, setticemia, erano state vinte, ma erano invece frequenti le malattie croniche che portavano all'invalidità troppi soci, che dovevano a quel punto essere sostenuti e sussidiati per lunghi periodi di tempo. L'insostenibilità finanziaria delle mutue volontarie fu inevitabile.

In Italia gli strenui sostenitori della mutualità volontaria (contro quella obbligatoria) dovettero rapidamente ricredersi. Luigi Luzzatti (1841-1927), più volte deputato e ministro, grande protagonista e sostenitore della previdenza volontaria (perché assicurava l'abitudine al risparmio e la responsabilizzazione dei lavoratori), nel

1906, nel corso del IV Congresso nazionale della previdenza votò una mozione (passata all'unanimità) favorevole all'obbligatorietà dell'assicurazione sul lavoro, la vecchiaia, l'invalidità e la maternità. Due anni dopo, al Congresso di Roma, il pensiero di Luzzatti fu ancora più esplicito: «La previdenza libera nel nostro paese è fallita»<sup>16</sup>.

#### 1.4. Lo sviluppo delle assicurazioni sociali.

##### La Grande Depressione e il *New Deal*

Siamo dunque agli inizi del Novecento e le grandi scoperte scientifiche in campo microbiologico (maturate negli ultimi decenni del secolo precedente) hanno fornito nuova linfa e nuovi strumenti per la lotta contro le malattie più diffuse e letali del tempo. L'organizzazione sanitaria in tutti i paesi si sviluppa rafforzando le strutture di sanità pubblica deputate al controllo delle malattie infettive e parassitarie, mentre ancora debole e primitiva è la componente assistenziale, profondamente segnata dalle differenze di censo, e dalle conseguenti ineguaglianze nell'accesso ai servizi.

È questo il tempo in cui il "modello tedesco" si espande a tutta l'Europa. L'esempio della Germania, imperniato sull'adozione di schemi assicurativi obbligatori, di carattere occupazionale (cioè rivolti a determinate categorie di lavoratori) e finanziato in base al criterio della capitalizzazione dei contributi versati fu imitato, diventando di fatto una sorta di "caso-scuola" al quale fecero riferimento tutti gli altri principali paesi europei. Le prime a essere approvate furono generalmente le norme sull'assicurazione degli infortuni sul lavoro, seguirono a distanza di pochi anni tutte le altre: malattia e maternità, invalidità e vecchiaia, disoccupazione.

Ma il "modello tedesco" è in molti paesi un punto di partenza, soggetto a importanti evoluzioni: nei paesi a guida liberaldemocratica e socialdemocratica vi è la tendenza a introdurre elementi universalistici negli schemi assicurativi, come l'ampliamento della copertura dell'assicurazione malattie ai familiari del lavoratore o gli schemi pensionistici rivolti a tutti gli anziani (Gran Bretagna – e Nuova Zelanda e Canada – e Svezia, Danimarca, Norvegia e Finlandia).

Lo Stato sociale, nato come una sorta di "concessione" da parte di regimi politici autoritari o comunque liberal-conservatori, stava dunque perdendo il suo carattere particolaristico (volto cioè alla protezione di determinate categorie di lavoratori) e, seguendo di pari passo la **progressiva democratizzazione dei sistemi politici**, cominciava a occuparsi di settori crescenti della popolazione.

«Il principio della "protezione minima verso i bisogni" verso cui si orientarono molti paesi – scrive Giovanni

Gozzini – fu il frutto di una serie di fattori concomitanti. Un primo elemento da tenere in considerazione è quello del definitivo inserimento delle masse all'interno delle istituzioni dello Stato, avvenuto principalmente a seguito dell'ampliamento del diritto di voto, attraverso l'introduzione del suffragio universale maschile e, in certi casi isolati, anche di quello femminile. Questo indubbio ampliamento del concetto di cittadinanza politica fu comunque reso possibile grazie al diverso atteggiamento delle correnti socialdemocratiche del movimento operaio e sindacale, le quali, abbandonate le posizioni critiche del recente passato, operarono attivamente all'interno delle istituzioni, da sole o in coalizioni con gli schieramenti liberali progressisti, per introdurre una serie di riforme che puntavano a mitigare e in prospettiva a modificare la struttura del sistema capitalistico. Per gli schieramenti moderati pesarono su queste scelte anche considerazioni che, per certi versi, ricordavano quelle che avevano spinto Bismarck ad avviare la sua legislazione sociale»<sup>17</sup>.

La crisi del 1929 – la **Grande Depressione** –, e i suoi effetti sulle economie degli Stati Uniti ed europee, mise in evidenza tutti i limiti degli schemi di copertura elaborati fino a quel momento, anche quelli di ispirazione liberaldemocratica. La disoccupazione, la stagnazione economica, l'inadeguatezza dei tradizionali strumenti di lotta alla crisi riaccessero il dibattito attorno al ruolo dello Stato nell'economia e anche in ambito sociale.

Furono gli **Stati Uniti** del presidente democratico **Franklin D. Roosevelt** (1882-1945) – un paese fino a quel momento di retroguardia nell'adozione di politiche sociali, rimasto assolutamente impermeabile alle novità introdotte in Europa, in nome dell'assoluta neutralità dello Stato in campo economico e sociale – a introdurre radicali riforme sociali in senso universalistico (**New Deal**) e a utilizzare per primi il termine di *social security*. Nel 1935 venne varata una legge – **Social Security Act** – che istituiva una serie di schemi di copertura nel campo dell'assicurazione vecchiaia, dell'assistenza agli anziani, dell'indennità di disoccupazione, dell'assistenza ai figli a carico, dell'assistenza ai ciechi, dell'assicurazione superstiti e invalidità. Nonostante i ripetuti tentativi di Roosevelt, rimase fuori dalla legge del 1935 ogni provvedimento nel campo dell'assistenza sanitaria; 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 dell'assicurazione malattia per non compromettere l'approvazione della legge<sup>18</sup>.

«Potenzialmente universalistica – osserva ancora G. Gozzini – la “sicurezza sociale” statunitense fece degli Usa il paese all'avanguardia, ma solo per un breve periodo. Essa non riuscì a radicarsi completamente all'interno del paese e venne avvertita come un approccio valido per una situazione di emergenza come quella vissuta all'indomani del crollo di Wall Street (...). Il fatto che al *Social Security Act* non si affiancasse alcun provvedimento riguardante la sanità contribuì a differenziare fortemente lo Stato sociale statunitense da quello europeo e a fare delle riforme sociali rooseveltiane una sorta di “incompiuta”»<sup>19</sup>.

Pur in assenza di un quadro di riferimento normativo, negli Usa non mancano in quel periodo esempi di mutualismo solidale in campo sanitario: nel 1929 a Dallas l'ospedale universitario locale – per iniziativa del dr. J. F. Kimball – stipulò un contratto con le scuole della città: gli alunni e gli insegnanti in cambio del pre-pagamento di mezzo dollaro al mese potevano fruire in caso di bisogno dell'assistenza ospedaliera. Fu questa la prima iniziativa americana di mutualità sanitaria, denominata *Blue Cross*; tale programma assicurativo, rivolto alle istituzioni e alle imprese e basato sul pre-pagamento in cambio della fornitura di un servizio riscosse un grande successo e in pochi anni il numero di aderenti si moltiplicò, fino a raggiungere nel 1942 oltre sei milioni di persone<sup>20</sup>. Un'altra importante esperienza si realizzò per iniziativa di un giovane medico, **Sidney Garfield**, che allestì, nel 1938, un'organizzazione sanitaria per assistere i 5.000 operai della **Henry J. Kaiser Company** che stavano costruendo una diga nei pressi di Washington; la novità dell'impresa consisteva nell'offerta del servizio sanitario in cambio di una quota pre-pagata, non solo ai dipendenti, ma anche alle famiglie. Il gradimento dell'iniziativa fu enorme e Garfield e Kaiser decisero di estendere il programma assistenziale ad altre aziende nel resto del paese con risultati sorprendenti. Così sorprendenti da suscitare una forte reazione da parte delle associazioni mediche locali e nazionali: ai colleghi che svolgevano la professione all'interno dell'organizzazione mutualistica (**Kaiser Health Plan**) fu negata l'adesione alle società mediche e, in certi casi, anche la possibilità di iscriversi alle scuole di specializzazione<sup>21</sup> (il lettore è pregato di tenere a mente questo frammento di storia della sanità americana). Negli anni Trenta cominciarono a diffondersi anche in campo sanitario le classiche forme di assicurazione commerciale: a fronte di un premio annuale, l'assicurazione rimborsava le spese sostenute in caso di malattia. Questo tipo di assicurazione registrò una forte impennata durante e subito dopo la Seconda guerra



mondiale, essendo utilizzata largamente come un *benefit* che le imprese concedevano ai propri dipendenti. In Europa, dopo la crisi del '29, le socialdemocrazie sono alla ricerca di un'alternativa al mercato che non fosse il mero appiattimento al modello collettivistico sovietico sperimentato in Russia. I **socialdemocratici svedesi** furono i primi a proporre un nuovo approccio alle riforme, basato sul concetto che le riforme sociali e politiche possono creare le condizioni per una trasformazione economica (capovolgendo la visione ortodossa del movimento socialista di quel tempo)<sup>22</sup>. Intanto, nel 1938, agli antipodi dell'Europa, in **Nuova Zelanda** il governo laburista guidato da M. J. Savage varava il *Social Security Act*, che includeva l'istituzione del *National Health Service*, interamente finanziata dal prelievo fiscale e rivolta a tutta la popolazione.

## 2. LA SALUTE COME DIRITTO FONDAMENTALE DELL'UOMO

### 2.1. Il Beveridge Report e la nascita del National Health Service

Commissionato nel 1939 dal *premier* conservatore **Winston Churchill**, il 1° dicembre 1942 viene presentato il testo di un rapporto dal titolo *Social Insurance and Allied Services* destinato a rivoluzionare il sistema di sicurezza sociale nel Regno Unito. La commissione incaricata di predisporre il documento fu presieduta da **Sir William Beveridge**, il cui nome è associato non solo al tipo di riforme che tale rapporto innesco, ma principalmente al modello di sistema sanitario che pochi anni dopo prenderà il via. Il principio guida di queste riforme, che oltre alla sanità riguardavano l'istruzione, la maternità, l'occupazione e le pensioni, fu l'universalità dell'assistenza pubblica: i servizi sociali come diritto di tutti i cittadini. La responsabilità della loro attuazione ricadde sul partito Laburista che nelle elezioni del 1945 ottenne una larghissima maggioranza in forza della quale il governo Attlee attuò anche un esteso programma di nazionalizzazioni: dalla Banca d'Inghilterra all'energia elettrica, dalle poste alle ferrovie. L'istituzione del Servizio sanitario nazionale (*National Health Service* – Nhs), avvenuta nel 1948 per merito del ministro della Sanità Aneurin Bevan, fu concepita non come una vera e propria nazionalizzazione (i medici di famiglia – *general practitioners* –, la colonna portante del sistema, mantennero la qualifica di liberi professionisti, seppur convenzionati col Nhs), ma come una radicale riforma delle istituzioni e delle organizzazioni deputate a erogare l'assistenza sanitaria. L'operazione non fu indolore, e

non senza contrasti perché 1.143 ospedali “volontari” (privati *non profit*) e 1.545 ospedali municipali, nonché tutte le attività dei medici di famiglia, passarono sotto la gestione e il controllo dello Stato<sup>23</sup>.

L'avvio del Nhs fu annunciato alla popolazione del Regno Unito con un volantino, che diceva:

«Il tuo nuovo Servizio Sanitario Nazionale inizia il 5 luglio 1948. Cos'è? Come puoi ottenerlo?

Esso ti fornirà tutti i servizi medici, odontoiatrici e infermieristici. Ognuno – ricco o povero, uomo, donna o bambino – lo può usare. Non ci sono pagamenti da fare, se non per qualche prestazione speciale. Non ci sono iscrizioni da fare all'assicurazione. Ma non è neppure una forma di carità. Tutti noi stiamo già pagando per questo, soprattutto attraverso le tasse, e ciò eliminerà ogni preoccupazione finanziaria in caso di malattia».

La nascita del Nhs va considerata innanzitutto come una fondamentale svolta nel concetto di **salute** (un “diritto universale”) e di assistenza sanitaria (“un servizio sanitario onnicomprensivo volto a garantire il miglioramento della salute fisica e psichica delle persone attraverso gli interventi di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie”). I principi su cui si fondò il Nhs erano infatti:

- a) l'universalità, sia in termini di accessibilità sia di onnicomprensività delle prestazioni;
- b) il finanziamento attraverso la fiscalità generale, in virtù del quale ognuno contribuiva in base alle proprie possibilità e riceveva i servizi in relazione al bisogno;
- c) la gratuità nel punto di erogazione delle prestazioni.

Il sistema sanitario inglese si caratterizzò fin dall'inizio come un'organizzazione molto centralizzata (qualcuno l'ha definita “monolitica”), con un forte potere nelle mani del ministro della Sanità, cui competeva la nomina dei responsabili degli organi di gestione periferici.

### 2.2. Lo sviluppo dei sistemi sanitari universalistici

Mentre l'espansione del *welfare* in senso universalistico diventa un tratto comune dei governi liberaldemocratici e socialdemocratici, la nozione che l'accesso ai servizi ritenuti socialmente indispensabili debba essere garantito a tutti viene incorporata nella **Dichiarazione universale dei diritti umani** (Nazioni Unite, 1948), dove all'articolo 25 si legge: «Ogni persona ha diritto a un adeguato livello di vita che assicuri a lui e alla sua famiglia la salute e il benessere, inclusi il cibo, il vestiario, l'abitazione, l'assistenza medica e i servizi sociali necessari, e il diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, disabilità, vedovanza e vecchiaia».

L'anno seguente l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) conia, all'atto della sua costituzione (1949), la seguente **definizione di salute**: «La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente un'assenza di malattia o infermità». Una definizione ampia e generale, che rimuove il dualismo concettuale "salute-malattia" e offre una visione dello "stato di benessere" di un individuo o di una popolazione non unicamente correlato con l'intervento sanitario, sia esso preventivo, curativo o riabilitativo. Tale concetto sarà confermato e ampliato in uno dei più importanti documenti dell'Oms, la Dichiarazione di Alma Ata del 1978, su cui torneremo in seguito.

Coerentemente con lo sviluppo dei sistemi di *welfare*, prendono forma sistemi sanitari orientati in senso universalistico che si rifanno ai due principali modelli, quello britannico (*Beveridge*) e quello tedesco (*Bismarck*), con alcune significative varianti:

1) **Modello britannico**. Universalistico "puro" in quanto tutti hanno pari diritto e titolo all'accesso ai servizi, indipendentemente dal reddito e dall'appartenenza a una determinata categoria o classe di reddito. Il sistema è finanziato esclusivamente (o prevalentemente) attraverso la tassazione generale e governato dal settore pubblico. Il prototipo britannico (preceduto in verità dal Nhs neozelandese) viene adottato in Irlanda, Australia e nei paesi scandinavi. Questi ultimi si distinguono per un forte decentramento amministrativo, fiscale e gestionale a livello di contea e di municipalità e per una più intensa impronta pubblica nell'erogazione dei servizi, dato che anche i medici di famiglia – a differenza di quelli inglesi – sono a rapporto di dipendenza. I paesi del sud Europa (Italia, Spagna, Portogallo e Grecia) approdano al modello *Beveridge* tardivamente, dopo essere passati attraverso varie forme di assistenza mutualistica. L'Italia nel 1978 adotta quasi integralmente il modello britannico, con la variante di un maggiore potere assegnato alle regioni e agli enti locali (la storia si ripete: quasi un secolo prima, nel 1888, la legge Crispi Pagliani aveva preso a modello il *Medical Officer of Health* del *Public Health Act* del 1848 per disegnare la figura dell'Ufficiale sanitario dei Comuni). Il sistema spagnolo è nelle intenzioni fortemente decentrato, ma il processo di regionalizzazione procede a macchia di leopardo, con alcune aree del paese, come la Catalogna, che acquistano una forte autonomia, mentre altre mantengono una forte dipendenza rispetto al governo centrale. Il Canada, pur appartenendo al *Commonwealth*, si distingue dalla "casa

madre" adottando un sistema mutualistico (molto decentrato a livello provinciale) che tuttavia, essendo unico e nazionale, si configura alla fine più simile al modello britannico che a quello tedesco.

2) **Modello tedesco**. Si basa, come abbiamo già visto, sul sistema delle assicurazioni obbligatorie e sulla costituzione di fondi che, alimentati in varia misura da enti pubblici e imprese private e i relativi dipendenti, servono a coprire le spese sostenute in caso di malattia degli iscritti (lavoratori attivi e pensionati). È un modello strutturalmente molto frammentato, nonché più costoso rispetto al precedente. È un modello che si basa su tre componenti:

- a) I fondi assicurativi che hanno il compito di raccogliere le risorse finanziarie necessarie per compensare i produttori dei servizi erogati agli iscritti; suddivisi per categoria occupazionale e spesso anche per ripartizione geografica, i fondi possono raggiungere una grande numerosità, come è avvenuto in Germania dove alla fine degli anni Ottanta se ne contavano oltre mille.
- b) I produttori di servizi, rappresentati dai medici (generici e specialisti), dai servizi territoriali e dagli ospedali (pubblici, privati *non profit* e *profit*), che vengono remunerati sulla base dei servizi erogati.
- c) Lo Stato – a livello centrale e/o periferico –, nella veste di regolatore del sistema: definizione dei livelli contributivi degli attori dei fondi, dei livelli assistenziali che i fondi devono garantire, dei meccanismi di accreditamento e di remunerazione dei produttori; lo Stato da una parte assicura la copertura assistenziale per coloro che non hanno titolo di essere iscritti nei fondi assicurativi occupazionali, dall'altro può stabilire dei livelli di reddito oltre i quali non è obbligatoria (o esclusa) l'iscrizione a un fondo; in questo caso è abituale il ricorso a forme di assicurazione privata.

Questo modello fu adottato oltre che in Germania, in Francia, nei paesi del centro Europa (Svizzera, Austria, Belgio, Olanda e Lussemburgo) e in Giappone. Modello tutt'altro che omogeneo tra i vari paesi: molto decentrato a livello regionale (*Länder*) quello tedesco, accentrato nazionalmente quello francese; particolarmente complesso il modello olandese che prevedeva un'assicurazione nazionale unica e universale contro i rischi catastrofici (degenze ospedaliere prolungate, perdita dell'autosufficienza), l'obbligatorietà dell'iscrizione a un'assicurazione sociale fino a un determinato livello di reddito e la volontarietà per gli altri di accedere alle assicurazioni private<sup>24</sup>.

3) Certamente universalistici erano i sistemi sanitari dei **paesi comunisti**.

Al pari dell'Inghilterra e della Germania, la sanità dell'**Unione Sovietica** ha avuto la denominazione del suo modello: "**Semashko**". Nikolay Semashko, membro del partito bolscevico, fu commissario del popolo per la sanità pubblica dal 1918 e ispiratore delle riforme sanitarie in Urss. Il modello Semashko, tipico dell'Unione Sovietica e dei paesi comunisti dell'Europa centro-orientale prima del crollo del muro di Berlino, era caratterizzato da una pianificazione centralizzata, da un eccesso di strutture ospedaliere (e di personale addetto), dalla presenza di rigidi programmi specialistici verticali (psichiatria, malattie polmonari e tubercolosi, tumori) e da servizi di base organizzati in strutture polispecialistiche (policlinici). Il modello ha funzionato bene fino alla metà degli anni '60: l'accesso universale alle cure (accompagnato dal parallelo accesso universale all'istruzione), massicce campagne vaccinali e un rigoroso controllo delle malattie infettive arrecarono significativi miglioramenti nello stato di salute della popolazione, molto vicini a quelli registrati nel molto più ricco mondo industrializzato dell'Occidente. Dagli anni Sessanta il modello Semashko entra in una crisi irreversibile a causa di una serie di fattori concomitanti: la sanità retrocede agli ultimi posti nelle priorità strategiche dell'Urss (a tutto vantaggio del settore militare e aerospaziale) e sarà da quel periodo sistematicamente sotto-finanziata (meno del 4% del Pil); sul piano epidemiologico le malattie cronico-degenerative sostituiscono quelle infettive e il sistema sanitario si trova poco attrezzato per affrontarle sia dal punto di vista scientifico-professionale che da quello tecnologico (farmaci, strumenti diagnostici), anche a causa della chiusura nei confronti del mondo occidentale. A ciò si aggiunge la diffusione del malcostume della richiesta di pagamenti sottobanco ai pazienti e le sempre più accentuate disegualianze nel trattamento in relazione allo *status* dei pazienti. Tutto ciò peserà anche in termini di miglioramento dello stato di salute della popolazione, che da quel periodo registrerà un rallentamento<sup>25</sup>.

In **Cina** esisteva una profonda differenza tra sistema sanitario urbano e rurale. Nelle aree rurali, dove si concentrava il 70% della popolazione, il sistema delle cooperative agricole ("comuni") offriva una forma molto efficace di assistenza fondata su tre diversi livelli: il primo era basato sulle strutture sanitarie di villaggio e sui "medici scalzi" che erogavano servizi

preventivi e di base; per le malattie più gravi i pazienti venivano riferiti a un secondo livello rappresentato dai centri sanitari delle città; il terzo livello era, infine, rappresentato dagli ospedali di contea. Il finanziamento del sistema sanitario rurale era basato su contributi individuali (0,5-2% del reddito familiare), su un fondo collettivo di villaggio e su sussidi del governo centrale<sup>26</sup>. Nelle città e nelle aree industriali vigevano due diversi schemi assicurativi che garantivano l'assistenza gratuita in caso di malattia: l'uno per i dipendenti delle imprese, autofinanziato, l'altro per i dipendenti della pubblica amministrazione totalmente a carico dello Stato<sup>27</sup>.

### 2.3. Le riforme incrementalì negli Usa. Medicare e Medicaid

Negli Usa non si è mai realizzata una vera riforma sanitaria. Ci avevano provato – come abbiamo visto – Roosevelt nel **1935** e Truman nel **1945**, ci avrebbe provato senza successo Clinton qualche decennio dopo, nel **1994**. Niente da fare: garantire l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini nel paese più potente del mondo sembra una missione impossibile. Le ragioni sono molteplici e diverse nelle differenti fasi storiche: dapprima l'ostilità della classe medica, la freddezza delle potenti centrali sindacali (più interessate a trattare i *benefit* sanitari con le aziende, che a promuovere un sistema universalistico), l'avversione del mondo delle assicurazioni, sempre il rifiuto dell'opinione pubblica (i due terzi della popolazione che vivono in condizioni di agiatezza/ricchezza) a pagare più tasse. Pur in assenza di riforme radicali la sanità americana si è modificata profondamente nel tempo, a seguito di quelle che B. Kirkman-Liff ha definito «riforme incrementalì»<sup>28</sup>, aggiustamenti successivi del sistema il più delle volte generati dagli interessi economici delle imprese, più raramente da atti normativi del Congresso.

Mentre, dopo la Seconda guerra mondiale, in tutto il mondo si sviluppavano sistemi sanitari a impronta universalistica, negli Usa si registra – grazie alle facilitazioni fiscali concesse dal governo – il *boom* delle assicurazioni sanitarie commerciali: le imprese decidono di concedere il *benefit* dell'assicurazione malattia ai loro dipendenti, in quanto deducibile dalle tasse. Si trattò della prima grande riforma incrementale della sanità americana, che consentì a milioni di cittadini americani di usufruire per la prima volta di un sistema di protezione contro le malattie.

Ma era un sistema che proteggeva gli occupati e teneva fuori i disoccupati, i disabili e gli anziani. Bisogna aspettare gli anni Sessanta prima che anche queste

categorie di cittadini siano – sia pur parzialmente – coperte da uno schema assicurativo. Data la difficoltà insormontabile di far passare qualsiasi legislazione che prevedesse forme di tipo europeo (o canadese, vista la vicinanza) di assistenza o di assicurazione sanitaria per l'intera popolazione, l'azione dei "riformatori" della sanità – appartenenti o vicini al partito democratico – si spostò su obiettivi più parziali e raggiungibili. L'obiettivo fu quello di ampliare al massimo l'accesso all'assistenza sanitaria per le categorie di cittadini in condizioni di maggiore bisogno, e in particolare gli anziani. Nel 1960 il Congresso approvava il *Medical Assistance Act* (o *Kerr-Mills Act*) che prevedeva finanziamenti federali agli Stati che avessero erogato l'assistenza sanitaria agli anziani e ad alcune categorie di invalidi. Tale legge in realtà rimase inapplicata per carenza di finanziamenti e la questione dell'assistenza sanitaria fu rilanciata da J. F. Kennedy, eletto nel 1961, in un suo memorabile discorso del 21 febbraio 1963, "*Special Message on Aiding Our Senior Citizen*", nel quale si preannunciava l'istituzione di *Medicare*, lo strumento di protezione sanitaria nazionale per gli anziani. L'assassinio del presidente (novembre 1963) bloccò tale iniziativa e solo con la successiva amministrazione Johnson, ma soprattutto in virtù della contemporanea netta maggioranza dei Democratici nelle due Camere del Congresso, il disegno riformatore andò in porto: nel 1965 il Congresso approvò l'istituzione di *Medicare*, il programma di assistenza sanitaria agli anziani, e di *Medicaid*, il programma di assistenza sanitaria ad alcune categorie di poveri, come emendamento del *Social Security Act* del 1935<sup>29</sup>. Nella visione dei riformatori il sistema sanitario americano avrebbe dovuto stabilizzarsi su quattro differenti binari: due sostenuti con fondi pubblici – *Medicare* per l'assistenza alle persone oltre i sessantacinque anni, *Medicaid* per l'assistenza ai poveri –, due finanziati con fondi privati attraverso il meccanismo assicurativo – l'assistenza dei lavoratori dipendenti con il contributo delle imprese e, infine, l'assistenza dei liberi professionisti e dei lavoratori autonomi. La seconda grande riforma incrementale avrebbe così raggiunto in qualche modo lo scopo di assicurare a tutti i cittadini la copertura sanitaria. Come vedremo in seguito, così non sarà.

#### 2.4. La Conferenza di Alma Ata

Nel settembre 1978 si tiene ad Alma Ata, capitale della allora repubblica sovietica del Kazakhstan, la Conferenza internazionale sull'Assistenza sanitaria di base (*Primary Health Care* - Phc). Promosso dall'Oms e dall'Unicef (Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia) e

preceduto da una serie di conferenze regionali, l'evento si poneva l'obiettivo di fare il punto sullo stato della salute e dei servizi sanitari nel mondo, di diffondere e promuovere in tutti i paesi il concetto di Phc, di definirne i principi e di stabilire il ruolo dei governi e delle organizzazioni internazionali nello sviluppo della Phc.

Evento storico per diversi motivi:

- a) è la prima volta che i rappresentanti di tutti i paesi del mondo si ritrovano per definire una cornice di riferimento per la promozione e lo sviluppo di un'assistenza sanitaria onnicomprensiva e per tutti;
- b) è la prima volta che vengono affrontati in un contesto così ampio e qualificato i problemi sanitari dei paesi più poveri, molti dei quali recentemente usciti da un lungo periodo di oppressione coloniale;
- c) è quindi l'occasione per collegare fortemente i temi della salute con quelli dello sviluppo;
- d) è, infine, un momento particolarmente opportuno per riaffermare con forza che «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 a 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».

La Conferenza produce un documento finale, ricco di raccomandazioni, e una Dichiarazione che, nella sua solennità, riassume le principali indicazioni scaturite dall'Assemblea<sup>30</sup>. Il messaggio politico più forte e significativo è contenuto nella definizione stessa di Phc:

«L'assistenza sanitaria di base è quella assistenza sanitaria essenziale fondata su metodi e tecnologie pratiche, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile agli individui e alle famiglie di una comunità attraverso la loro piena partecipazione a un costo che la comunità e i paesi possono permettersi a ogni stadio del loro sviluppo in uno spirito di fiducia in sé stessi e di autodeterminazione. Essa è parte integrante sia del Sistema sanitario nazionale, di cui è il perno e il punto focale, che dello sviluppo economico e sociale globale della comunità. (...) Essa include almeno: l'educazione riguardo i più importanti problemi sanitari e i metodi per prevenirli e controllarli; la promozione di un'adeguata alimentazione; un'adeguata disponibilità di acqua potabile e condizioni salubri di vita; l'assistenza materno-infantile, inclusa la pianificazione familiare; le vaccinazioni contro le maggiori malattie infettive; la prevenzione e il controllo delle malattie endemiche; l'appropriato trattamento delle comuni malattie e l'approvvigionamento dei farmaci essen-

ziali. (...) Coinvolge oltre al settore sanitario, tutti i settori e gli aspetti correlati allo sviluppo nazionale e della comunità, in particolare l'agricoltura, l'allevamento, l'alimentazione, l'industria, l'educazione, la casa, i lavori pubblici, le comunicazioni, e altri settori; e richiede lo sforzo coordinato di tutti questi settori».

## NOTE

1. G. Mooney, S. Szreter, *Urbanization, mortality, and the standard of living debate: new estimates of life at birth in nineteenth century British cities*. *Econ Hist Rev.* 1998; 51: 84-112.
2. C. Hamlin, S. Sheard, *Revolution in public health: 1848, and 1998?*, *BMJ* 1998, 317:587-91.
3. C.E.A. Winslow, *The evolution and significance of the modern public health campaign*, Yale University Press, 1923. p. 22.
4. G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Laterza, 1987, p. 276.
5. G. Cosmacini, *ibidem*, pag. 281.
6. A. Smith, *The Wealth of Nations*, 1776. La teoria di una regolazione spontanea dello scambio e delle attività produttive di Adam Smith è incentrata sulla nozione di mano invisibile secondo la quale il sistema economico non richiede interventi esterni per regolarsi, in particolare non necessita l'intervento di una volontà collettiva razionale.
7. F. Demier, *Lo stato sociale. Ricerca del consenso nell'Europa contemporanea*, Storia Dossier, Giunti, 1989, p. 14.
8. F. Demier, *ibidem*, p. 18.
9. F. De Felice, *Il welfare state, questioni controverse e un'ipotesi interpretativa*, *Qualità Equità*, n. 16/1998, pp. 124-142.
10. E. Bertocci e Al., *Il welfare italiano. Teorie, modelli e pratiche dei sistemi di solidarietà sociale*. Donzelli Editore, Roma, 1995, pp. 40-41.
11. Bärnighausen, R. Sauerborn, *One hundred and eighteen years of the German health insurance system: are there any lesson for middle- and low-income countries?*, *Social Scienze & Medicine* 54 (2002) 1559-87.
12. L.G. Fabbri, *Le società di mutuo soccorso italiane nel contesto europeo tra XIX e XX secolo*, in V. Zamagni (a cura di), *Povertà e innovazioni istituzionali in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2000, pp. 503-528.
13. A. Leonardi, *Dalla beneficenza al mutualismo solidale: l'esperienza cooperativa di F.W. Raiffeisen ed i suoi primi riflessi in Italia*, in V. Zamagni (a cura di), *Povertà e innovazioni istituzionali in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2000, pp. 551-583.
14. R. Allio, *Le origini delle società di mutuo soccorso in Italia*, in V. Zamagni (a cura di), *Povertà e innovazioni istituzionali in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2000, pp. 487-502.
15. L.G. Fabbri, *ibidem*, pp. 516.
16. L.G. Fabbri, *ibidem*, pp. 526-8.
17. G. Gozzini, *Dalle assicurazioni sociali alla Social Security. Politiche sociali in Europa e negli Stati Uniti fra le due guerre (1919-1939)*, in V. Zamagni (a cura di), *Povertà e innovazioni istituzionali in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2000, pp. 751-773.
18. G. Maciocco, *La sanità americana, Prospettive sociali e sanitarie*, n. 17-18/99, pp. 2-3.
19. G. Gozzini, *ibidem*, p. 767.
20. D. Calkins, R.J. Fernandopulle, B.S. Marino, *Health Care Policy*, *Blackwell Science*, 1995, p. 71.
21. D. Calkins, R.J. Fernandopulle, B.S. Marino, *Ibid.* p. 90.
22. G. Esping-Andersen, *Politics Against Market, The Social Democratic Road to Power*, Princeton, 1985, in G. Gozzini, *Dalle assicurazioni sociali alla Social Security. Politiche sociali in Europa e negli Stati Uniti fra le due guerre (1919-1939)*, in V. Zamagni (a cura di), *Povertà e innovazioni istituzionali in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2000, pp. 764.
23. G. Rivett, *From Cradle to Grave, Fifty years of the NHS*, King's Fund, 1997, p. 49.
24. W. Van del Ven, "The Netherland", in C. Ham (Ed), *Health Care Reform, Learning from international experience*, Open University Press, 1997, pp. 87-103.
25. D. Balabanova, *Health sector reform and equity in transition*, Health Systems Knowledge Network, WHO Commission on the social determinants of health, July 2007.
26. Y. Liu, W. Hsiao, K. Eggleston, *Equity in health and health care: the Chinese experience*, *Soc. Sci. Med.*, 49 (1999), 1349-56.
27. Y. Liu, *Reforming China's urban health insurance system*, *Health Policy*, 60 (2002) 133-150.
28. B. Kirkman-Liff, *The United States*, in C. Ham (Ed), *Health Care Reform, Learning from international experience*, Open University Press, 1998, pp. 21-45.
29. G. Maciocco, *ibidem*, p. 3.
30. Who-Unicef, Series, No. 1, Who, Geneva, 1978.





**COOPERAZIONE SANITARIA**

*I servizi sociali già deboli rimangono sempre più impoveriti. La scuola pubblica di fatto esiste solo sulla carta perché incapace di generare vera educazione e cultura, le infrastrutture (acqua, strade, ferrovie, comunicazioni, fognature, smaltimento dei rifiuti, energia) dove sono accessibili sono costosissime e di bassa qualità.*

*L'ideologia e il populismo trascendono spesso una visione di contesto lucida: la decentralizzazione si è trasformata in parcellizzazione (i distretti già portati a 56 nel 2005 ora sono 81), con una crescita esponenziale di costi, richieste di risorse umane, finanziarie, materiali.*



# Uganda

UN PAESE – NONOSTANTE TUTTO – IN CAMMINO

di Paolo Giambelli\*

Indicatori	Uganda
Popolazione totale stimata nel 2005	29.000.000
Densità della popolazione per kmq nel 2005	146
Tasso di accrescimento annuo della popolazione 2000 - 2005	3,5%
Reddito nazionale lordo nel 2005 in miliardi di Usd	7,9
Reddito nazionale lordo pro capite nel 2005 in Usd	280
Spesa sanitaria totale <i>pro capite</i> in Usd	19
Spesa sanitaria pubblica <i>pro capite</i> in Usd	6
Aiuti internazionali per persona nel 2004 in Usd	42
Speranza di vita alla nascita: uomini nel 2004	48
Speranza di vita alla nascita: donne nel 2004	50
Tasso di prevalenza Hiv/Aids nella popolazione fra i 15 e i 49 anni nel 2005	6,7%
Tasso di mortalità infantile (sotto un anno per 1.000 nati vivi) nel 2006	80
Tasso di mortalità dei bambini sotto i 5 anni (per ogni 1.000 nati vivi) nel 2006	138
Tasso di mortalità materna (per ogni 100.000 nati vivi) nel 2006	880



> In Uganda le trasformazioni economiche e sociali di questi ultimi cinque anni hanno creato un sistema a più velocità che porta nuove diseguaglianze e aumenta le distanze tra i vari strati sociali e le varie regioni.

Il Premio Nobel per la letteratura 2006 Pamuk in *Il mio nome è Rosso*<sup>1</sup> racconta in una dotta e intrigante metafora qualcosa di molto attuale per tante nazioni. È la storia di chi ha capito che un evento universale è inarrestabile e travolgerà e stravolgerà comunque anche il tuo mondo e la tua vita e nulla vi ci si potrà opporre. È l'ineluttabile. Pamuk narra tra intrighi, guerre, amori passionali e materni, di come nel quindicesimo secolo lo stile pittorico dell'“occidente” veneziano, l'arte della prospettiva, delle ombre, dei ritratti che coglievano sentimenti, che ritraevano la vera vita di tutti i giorni, premesse inesorabile sul raffinato manierismo dei secolari miniaturisti “orientali” della Turchia. Ancora una volta una guerra spietata tra due culture, che portava

già intrinsecamente segnata la condanna di una e il trionfo dell'altra. In Uganda, come in molti altri paesi africani, si è testimoni di una simile perturbazione. Ogni giorno i nostri occhi osservano sia gli aspetti più evidenti sia quelli più nascosti delle contraddizioni che questi passaggi “epocali” portano con sé. A Kampala, mentre si assaggia sushi al ristorante giapponese Kyoto, i sotterranei secolari legami familiari definiscono doveri e diritti. Mentre un fuoristrada americano Hummer, giallo corsa sfavillante, incrocia su *Jinja road*, la paura dell'invidia e della malasorte influenza le scelte quotidiane. Mentre si danza fino alle quattro del mattino davanti a maxischermi a cristalli liquidi, la donna nel quotidiano resta un silenzioso suddito e l'intrigo

\* Rappresentante paese di Medici con l'Africa Cuamm, Uganda

di quello che si sa e non si può dire, che si vorrebbe/dovrebbe fare ma non si può fare segna il vero ritmo del tempo e delle scelte. È lo iato tra un mondo che resta, e che vuole sopravvivere nella sua inattuale incoerenza, che si abbarbica disperato a ragioni e principi desueti e un altro che, dotato di una forza sconosciuta, si incunea spietato. Due secoli dopo le vicende narrate in *Il mio nome è Rosso* anche l'Africa occidentale doveva sostenere un processo analogo, non solo culturale, ma anche cruentissimo, che porterà all'estinzione dei grandi regni del bacino del Niger. Narrato mirabilmente dalla Condè in *Segou - Le muraglie di sabbia*<sup>2</sup>. È la prima Jihad islamica costellata di morti e miccia di una guerra secolare sulla quale si innesta la tragedia della tratta portoghese e della colonizzazione francese. Duecento anni di eserciti, profughi, stragi. L'Africa della cultura ancestrale, delle religioni animiste e delle monarchie si sgretola e scompare generando una nuova Africa dove i costumi islamici del vestire, del mangiare, delle regole sociali e familiari e dei ritmi quotidiani scanditi tra preghiera e lavoro dominano le poche sopravvissute regole del glorioso passato, di regge ciclopiche con re e principi circondati da centinaia di schiavi, mogli, figli, nipoti e grandi ricchezze. Quando le forze intestine che portano a queste lacerazioni diventano insostenibili si hanno le guerre civili o culturali, generazionali, o tutte assieme. Forse è il guado che abbiamo attraversato anche noi in Italia negli anni Settanta-Ottanta: le battaglie sociali per i diritti dei lavoratori, del femminismo e un nuovo concetto di sessualità, delle riforme universitarie, delle brigate rosse, la questione del mezzogiorno, la mafia, il banditismo sardo...

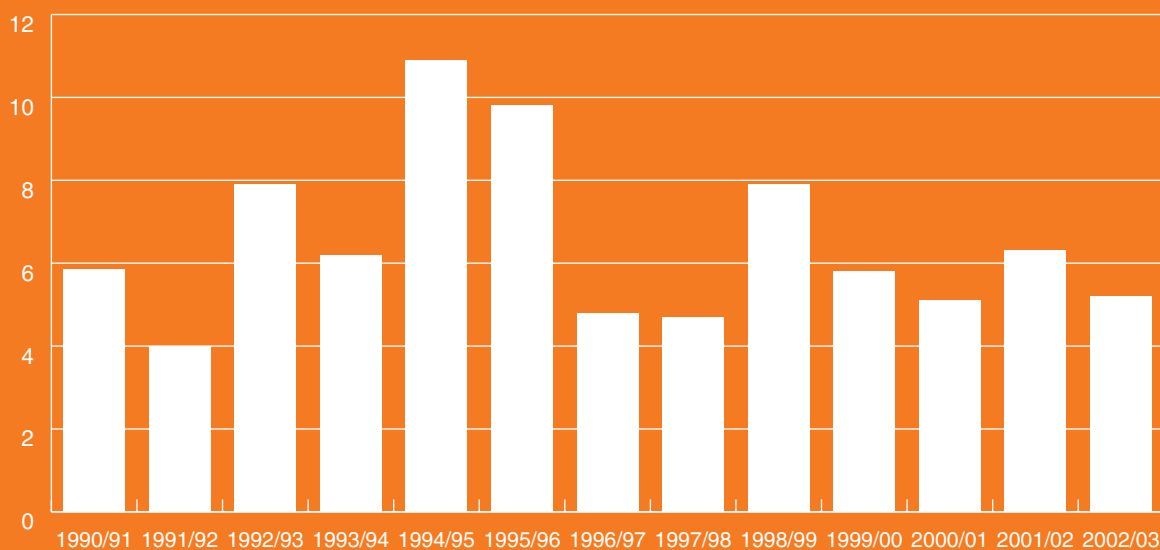
### STRIDENTI CONTRADDIZIONI

Adesso con occhi diversi leggiamo, in una nazione diversa, in una cultura e un continente diverso, susulti che ricordano il nostro passato. Le contraddizioni che si generano sono stridenti, fanno stupire e causano rabbia. In Uganda le trasformazioni economiche e sociali di questi ultimi cinque anni hanno creato un sistema a più velocità che porta nuove diversità e aumenta le distanze tra i vari strati sociali e le varie regioni. L'Uganda è il terzo stato al mondo per tasso di crescita e il primo in Africa con il 3,4% anno<sup>3</sup>. Ha ancora in corso una strage silenziosa dovuta a malattie (Aids, malaria, tubercolosi), guerre e stenti, che le dà il primato mondiale del numero di orfani per 100.000 abitanti (quasi il 10% della popolazione totale)<sup>4</sup>. La sua crescita economica si è arre-

stata drammaticamente negli ultimi tre anni passando dal tanto acclamato 6% (comunque inferiore al 7% stimato come il minimo per garantire l'obiettivo di eradicazione della povertà per il 2025) al 5,3%<sup>5</sup> (Figura 1).

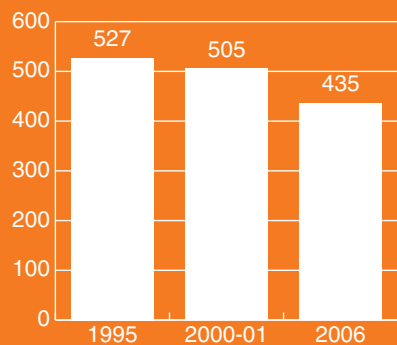
Con una progressiva erosione delle davvero poche risorse: il Prodotto interno lordo è costituito al 60% dall'artificioso ingresso degli aiuti internazionali (per il bilancio alla salute questi raggiungono l'80% contro il 20% del Kenya). Il 38,8% della popolazione vive al di sotto della soglia nazionale di povertà. Il paese ha una struttura economica sostanzialmente agricola, formata dall'85% della popolazione, che produce almeno il 70% del prodotto generale vero (al netto degli aiuti internazionali), ma consuma probabilmente meno del 30% di quello globale. L'indice di Gini dice (passando da 0,39 a 0,43 in tre anni) che questo 80% si è progressivamente impoverito, mentre un 5-6% si è arricchito in maniera spropositata<sup>6</sup>. Una nuova generazione di benestanti borghesi, praticamente tutta concentrata nella capitale (dove per altro il 31% è disoccupato), detiene un potere d'acquisto (la sua capacità di spesa è cresciuta del 4,6% anno contro una flessione del 1,9% globale) paragonabile alla medio-alta borghesia europea. Ne possiede tutti gli annessi e connessi (televisori al plasma, macchine sportive, ville lussuose), ne imita tutti i dettagli (ristoranti di lusso, *shopping* in Europa, studi in università americane, vacanze costose), ne esibisce tutte le insegne (vestiti di marca, compagne ingioiellate, telefonini multimediali, fare altero, discorsi elaborati). Sono "quelli che contano" e il processo è inarrestabile. Sono i "grandi elettori" che iniziano a chiedere servizi "adeguati" al loro rango: sono pronti e capaci di pagare per averli. Rimanendo nel nostro campo: si dibatte sui giornali e per strada di unità di cardiocirurgia, di risonanze magnetiche, di costose terapie per insufficienze d'organo. Il governo ascolta e canta nel coro, non può astenersi. La pressione è forte: tra pochi mesi verranno da tutti i paesi del *Commonwealth* ospiti importanti a cui bisogna mostrare la casa. Deve essere ordinata, pulita, all'ultima moda, costi quel che costi. Il governo cerca di tenere il ritmo di questa frazione di popolazione, che genera pochissime risorse e ne utilizza i 2/3. Cerca di tenere le redini di un puledro poco domabile cercando di ammoderare un complesso legislativo obsoleto e vetusto che imbriglia investimenti e imprenditoria. Disegna e inventa riforme che cercano di rispondere a paradigmi sociali moderni ma che allo stesso tempo accontentano il consolidato modello clientelare.

**FIGURA 1 / Andamento del prodotto interno lordo in Uganda dal 1990 al 2003**

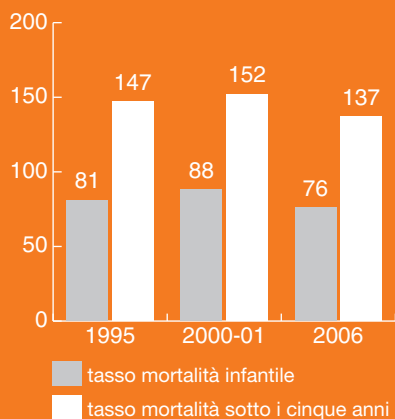


Fonte: *Macro Department* (MoFped, novembre 2005)

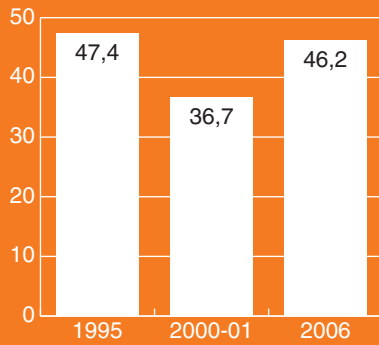
**FIGURA 2 / Andamento della mortalità materna negli ultimi dieci anni**



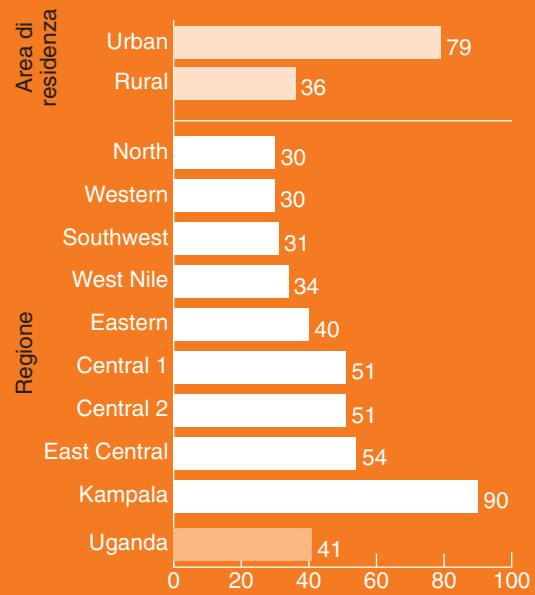
**FIGURA 3 / Andamento della mortalità infantile e sotto i cinque anni negli ultimi dieci anni**



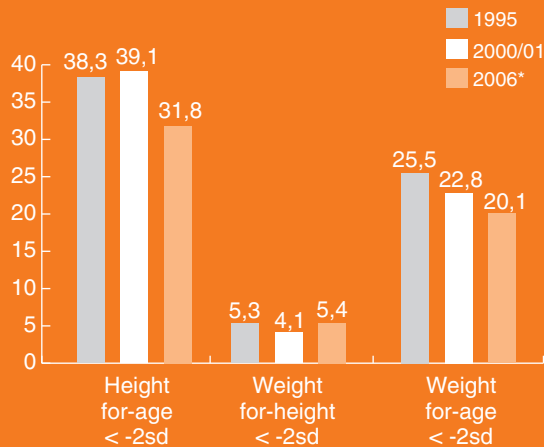
**FIGURA 4 / Andamento della copertura vaccinale negli ultimi dieci anni**



**FIGURA 5 / Numero di parti assistiti in strutture sanitarie nelle varie aree dell'Uganda**



**FIGURA 6 / Andamento della prevalenza della malnutrizione nei primi cinque anni di vita negli ultimi dieci anni**



## QUALE LEADERSHIP?

Una grave crisi energetica (mancano non meno di 200MW per garantire i consumi correnti, ben inferiori alle necessità di sviluppo), la mancanza di riforme che favoriscano di fatto gli investimenti dell'imprenditoria "industriale", la crisi del settore agricolo sempre meno competitivo hanno paralizzato lo sviluppo economico. La crescita del settore industriale è precipitata dal 10,8% del 2004/05 al 4,5%. Gli unici settori in crescita sono quelli paradossalmente di consumo: i servizi di telefonia e comunicazioni, i mercati della distribuzione, le banche (+7%)<sup>7</sup>.

Si percepisce la mancanza di un disegno strategico dell'*intelligenza* politica e sociale, che riduce di fatto i propri marginali interessi (già gratificati con la facilità con cui attinge indisturbata e incontrollata alle risorse inflazionate disponibili) con quelli generali-nazionali. Si procede a colpi d'immaginazione o di fortuna: la speranza nei ricchi giacimenti petroliferi del lago Alberto, un aumento del turismo generato dalla vetrina del *summit* del *Commonwealth*, gli investimenti cinesi. I meccanismi economici che sostengono uno Stato moderno, quale un ordinato sistema fiscale e una realistica previsione di spesa, restano marginali. Si corre sul filo del rasoio, mentre il costo della vita reale cresce del 30-40% anno (benzina, corrente elettrica, generi di prima necessità, rette scolastiche) a fronte di una inflazione dichiarata del 6%.

Le operazioni economico-finanziarie dei ministeri delle Finanze e Sviluppo ed Economia sono a dir poco spregiudicate. Il debito cancellato due anni fa dai G8 (3,81 miliardi di dollari su 4,76 di debito totale) è già stato eroso senza i promessi investimenti nei settori chiave per il raggiungimento dell'eradicazione della povertà (gli accordi dei Protocolli d'intesa vorrebbero che almeno il 15% del *budget* nazionale sia per la sanità mentre di fatto siamo al 9%). Solo nei primi cinque mesi di quest'anno mezzo miliardo di dollari in prestiti è stato firmato, 425 milioni con la Banca mondiale e 106 milioni con una banca cinese a un tasso di interesse del 2%<sup>8</sup>. Non ci vorrà molto per tornare al 1997 quando venivano spesi 9 dollari *pro capite* per pagare i debiti e 3 dollari *pro capite* per la salute.

I servizi sociali già deboli rimangono sempre più impoveriti. La scuola pubblica di fatto esiste solo sulla carta perché incapace di generare vera educazione e cultura, le infrastrutture (acqua, strade, ferrovie, comunicazioni, fognature, smaltimento dei rifiuti, energia) dove sono accessibili sono costosissime e di bassa qualità. In analoga crisi sono il sistema legale e la magistratura. La sanità non si salva. Gli indicatori,

da prime indiscrezioni sui dati raccolti nel 2006, sembrerebbero in miglioramento (mortalità materna dal 505 a 435/100.000, l'infantile da 88 a 76/1000) (**Figura 2-3-4**) ma ancora inaccettabili<sup>9</sup>.

Il 40% dei bambini è malnutrito (**Figura 6**) e l'aspettativa di vita alla nascita è ancora sotto i 46 anni<sup>10</sup>. Si parla di crisi delle risorse umane qualificate (meno del 40% del necessario) (**Figura 5**), della qualità dei servizi (solo il 30% è in grado di dare i minimi servizi di base), della quantità degli investimenti (15 dollari *pro capite* contro i necessari 40, con esclusione delle terapie dell'Aids)<sup>11</sup>. Un piano strategico di grande qualità (Hssp 2006-2010) e riforme molto ben articolate propongono gli obiettivi per far fronte alla difficile situazione, ma vengono facilmente disattesi. Per riuscire a resistere a una tale potenza di forze e pressioni sarebbe necessaria una classe politica e dirigenziale con doti straordinarie. Non ne disponiamo noi nonostante ingenti risorse e una storia "democratica" millenaria. Una spirale fatta di *concept paper*, *logical framework*, *operational draft* genera una seconda progenie di papiri con i medesimi titoli di testa senza che si riescano a sviluppare poi le necessarie azioni. Al timone c'è una nuova generazione di brillanti pensatori, che pensano e scrivono su ciò che è stato scritto in una ripetizione ecolalica autoreferenziale. Giovanissimi vengono messi nella sala di comando senza maestri, senza apprendistato. Cosa realmente accada nelle campagne è sempre meno capito e conosciuto (o non si ha l'interesse di capire o non è importante conoscerlo). Le università sfornano a carissimo prezzo questi cloni, eterni studenti, poco capaci a trasformare il sapere in una professionalità per mancanza di opportunità. L'ideologia e il populismo trascendono spesso una visione di contesto lucida: la decentralizzazione si è trasformata in parcelizzazione (i distretti già portati a 56 nel 2005 ora sono 81), con una crescita esponenziale di costi, richieste di risorse umane, finanziarie, materiali.

## UN PAESE – NONOSTANTE TUTTO – IN CAMMINO

Ma contemporaneamente il paese cammina per cercare di darsi una fisionomia ben definita e stabile. Il governo è fortemente impegnato nella volontà di pacificare la nazione, di darle un ruolo di *leadership* negli equilibri dell'Africa dell'est in vista di accordi economici e anche politici che ne aumentino sempre di più la stabilità e la pace. E non è facile perché le pressioni esterne sono forti (le potenti comunità islamiche che gravitano attorno al ricco Sudan e ai paesi del Golfo, l'America, le tigri asiatiche e la Comunità Europea). Ma di fatto la guerra civile del nord è da un

anno che rispetta un cessate il fuoco inimmaginabile e i colloqui di pace hanno raggiunto un probabile esito. Anche in Karamoja (l'altra regione dilaniata da instabilità e sottosviluppo) con più difficoltà si cerca di raggiungere un processo di pacificazione. In Uganda si gode di una libertà di espressione, che seppure ancora lontana da certi modelli democratici, è invidiabile in Africa. Di un basso livello di criminalità. Di un processo di inurbamento modesto con quartieri deteriori (*slums*) ancora contenuti. Di una grande tolleranza interna per le differenze religiose. Di una (forse eccessiva) apertura e disponibilità all'innovazione.

Le difficoltà sembrano sovrastare i successi e, volendo essere scrupolosamente analitici, così è. Ma è proprio solo con una più lucida attenzione a tutto il contorno del paese che si può comprendere il ruolo da avere nel difficoltoso processo di sviluppo. Trasformarsi in veri *partner* dei governi e delle nazioni. Gli obiettivi universali sono utopici e devono esserlo nell'ambizione di raggiungere la realizzazione dei diritti fondamentali dell'individuo. Questa è l'intuizione geniale che da sempre guida l'uomo.

#### BIBLIOGRAFIA

1. O. Pamuk, *Il mio nome è Rosso*, Einaudi 2005.
2. Maryse Conde, *Segu*, Ed. Lavoro 2003.
3. Who, *Uganda Common Country Assessment - Uganda*, 2004.
4. Government of Uganda - Unicef, *Country Programme action plan 2006-2010*.
5. Ministry of Finance, "Uganda National Report" for the Implementation of the programme of Action for the Least developed countries for the Decade 2001-2010, Un - 2006.
6. Unicef, *Uganda statistics*, [www.unicef.org/infobycountry/uganda](http://www.unicef.org/infobycountry/uganda).
7. Hon. Dr Ezra Suruma Min. Finance Uganda, *Budget speech Financial Year 2006/07*.
8. Elias Biryabarema, *Uganda's debt burden not any lighter*, *Daily Monitor*, 12 giugno 2007.
9. Helen L. Nviiri, *An overview of the health Situation in Uganda - the 2006 UdhS preliminary Results*, Ubos 2007.
10. Unicef, *Report on the situation of children and women in the Republic of Uganda*, Oct. 2005.
11. Ministry of Health, *Annual Health Sector Performance Report 2005-2006*, Oct. 2006.



*Uno degli aspetti più impressionanti della crisi del nord Uganda è la capacità di adattamento, la “resilienza” che la popolazione ha testimoniato in maniera clamorosa. Ancor oggi uno dei fattori più importanti che motivano il movimento dai campi verso casa è una decisione che avviene a livello del clan, attraverso il dialogo con gli anziani.*



# La sfida della ricostruzione: segni di speranza in nord Uganda

di *Filippo Ciantia\**

- > Negli ultimi due decenni quasi due milioni di persone hanno dovuto abbandonare i loro villaggi per vivere in lugubri campi sfollati, sfuggendo alla brutalità dei ribelli, o costretti dalla discutibile strategia di “protezione” dei civili da parte dell’esercito governativo. Ora grazie al trattato di cessazione delle ostilità firmato un anno fa e alla continuazione dei colloqui di pace a Juba, la popolazione sta tornando verso i propri villaggi.

## UN CONFLITTO DIMENTICATO, TRASCURATO E NEGATO

Molto è stato scritto sul conflitto che ha afflitto per oltre vent’anni il nord Uganda, particolarmente la regione Acholi<sup>1</sup>. Non è scopo di questo breve articolo ripercorrere le tappe di uno dei più lunghi conflitti nella storia dell’Africa sub-Sahariana<sup>1</sup>.

“Salute e Sviluppo” ha già dedicato attenti e arguti articoli alla situazione del nord Uganda. Nel primo numero del 2006 si leggeva «Uganda. La pace al nord è ancora lontana. Ma non è stata mai così vicina... i colloqui di pace di Juba continuano e mantengono viva una speranza che, per quanto debole, non è mai stata così forte»<sup>2</sup>.

Infatti il 26 agosto 2006, circa vent’anni dall’inizio del conflitto, il governo ugandese e l’Esercito di resistenza del Signore (noto come Lra) firmavano un accordo di cessazione delle ostilità. Già si annunciano, a commento di questo anniversario, una serie di pubblicazioni di analisi e critica di questa guerra il cui significato e la cui natura ancora sfuggono la comprensione di molti.

Nell’agosto del 1997, dieci anni fa, veniva pubblicato il “rapporto Gersony”. Si tratta del primo rapporto serio e documentato circa questo conflitto, che “emergeva” dopo ben dieci anni di massacri, scontri militari, isolamento, sfollamento di popolazione, rapimenti di bambini trasformati in soldati. Fino al 2002 anche Msf, solitamente attenta alle situazioni di crisi e conflitto, non includeva l’Uganda nelle guerre dimenticate.

È impressionante rileggere quelle pagine, che ripeto-

no le stesse conclusioni che sono apparse in quasi tutti gli studi che si sono susseguiti nell’ultimo decennio. Si tratta di un conflitto senza un’agenda politica, la soluzione militare è improponibile, occorre dialogare per la pace, la popolazione non vuole questa guerra... Ma il conflitto è continuato raggiungendo livelli di violenza brutali e coinvolgendo anche la regione Lango e Teso.

## IL LUNGO CAMMINO VERSO CASA

Eppure nell’arco di questi due decenni quasi due milioni di persone hanno dovuto abbandonare i loro villaggi per vivere in lugubri campi sfollati, sfuggendo alla brutalità dei ribelli o costretti dalla discutibile strategia di “protezione” dei civili da parte dell’esercito governativo. Ma ora grazie al trattato di cessazione delle ostilità firmato un anno fa e alla continuazione dei colloqui di pace a Juba, la popolazione si sta muovendo verso i propri villaggi. Le stime più attendibili<sup>3</sup> indicano che nella regione Lango oltre il 90% della popolazione sfollata (466.103 persone alla fine del 2005) è ritornata ai propri villaggi. Nella regione Acholi dei circa 1.200.000 sfollati registrati nel 2005, il 32% ha lasciato i campi per stanziarsi in campi più piccoli ma più vicini a casa, dove solo il 5% è rientrato<sup>4</sup>. Il conflitto che così ha provato la popolazione Acholi, non trova la gente ancora tranquilla nel ritornare ai propri villaggi, dove peraltro mancano, dopo anni di abbandono, tutte le infrastrutture e i servizi sanitari ed educativi.

\* Responsabile Avsi Uganda

## UN NUOVO SCENARIO

Uno degli aspetti più complessi della nuova fase che il nord Uganda si trova ad affrontare consiste in un contesto di post-conflitto senza che una pace stabile sia stata ancora né assicurata né conseguita. Anche se i colloqui di Juba hanno finora consentito un accordo su tre delle “voci dell’agenda dei negoziati”<sup>5</sup>, rimangono ancora gravi riserve sulla reale possibilità di un vero e finale accordo di pace: il dilemma tra impunità, giustizia e riconciliazione<sup>6</sup>, l’esistenza di un caso aperto e di mandati di cattura per cinque comandanti del Lra, inclusi i due *leader* storici Kony e Otti, da parte della Corte criminale internazionale (Cci).

Peraltro l’Uganda si trova in una fase politica molto delicata. Dopo la riforma costituzionale che ha introdotto il multipartitismo e ha permesso a Museveni di mantenere la presidenza con un terzo mandato, la divisione tra opposizione, che ha la maggioranza nei distretti del nord e che controlla i governi locali nella regione Acholi, e governo centrale si fa marcata proprio nella fase di ricostruzione. L’esecutivo è stato scosso dai recenti scandali che hanno coinvolto vari ministri tra i più fedeli nell’*establishment* del governo di Museveni, come l’appropriazione indebita di risorse del Fondo globale contro l’Aids, la malaria e la tubercolosi e dell’Alleanza globale per vaccini e immunizzazione. Inoltre recenti decisioni del governo hanno fatto nascere serie riserve circa l’indipendenza della magistratura, le cui decisioni sono state in più di una occasione annullate dall’esecutivo.

In questo contesto sarà estremamente delicato per le organizzazioni internazionali valutare, tra le varie pressioni campanilistiche, i veri bisogni della popolazione. Occorrerà maturità, capacità di dialogo, reale spirito di partenariato, lealtà e apertura al cambiamento, professionalità e capacità di analisi della realtà. Non va neppure trascurato il delicato quadro internazionale e regionale. La Repubblica democratica del Congo (Rdc) sta lentamente vivendo la fase di consolidamento del nuovo governo eletto: non mancano le incertezze e gli scontri e gli abusi contro la popolazione civile, soprattutto, ma non solo, nell’est confinante con l’Uganda. L’Lra si trova quasi completamente nel parco nazionale del Garamba, nella Rdc al confine con il Sudan, dove pare ricevere ancora aiuti da parte del governo di Khartoum<sup>7</sup>. Nel Sud Sudan la realizzazione del piano di pace procede, ma la crisi nel Darfur è tuttora gravissima. L’Uganda si è impegnata in una difficilissima “*peace keeping mission*” in Somalia, dove Al Qaeda, nata proprio a Karthoum tra la fine degli anni ’80 e i primi anni ’90, è tuttora attiva.

D’altra parte, dopo anni di colpevole dimenticanza, a partire dal 2003 gli aiuti della comunità internazionale

sono aumentati in maniera consistente, con un impatto notevole sulla drammatica situazione della popolazione. Ma l’aiuto umanitario tipicamente si realizza attraverso interventi diretti da parte delle organizzazioni internazionali, che raggiungono i beneficiari nei campi, senza avere molto spesso *partner* locali. In tale contesto non viene spesso considerato l’impatto sui sistemi erogatori di servizi, avendo come fine salvare vite umane e mitigare la sofferenza delle vittime.

Il proliferare della presenza di organizzazioni umanitarie ha suscitato reazioni negative soprattutto nelle autorità locali, che per una volta ha visto opposizione e governo centrale uniti nel richiedere maggiore trasparenza e collaborazione da parte delle Ong internazionali. Nella fase di ricostruzione sarà necessaria una capacità di lavorare con le autorità, con le istituzioni e con le comunità, vincendo la tremenda tentazione di “fare per”, sostituendosi così alla responsabilità della popolazione, ma “fare con”, attraverso un processo educativo e perciò partecipativo.

Uno degli aspetti più impressionanti della crisi del nord Uganda è la capacità di adattamento, la “resilienza” che la popolazione ha testimoniato in maniera clamorosa. Ancor oggi uno dei fattori più importanti che motivano il movimento dai campi verso casa è una decisione che avviene a livello del clan, attraverso il dialogo con gli anziani<sup>8</sup>. Durante il conflitto l’emigrazione dalla terra di origine è stata molto limitata (meno del 5%) e spesso in aree limitrofe (soprattutto verso il distretto di Masindi) e la coesione sociale garantita dalla famiglia rimane uno dei fattori più importanti nella reintegrazione sociale dei bambini rapiti dai ribelli che ritornano a casa<sup>9</sup>. La recente revisione del *Consolidated Appeal Process* (Cap) e lo sviluppo di un *Common Humanitarian Action Plan* (Chap)<sup>10</sup> per l’Uganda indica che la dinamica del ritorno a casa della popolazione rivela un chiaro movimento verso le aree di origine, anche se nella regione Acholi non avviene ancora un vero e proprio ritorno a casa. Alla fine di giugno nei quattro distretti di Kitgum, Pader, Gule e Amuru la popolazione si trovava in 112 campi (700.000 persone), si era mossa in 360 “nuovi siti” (360.000 persone), oppure era ritornata a casa (solo il 5%, cioè 55.000 persone).

La sfida è ora triplice: continuare a sostenere la popolazione che rimane nei campi, consolidando il livello di servizi raggiunto; aumentare gli interventi nei nuovi siti (che purtroppo mantengono il carattere di campi, più piccoli, ma ancora affollati e non ben pianificati), ma attraverso un approccio basato sul territorio e sul livello amministrativo in cui il nuovo sito si trova; favorire a ogni livello interventi di ricostruzione e sviluppo.

## IL PROSSIMO FUTURO

La stampa locale ha dedicato ampio spazio all'inizio dei colloqui di pace a Juba nel luglio di un anno fa. C'è molto ottimismo, anche se qualche voce richiama alla prudenza. La "spada di Damocle" costituita dai mandati di cattura per i comandanti dell'Lra da parte della Cci dell'Aja pesa non poco sulle prospettive che si aprono. Nuova risonanza hanno le testimonianze dell'orrore e degli abusi di questi anni<sup>11</sup>.

Ritengo che ci siano principalmente due vie da percorrere, come metodo e come operatività.

Occorre innanzitutto evitare di cadere nei luoghi comuni, negli stereotipi e nel "già conosciuto", ma seguire l'evolversi dei fatti, appunto rimanendo legati ai fatti e a ciò che essi ci indicano.

Inoltre occorre puntare sui giovani: sono essi la chiave del futuro, nel bene si spera, ma anche nel male, cosa che può essere prevenuta o mitigata. Occorre cioè insistere sull'educazione della generazione nata e cresciuta nella guerra e nei campi.

## I MITI DELLA GUERRA E DELL'AFRICA

Nell'affrontare questa fase critica di transizione dalla guerra alla tanto sospirata pace, è fondamentale evitare interventi legati agli stereotipi e ai miti che animano purtroppo tanti interventi umanitari e purtroppo anche di sviluppo.

Sono apparsi recentemente una serie di articoli su riviste autorevoli, che indicano come troppo spesso gli interventi umanitari siano basati su "false" o parziali evidenze<sup>12</sup>. La prevalenza di malnutrizione e i tassi di mortalità sono sempre di più utilizzati come indicatori della gravità di una crisi umanitaria. Ebbene una revisione di indagini epidemiologiche su nutrizione (368 studi) e mortalità (158 studi) condotti da 33 Ong e Agenzie delle Nazioni Unite in 17 paesi dal 1993 al 2004, ha dimostrato che solo 103 studi nutrizionali (35,3%) e cinque di mortalità (3,2%) soddisfacevano criteri di qualità. Nel tempo c'è stato un miglioramento nella qualità degli studi epidemiologici per la misurazione della prevalenza della malnutrizione, mentre purtroppo per la mortalità non vi si registrano ancora miglioramenti. È appena iniziato in Uganda un nuovo *survey* sulla mortalità nella regione Acholi. Speriamo che ci dia informazioni utili e non inasprisca le recenti polemiche sul "famoso" studio epidemiologico del luglio 2005, le cui conclusioni furono clamorosamente rifiutate da parte del governo ugandese e del ministero della Sanità che pure aveva partecipato allo studio<sup>13</sup>!

Ma altri luoghi comuni vanno sfatati se vogliamo affrontare le nuove sfide con creatività e costruttività.

Ho dedicato particolare attenzione alla situazione dell'Aids in Uganda, anche a seguito del fatto che la mia presenza nel paese è tanto lunga quanto l'epidemia. In particolare sono stato colpito dalla superficialità e dalla inaccuratezza della descrizione della situazione epidemiologica della malattia. Un aspetto veramente inaccettabile della "storia" del nord Uganda è stato il livello di imprecisione e superficialità con cui l'epidemia da Hiv veniva descritta sia dai media sia dalle organizzazioni internazionali. Il sensazionalismo non ha mai fatto bene alla scienza, ma neppure ha ispirato adeguati interventi socio-sanitari o campagne di prevenzione<sup>14</sup>. Una delle credenze più comuni circa l'Aids è che le situazioni di conflitto, caratterizzate da sfollamento, divisione familiare, condizioni di vita spesso miserabili e violenza sessuale, ne causino una propagazione inarrestabile e devastante. In realtà in nessuna situazione di conflitto, anche caratterizzata da estrema violenza e uso dello stupro come arma di guerra, si è evidenziata una crescita della prevalenza da Hiv<sup>15</sup>. In Uganda la prevalenza nella zona centrale del nord Uganda è leggermente inferiore a quella dell'area di Kampala (centro sud) e simile a quella nell'ovest del paese, da oltre vent'anni in pace. Piuttosto ben più pericoloso e subdolo sarà il periodo post bellico. Come le esperienze di Mozambico e Sudafrica suggeriscono, ampi movimenti di popolazione, prima impediti e pericolosi, mettono ben più a repentaglio la stabilità sociale in un clima di relativa ripresa del benessere<sup>16</sup>. Ma anche in questo caso è necessario un lavoro accurato, basato sulle evidenze e senza immotivati preconcetti.

## LA PIÙ GRANDE URGENZA PER LA TRANSIZIONE E LA RICOSTRUZIONE: L'EDUCAZIONE

Da più parti si pone l'accento sulla necessità di puntare sull'educazione<sup>17-18</sup>.

I giovani sono la possibilità di un futuro diverso: sono la maggioranza della popolazione e sono portatori della energia che si chiama speranza. Esigono una risposta, perché nulla è più drammatico e pericoloso di una speranza non corrisposta. C'è un urgente e immediato bisogno di sostenere l'educazione e l'istruzione, includendo il sostegno alle scuole superiori e professionali – e mantenendo quello alle primarie/elementari e la cura del periodo pre-scolare. Occorre promuovere corsi di formazione agli insegnanti che lavorano nelle scuole e al personale sanitario sia in formazione che in ospedali e unità periferiche rurali, per rafforzare le loro capacità e potenzialità e per aumentare la presenza di personale qualificato sul territorio nord-ugandese. Gli interventi

devono includere programmi economici, che beneficiano, oltre ai giovani, anche altri gruppi vulnerabili, identificati attraverso la continua realizzazione di azioni dirette a curare il bisogno immediato (riabilitazione delle persone con disabilità, trattamento dei malati di Aids). È necessario che questo avvenga attraverso un approccio integrato, che arrivi ad aiutare non solo l'individuo con il proprio bisogno immediato, ma anche la famiglia e la comunità, che rimangono il reale punto di riferimento delle persone. I nemici che maggiormente minacciano il ritorno e l'integrità della popolazione del Nord Uganda, l'Aids e la presenza di mine e ordigni inesplosi sul territorio, devono essere affrontati in particolare attraverso la prevenzione, che si basa sulla educazione<sup>19</sup>. Ma la strategia che occorre attuare oggi, oltre a rispondere ai bisogni più immediati degli sfollati che vivono ancora nei campi, deve focalizzarsi su un concetto ampio di educazione che permetta ai giovani di trovare innanzitutto le ragioni e il senso della propria dignità e il valore dell'appartenenza al proprio popolo, al di là di tensioni tribali e particolarismi. Per questo essi hanno bisogno di maestri e di guide, che diano loro speranza ed energia per i necessari sacrifici.

Durante questi anni di guerra sono accaduti alcuni fatti estremamente significativi per il futuro della regione. Tra l'agosto del 2000 e il gennaio del 2001, in pieno conflitto, una delle più tremende epidemie di Febbre emorragica da virus Ebola è stata bloccata da una straordinaria mobilitazione della popolazione che, soprattutto a Gulu, ha visto in prima linea il personale sanitario<sup>20</sup>. Questa coraggiosa risposta è costata la vita di 18 persone tra medici e infermieri, tra cui il dottor Matthew Lukwiya, direttore dell'ospedale Lacor.

In questi anni il sistema sanitario ha resistito e l'ultimo baluardo al collasso totale del sistema sanitario sono stati gli ospedali, simili ai monasteri/fortezze del medioevo, quando le orde barbariche devastarono qualunque forma di vita civile.

Il rapimento di 139 ragazze dalla scuola di Aboke nell'ottobre del 1996 ha costituito la nascita di un movimento di genitori per la liberazione dei bambini rapiti, di tutti i bambini rapiti non solo quelli di Aboke!

Cosa indicano questi straordinari avvenimenti di eroismo, sacrificio, dedizione e nobiltà umana? Ci insegnano che il riscatto nasce dalla persona che sa stare nella situazione, affrontando le sfide con ragione (Lukwiya e i suoi compagni non erano matti) e affezione (Lucille e Piero Corti, Matthew e i suoi compagni, Ambrosoli, Suor Rachele, Angelina Atyam e Ben Pere hanno dedicato la loro vita perché si concepivano al servizio degli altri, della realtà tutta).

Un'intera generazione è nata e cresciuta nei campi sfollati, ha vissuto nella guerra, ha assistito a violenze inaudite, ha visto i propri cari uccisi barbaramente, ha sperimentato rapimenti e altre violenze, si è vista negare la giovinezza. Ma questa generazione ha anche conosciuto e deve ancor più profondamente conoscere quanto di grande e di buono è avvenuto, perché sia possibile anche per loro, nelle diverse situazioni che dovranno affrontare, scegliere e agire come questi maestri di vita. Chi ha avuto l'onore di conoscerli personalmente sa che erano persone normali, come noi, che hanno saputo essere veramente se stessi.

La stessa sfida viene posta anche a noi, che speriamo di contribuire alla costruzione del nord Uganda.

### EPILOGO

Sono appena rientrato da un viaggio al nord. Nella cittadina di Kitgum, proprio prima di risalire in auto per il lungo viaggio di ritorno, mi è capitato di vedere una giovane adolescente in carrozzina, perché poliomielitica. Era attorniata da un gruppo di ragazze, probabilmente le sue amiche. Ho visto sul volto di quella ragazza un sorriso di una bellezza e di una gioia piena e straordinaria. Venivano da una piccola scuola secondaria, *St. Bakhita Secondary School*, che sorgeva lì vicino. Subito dopo mi sono imbattuto in John Bongomin, un anziano insegnante di oltre settant'anni, che ha appena fondato una nuova scuola perché i giovani più svantaggiati possano diventare adulti per ricostruire il loro paese.

La speranza nel futuro si basa sulla presenza di tante di queste realtà, di individui e comunità, di istituzioni che inevitabilmente costruiranno una civiltà nuova.

### NOTE

1. Una cronologia degli avvenimenti più significativi è reperibile nel rapporto del *International Crisis Group* "Northern Uganda: Understanding and Solving the Conflict", Africa Report N° 77, 14 April 2004 <http://www.crisisgroup.org/home/index.cfm?id=2588&l=1>.
2. *Salute e Sviluppo* 1/06, Afrinews/Agenda - Uganda pagine 69-71, a cura di Maurizio Murru.
3. Fonte: Pam e Acnur, giugno 2007 - Iasc Uganda.
4. Uganda: *Juba Talks paying off as IDPs return home* - 16<sup>th</sup> July 2007, IrinN <http://www.reliefweb.int/rw/RWB.NSF/db900SID/ACIO-756DTH?OpenDocument>.
5. I cinque punti dell'agenda sono: Cessazione delle ostilità; Soluzioni globali; Riconciliazione e accountability; Disarmamento, demobilizzazione e reintegrazione; Permanente cessazione delle ostilità e *de facto* trattato di pace. Vedi anche: Monthly update *enoughproject*, May-June 2007 <http://www.>

enoughproject.org/region/northern-uganda/happening-now.php.

6. Nora Boustany, *Washington Post Foreign Service - For Ugandan Rebel, A Question of Justice Fate of Lord's Resistance Army Chief At Center of Talks to End 21-Year War* Thursday, July 12, 2007; Page A18 <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2007/07/11/AR2007071102078.html?referrer=emailarticle>.

7. «La vera domanda non è se il governo di Khartoum stia continuando a sostenere l'Lra. La vera domanda è perché non dovrebbe continuare a farlo?» Monthly update *enough-project* May-June 2007 page 3 - <http://www.enoughproject.org/region/northern-uganda/happening-now.php>.

8. Refugee Law project Briefing Paper, *Rapid Assessment of Population Movements in Gulu and Pader districts, northern Uganda*, June 2007 <http://www.refugeelawproject.org/resources/papers/others/index.htm>.

9. The Survey for War Affected Youth (SWAY - <http://www.sway-uganda.org/>), Final Report, September 2006 - <http://www.sway-uganda.org/SWAY.Phase1.FinalReport.pdf>.

10. Uganda 2007 Cap mid year review - Ocha - July 2007 [http://ochadms.unog.ch/quickplace/cap/main.nsf/h\\_Index/MYR\\_2007\\_Uganda/\\$FILE/MYR\\_2007\\_Uganda\\_SCREEN.pdf?OpenElement](http://ochadms.unog.ch/quickplace/cap/main.nsf/h_Index/MYR_2007_Uganda/$FILE/MYR_2007_Uganda_SCREEN.pdf?OpenElement).

11. I due principali quotidiani ugandesi hanno dedicato ampio spazio alla ricorrenza, particolarmente nei giorni 14 e 16 luglio. Visita [www.newvision.co.ug](http://www.newvision.co.ug) e [www.monitor.co.ug](http://www.monitor.co.ug).

12. Paul B. Spiegel, *Who should be undertaking population-based surveys in humanitarian emergencies?* Emerging Themes in Epidemiology 2007, 4:12 (1 June 2007). <http://www.ete-online.com/content/4/1/12>.

Claudine Prudhon, Paul B. Spiegel, *A review of methodology and analysis of nutrition and mortality surveys conducted in humanitarian emergencies from October 1993 to April 2004* Emerging Themes in Epidemiology 2007, 4:10 (1 June 2007) <http://www.ete-online.com/content/4/1/10>.

13. Ministry of Health of the Republic of Uganda, Who, Unicef, Wfp, UnFpa, Irc, *Health and mortality survey among internally displaced persons in Gulu, Kitgum and Pader districts, northern Uganda*. July 2005.

14. Lowicki-Zucca M., Spiegel P., Ciantia F., *AIDS, conflict and the media in Africa: risks in reporting bad data badly* - Emerging Themes in Epidemiology 2005, 2:12 - [www.ete-online.com/content/2/1/12](http://www.ete-online.com/content/2/1/12).

15. Spiegel PB., Bennedsen AR., Claass J., Bruns L., Patterson N., Yiweza D., Schilperoord M., *Prevalence of HIV infection in conflict-affected and displaced people in seven sub-Saharan African countries: a systematic review*, Lancet 2007; 369:2187-95.

16. Comment by Jewkes R. *Comprehensive response to rape needed in conflict settings*, The Lancet 2007; 369: 2140-4.

17. Women's Commission for Refugee Women and Children

- *Listening to youth: The experiences of young people in northern Uganda* June 2007 <http://www.reliefweb.int/rw/rwb.nsf/db900SID/TBRL-756Q8T?OpenDocument>.

18. Unicef *Empowering hands' for former child soldiers in Uganda* - July 2007 <http://www.reliefweb.int/rw/rwb.nsf/db900SID/EK0I-7572ZP?OpenDocument>.

19. Cassel MM., Surdo A., *Testing the limits of case finding for HIV prevention*, The Lancet Infectious Diseases 2007; 7: 491-95.

20. *Outbreak of Ebola haemorrhagic fever, Uganda, August 2000-January 2007*, Weekly Epidemiological Record, N. 6, 2001, 76, 41-46.

#### \*BIBLIOGRAFIA

*Northern Uganda: Seizing the Opportunity for Peace*, Africa Report N° 124, 26 April 2007.

*Peace in Northern Uganda?*, Africa Briefing N° 41, 13 September 2006.

*A Strategy for Ending Northern Uganda's Crisis*, Africa Briefing N° 35, 11 January 2006.

*Building a Comprehensive Peace Strategy for Northern Uganda*, Africa Briefing N° 27, 23 June 2005.

*Shock Therapy for Northern Uganda's Peace Process*, Africa Briefing N° 23, 11 April 2005.

*Peace in Northern Uganda: Decisive Weeks Ahead*, Africa Briefing N° 22, 21 February 2005.

*Northern Uganda: Understanding and Solving the Conflict*, Africa Report N° 77, 14 April 2004.

Molte informazioni circa l'Uganda sono disponibili nel sito *Crisis Group reports and briefings*.

Il *CrisisWatch database* mette a disposizione rapporti mensili circa le situazioni di conflitto. Per l'Uganda vi è materiale a partire dal settembre 2003.

Van Acker, Frank, 2004, *Uganda and the Lord's Resistance Army: the new order no one ordered*. African Affairs. 103412, page 338-344.

Allen, Tim. 1991 *Understanding Alice: Uganda's Holy Spirit Movement in context*. Africa 61(3): 370-399 Behrend, Heike.

1999 *Alice Lakwena and the Holy Spirit: War in Northern Uganda 1985-97*. Oxford: James Currey Ltd.

Williams, Glen, Catherine Aloyo Obonyo, and Jeannie Annan. 2001. *Resilience in conflict: a community-based approach to psychosocial support in Northern Uganda*. June 2001.

Tim Allen, *Trial justice - The international Criminal Court and the Lord's Resistance Army* - Zed Books London/New York.

Jeannie Annan, Christopher Blattman, Roger Horton, *The State of Youth and Youth Protection in Northern Uganda* Findings from the Survey for War Affected Youth [www.sway-uganda.org](http://www.sway-uganda.org).

Elio Croce, *Più forte di Ebola. Diario dall'epidemia in Uganda*, Edizioni Ares.

Els de Temmerman, *Aboke Girls. Children abducted in northern Uganda*- Fountain Publishers.

*È difficile pensare che si possa garantire alla popolazione qualcosa che si avvicini in qualche modo ai servizi di cui avrebbe diritto. Con una spesa sanitaria pari a 7-8 dollari americani per capita non è possibile garantire il diritto alla salute. Non sarebbe possibile neppure se si spendesse il doppio. Ma bisognerebbe spendere almeno quattro volte ciò che si spende ora per poter cominciare a vedere un po' di luce. Però sappiamo che non è possibile. Non lo sarebbe neppure se domani si trovassero dei donatori disposti a provvedere tutto quello che occorre. Non è possibile perché l'economia deve svilupparsi in un certo modo e non in un altro: esistono equilibri macroeconomici da mantenere.*

# Macroeconomia e diritto alla salute in Uganda

di **Daniele Giusti\***

- > Nel 2001 la Commissione dell'Oms "*Macroeconomics and Health*", presieduta da un (macro)economista, J. Sachs, concluse con una forte raccomandazione: «i paesi poveri per progredire nella strada dello sviluppo dovevano investire in sanità, i paesi più ricchi dovevano aiutare i paesi poveri a raggiungere il livello minimo di spesa sanitaria (38 dollari americani *pro capite*) per garantire a tutti i cittadini l'accesso a un pacchetto di servizi essenziali».
- Altri macroeconomisti (quelli che decidono: vedi Fondo monetario internazionale) sostengono un'idea completamente diversa: «la spesa sanitaria pubblica deve rimanere bassissima (in Uganda sei dollari americani *pro capite*) e se i donatori portano dei soldi per la sanità, il governo locale deve diminuire il suo apporto».

## INTRODUZIONE

Il diritto alla salute è la giustificazione più forte, o quanto meno la più citata, dell'intervento dello Stato nel finanziamento e nell'erogazione di servizi sanitari alla popolazione. Questo vale anche nella stragrande maggioranza dei paesi poveri, al di là della reale capacità che le economie deboli di questi paesi hanno di onorare l'impegno politico, etico e legale preso con la popolazione. La Costituzione ugandese riconosce questo diritto ai suoi cittadini e il ministero della Sanità ha sviluppato il secondo dei suoi piani strategici per rendere questo diritto, per lungo tempo disatteso, effettivo. Avvicinandoci alla metà del secondo ciclo strategico, già appare evidente che molti dei *target* pre-fissati dal piano non saranno raggiunti. Altrettanto elusi sono i *Millennium Development Goals* relativi alla salute, che pure non saranno verosimilmente raggiunti<sup>1</sup>. Non sarà verosimilmente raggiunto neppure l'obiettivo intermedio della dichiarazione di Abuja che impegnava gli Stati

sottoscriventi, tra cui l'Uganda, a stanziare il 15% del loro *budget* alla sanità entro il 2015: in Uganda siamo al 7,8% ora. Parallelamente all'impegno dei paesi poveri a perseguire l'obiettivo della salute dei propri cittadini, esiste un impegno da parte dei paesi più ricchi ad assistere con fondi e altro tipo di aiuti. Un momento particolarmente importante di questo impegno si è raggiunto, a un *High Level Forum* nel 2005, con la "*Paris Declaration on Aid Effectiveness*", dove è emerso un consenso sulla necessità di privilegiare il supporto al bilancio dello Stato come meccanismo di aiuto. In parallelo a questo processo tendente a favorire l'incremento e l'armonizzazione dei flussi degli aiuti bi e multi-laterali, si è assistito negli ultimi anni alla nascita e allo sviluppo di molteplici iniziative globali – *Public private partnerships*<sup>1</sup> che, se da un lato hanno messo una certa massa di fondi a disposizione di interventi sanitari, dall'altro lato hanno introdotto grosse distorsioni nel sistema sanitario. Ma, a prescindere da considerazioni lega-

\* Segretario esecutivo - Commissione medica conferenza episcopale ugandese

TABELLA 1

	1997-8	2007-8	Aumento %
<i>Budget complessivo della sanità (B Ugx)</i>	202,52	426,34	+110,5%
<i>Budget complessivo dello Stato (B Ugx)</i>	1.220,38	4.744,60	+288,8%

te alla gestione delle risorse, si potrebbe dire che – dal momento della pubblicazione del rapporto della *Macroeconomic Commission for Health* nel 2001 e nonostante le luci e ombre legate a meccanismi erogativi specifici – si sia andato a creare quella sorta di largo consenso che avrebbe<sup>2</sup> messo a disposizione dei paesi poveri un ammontare ragguardevole di risorse finanziarie sul medio e lungo termine. Si potrebbe dire che, almeno in termini di intenti, non si siano probabilmente mai avute condizioni così favorevoli per la sanità. Questo è stato certo vero per l'Uganda, come testimoniano i due Piani strategici elaborati a partire dal 2000. È stato certo vero... fino a un certo punto: fino al momento in cui si scoprì che esistevano dei vincoli e dei limiti macroeconomici alla crescita della spesa sanitaria. Cosa questi vincoli e limiti fossero, divenne chiaro solo nel tempo e sono l'oggetto di questa breve esposizione di un punto di vista.

#### L'IMPERATIVO DELL'EQUILIBRIO MACROECONOMICO

Può una economia debole, che ha imboccato la strada di uno sviluppo "trascinato dalla crescita del settore privato", svilupparsi se la sua valuta è "sopravvalutata" sul mercato del denaro e se l'inflazione sale al di sopra della soglia rappresentata dal tasso di crescita del Pil? Può una economia debole svilupparsi se il *deficit* fiscale del *budget* dello Stato, pur essendo interamente finanziato da fondi esteri (donazioni, non prestiti!), si aggira intorno al 50% e talora anche più?

Questi sono gli argomenti con cui il ministero della Sanità ugandese e altri attori nel complesso panorama del partenariato pubblico-privato in sanità (e con questi ultimi anche chi scrive questo punto di vista), hanno dovuto accettare di cimentarsi. Si è trattato di un cimentarsi all'inizio un po' incredulo e quasi divertito davanti alla fondamentale estraneità sia del linguaggio sia dei concetti proposti dal ministero delle Finanze. Ma divertimento e incredulità hanno dovuto ben presto lasciar posto alla consapevolezza del trovarsi di fronte a un ostacolo insormontabile.

In soldoni cosa impone questo "desiderabile equilibrio macroeconomico" che costituisce uno dei cinque pilastri del Peap (*Poverty Reduction Action Plan* – la

Prsp versione Uganda)? Impone di fare tutto quello che si deve fare per combattere la povertà senza:

1. aumentare il *deficit* fiscale, anzi, diminuendolo;
2. senza causare una sopravvalutazione della divisa locale;
3. senza causare un aumento dell'inflazione.

Si tratta di tre "senza" facili a enunciarsi: il problema vero è che, se si vogliono rispettare questi capisaldi dell'equilibrio macroeconomico, non si possono spendere i soldi dei donatori! Perlomeno, se ne possono spendere pochi, troppo pochi. Lascio ai virtuosi il compito di cimentarsi nella comprensione dei tortuosi meccanismi attraverso cui si arriva a questa conclusione, magari con l'aiuto di un articolo magistrale<sup>III</sup>. Procedo invece speditamente a illustrare il netto risultato di questa politica macroeconomica sul *budget* sanitario, su alcuni indicatori e sul caso specifico che mi sta a cuore: la sorte del settore sanitario privato-sociale (Fb-Pnfp)<sup>3</sup>.

#### COSA È SUCCESSO AL BUDGET DELLA SANITÀ?

Se si valuta l'andamento del *budget* della sanità e del governo (complessivo di risorse nel *budget* ordinario<sup>4</sup> e nei progetti multi e bilaterali) sull'arco degli ultimi dieci anni<sup>5</sup>, la prima osservazione che balza all'occhio è che in entrambi i casi c'è stato un aumento netto. Ma il paragone tra l'aumento del pacchetto destinato alla sanità con il pacchetto globale è rivelatore: mentre la sanità ha visto il suo pacchetto raddoppiare, il *budget* del governo è quasi triplicato. La "forbice" è ben visibile sia nella **Tabella 1** sia nella **Figura 1**.

Ma questa considerazione è resa ancora più rivelatrice se si considera che mediamente si è registrata nel paese un'inflazione del 5% annuo; questo equivale a dire che, in termini di potere d'acquisto, il *budget* della sanità non è mutato nel corso degli ultimi dieci anni. Può darsi che questa sia un'approssimazione grossolana, ma a giudicare da quanto si vede nella pratica quotidiana a livello di implementazione, si tratta di un'approssimazione molto verosimile. L'impressione che l'investimento in sanità non sia stato molto generoso è ulteriormente confermata dall'indice di spesa sanitaria *per capita*, che registra un aumento del 47,8%. Questo dato, corretto per inflazio-



FIGURA 1 / Health vs Total Budget

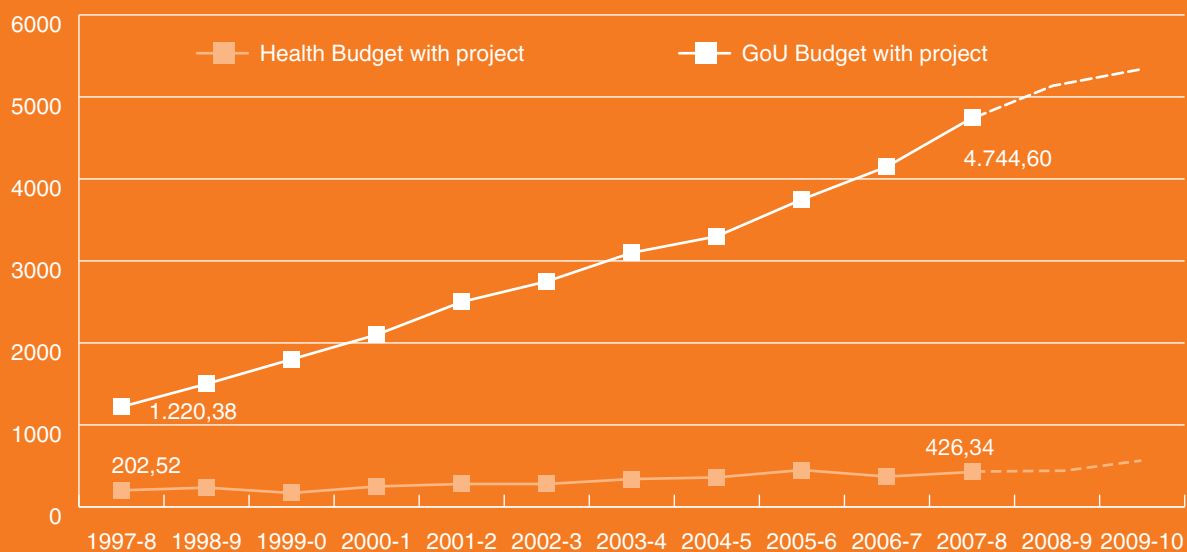
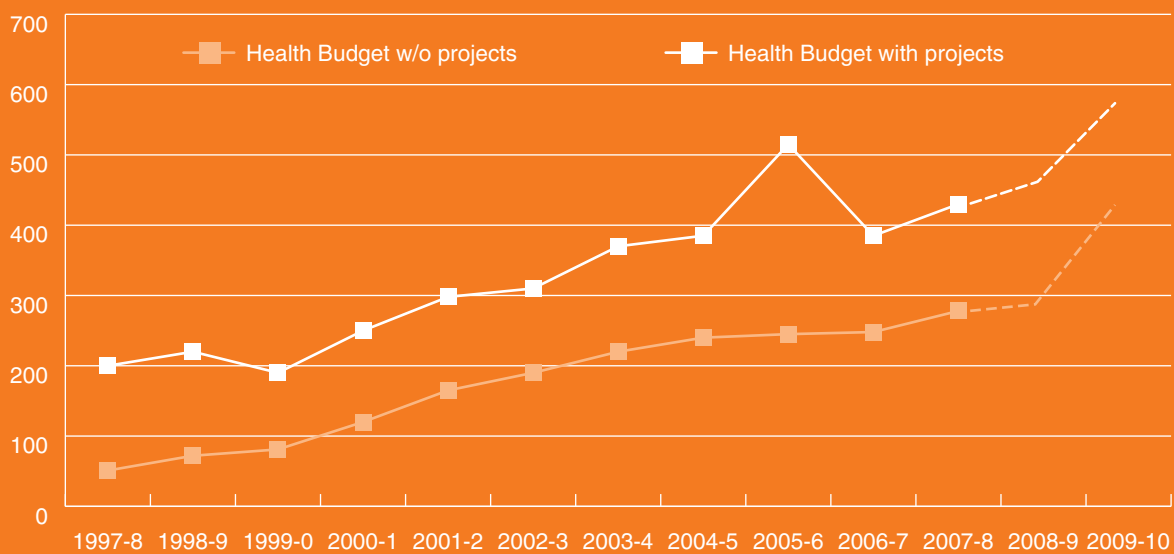
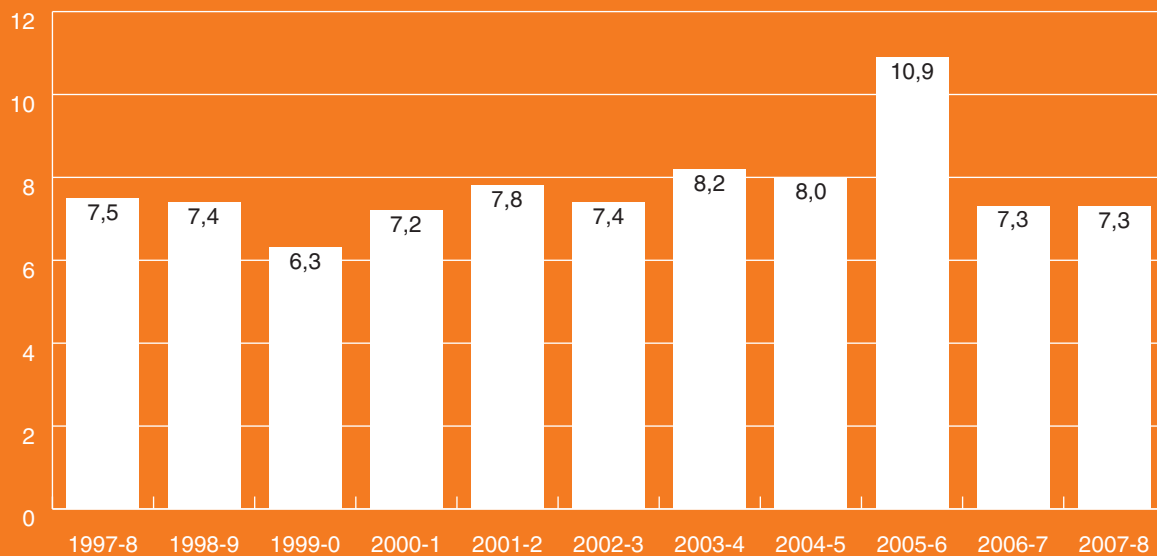


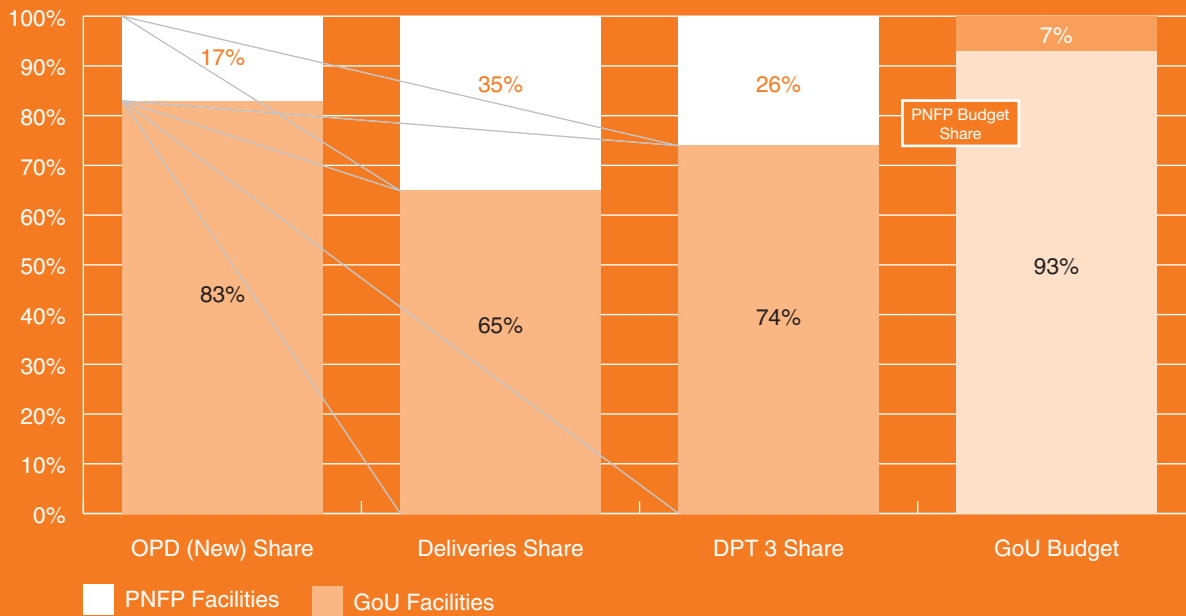
FIGURA 2 / Health Budget w/o and with projects



**FIGURA 3 / Public Health Expenditure in Uganda**  
Us \$ per capita



**FIGURA 4 / Pnfp Contribution to National Health Sector**



Fonte: Pnfp Projection are made based on sample of 65% of Hospitals (n=27) and 33% of LLUs (n=185)  
National data are derived from Ahspr 2004/2005 and MoH Resource Centre

TABELLA 2

	1997-8	2007-8	Aumento %
Budget complessivo della sanità (B Ugx)	202,52	426,34	+110,5%
Popolazione (in milioni di abitanti)	20,7	29,5	+42,5
Spesa sanitaria pubblica complessiva <i>per capita</i> (Ugx)	9.785	14,463	+47,8
Spesa sanitaria pubblica ordinaria <i>per capita</i> (Ugx)	2.579	9.344	+262,3%

ne, corrisponde a una netta diminuzione delle risorse disponibili *per capita* (Tabella 2).

In verità, nell'arco degli ultimi dieci anni le risorse finanziarie – in termini assoluti – disponibili nel *budget* ordinario (i.e. non relative ai progetti) sono aumentate in modo notevole (+262,3%). Questo fatto ha permesso di gestire meglio lo scarso *budget* e quindi di ottenere alcuni guadagni di efficienza. È appunto grazie all'aumentata disponibilità di risorse nel *budget* ordinario che, per esempio, il ministero della Sanità è stato in grado di stabilire un partenariato pubblico-privato col settore *non profit* (Pnfp). Nelle Figure 2 e 5 si può notare come questo sia accaduto in particolare a partire dall'anno 2000-01 fino al 2004-05: questi sono stati gli anni "ruggenti" del *Sector Wide Approach*, durante i quali è stata l'aumentata disponibilità finanziaria nel *budget* ordinario a "spingere" la spesa sanitaria. È da notare però che, benché vi siano notevoli variazioni di anno in anno, questi volumi di erogazione sono costituiti, per circa la metà del loro valore, di soldi di donatori in divisa estera. Infatti, a partire dal 2003-04 sono scattati i meccanismi di contenimento legati alla politica di stabilizzazione macroeconomica<sup>IV</sup>. Da allora il *budget* ordinario della sanità è rimasto praticamente stazionario. Il lieve aumento registrato nell'anno finanziario corrente è frutto di una serrata negoziazione tra ministero della Sanità e Finanze<sup>6</sup>: infatti le proiezioni originali di quest'ultimo mantenevano il *budget* ordinario addirittura a livelli stazionari. Da notarsi è che la componente progetti continua a mantenersi costante, salvo per un'impennata nel corso del 2005-06, che ha certo contribuito a creare un'ulteriore giustificazione al congelamento degli aumenti alla sanità nel *budget* ordinario. Questo picco è relativo alle risorse apportate da iniziative come il *Global fund* e il *Pepfar* (principalmente fondi per Aids e, in misura minore, malaria e tb). Ma, come si vede, a questo picco è corrisposta una "compressione" del *budget* ordinario.

In termini di spesa *pro capite* in valuta di riferimento (dollari americani), si può notare che essa è ritornata,

nello scorso e corrente anno finanziario, ai valori registrati all'inizio dello Swap (Figura 3). Queste cifre contrastano marcatamente con le stime fatte dalla Commissione macroeconomica per la Sanità che indicavano in 38 dollari americani *per capita* la spesa necessaria per l'erogazione di un pacchetto minimo di servizi (esclusi farmaci antiretrovirali), e con le stime fatte *in loco* che indicavano una cifra più conservativa di 28 dollari *per capita*, necessari per l'implementazione del Piano strategico sanitario nazionale II. Comunque si voglia guardare il quadro, la sostanza dei fatti non cambia: il sistema sanitario è gravemente e persistentemente sottofinanziato, sia rispetto alle stime di costo di erogazione del pacchetto minimo di servizi, sia rispetto alla crescita del *budget* dello Stato, che evidentemente privilegia altro tipo di spesa. Non è chiaro invece quanto influisca la disponibilità di risorse finanziarie legate ai progetti (oggi in gran parte legate alle *Global Initiatives* e al *Pepfar*) a "scoraggiare" un maggiore investimento delle risorse locali nel *budget* ordinario. Tutti i tentativi di dimostrare il rispetto (o la disattesa) della richiesta addizionalità "statutaria" delle *Global Initiatives* sono finite in un nulla di fatto.

#### COUSA È SUCCESSO AGLI INDICATORI DELLA SALUTE E DEL SISTEMA

È molto difficile legare *input* ad *outcome* sul medio e breve termine. Infatti gli indicatori di impatto sembrano essere in miglioramento<sup>V</sup>, come appare dalla Tabella 3.

TABELLA 3

	1995	2000-01	2006
Maternal mortality rate	527/100.000	505/100.000	435/100.000
Infantile mortality rate	81/1.000	88/1.000	76/1.000
Under 5 mortality rate	147/1.000	152/1.000	137/1.000

**FIGURA 5 / Allocation to Pnfp vs GoU Health Budget**

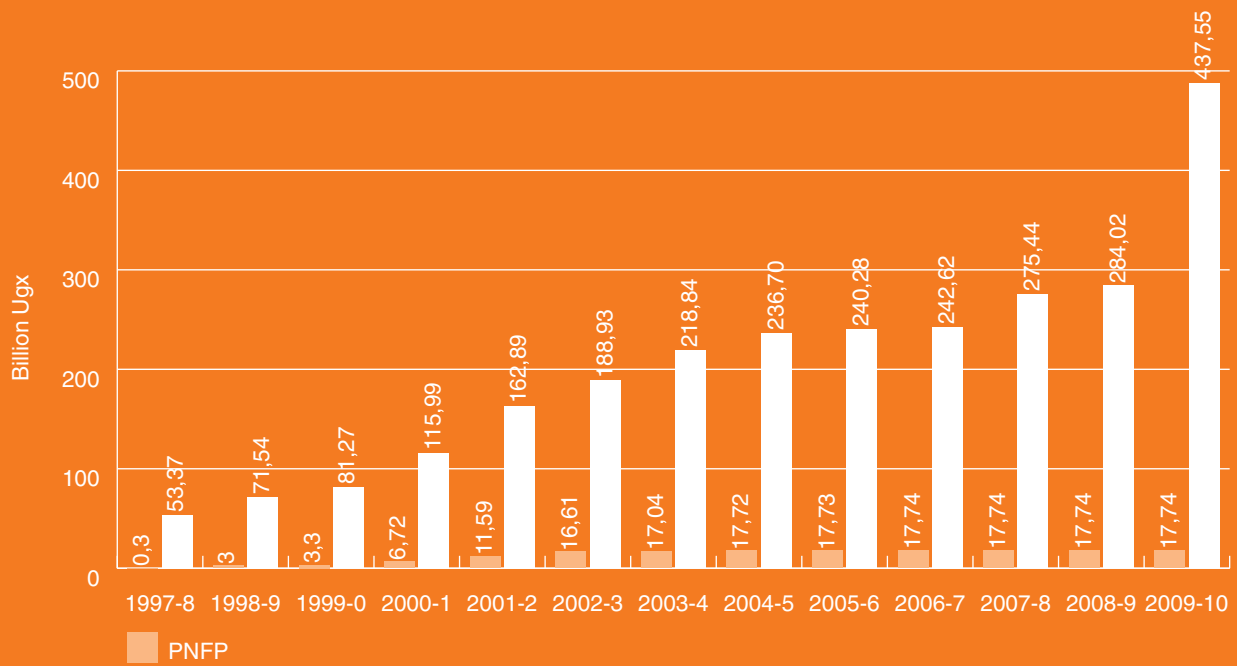


TABELLA 4

Indicator	Baseline Value 03/04	2004/05 Value	2005/06 Value	2006/07 Value	2009/10 Target
Percentage of Government of Uganda (GoU) <i>budget</i> allocated to health sector	11.6%	9.3%	8.5%	7.9%	13.2%
Total public (GoU and donor) allocation to health per capita	\$ 7.8	\$ 8.03	\$ 10.2	\$ 7.02	\$ 18.0
Percentage of facilities without any stock outs of first line antimalarial drugs/ Fansidar, measles vaccine, Depo Provera, ORS and cotrimoxazole	40%	35%	27%	n.d.	80%
Percentage of children < 1yr receiving 3 doses of DPT/Pentavalent vaccines	83%	89%	89%	77%	90%
Percentage deliveries taking place in a health facility (GOU and PNFP) Deliveries supervised by a health Professional	24.4%	20%	29%	29%	50%
Total Gov. and NGO /Capita OPD utilization	0.72	0.9	0.9	0.9	1.0
Proportion of cases of Tb notified compared to expected	49%	50.3%	n.d.	49.6%	70%

Questo dato riflette molto probabilmente l'apporto di altri settori oltre che l'aumentata efficienza del *budget* globale e sanitario nel quinquennio precedente. Del resto è noto che indicatori di impatto sulla salute riflettono un complesso di fattori più che il risultato di interventi diretti in campo sanitario. Più interessanti invece sono alcuni indicatori legati alla funzionalità del sistema sanitario<sup>vi</sup>, che mostrano da un lato una mancanza di progresso, quando non addirittura un regresso. Nella **Tabella 4** è mostrata una selezione di indicatori del Piano strategico della sanità, per cui esistono dati aggiornati all'anno giusto conclusosi, in relazione al *baseline* di tre anni fa e al *target* 2009/10.

Come si vede, se da un lato non si può dire che gli indicatori della salute siano in peggioramento (ma mancano gli intervalli di confidenza), si può invece dire che il sistema sanitario non sta bene, arranca, ansima. È certo che non ce la farà a raggiungere molti degli obiettivi previsti.

#### RISORSE E OBIETTIVI: IL GAP CRESCE

È chiaro a questo punto che il paese non intende investire di più in sanità: le proiezioni in qualche modo discretamente ottimistiche dell'anno 2009-10 presentate nella **Figura 2** sono state osservate in tutte le varie edizioni della *Medium Term Expenditure Framework*; quello che accade in realtà è che le proiezioni ottimistiche si ridimensionano nella fase di elaborazione del

*budget*. In termini reali non aumentano né le risorse del *budget* ordinario né quelle relative ai progetti. Questo potrà forse cambiare se il petrolio da poco scoperto, in un futuro più o meno vicino (ma non vicinissimo) modificherà in senso favorevole gli imperativi dell'equilibrio macroeconomico. Una conferma ulteriore della spiccata tendenza al risparmio sulla sanità viene dalla formulazione recentissima del Piano strategico delle risorse umane per la Sanità, che vede proiezioni molto conservative degli obiettivi di produzione delle risorse umane da qui al 2020, allineate sulla disponibilità finanziaria prevista, nel lungo termine, dal ministero delle Finanze<sup>vii</sup>, 7. Se ne può dedurre quindi che le strette macroeconomiche previste nel medio termine rimarranno anche nel lungo termine. Né più soldi, quindi, né più uomini: gli *input* della sanità restano più o meno invariati. Ciò che varia – e aumenta esponenzialmente – sono invece le attese della popolazione: queste sono legate alle strabilianti promesse di obiettivi da raggiungere, per cui vengono mobilitate le risorse delle *Global Initiatives*. È chiaro che Gavi, come risultato del suo aiuto, chiedi un aumento della copertura vaccinale; è chiaro anche che il *Global fund* e il Pefar chiedano un aumento della copertura dei pazienti in trattamento antiretrovirale; lo stesso dicasi per malaria e tubercolosi, per circoncisione e accesso ai *condoms*, per aumento della copertura della pianificazione familiare... La lista po-

trebbe continuare e si sta allungando, perché le Iniziative globali e le Ppp si stanno moltiplicando. È evidente che nessuno di questi progetti può permettersi il lusso di finanziare uno “*status quo*” o addirittura un ridimensionamento degli obiettivi. Per cui gli obiettivi e i rispettivi indicatori crescono, sono effettivamente aggiuntivi; i soldi, invece, svaniscono, perché si sostituiscono ai soldi del *budget* ordinario.

Esiste un’aggravante a tutto questo: i *target* (e le promesse politiche) non rimangono all’interno del circolo dei tecnocrati, ma cortocircuitano immediatamente sulla stampa nazionale, radio e televisione: la gente viene invitata a tenere conto di chi ha dato e per che cosa (bisogna essere trasparenti... e soprattutto ben visibili!!!) e invitata, a suo tempo, a reclamare i propri diritti. Questi ultimi vengono poi debitamente reclamati al punto di contatto tra popolazione e sistema: il punto di erogazione dei servizi. C’è qualcuno che dubita quanto possa essere motivante e gratificante per un medico, o un infermiere, essere davanti a un paziente che chiede ciò che gli è stato detto e è suo diritto chiedere, e non poterlo garantire, perché le risorse non ci sono, o sono sproporzionatamente inferiori all’attesa creata?

### COSA È SUCCESSO AL SETTORE SANITARIO PRIVATO-SOCIALE

Il punto di vista esposto potrebbe concludersi a questo punto. Ma non sarebbe giusto dimenticare che in questa situazione precaria esiste anche un settore sanitario privato-sociale (Fb-Pnfp)<sup>8</sup>, che subisce in modo ancor più acuto la pressione dello iato che si è aperto tra risorse e obiettivi. Di fatto questo settore decise di optare per una integrazione funzionale nel sistema sanitario fin dal 1997-98. A fronte di questo impegno che comportava un progressivo allineamento sulla politica sanitaria nazionale e la condivisione dell’informazione relativa a *input and output*, il governo decise di erogare sussidi al *budget* di questo sotto-sistema<sup>9</sup>. Nel quadro dell’allineamento con le linee di politica nazionale, il Fb-Pnfp arrivò anche a ridurre sostanzialmente le tariffe di co-finanziamento applicate ai pazienti<sup>viii</sup>. Cosa questo abbia ottenuto per il sistema sanitario è ampiamente descritto in varia documentazione<sup>ix</sup>. Basti dire qui che il partenariato così stabilito si è dimostrato conveniente per gli utenti, decisamente conveniente per il governo che con una spesa pari al 7% del *budget* è riuscito ad assicurarsi un buon 30% del volume di erogazione dei servizi (**Grafico 4**)<sup>x</sup>, conveniente per il Fb-Pnfp che ha così potuto perseguire – almeno fino al passato prossimo –

la sua missione sociale e recuperare livelli di efficienza accettabili<sup>x</sup>.

A partire dalla metà del 2004, questo fecondo processo di allineamento ha, per così dire, perso senso di direzione. L’implementazione della strategia di consolidamento fiscale ha avuto come vittima il *budget* della sanità. Per essere più precisi, ha avuto come vittima soprattutto la popolazione, perché i lavoratori della sanità impiegati del servizio pubblico hanno visto il loro stipendio aumentare (e aumenterà ulteriormente nel corso del prossimo anno finanziario). A fronte quindi di una stagnazione delle risorse di *budget*, il ministero della Sanità, sulla spinta di una minaccia di sciopero, è riuscito a sbilanciare il suo magro *budget*, privilegiando l’investimento in risorse umane (sia un aumento di salario sia un aumento di organico) e “punnendo” l’investimento nelle spese operative e del settore Pnfp, che da quattro anni vede il suo stanziamento congelato (**Grafico 5**)<sup>xi</sup>. Il risultato è intuibile da chi abbia un minimo di esperienza gestionale. Questo ha anche innescato una nuova crisi nel Fb-Pnfp che si è trovato ad affrontare livelli di rotazione del personale mai registrati in precedenza. Negli ultimi due anni l’*attrition rate* di infermieri nei centri di primo livello si è aggirata intorno al 50%, mentre negli ospedali si è assestata intorno al 30%.

In sintesi, il settore sanitario privato sociale sta “assorbendo” una quota non irrisoria della stretta fiscale ed è entrato in una crisi paragonabile a quella registrata agli inizi degli anni ’90. Poco aiutano gli aumenti di risorse dai donatori, che sono per lo più legate a iniziative globali, concentrate su specifici servizi della ormai classica terna Aids, tb e malaria, quindi tendenzialmente distorsive del sistema (sia a livello macro che micro). La conversione di questi approcci “verticali” in approcci più rispettosi del sistema è stata invocata da più parti: ma ancora non si vede e, qualora dovesse apparire all’orizzonte, si troverebbe comunque a dover superare l’ostacolo degli imperativi macroeconomici.

### CONCLUSIONE

È difficile pensare che si possa garantire alla popolazione qualcosa che si avvicini in qualche modo ai servizi di cui avrebbe diritto. Con una spesa sanitaria pari a 7-8 dollari americani *per capita* non è possibile garantire il diritto alla salute. Non sarebbe possibile neppure se si spendesse il doppio. Ma bisognerebbe spendere almeno quattro volte ciò che si spende ora per poter cominciare a vedere un po’ di luce. Però sappiamo che non è possibile. Non lo sarebbe neppure.

re se domani si trovassero dei donatori disposti a provvedere tutto quello che occorre. Non è possibile perché l'economia deve svilupparsi in un certo modo e non in un altro: esistono equilibri macroeconomici da mantenere. Lo sappiamo da qualche anno (anche se c'è voluto tempo per digerire l'amara pillola). Lo sanno anche i donatori multi, bilaterali e le nuove iniziative Ppp, che pure chiedono che le loro risorse siano aggiuntive al *budget*, non sostitutive. Ma si fermarono all'enunciazione del principio da rispettare, e sorvolano su quello che accade dopo. Il ministero delle Finanze non ha fatto misteri della direzione che intende seguire. Chi esprime questo punto di vista non è in grado di dire se l'argomento espresso dai macroeconomisti a giustificazione del loro approccio sia valido oppure no: il modo in cui viene presentato possiede certamente una logica convincente e una certa forza. Infatti, questo è quanto accade, e non ci sono voci "forti" che abbiano, fino ad ora, osato dire il contrario. Per cui l'unica cosa che sarebbe giusto fare, a questo punto, sarebbe ridimensionare gli obiettivi di *output* e di *outcome*, e spiegare alla popolazione in modo onesto cosa ci si debba aspettare e cosa debba invece attendere tempi migliori. Su questo punto però esiste una congiura del silenzio che accomuna i fautori dell'approccio "sistemico" come quelli dell'approccio – e diciamolo – "verticale" o "selettivo". Infatti gli obiettivi di *output* e *outcome* restano e aumentano. C'è forse da stupirsi che il sistema sanitario stia dando chiari segni di asfissia? In tutto questo c'è un sottosistema – il privato-sociale – che ha ricominciato a dare segni chiari di sofferenza dopo essersi ripreso da una grave crisi qualche anno fa. I *leaders* religiosi hanno alzato la loro voce per denunciare questo stato di cose<sup>xi 12</sup>. Ma finora nessuno ha risposto.

## NOTE

1. Esiste una certa confusione tra le Ppp a livello globale e le Ppp a livello di implementazione. In questo articolo si farà riferimento a entrambi. Poiché si tratta di due partenariati con logiche e meccanismi diversi, si prega il lettore di applicare la dovuta distinzione.
2. Il condizionale è d'obbligo. L'autore non è in grado di stabilire se in Uganda, e più in generale nei paesi dell'Africa sub-Sahariana, il flusso netto di risorse sia aumentato, diminuito o rimasto ai livelli precedenti. Questa incapacità è soprattutto legata al moltiplicarsi dei canali di erogazione con tempistiche e modalità di esborso notevolmente variate e altamente imprevedibili, cosa che rende impensabile anche il più approssimativo tentativo di quantificazione.
3. Il privato-sociale (ospedali, dispensari, scuole infermieri – noto come *Facility Based Private not-for-profit* o Fb-Pnfp) Uganda costituisce una fetta ragguardevole del sistema sanitario ed eroga circa un terzo del volume di servizi alla popolazione; un altro terzo è erogato dal settore pubblico-governativo, mentre il rimanente terzo è erogato dal privato *for profit*.
4. La componente "ordinaria" del *budget* corrisponde all'allocatione di fondi derivanti dalla tassazione e dalle donazioni multi e bilaterali al *budget*. La componente che qui è chiamata "progetti" corrisponde a flussi di donatori "earmarked" per interventi specifici. Ambedue sono sottoposte ai "ceilings" di spesa compatibili con una situazione di equilibrio macroeconomico. In realtà, i *ceilings* di spesa si applicano al *budget* dello Stato nella sua globalità. Poiché la sanità è il settore con maggiore potenzialità ad attrarre fondi di donatori, esso pone il problema dei tetti di spesa in modo più palese.
5. Le cifre del *Budget* 2007-2008 sono ormai note. Le proiezioni per i due anni successivi del periodo di medio termine (2008/2009 e 2009/2010) sono semplici stime. Le stime di proiezione si sono dimostrate regolarmente più ottimiste del dato al momento della decisione allocativa.
6. Purtroppo, dei circa 32 miliardi di scellini aggiuntivi messi a disposizione dal ministero delle Finanze a seguito del *lobbying* del ministero della Sanità, sostenuto da parte del Parlamento, una buona parte è andata ai due ospedali nazionali, agli ospedali regionali e a un centro cardiocirurgico. Molto meno della metà è andato ai distretti. Nulla è invece toccato al Fb-Pnfp, nonostante questi fosse stato dichiarato, per ben due anni consecutivi, la prima priorità non finanziata della Sanità, in attesa di fondi aggiuntivi per ottenere parziale giustizia allocativa. Non è accaduto così, con buona pace anche dei donatori al *budget* che hanno taciuto a fronte dell'asimmetria tra priorità dichiarate e scelte allocative.
7. Le obiezioni del Pnfp al Piano sono state dettagliatamente sottoposte al ministero della Sanità per iscritto e, in ripetute occasioni, espresse in vari incontri di pianificazione, ma sono state ignorate. Non si è avuto fino ad ora alcun riscontro o menzione di altre voci preoccupate o dissenzienti, neppure tra coloro che promuovono lo *scaling up* di servizi per pazienti Aids, tb e malaria.
8. *Facility Based Private not for Profit*: vale a dire il *non profit* sanitario identificabile per il proprio investimento in strutture stabili di produzione di servizi (Ospedali, Centri di Salute, Scuole infermieri). È da mantenere distinto dal Pnfp rappresentato da Ong e Cbo che si qualifica per il suo contenuto di capacità tecnica e realizzazione di progetti di intervento specifici piuttosto che per la presenza capillare sul territorio con strutture sanitarie.
9. Al momento attuale, questi sussidi costituiscono il 20-25% del costo di produzione; il 35-40% del costo di produzione è

coperto dalle *user fees*; il restante 35-45% è coperto da donatori.

**10.** La Figura 4 presenta la quota dei tre indicatori “chiave” della sanità. Questi sono i tre indicatori che riflettono il contributo del ministero della Sanità al Peap. Naturalmente esistono molte altre evidenze che non sono riportate in questa sede. Ma il contributo ai *target* su cui il ministero delle Finanze basa la valutazione del settore sanitario hanno un particolare valore “politico”.

**11.** Neppure negli anni esterni del Mtef, quando le stime di proiezione sono in ascesa, questo stanziamento per il Pnfp è proiettato in aumento!

**12.** 3. *It is worth reminding everybody, though, that currently the national budget provides less than one quarter of the moneys necessary to provide the minimum package of care that Government desires to give to people, and which they have been told to expect. Sadly, we understand that this amount is not going to grow proportionally to the increasing population and to the promises of broader and ever improving services. Sadly still, the Millennium Development Goals (MDGs), also those related to the fight against Hiv/Aids, Tb and Malaria that many Countries, including Uganda, have subscribed to, have been transformed into a platform for over-ambitious political statements not backed by consistent budgets and resource mobilisation. The Mid-term-expenditure-framework (Mtef) and Long-term-expenditure-framework (Ltef) we have seen are not likely to allow us to reach the MDGs. We have heard that Government Budget is subject to macroeconomic constraints and that there are concerns about its sustainability, but we do not hear this message translated in terms that common folks can understand. Commitment to reach the MDGs has to be both political and financial. The Hospitals, Health Centres and the health system in general cannot deliver more if there are no adequate resources in terms of money, personnel and structures. If they are continually pressurised to deliver more against a net resource deficit, they will end up by being severely de-stabilised. This applies both to government owned institutions*

*as well as to our institutions. We are seriously concerned more about these latter because they are severely constrained and we are ultimately legally responsible for them.*

*4. We therefore denounce all statements and promises that increase peoples' expectations and yet are not backed by adequate provision of resources now and in the unforeseeable future as mere demagogy. We need to remind politicians at all levels and of all political orientations who promise what they cannot fulfil of the serious moral responsibility they take upon themselves. (Open letter of the Religious Leaders of the Country to the Prime Minister, Yhe New Vision, 6<sup>th</sup> May 2005).*

#### BIBLIOGRAFIA

- I. MoH, *Annual Health Sector Performance Report 2006/7*.
- II. MoFPED, *Poverty Eradication Action Plan 2004-5 2007-8*.
- III. Browbridge M., Tumusiime-Mutebile E., *Aid and Fiscal Deficits: lessons from Uganda on the implications for Macroeconomic Management and Fiscal Sustainability, Development Policy Review 2007*.
- IV. Ibidem.
- V. Uganda Bureau of Statistics. *Uganda Demographic and Health Survey 2006*.
- VI. MoH, *Annual Health Sector Performance Report 2006/7*.
- VII. MoH, *Uganda Human Resources for Health Strategic Plan 2005-2020, Costed Draft March 2007*.
- VIII. Odaga J., Maniple E., *Faithfulness to the Mission: effect of reducing user fees on acces to PNFP health units. Final Report*. Kampala 2003.
- IX. Giusti D., Lochoro P., Odaga J., Maniple E., *Pro-poor health services: the Catholic Health Network in Uganda. Development Outreach*, World Bank Institute, 2004.
- X. Ucmb, Upmb, Ummb, *Facts and Figures of the Pnfp health sector*, Kampala 2007.
- XI. The New Vision, May 6<sup>th</sup>, 2005. *Open letter of the Religious Leaders to the Government of Uganda regarding the Pnfp health sector*.





# AFRINEWS

*a cura di Maurizio Murru*

Fonti utilizzate per questo numero (oltre a quelle citate nel testo):  
*all-Africa.com.; British Broadcasting Corporation; The Economist;*  
*Focus on Africa Magazine; Integrated Regional Information Network*  
*(Irin); New African; Reuters AlertNet.*  
Chiuso il 31 agosto 2007.

# AGENDA

## Unione Africana

**Si discutono gli Stati Uniti dell'Africa, si ignorano i problemi veri e non si conclude niente**

*"Africa must unite"*: questo imperativo categorico campeggia, a caratteri cubitali, nella copertina del numero di *New African* del luglio 2007. Gli articoli che sviluppano il tema, all'interno della rivista, sono intrisi della stessa ingenua retorica, forse generosa, sicuramente lontana dalla realtà, colpevolmente miope. Non mancano, ovviamente, gli accenni ai gloriosi padri del Panafricanismo, da Nkrumah a Sékou Touré, ignorando, altrettanto ovviamente, ogni accenno alla loro deriva autoritaria o, come nel caso di Touré, decisamente paranoica. Il 1° luglio si è aperto il quinto *summit* dell'Unione Africana (Ua) ad Accra, capitale del Ghana, patria di Nkrumah. L'incontro, cui hanno partecipato una cinquantina fra capi di Stato e di governo, è durato tre giorni. L'Ua ha sostituito la screditata Oua (Organizzazione dell'Unità africana) cinque anni fa. L'Oua era diventata un *club* di capi di Stato per lo più dispotici e corrotti. L'Ua è nata, sotto l'energica spinta del colonnello Gheddafi, per liberarsi di quell'immagine, promuovere una (rapida) integrazione dei 53 Stati del continente e rispondere in modo più dinamico ed efficace ai suoi problemi, dalla povertà ai conflitti, dalle malattie al sottosviluppo. La struttura dell'Ua segue, a grandi linee, quella dell'Unione Europea. Nel marzo del 2004 è stato inaugurato un Parlamento panafricano che, per ora, ha il solo compito (e il solo potere) di discutere i pro-

blemi del continente e dare "opinioni e consigli" ai capi di Stato. Sempre nel 2004, è stato insediato il "Consiglio per la Pace e la Sicurezza". Questo ha il compito di sostituire il vecchio dogma della "non interferenza" con quello della "non indifferenza". In teoria, il Consiglio ha il potere di dispiegare truppe in situazioni di crisi, autorizzare e inviare missioni per il mantenimento della pace (sul modello di quelle inviate dalle Nazioni Unite). I capi di Stato dei 53 paesi africani che costituiscono l'Assemblea dell'Ua si riuniscono una volta all'anno ed eleggono un presidente che resta in carica 12 mesi. La Commissione, la branca amministrativa dell'Ua, è costituita da 10 Commissari con funzioni, per lo più, di coordinamento. I commissari eleggono la *Chairperson* dell'Ua (una sorta di Segretario generale) che resta in carica per quattro anni. Infine, il Consiglio esecutivo è costituito dai ministri degli Esteri dei paesi africani. Contrariamente al suo nome, non ha funzioni esecutive ma, semplicemente, consultive. Fino a ora il bilancio dell'Ua è migliore di quanto ci si potesse aspettare e peggiore di quanto si volesse sperare. L'Organizzazione è intervenuta energicamente quando, alla morte del presidente togolese Gnassingbe Eyadema, suo figlio, Faure Gnassingbe, appoggiato dall'esercito, tentò di prendere il potere. Ne fu dissuaso, ma questo non gli impedì di prendere il potere con elezioni che molti giudicarono irregolari. L'Ua ha inviato una forza di pace nel Darfur ma la sua efficacia è stata nulla, e per la mancanza di mezzi e per lo scarso appoggio politico ricevuto. Una missione di pace è

stata pianificata anche per la Somalia ma, finora, solamente un piccolo e palesemente inefficace gruppo di militari ugandesi è arrivato a Mogadiscio. L'Organizzazione ha un bilancio annuale di circa 40 milioni di dollari, sicuramente sproporzionato alle sue ambizioni. In occasione delle recenti, scandalose, elezioni in Nigeria, l'Ua non ha espresso né critiche né perplessità. Il sempre più disastroso e dispotico regime di Robert Mugabe non viene stigmatizzato in seno all'Organizzazione. Al contrario, l'ottantatreenne presidente dello Zimbabwe, al potere da 27 anni, è stato accolto con calore al *summit* di Accra.

Secondo alcuni vitriolici commentatori, il solo atto significativo finora compiuto dall'Ua è quello di avere negato al presidente sudanese Omar el Beshir, l'anno scorso, la presidenza di turno dell'organizzazione a causa della crisi nel Darfur e del ruolo in essa giocato dal governo sudanese.

Il tema più discusso al *summit* di Accra, ancora sotto la spinta del colonnello Gheddafi, è stata l'unificazione del continente: gli Stati Uniti dell'Africa. Gheddafi la vorrebbe "subito", i capi di governo degli altri 52 paesi sembrano un po' più prudenti, se non proprio freddi. Il Senegal si è dichiarato a favore di un'unificazione rapida, mentre il presidente ugandese, Museveni, ha affermato di credere nell'integrazione economica piuttosto che nell'unificazione politica. La maggior parte dei paesi ha preferito restare nel vago. L'estroso colonnello, alla fine, ha ottenuto solamente una solenne dichiarazione di intenti (la "Dichiarazione di Accra") che altro non è se non un

modo elegante di archiviare, a tempo indeterminato, questa utopica pratica. La discussione della “unificazione africana” è, comunque, servita a qualche cosa: come molti temevano, ha relegato in secondo piano la discussione di problemi molto più seri, spinosi e urgenti, dalla crisi nel Darfur (significativamente, il presidente sudanese non è andato ad Accra) a quella in Somalia, dal sempre più disastroso declino dello Zimbabwe ai rinnovati rischi di guerra fra Eritrea ed Etiopia, dal degrado politico della Nigeria alla critica situazione della Repubblica Democratica del Congo.

Più di altri, questo *summit* ha ricordato quelli della vecchia e non rimpianta Oua: un’inutile e dispendiosa perdita di tempo, un ozioso incontro di dinosauri politici dalla dubbia legittimità.

## Namibia

**Prime condanne per i secessionisti della Striscia di Caprivi**



La Namibia, allora conosciuta come *South West Africa*, fu colonizzata dalla Germania e, dopo la Prima guerra mondiale, fu “affidata” al Sudafrica dalla Società delle Nazioni.

Il Sudafrica passò dall’affidamento all’annessione dopo la Seconda guerra mondiale. Nel 1966 il movimento indipendentista della Swapo (*South West Africa People’s Organization*) iniziò una lunga guerra di liberazione che portò all’indipendenza solamente nel 1990. Da allora, la Swapo ha ininterrottamente gover-

nato il paese, dopo aver vinto, senza problemi e senza brogli, tutte le elezioni.

Nel 2004, l’attuale presidente, Hifikepunye Pohamba, ha sostituito il “padre della patria”, Sam Nujoma.

La Namibia, con poco più di due milioni di abitanti, un Prodotto interno lordo *pro capite* di quasi 3.000 dollari all’anno (2.990, per l’esattezza), una mortalità infantile del 25 per mille nati vivi e un tasso di alfabetizzazione degli adulti di circa l’85%, è uno dei paesi più prosperi del continente.

Negli ultimi anni le sue bellezze naturali, sparse su 825.418 chilometri quadrati, ne hanno fatto una delle mete turistiche di maggiore successo. La Namibia è stato il primo paese al mondo a incorporare la difesa dell’ambiente nella Costituzione. Non tutto questo luccichio, tuttavia, è oro.

La speranza di vita alla nascita, per esempio, è di soli 42 anni per gli uomini e 38 anni per le donne, soprattutto a causa dell’alta prevalenza dell’Hiv (*Human Immunodeficiency Virus*), attualmente stimata al 21,3% nella popolazione adulta.

Sotto il profilo politico, come detto, la Swapo non ha vita difficile, visto che l’opposizione è poco consistente e frammentata.

Anche in questo campo, però, non tutto è roseo. Il problema più scottante è costituito dal separatismo della Striscia di Caprivi (la *Caprivi Strip*). Si tratta, appunto, di una striscia di territorio allungata fra Angola e Zambia al nord, Botswana al sud e, per un brevissimo tratto, Zimbabwe a est.

La nascita di questa “anomalia geografica” risale al 1890, quando la Germania “concesse” Zanzibar all’Impero Britannico avendone in cambio, appunto, questa striscia di terra che le dava accesso al fiume Zambezi, lungo il confine con l’attuale Zambia. Durante la lotta per l’indipendenza, il governo sudafricano utilizzò la Striscia di Caprivi come base per lanciare attacchi all’interno dell’Angola, oltre che contro la Swapo.

Dopo l’indipendenza la popolazione della Striscia ha mostrato più simpa-

tie per il maggior partito dell’opposizione, la *Democratic Turnhalle Alliance*, che per la Swapo.

Gli abitanti di questo territorio accusano il governo centrale di trascurarli. Effettivamente, questa è una delle aree più povere e arretrate del paese. Nel 1998, per la prima volta, si sentì parlare di un movimento secessionista, il Cla (*Caprivi Liberation Army*), guidato da un politico deluso, Mishake Muyongo.

Nessuno ci fece molto caso fino a quando, nel 1999, il movimento lanciò una serie di attacchi armati contro basi militari e stazioni di polizia. L’esercito rispose con notevole “energia”. Più di 2.000 capriviani si rifugiarono in Botswana.

Mishake Muyongo, da allora, vive in esilio in Danimarca. Nel 2003 è iniziato, nella capitale Windhoek, il processo a 129 membri del Cla. Il processo è stato molto lento, anche perché gli accusati rifiutano di riconoscere la legittimità della Corte che li giudica.

L’8 agosto scorso sono arrivate le prime sentenze: sette membri del Cla sono stati condannati a 35 anni di carcere e tre a 30 anni. Il processo dei rimanenti 119 accusati è stato aggiornato e dovrebbe riprendere a settembre. Finora, un solo avvocato ha difeso tutti gli accusati ma, recentemente, anche lui si è dimesso denunciando la «palese impossibilità di continuare il lavoro». Il governo afferma di non avere fondi per assicurare la difesa a un così ampio numero di accusati. La *Namibian Society for Human Rights* ha recentemente pubblicato un rapporto nel quale accusa il governo di ipocrisia per avere destinato fondi alla guerra nella Repubblica Democratica del Congo (a fianco del governo di Kinshasa).

La disputa continua nell’indifferenza, non solo da parte della cosiddetta “comunità internazionale”, ma anche da parte della maggior parte della popolazione namibiana, che considera Caprivi parte integrante del territorio del paese e i secessionisti un gruppo di individui alla deriva sfruttati da politici tanto ambiziosi quanto falliti.

## Repubblica Democratica del Congo

Niente di nuovo sul fronte orientale



Agli inizi di luglio l'*International Crisis Group* (Icg), un "*think tank*" basato a Bruxelles e specializzato nell'analisi di paesi in crisi, ha pubblicato un rapporto sulla Repubblica Democratica del Congo (Rdc).

Vi si offre un'immagine preoccupante del paese e delle sue prospettive. Le elezioni dell'anno scorso, vinte dal presidente Joseph Kabila, non hanno risolto i problemi più gravi. Forse li hanno peggiorati.

L'esercito governativo viola i diritti della popolazione che dovrebbe proteggere. La libertà di espressione è aleatoria e criticare il governo è un'attività molto rischiosa. Il maggior oppositore del presidente, Jean-Pierre Bemba, si trova a Lisbona e non rientra nel paese perché teme per la sua sicurezza. I suoi timori sono più che fondati. Bemba stesso, "vittima" del regime di Kabila, non è certo un fulgido esempio di combattente per la libertà. È un losco affarista non migliore dei suoi avversari. Il saccheggio delle enormi ricchezze minerarie del paese continua in modo svergognato con la famelica complicità fra il governo, i suoi accoliti e un nutrito gruppo di faccendieri e compagnie internazionali. Vaste aree del paese sono terra di nessuno o, meglio, terra di "signori della guerra" che dominano incontrastati nel disinteresse e nell'ignoranza generale. L'est del paese, specialmente le due

regioni del Nord e Sud Kivu, sono in costante subbuglio e non sembrano essere state toccate dalla "pace" concordata nel 2003 e consolidata (?) dalle elezioni dell'anno scorso. Il Rapporto dell'Icg parla di una "crisi imminente" nel Nord Kivu. In realtà, la crisi nel Kivu non è "imminente": è permanente. Il 20 agosto scorso si sono diffuse le prime notizie sull'ennesimo esodo di massa di civili dal Nord Kivu verso il distretto di Kisoro, nel sud-ovest dell'Uganda. Più di 10.000 persone hanno attraversato il confine in pochi giorni per sfuggire alle milizie del "Generale" Laurent Nkunda.

E l'esodo continua. Secondo varie organizzazioni umanitarie attive nella zona, il numero degli sfollati potrebbe salire a 300.000 nei prossimi sei mesi. Laurent Nkunda è un congolese di etnia Tutsi che guida un esercito di alcune migliaia di uomini e dice di voler proteggere i Banyamulenge dalle milizie Interhamwe e dai resti del vecchio esercito rwandese (*Forces Armées du Rwanda*: Far) che ancora si trovano nelle foreste del Kivu.

I Banyamulenge prendono il nome dai monti Mulenge, nei quali vivono da più di 150 anni. Quando gli odierni confini non esistevano, i loro avi, di etnia Tutsi, lasciarono il Rwanda, già relativamente sovrappopolato, per vivere in queste montagne allora pressoché disabitate e ricche di pascoli. Dopo l'indipendenza, Mobutu, alla guida del paese per un trentennio, concesse e revocò loro la cittadinanza congolese a più riprese. La loro protezione è stata una delle ragioni addotte dal governo rwandese per iniziare la guerra del 1996. In seguito i Banyamulenge hanno preso le distanze dal governo di Kigali, nonostante le loro "affinità etniche".

Gli Interhamwe appartengono all'omonima milizia colpevole di innumerevoli atrocità e massacri nel corso del genocidio rwandese del 1994. Assieme agli ex-Far, hanno formato un gruppo "ribelle" denominatosi Fdlr (*Forces Démocratiques pour la Libération du Rwanda*).

In realtà, si tratta di un gruppo di disperati (si stima che siano circa

6.000) che non possono rientrare in Rwanda e sopravvivono taglieggiando, in tutti i modi, la popolazione locale.

Nel gennaio di quest'anno l'esercito governativo, con la collaborazione dei caschi blu delle Nazioni Unite, ha iniziato una campagna militare contro l'Fdlr. Una campagna che non ha raggiunto risultati significativi ma ha costretto più di 160.000 persone a fuggire dalle loro case. Il 15 agosto scorso il governo di Kinshasa ha annunciato la fine di questa campagna dichiarando che la sua priorità è «la ricostruzione del paese».

Ciò ha provocato l'irritazione del governo di Kigali che, ancora una volta, ha minacciato di invadere il Kivu per risolvere il problema una volta per tutte. All'inizio di quest'anno Laurent Nkunda ha accettato di integrare le sue truppe nell'esercito nazionale. Una mossa di facciata che non ha cambiato una virgola nel suo comportamento da signore della guerra con poteri assoluti nell'area che controlla. Pare che, nelle ultime settimane, le milizie di Nkunda abbiano intensificato le loro azioni "militari" contro l'Fdlr. Il risultato sono le migliaia di disperati che fuggono verso l'Uganda.

Jean-Marie Guehenno, che dirige le operazioni di pace delle Nazioni Unite, ha definito Laurent Nkunda come «la più grave minaccia alla stabilità della Rdc». L'ostilità contro i Tutsi, nella Rdc (e in molti paesi vicini) è diffusa, forte e crescente. Le azioni di figure della risma di Laurent Nkunda la alimentano. Tutti i segni suggeriscono che la crisi nel Kivu potrà solo aggravarsi nei prossimi mesi. Le conseguenze potrebbero, ancora una volta, essere devastanti e per il paese e per la Regione. Apparentemente consapevoli di tutto ciò, alla fine di agosto, rappresentanti dei paesi della Regione dei Grandi Laghi (Burundi, Kenya, Rdc, Rwanda, Tanzania, Uganda) si sono incontrati a Kigali per concordare azioni congiunte contro le varie milizie attive nel Kivu.

Mentre scriviamo l'incontro è in corso. Azzardiamo una previsione: non ne uscirà alcuna azione concreta.

## Somalia

**Il primo presidente somalo è morto. Le speranze di pace anche**



L'8 giugno scorso, ignorato dai più, è morto, in un ospedale di Nairobi, Aden Abdullahi Osman. In pochi conoscevano il nome di questo fragile vecchio di 99 anni. Osman, dopo essersi battuto per la sua indipendenza, negli anni '50 del secolo scorso, era diventato presidente della Somalia nel 1960, quando l'ex Somalia italiana e l'ex *Somaliland* britannico si unificarono. Nel 1967 si svolsero le ultime elezioni democratiche in terra somala. Osman venne sconfitto e cedette il potere senza recriminazioni e senza creare problemi di sorta. Tutto normale, al di fuori dell'Africa. In Africa, Osman è stato il primo capo di Stato a lasciare il potere in modo incruento. Per decenni è rimasto l'unico. Questo gesto rispettoso delle regole democratiche gli assicura un posto nella storia del continente. Anche se, a giudicare dal silenzio che ha circondato il suo esilio e la sua morte, si tratta di un posto molto piccolo.

Due anni dopo le elezioni che avevano sancito l'uscita di scena di Osman, Siad Barre si impadronì del potere con un colpo di Stato e lo mantenne fino al 1991, quando fu sconfitto e messo in fuga da un'improbabile coalizione di forze ribelli. Forze che, venuto meno il collante del nemico comune, si frammentarono in una miriade di signori della guerra che fecero piombare il paese in un baratro di violenza del quale,

tuttora, non si vede la fine. Il 15 luglio scorso l'attuale presidente somalo, Yussuf Abdullahi, internazionalmente riconosciuto ma privo di potere effettivo, ha aperto l'ennesima conferenza di pace somala. Erano stati invitati più di 1.000 "anziani" di vari *clan*. La conferenza, preceduta da numerosi attentati, è stata rimandata per scarsa partecipazione. Quando, finalmente, ha avuto luogo, boicottata e ignorata, si è rivelata una perdita di tempo. Come tante altre che l'hanno preceduta. Il governo di transizione è "fortemente influenzato" dal *clan* dei Darod, al quale appartiene anche il presidente. Il clan degli Hawiyé, e quelli minori a esso vicini, vede minacciata la sua tradizionale supremazia.

Sono i problemi di sempre che affliggono la Somalia e alimentano la guerra. E nuovi fattori peggiorano la situazione. Da quando, fra dicembre 2006 e gennaio 2007, truppe etiopi hanno scacciato l'Unione delle Corti Islamiche (Uci), che si era impadronita di Mogadiscio e di quasi tutto il sud del paese, si è assistito a una sorta di "iraquizzazione" della Somalia, con attentati e scontri armati all'ordine del giorno sia a Mogadiscio sia in altre città. Gli *Shabab*, una milizia legata all'Uci, adottano tecniche simili a quelle di Al-Qaeda, con cellule indipendenti di circa 20-30 persone. Attentati suicidi (come quello contro l'abitazione del Primo ministro, agli inizi di giugno), prima sconosciuti in Somalia, sono ora sempre più comuni. Attentati alla bomba in aree frequentate da civili sono ancora più comuni. L'ultimo in ordine di tempo, il 25 agosto scorso, ha ucciso due bambini e ferito una decina di altre persone. È sempre più importante il ruolo giocato da paesi terzi sul suolo somalo. Come si è detto, l'Etiopia, ispirata e appoggiata dagli Stati Uniti, ha sostenuto e sostiene, in chiave anti islamica, il presidente Yussuf e il suo governo. Quasi "automaticamente", l'Eritrea sostiene l'Uci o quello che ne rimane. In un rapporto reso noto il 27 luglio scorso, il

"*Monitoring Group on Somalia*" delle Nazioni Unite afferma che l'Eritrea ha fornito ingenti quantitativi di armi agli *Shabab*. Il *Monitoring Group* aggiunge che, in Somalia, circolano più armi oggi di quante non se ne siano mai viste dal 1991. In varie operazioni militari eseguite da truppe etiopi con appoggio aereo americano, sono stati uccisi o catturati numerosi "combattenti" stranieri, fra i quali cittadini americani, pakistani, svedesi e yemeniti. Il 12 agosto scorso *Human Rights Watch* (Hrw) ha pubblicato un rapporto nel quale accusa tutte le parti in causa di crimini di guerra. Secondo tale rapporto sono le truppe etiopi a commettere i peggiori abusi. Il governo di Addis Abeba ha accusato Hrw di «raccontare favole, come suo solito». Le 400.000 persone che sono fuggite da Mogadiscio negli ultimi quattro mesi confermano le "favole" raccontate da Hrw.

L'Unione Africana (Ua) ha tentato di mettere in piedi una missione di pace con ben scarsi risultati.

Dei circa 8.000 uomini previsti, solamente 1.500 (tutti ugandesi) sono a Mogadiscio. Altri paesi africani (Burundi, Ghana, Nigeria) si sono detti disponibili a inviare truppe ma, fino a ora, non sono state trovate le risorse finanziarie e logistiche necessarie a inviarle e mantenerle *in loco*. Agli inizi di agosto il governo burundese ha rinviato, per la seconda volta, la partenza per Mogadiscio di 2.000 uomini e ha manifestato la propria frustrazione per il mancato arrivo di aiuti promessi da Francia e Stati Uniti che avrebbero dovuto rendere tale partenza possibile. Alla fine di giugno il Primo ministro somalo, Mohamed Gedi, ha chiesto che la "forza" dell'Ua venga sostituita da una inviata dalle Nazioni Unite. Il 20 agosto il Consiglio di sicurezza ha chiesto al Segretario generale di "sviluppare piani" per un possibile dispiego di truppe delle Nazioni Unite in Somalia.

La tragedia somala ha assunto i suoi toni più cupi da quando è iniziata, 16 anni fa. Tutto lascia pensare che le cose possano solo peggiorare.

# FOCUS

## Sierra Leone Finalmente un po' di giustizia, ma i problemi restano enormi e i rischi anche



### LE ORIGINI: UN MATRIMONIO FELICE FRA FILANTROPIA, RAZZISMO E COMMERCIO

La Sierra Leone nacque verso la fine del XVIII secolo grazie agli sforzi congiunti di filantropi, razzisti e commercianti. Nella primavera del 1787, 411 schiavi "liberati" da famiglie britanniche, con tende, viveri e attrezzi agricoli, vennero sbarcati sulla costa occidentale dell'Africa, dove fondarono un insediamento autogovernante al quale venne dato il ben augurale nome di *Freetown* (Città Libera). Questi neri non avevano mai visto l'Africa e non era detto che, da ex schiavi, possedessero le qualità necessarie a far fiorire un simile insediamento. Poco importava. I razzisti erano felici di liberarsi di loro, i filantropi erano orgogliosi di questa loro romantica trovata e i commercianti speravano in futuri guadagni.

Gli ex schiavi furono decimati in meno di due anni dalle malattie e dal gruppo etnico maggioritario nella zona, quello dei Temne. I Temne non erano razzisti e per loro gli intrusi erano intrusi, indipendentemente dal colore della pelle. I filantropi e i commercianti londinesi, non rassegnati, fondarono una compagnia commer-

ciale, la "*Sierra Leone Company*" e, nel 1800, inviarono altri ex schiavi perché coltivassero cotone e caffè e perché commerciassero con i Temne. Cotone e caffè attecchirono, ma con i Temne era più facile combattere che commerciare. Per evitare che tutto finisse nel nulla, il governo inglese subentrò alla compagnia commerciale e, nel 1808, trasformò questo insediamento in una vera e propria colonia. Nel corso del 1800 gli inglesi vi sbarcarono migliaia di ex schiavi. Nella maggior parte dei casi si trattava di discendenti di Ashanti, Yoruba e Ibo, provenienti dai territori degli attuali Ghana e Nigeria. C'erano, però, anche più di 500 ex schiavi ribelli provenienti dalla Jamaica. Nel 1807 l'Inghilterra abolì la tratta degli schiavi. Navi inglesi presero a pattugliare le acque dell'Africa Occidentale catturando numerose navi negriere e "liberandone" il carico umano. L'insediamento di Freetown divenne un "centro di riabilitazione" per migliaia di africani liberati in simili circostanze. Lentamente, tutti questi affrancati riuscirono a organizzarsi e a divenire una comunità dedita, più che altro, ad attività commerciali. Sotto la guida di numerosi missionari, si formò una classe di africani sradicati, di religione cristiana (almeno nominalmente) che parlava kriol e inglese e che, sempre di più, si distingueva dalle popolazioni autoctone che vivevano più all'interno. Nel corso del XIX secolo il numero dei bianchi residenti in questo territorio rimase limitato. La pubblica amministrazione inglese, pertanto, impiegò numerosi ex schiavi, comunemente definiti "creoli". Verso la fine del secolo gli inglesi residenti nella colonia aumentarono e questo portò a una emargina-

zione dei creoli. Emarginazione aggravata da nuove leggi che favorivano l'istruzione e l'integrazione delle popolazioni dell'interno.

### INDIPENDENZA, COLPI DI STATO E GUERRA CIVILE

La Sierra Leone divenne indipendente il 27 aprile 1961. Nel 1967 iniziò quella che doveva diventare una lunga serie di colpi di Stato. Nel giro di pochi mesi ce ne furono tre: il primo esautorò l'allora Primo ministro Siaka Stevens, il secondo esautorò l'autore del primo e il terzo reinsediò Siaka Stevens. Nel 1985 Stevens, vecchio e malato, si ritirò e fu sostituito dal generale Joseph Momoh. Nel 1989 Charles Taylor iniziò la guerra civile nella confinante Liberia e due anni dopo accese le polveri di quella in Sierra Leone, armando e appoggiando il *Revolutionary United Front* (Ruf) guidato dal caporale Foday Sankoh. Il governo centrale era sicuramente corrotto e inefficiente, ma i ribelli, guidati da uno psicopatico, non erano mossi da alti ideali. L'estrazione e il commercio dei diamanti erano il motore principe della guerra innescata da Taylor. Libertà di saccheggio e stupro e ubriacatura da violenza indiscriminata e amministrata "a piacere" ne erano il carburante. Gli atti più spietati erano, spesso, compiuti da bambini reclutati a forza e trasformati, con ogni sorta di violenza, fisica e psicologica, in macchine per torturare e uccidere.

Nel 1992, con un colpo di Stato, Valentine Strasser prese il posto di Joseph Momoh. Nel 1996 Strasser venne esautorato dal Brigadiere Julius Maada Bio che permise lo svolgersi di elezioni e passò il potere al vincitore, Ahmed Tejan Kabbah. Kabbah

stesso fu esautorato da un golpe nel maggio del 1997. Riuscì a fuggire in Guinea. Il potere fu preso dal maggiore Johnny Paul Koroma che formò l'Afrc (*Armed Forces Revolutionary Council*).

Dal momento che le forze fedeli a Kabbah continuavano a combattere, Koroma si alleò al Ruf i cui uomini così poterono entrare a Freetown. Per la popolazione della capitale iniziarono mesi di terrore, insanguinati da atrocità tanto numerose quanto efferate: torture infami, stupri di gruppo, mutilazioni di adulti e bambini, uccisioni indiscriminate.

Dopo sanguinosi combattimenti, Koroma fu cacciato dall'Ecomog (*Ecomog Monitoring Group*), la forza messa in campo dalla Nigeria attraverso l'Ecowas (*Economic Community of West African States*). Il 10 marzo 1998 Kabbah fu reinsediato alla presidenza. Alla cerimonia di "re-investitura", presenziarono, fra gli altri, gli allora capi di Stato di Nigeria e Niger, il generale Sani Abacha e il generale Ibrahim Barré Mainassara. Il primo era titolare di una feroce dittatura militare. Il secondo era salito al soglio presidenziale dopo elezioni palesemente truccate che lui stesso aveva organizzato dopo aver preso il potere con un colpo di Stato.

La presenza di simili figure aveva un che di sinistro, oltre che di tristemente ironico. Abacha morì nel giugno di quello stesso anno, stroncato da una crisi cardiaca fra le braccia di tre prostitute indiane. Mainassara fu ucciso dalla sua guardia del corpo il 9 aprile del 1999.

### L'INTERVENTO INGLESE E LA FINE DELLA GUERRA

La guerra continuò diventando, se possibile, anche più feroce. Nel settembre del 1998 Foday Sankoh venne estradato dalla Nigeria e venne processato per alto tradimento e crimini contro l'umanità. Fu riconosciuto colpevole e condannato a morte. Il Ruf, però, non era finito. Nel gennaio del 1999 attaccò la capitale mettendo a dura prova le truppe dell'Ecomog. Sotto la pressione di Inghilterra e Stati Uniti, furono aperte trattative fra governo e ribelli. Sankoh fu scarce-

rato e si aprì un avvilente negoziato. Alla fine, nel luglio del 1999 i macellai-ribelli ottennero quattro ministeri e quattro viceministeri. Foday Sankoh, con "poteri e prerogative simili a quelle di un vicepresidente", fu anche nominato presidente di una Commissione governativa per l'amministrazione delle miniere. In più, una amnistia generale annullava, di colpo, tutte le efferatezze perpetrate nel corso degli otto anni di guerra.

Un minimo di intelligenza critica sarebbe bastato per prevedere che tale accordo non avrebbe retto. Un minimo di pudore avrebbe raccomandato, almeno, di non esaltare un simile deprimente balletto alla fine del quale guitti sporchi di sangue erano stati premiati con ministeri, privilegi e amnistie.

Ma, pochi giorni dopo, dal 12 al 14 luglio, si svolse, ad Algeri, il trentacinquesimo *summit* dell'Organizzazione dell'Unità africana. In quell'occasione, l'allora Segretario generale delle Nazioni Unite, Kofi Annan, definì l'accordo di Lomé un "trionfo africano". Non ci sentiamo di commentare questa enormità.

Nel novembre del 1999 arrivarono in Sierra Leone le prime truppe della forza di pace delle Nazioni Unite, l'Unmsil (*United Nations Mission in Sierra Leone*). Vari gruppi armati, più o meno legati al Ruf, continuarono a combattere e attaccarono anche l'Unmsil. Il paese, di nuovo, piombò nel caos. Nel maggio del 2000 i ribelli catturarono numerosi uomini dell'Unmsil. Caotici combattimenti ebbero luogo in tutto il paese e, specialmente, nella capitale. La casa di Foday Sankoh a Freetown venne distrutta e il capo ribelle tornò in carcere. Nell'agosto, un gruppo che si faceva chiamare "*West Side Boys*", formato da ex elementi del Ruf, dell'Afrc e da membri di altri gruppi, catturò 11 militari inglesi. Fu un errore. Un battaglione di circa 800 militari inglesi liberò gli ostaggi e sbaragliò i "ribelli".

La fine della guerra fu proclamata ufficialmente nel gennaio del 2002. In un decennio, circa 50.000 persone erano state uccise, migliaia di adulti e bambini torturati e mutilati.

### LA CORTE SPECIALE PER LA SIERRA LEONE

Nel 2002 governo e Nazioni Unite formarono la Corte speciale per la Sierra Leone (Cssl), un tribunale "misto", formato da giuristi nazionali e internazionali, con il titanico compito di investigare i numerosissimi crimini compiuti durante la guerra e processare i colpevoli. La composizione mista e il riferimento sia alla legislazione internazionale che a quella nazionale sierraleonese fanno della Cssl un tribunale *sui generis*, diverso da quelli che lo hanno preceduto dopo altri conflitti, per esempio, nell'ex Jugoslavia e in Rwanda, e più simile a quello allestito in Cambogia per giudicare i crimini dei Khmer Rossi. Quest'ultimo, pur essendo sostenuto e finanziato dalle Nazioni Unite, è costituito quasi completamente da giuristi cambogiani; ed è per questo, probabilmente, che è caratterizzato da una lentezza insolita anche per questo tipo di tribunali, che non brillano certo per celerità ed efficienza.

### LA MORTE SOTTRAE ALLA GIUSTIZIA ALCUNI IMPUTATI ECCELLENTE

Le prime udienze di fronte alla Cssl iniziarono nel giugno del 2004. Gli accusati erano 13. Fra di loro, spiccavano Foday Sankoh e il suo vice, Sam Bockarie. Nessuno di questi due importanti processi ha potuto avere luogo perché sia Sankoh che Bockarie sono prematuramente morti in carcere. Fra gli accusati di crimini di guerra figurava anche Sam Hinga Norman, ex capo della Cdf (*Civil Defence Force*) ed ex ministro della Difesa. La Cdf era costituita dai cosiddetti Kamajor, o "cacciatori tradizionali" che, in molte aree rurali, combatterono sia contro i ribelli che contro sezioni dell'esercito governativo (dei vari governi succedutisi nel corso della guerra) che contro i "sobels". Il termine "sobels" deriva dalla sintesi di due parole: "*soldier*" e "*rebel*". Si trattava di individui seriamente impegnati nel saccheggio del paese e nelle atrocità contro la popolazione, individui che erano "soldati", o "ribelli", a seconda delle circostanze. Un segno della confusione che regnava e del fatto che la guerra non



era combattuta per una qualsivoglia "idea" ma, esclusivamente, per i diamanti di cui la Sierra Leone è, disgraziatamente, molto ricca. Hinga Norman era considerato un eroe da molti sierraleonesi e il suo arresto aveva provocato sia scalpore sia controversie. Anche Norman è morto in carcere, in attesa di giudizio, all'inizio del 2007. Altro accusato di spicco è, o meglio era, Johnny Paul Koroma che, alla testa dell'Afrc, spodestò Tejjan Kabbah nel 1997 e, praticamente, consegnò Freetown nelle mani dei sanguinari macellai del Ruf di Foday Sankoh. Koroma è latitante da tempo e sono in molti a crederlo morto.

### IL PROCESSO ALL'EX PRESIDENTE LIBERIANO CHARLES TAYLOR

Nel 2003 fu emesso un mandato di cattura anche per l'ex presidente liberiano Charles Taylor. Catturato dopo una rocambolesca fuga dal suo esilio a Calabar, in Nigeria, Taylor è stato estradato all'Aia, dove il suo processo è iniziato il 4 giugno scorso. Il processo non è condotto dalla Corte criminale internazionale dell'Aia, ma dalla Corte speciale per la Sierra Leone. Questo trasferimento è stato effettuato per motivi di sicurezza: processare Taylor a Freetown era giudicato pericoloso. Taylor deve rispondere di 11 accuse di crimini di guerra e crimini contro l'umanità per l'appoggio da lui dato al Ruf. Le accuse includono atti di terrorismo, omicidio, violenza sessuale, tortura, schiavismo, utilizzo di bambini soldato e saccheggio. Alla sua prima apparizione di fronte alla Cssl, a Freetown, prima del trasferimento all'Aia, Taylor si è dichiarato "non colpevole" rispetto a tutte le 11 accuse. Qualora venga riconosciuto colpevole e condannato, sconterà la sua pena in Inghilterra. Il processo è già stato aggiornato tre volte: la prima al 3 luglio, la seconda al 20 agosto e la terza al 7 gennaio 2008. Il motivo principale è di permettere all'avvocato difensore di Taylor, Courtney Griffiths, di «preparare adeguatamente la difesa dell'imputato». Inoltre, Taylor sostiene di avere il diritto a un *team* di difesa nutrito tanto quanto quello del-

l'accusa. Se questo non avvenisse, sostiene l'ex presidente, i suoi "diritti" verrebbero gravemente violati. Taylor sostiene di non avere denaro e le sue spese sono sostenute dalla Cssl. In realtà, dopo anni di traffici illeciti, di denaro ne ha molto, ma nella sua "critica" posizione attuale, gli è difficile accedervi. Questo processo, il primo a un ex capo di Stato africano, riveste una notevole importanza simbolica. È presieduto da una donna, il giudice Julia Sebutinde, una brillante, rispettata e controversa giurista ugandese.

### I PRIMI VERDETTI DELLA CORTE SPECIALE

Il 20 giugno scorso la Cssl ha emesso i suoi primi verdetti.

Tre ex membri dell'Afrc, Alex Tamba Brima, Santigie Borbor Kanu e Brima Kamara, sono stati riconosciuti colpevoli di 11 dei 14 capi di accusa mossi contro di loro. Il 19 luglio sono state emesse le sentenze: Tamba Brima e Borbor Kanu sono stati condannati a 50 anni di prigione ciascuno e Brima Kamara è stato condannato a 45 anni di prigione. Uno dei crimini per i quali i tre sono stati giudicati colpevoli è il reclutamento forzato di bambini.

Varie organizzazioni per la difesa dei diritti umani, fra le quali *Human Rights Watch* e *The Coalition to stop the use of Child Soldiers*, hanno espresso soddisfazione osservando che questa è la prima volta che una corte internazionale emette un giudizio di colpevolezza per il reclutamento di bambini. Si stima che siano fra 10.000 e 30.000 i bambini al di sotto dei 18 anni costretti a combattere, negli 11 anni di guerra, o coi ribelli o con l'esercito (la Cssl considera solamente i casi di bambini al di sotto dei 15 anni).

### MEGLIO CRIMINALI DI GUERRA A L'AIA CHE LADRI DI POLLI IN SIERRA LEONE

Alex Tamba Brima, Santigie Borbor Kanu e Brima Kamara hanno il diritto di appellarsi contro le condanne emesse il 19 luglio nei loro confronti. Se queste verranno confermate, questi tre macellai sconteranno le loro

pene in un qualche carcere europeo, con le garanzie e i privilegi previsti dalle Nazioni Unite.

Negli stessi giorni in cui, a l'Aia, si svolgevano le prime udienze del processo a Taylor, un inviato delle Nazioni Unite in Sierra Leone, Victor Angelo, ha reso pubblico un suo rapporto sulle carceri sierraleonesi. Il rapporto, intitolato "Behind walls: an inventory and assessment of prisons in Sierra Leone", offre una fotografia terribile delle condizioni dei prigionieri, costretti in spazi ridottissimi, con poca luce e meno aria, condizioni igieniche spaventose, cibo insufficiente, sovraffollamento, violenza diffusa. Numerosissimi prigionieri sono in carcere da più di due anni e non sono ancora stati ufficialmente accusati di niente. Fra questi, molti bambini. È difficile non pensare al contrasto fra le condizioni dei carcerati sierraleonesi e quelle del prigioniero Charles Taylor. Il secondo se ne sta nella sua linda cella singola, dotata di elettricità ed acqua corrente, televisore, accesso a giornali. Presto, avrà un *team* di avvocati difensori. Il 90% dei carcerati intervistati nelle 13 carceri sierraleonesi non ha mai avuto e mai avrà un avvocato. Molti di questi anonimi carcerati, fra i quali molti sono ladri di polli, sono in carcere anche per le condizioni disperate in cui si sono trovati, in un paese devastato da 11 anni di guerra. Una guerra istigata e fomentata dal prigioniero Charles Taylor. Il cui processo, secondo le stime della Cssl, costerà circa 90 milioni di dollari. Questi sono, sicuramente, paragoni oziosi. Ma non riusciamo a evitarli.

### 11 AGOSTO 2007: ELEZIONI PRESIDENZIALI E PARLAMENTARI SENZA LE NAZIONI UNITE

Elezioni presidenziali e parlamentari, rimandate due volte, si sono svolte l'11 agosto scorso. Stando alla Costituzione, l'attuale presidente, Ahmed Tejjan Kabbah, al potere, non senza problemi (come riportato più sopra) dal 1996, non poteva presentarsi per un ulteriore mandato. Il suo partito, l'Slpp (*Sierra Leone People's Party*)

che deteneva la maggioranza in parlamento, aveva indicato nel vicepresidente, Solomon Ekuma Berewa, e nel ministro degli Affari Esteri e della Cooperazione, Alhaji Momodou Koroma, i suoi candidati, rispettivamente, alla presidenza e alla vicepresidenza. Questa designazione aveva provocato l'alienazione di Charles Margai che ha lasciato l'Slpp per fondare il Pmdc (People's Movement for Democratic Change) e candidarsi alla presidenza alla guida di questa nuova formazione. Charles Margai è il nipote del primo capo di governo sierraleonese e figlio del secondo (Albert e Milton Margai). Il terzo partito con possibilità di successo era l'Apc (*All People's Congress*), già partito unico al tempo di Siaka Stevens e attualmente guidato da Ernest Bai Koroma, suo candidato presidenziale. Oltre ai tre candidati di cui sopra, altri quattro, con ben scarse possibilità di vittoria, si sono contesi la presidenza. I candidati ai 112 seggi parlamentari elettivi erano 562. Dei circa cinque milioni di abitanti, 2.600.000 si erano fatti registrare per partecipare al voto. Queste elezioni sono state le prime, dalla fine della guerra, organizzate autonomamente. Le ultime, nel 2002, furono organizzate dalle Nazioni Unite. Allora, Tejjan Kabbah fu eletto con oltre il 70% dei voti e il suo partito, l'Slpp, ottenne 83 dei 112 seggi parlamentari. L'11 agosto, secondo gli osservatori nazionali e internazionali, tutto si è svolto senza problemi e le

elezioni hanno ottenuto la loro patente di legittimità, essendo state definite "libere e corrette". Il vecchio partito unico, l'Apc, è risultato chiaro vincitore. Non solo ha ottenuto 59 dei 112 seggi parlamentari, ma il suo candidato presidenziale, Ernest Bai Koroma, ha ottenuto il 44% dei voti. L'Slpp, la cui immagine è stata macchiata da accuse (ben giustificate) di corruzione e malgestione, ha ottenuto 43 seggi e il suo candidato presidenziale, Solomon Berewa, ha ottenuto il 38% dei voti. Bai Koroma e Berewa dovranno affrontarsi di nuovo in un secondo turno previsto per il 6 settembre. Charles Margai, che ha ottenuto il 14% dei voti, ha dichiarato che, per il secondo turno, appoggerà Bai Koroma. È probabile che questa decisione, anche se non ancora ratificata dal suo partito, risulterà determinante e che Bai Koroma sarà il prossimo presidente della Sierra Leone. La storia dell'Apc non è certo immacolata, ma l'Slpp ha sprecato l'occasione avuta, in dieci anni di potere, per guarire i vecchi mali del paese. O, almeno, per dare l'impressione di provare a farlo. C'è voglia di "nuovo" e questo "nuovo" pare sia rappresentato dal "vecchio" di cui molti si sono scordati e che molti elettori, troppo giovani, non hanno nemmeno conosciuto.

#### **CHIUNQUE VINCA, AVRÀ UN COMPITO ARDUO**

Chiunque vinca, comunque, avrà il difficile compito di consolidare la pa-

ce attraverso buon governo, crescita economica ed equa distribuzione delle risorse. La disoccupazione è elevata, la povertà anche e, secondo molti, queste sono fra le cause principali che portarono alla guerra nel 2001. Nell'ultimo Rapporto delle Nazioni Unite sullo Sviluppo Umano, la Sierra Leone occupa il penultimo posto (il centosettantaseiesimo, su 177 paesi studiati; all'ultimo posto si trova il Niger, mentre l'Italia è al diciassettesimo posto). L'aspettativa di vita alla nascita è di 41 anni, il tasso di alfabetizzazione fra gli adulti è del 35%; secondo l'Unicef, il tasso di mortalità dei bambini al di sotto di un anno è di 165/1.000 nati vivi, quello dei bambini al di sotto dei cinque anni di 282/1.000 nati vivi e quello di mortalità materna di 1.800/100.000 nati vivi. Secondo la Banca mondiale, il 57% dei circa 5.300.000 abitanti della Sierra Leone vive con meno di un dollaro al giorno e il 74,5% vive con meno di due dollari al giorno. Il paese è ricco in diamanti (il cui controllo è stato fra le cause principali della guerra), legname e ha sbocco al mare. La guerra ne ha ipotecato il futuro per decenni a venire. Il compito è arduo, ma non impossibile. Un buon esempio viene dalla vicina Liberia, dove il governo della presidentessa Ellen Johnson Sirleaf, pur senza fare miracoli (compito che non spetta ai politici) pare sia riuscito a guadagnare rispetto e credibilità, anche se i progressi sono, inevitabilmente, lenti e difficili.

# OSSERVATORIO

## Il punto sulla terapia antimalarica

di **Giampietro Pellizzer\***

A metà del cammino del “Mdg” (*Millennium Development Goal*), la segreteria del *Roll Back Malaria Partnership* ha ritenuto utile ricordare che la lotta contro la malaria è una delle componenti principali per il raggiungimento di sei degli otto Obiettivi del Mdg e invita la Comunità internazionale a impegnarsi con maggiori risorse e iniziative nella lotta contro questa devastante malattia.

Parlare di farmaci antimalarici oggi significa considerare e analizzare la problematica della malaria globalmente, in tutti le sue componenti. Il trattamento del singolo caso di malaria non dipende solo dall'efficacia del farmaco usato, ma anche da una complessa serie di variabili, alcune delle quali sono, ad. es. il costo del farmaco, la sua distribuzione, il controllo della qualità e, non da ultima, la “fiducia” nel sistema sanitario da parte della popolazione.

Spesso, infatti, l'esito dell'infezione malarica in un bambino, o in una gravida, ha poco a che fare con il fatto che la malaria è una malattia curabile, ma ha molto a che fare con l'economia, l'economia della povertà e, soprattutto, con l'economia dei farmaci antimalarici<sup>1</sup>.

Tutte le volte che si approfondisce il problema della malaria e dei farmaci antimalarici, è utile tenere in mente alcune considerazioni:

1. Il trattamento tempestivo del singolo caso di malaria con farmaci efficaci rimane uno degli strumenti di controllo e lotta alla malaria più importanti.
2. La resistenza agli antimalarici più

comuni (es. cloroquina) richiede l'impiego di farmaci efficaci alternativi la cui caratteristica principale è di costare di più.

3. In Africa, la maggior parte dei trattamenti antimalarici sono autotrattamenti con farmaci acquistati dal mercato privato.
4. La malaria è malattia prevalentemente rurale, delle popolazioni povere e svantaggiate.
5. I sistemi sanitari di questi paesi sono cronicamente deboli, non capaci di far fronte in modo efficace alla sfida quotidiana di questa malattia.
6. Qualsiasi intervento di lotta alla malaria è destinato a fallire se contemporaneamente non viene messo mano al problema della povertà e non viene rafforzato il sistema sanitario di questi paesi.

Scopo di questo breve articolo è di provare a fare il punto sulla farmaco-resistenza degli antimalarici, sugli indirizzi di trattamento della malaria basata sulle combinazioni di farmaci e sullo scenario soprattutto finanziario ed economico che i trattamenti basati sulle combinazioni, unica soluzione razionale all'avanzare della farmaco-resistenza, hanno sollevato

da alcuni anni sia all'interno di ciascun paese sia nella comunità internazionale.

### TERAPIA PRECOCE ED EFFICACE

La malaria costituisce una delle più gravi minacce alla vita umana nei paesi tropicali. La malaria può portare a morte un bambino nel giro di 24 ore. Si stima che annualmente ci siano 300-500 mila casi di malaria e più di 1 milione di morti. La letalità della malaria è quasi interamente da attribuire alla infezione da *P. falciparum*. I bambini sotto i cinque anni e le donne in gravidanza ne sono maggiormente colpiti. L'Africa sub-Sahariana contribuisce per oltre l'80% di tutti i casi di malaria e di morte per malaria nel mondo.

Il trattamento precoce con farmaci efficaci, oltre a curare la malaria, e quindi a diminuirne mortalità e morbidità, è uno dei componenti fondamentali della strategia globale per il controllo della malaria<sup>2</sup> e, probabilmente, ancora per molti anni a venire continuerà a esserne il principale strumento disponibile in Africa, almeno fino a quando non sarà disponibile un vaccino efficace.

\* Medici con l'Africa Cuamm

Diversamente dalla tubercolosi e dalla malattia da Hiv, la malaria non complicata, che rappresenta la maggioranza dei casi, può essere curata rapidamente, ambulatorialmente e con costi relativamente bassi. Diversamente dalla infezione Hiv e dalla tubercolosi, la malaria è una malattia ampiamente autodiagnosticata, auto-trattata e "autofinanziata".

**Malaria auto-diagnosticata.** La febbre è sintomo molto frequente e molto sensibile di infezione, ma con basso valore predittivo per infezione malarica. È largamente riconosciuto che nelle aree endemiche per malaria la maggioranza degli episodi di febbre vengono attribuiti dalla popolazione, ma anche dal personale sanitario, alla infezione malarica con conseguente esposizione a trattamenti e costi non necessari. È tuttavia impossibile immaginare trattamenti mirati poiché non ci sono mezzi diagnostici disponibili adeguati al contesto, prevalentemente rurale e povero, anche se tentativi di trovare una soluzione al problema della diagnosi sul campo sono in corso.

**Malaria auto-trattata.** In media il 75% dei casi di malaria in Africa è auto-trattato<sup>3</sup>. I farmaci sono acquistati dal mercato privato convenzionale (farmacie autorizzate, nelle aree urbanizzate) ma soprattutto non convenzionale (venditori al dettaglio e negozianti non ufficiali, nelle aree rurali), direttamente dai pazienti o loro parenti, e usati senza la supervisione del personale sanitario<sup>4</sup>. Dall'altra parte, il settore di distribuzione pubblico è rappresentato in gran parte dal dispensario, o altro centro sanitario periferico di prima consultazione, che spesso è lontano dal proprio domicilio e, altrettanto spesso, ha una precaria disponibilità di antimalarici<sup>5</sup>. Nel 2003, *The Africa Malaria Report 2003*<sup>6</sup> riportava che il 46% dei bambini sotto i cinque anni con febbre veniva trattato con antimalarico in dispensario, il 44% a domicilio e il 10% tra domicilio e dispensario. Non ci sono ragioni per credere che oggi la situazione sia molto cambiata. In realtà, i canali di distribuzione dei farmaci sono ripartiti diversamente tra pubblico e privato nei vari paesi

africani, come rilevato da un recente studio<sup>7</sup>, in cui, per es., il settore pubblico in Rwanda contribuisce alla distribuzione degli antimalarici per il 98%, mentre in Tanzania questo rappresenta appena il 33%.

**Malaria autofinanziata.** Tre sono i principali canali di finanziamento della spesa sanitaria nei paesi africani: il 19% proviene dal governo, il 39% circa dai donatori, il rimanente 42% grava sui singoli cittadini e le loro famiglie<sup>6</sup>.

Per quanto riguarda i costi della malaria, uno studio effettuato in Tanzania<sup>6</sup> ha rilevato che oltre il 70% dei costi del trattamento e controllo della malaria ricade sulle finanze della famiglia che, se povera, possono rappresentare fino al 27% di tutto il suo *budget* annuale. E in una famiglia africana media che vive in zona endemica, è verosimile che i casi di malaria siano più di uno all'anno. Del rimanente 30% dei costi, il 20% è risultato a carico dello Stato, e solo il 9% è attribuito ai donatori.

In sintesi, la portata della malattia e la forte prevalenza del settore privato, di fatto fonte primaria degli antimalarici direttamente pagati dalle famiglie africane, pongono il trattamento della malaria su un piano diverso da ogni altro programma sanitario, quale ad es. le vaccinazioni, la Ors, il *family planning* e altri ancora; e queste sono le sfide che deve affrontare un paese quando è nella necessità di introdurre nuovi farmaci per il trattamento antimalarico di prima o seconda linea.

#### LA RESISTENZA AGLI ANTIMALARICI

Uno dei maggiori ostacoli al controllo della malaria nei paesi endemici è la resistenza ai farmaci antimalarici. La resistenza non riguarda tutte le specie di plasmodi della malaria. Infatti, *P. vivax*, *P. ovale* e *P. malariae* pur rimanendo un importante problema di sanità pubblica, sono ancora sensibili alla cloroquina (fanno eccezioni alcuni ceppi di *P. vivax* in Papua New Guinea e altre aree circoscritte del Sud-Est asiatico), e raramente sono causa di morte. Mentre la principale causa del progressivo e silenzioso peggioramento degli indici di morbi-

lità e mortalità per malaria verificatisi nel corso degli ultimi due-tre decenni, specialmente in Africa sub-Sahariana, è dovuta alla diffusa resistenza del *P. falciparum* alla cloroquina, a cui si è aggiunta più recentemente la resistenza altrettanto rapida e diffusa alla sulfadoxina-pirimetamina (Sp) e amodiachina, farmaci adottati da molti paesi come alternativa alla cloroquina, nella terapia di prima linea. Fino a pochi anni fa il trattamento della malaria in Africa ha significato monoterapia, larga disponibilità, costi relativamente bassi e accessibili alla popolazione. A parte l'efficacia, la cloroquina conserva ancora le sue caratteristiche di accessibilità, quanto a costi e reperibilità, e nello scenario di mercato degli antimalarici, nel 2004 è ancora la cloroquina, farmaco dichiarato non più efficace da molti anni, la terapia più frequentemente venduta (60%) seguita da Sp (30% circa), farmaco anche questo divenuto inaffidabile. Ed è sorprendente come nel 2007 le percentuali non siano affatto cambiate di molto, visto che la cloroquina detiene ancora il primato di farmaco più utilizzato (50-76%)<sup>8,9</sup>.

Nonostante la malaria severa da *P. falciparum* sia il problema maggiore in tutta l'Africa, questo è largamente, e paradossalmente, poco influenzato dalla resistenza ai farmaci antimalarici tradizionali (cloroquina, Sp, amiodachina), perché chinino e derivati della artemisinina, che sono gli unici farmaci raccomandati in caso di malaria grave, conservano pienamente la loro efficacia e affidabilità. Tuttavia, di tutti i casi di malaria solo una esigua percentuale progredisce verso forme severe e complicate che possono portare a morte. La grande maggioranza dei casi è non complicata, che se trattata con farmaci efficaci non progrediscono in forme complicate o severe.

La resistenza è la capacità del parassita di sopravvivere e moltiplicarsi anche in presenza di dosaggi appropriati di farmaco generalmente efficaci. È il risultato di mutazioni spontanee, che dipendono dal tipo di farmaco, e dal tipo (specie e ceppo) di parassita, e da fattori legati all'o-

spite (es., uso inappropriato di farmaci antimalarici, stato immunitario, etc.). Talora la resistenza a un determinato farmaco è già presente prima ancora dell'impiego dello stesso in una determinata area geografica (es. meflochina). Le modalità utilizzate per valutare la resistenza sono essenzialmente due: *in vitro*, utilizzata nella ricerca, e *in vivo*, utilizzabile nella pratica quotidiana e convenzionalmente definita da criteri clinici (in aree a elevata endemia), o parassitologici (in aree a bassa trasmissione) rilevati al 14° giorno dall'inizio del trattamento.

La percentuale di fallimento terapeutico, basata su criteri clinici o parassitologici, al trattamento di prima linea pari al 25%, in un determinato paese o zona geografica, è indicata, pur arbitrariamente, come valore soglia per cambiare il trattamento corrente con farmaci di prima linea alternativi.

L'allestimento di linee guida nazionali è un processo costoso, oltre che complesso. In Tanzania il costo del cambiamento di *policy* del trattamento della malaria nel 2000 è stato stimato di 424.000 dollari americani, nel periodo dei 18 mesi di attività correlate, pari 0,01 dollari americani *per capita* o l'1% del *budget* totale del ministero della Sanità per il 1998-1999, anni in cui tale cambiamento veniva realizzato<sup>10</sup>.

È anche vero però che le linee guida nazionali non si occupano solo del trattamento farmacologico antimalarico, anche se questo rappresenta la parte principale.

Ogni nuovo trattamento raccomandato per mantenere la sua efficacia ed essere tempestivo deve rispondere ad alcune caratteristiche fondamentali:

1. efficacia, sicurezza e accessibilità (*affordability*) del farmaco usato in prima e seconda linea;

cato, in caso di fallimento della prima linea;

3. trattamento della malaria severa;
4. trattamento dell'attacco acuto in corso di gravidanza;
5. trattamento presuntivo in gravidanza;
6. auto-trattamento;
7. trattamenti di massa (in caso di epidemie).

Nel 2003 viene estesamente e ufficialmente stabilito che la resistenza alla cloroquina nella maggior parte dei paesi sub-Sahariani, ma in modo disastroso in Africa dell'Est, aveva oltrepassato già da molti anni il valore soglia (pur arbitrario) del 25%<sup>6</sup>.

Nel corso di pochi anni vari paesi africani (il Malawi era stato tra i primi, nel 1993) hanno adottato linee di trattamento alternative, principalmente con amodiachina e SP. La prevedibile resistenza a questi nuovi farmaci usati in monoterapia è emersa rapidamente e progressivamente,

## La farmaco-resistenza del *P. falciparum* ha messo in evidenza la incapacità della popolazione povera di avere accesso tempestivamente al trattamento efficace, alternativo a cloroquina.

La farmaco-resistenza del *P. falciparum* ha messo in evidenza la incapacità della popolazione povera di avere accesso tempestivamente al trattamento efficace, alternativo a cloroquina o Sp, in caso di attacco di malaria non complicato. La incapacità vuol dire essenzialmente costi elevati: ogni nuovo trattamento sicuramente costa di più del precedente.

### LE LINEE GUIDA NAZIONALI DI TRATTAMENTO ANTIMALARICO

La farmaco-resistenza comporta inevitabilmente da parte dei singoli paesi la scelta di farmaci alternativi, e tale cambio di *policy* del trattamento si esprime con la produzione di nuove linee guida. In molti di questi paesi il processo che porta alla realizzazione e applicazione di nuove linee guida, o semplicemente alla decisione di scegliere un determinato farmaco antimalarico richiede parecchi anni prima della sua effettiva applicazione, che arriva dunque in ritardo rispetto alla veloce diffusione delle resistenze.

2. buona pratica a livello di comunità tra chi prescrive e chi dispensa il farmaco;
3. consapevolezza della popolazione dei segni clinici di pericolo della malaria e della necessità di agire in maniera appropriata;
4. politiche e meccanismi per la realizzazione e il supporto di ciascuno dei precedenti punti.

È utile anche ricordare che le categorie di trattamento antimalarico sono diverse, e per ciascuna di queste le linee guida devono indicare il farmaco appropriato, che deve in ogni caso conservare tutte le caratteristiche che ne assicurino l'efficacia e la sicurezza:

1. trattamento di prima linea dell'attacco acuto non complicato.

È questo il trattamento che ha il più grosso impatto economico e di sanità pubblica, e quello a cui si fa riferimento nella terapia della malaria, in generale.

2. Trattamento di seconda e terza linea dell'attacco acuto non compli-

anche se non in modo uniforme nei vari paesi africani.

Per questo, già nel 2001 il Who indicava nella combinazione di antimalarici il trattamento di prima linea dell'attacco acuto non complicato da raccomandare ai paesi che cambiavano la loro *policy* di trattamento, cioè allestivano nuove linee guida<sup>11</sup>. Dunque il trattamento antimalarico non è una semplice prescrizione, ma un insieme di indirizzi (*policy*), di raccomandazioni e regole che riguardano la disponibilità e l'uso razionale dei farmaci antimalarici in un dato paese; esso è parte della politica nazionale sui farmaci essenziali e del programma nazionale di controllo della malaria, e dunque in linea con gli indirizzi di politica sanitaria nazionale globale.

### LA GESTIONE DELLA MALARIA NON COMPLICATA IN AFRICA

È questo attualmente il grosso problema in un contesto di resistenza diffusa a più farmaci, dove l'adozio-

ne di farmaci alternativi sicuri e accessibili (*affordable*) deve confrontarsi con le già note caratteristiche di sicurezza e accessibilità che erano proprie della cloroquina e Sp.

A parte i requisiti *standard* di sicurezza ed efficacia che i nuovi farmaci devono avere, la sicurezza e l'efficacia misurate negli studi di registrazione non corrispondono necessariamente a quelle del "mondo reale" (*effectiveness*) in cui i farmaci vengono utilizzati. Infatti, come già detto, la maggior parte dei casi di malaria in Africa sono auto-trattati a domicilio con farmaci acquistati dal mercato privato. D'altra parte l'uso appropriato ed efficace dei farmaci nell'ambito del settore privato pre-

dose dipendente), che solo la sorveglianza (fase IV) *post-marketing* può evidenziare.

- > La sicurezza in gravidanza. In questo caso la sicurezza richiede anni prima di tentativi di valutazioni conclusive. Ma in ogni caso va tenuto conto che la donna spesso non sa di essere in gravidanza, almeno nelle sue fasi iniziali.
- > La efficacia intesa come *effectiveness*, al di fuori degli studi, nella realtà. In generale, i trattamenti brevi e semplici sono i più efficaci. Ma anche per regimi semplificati, occorre tenere presente che:
  - I. se vi sono effetti anche banali (es. prurito) la *compliance* può essere compromessa.

su quelli epatici), e nemmeno le associazioni fisse di farmaci che altrimenti non sarebbero usati singolarmente (®Fansidar, ®Lapdap, ®Malarone), che sono invece considerate funzionalmente come unico farmaco.

Le combinazioni a base di artemisinina (*Act, artemisinin combination therapy*) sono altamente efficaci, con un tasso di cura pari a quello della cloroquina di 30 anni fa. Unico punto ancora oscuro è la sicurezza durante il primo trimestre di gravidanza.

La disponibilità delle combinazioni di antimalarici non si traduce nella loro effettiva e immediata praticabilità di impiego. Nonostante il Who raccomandasse già nel 2001 l'adozione di combinazioni di antimalarici, nel

Le combinazioni a base di artemisinina (*Act, artemisinin combination therapy*) sono altamente efficaci, con un tasso di cura pari a quello della cloroquina di 30 anni fa.

suppone che paziente e negoziante posseggano alcune elementari informazioni sulla terapia, il che non è scontato.

Il farmaco antimalarico impiegato in prima linea per l'auto-trattamento, dal momento che tale è la modalità di uso più diffusa, dovrebbe rispondere a determinati requisiti.

- > La praticabilità per l'uso non supervisionato, e cioè trattamenti non oltre i 3 giorni e con singola formulazione (2 o più farmaci separati mettono a rischio la corretta somministrazione).
- > Il costo, valutato a fronte di quello della cloroquina (0,10 dollari americani) o della Sp (0,20/0,50 dollari americani), e percepito come stabile nel tempo. Il prezzo dei farmaci "sussidiati" (prezzo facilitato) rischia di aumentare se il commerciante percepisce che il sussidio viene a mancare o diminuire.
- > La stabilità della produzione, problema cruciale per i derivati della artemisia la cui disponibilità dipende dal raccolto e dai suoi determinanti (clima, incentivi ai contadini, etc.).
- > La sicurezza, non tanto per gli eventi avversi messi in evidenza dagli studi, ma quelli più rari, spesso più gravi, immuno mediati (non

II. Se un trattamento di tre giorni è vendibile in quantità frazionate più piccole, è prevedibile che il risparmio da parte di chi acquista vada a scapito dell'efficacia.

III. La *compliance* può essere soddisfacente, ma l'efficacia diminuisce se il farmaco provoca frequentemente vomito dopo pochi minuti dalla assunzione (es. di meflochina).

IV. Infine la sensibilità del farmaco deve essere stabile e sicura specialmente quando si teme che la resistenza possa insorgere rapidamente.

#### LE COMBINAZIONI DI ANTIMALARICI

Sulla base delle evidenze accumulate, le combinazioni di due o più farmaci antimalarici efficaci sono la risposta più appropriata per aumentare l'efficacia del trattamento e ritardare lo sviluppo della resistenza ai singoli componenti della combinazione, ove usati in monoterapia. I farmaci della combinazione agiscono in modo diverso tra loro e con bersagli differenti sulla medesima fase di sviluppo del parassita. Non sono, quindi, considerate combinazioni le associazioni di cloroquina e primachina (un'attiva sugli schizonti circolanti e l'altra

2007 i trattamenti con combinazioni Act rappresentano poco meno del 20%. Il problema principale che ne ostacola l'impiego su larga scala sembra essere il costo, soprattutto delle Act. Ma supposto che i paesi abbiano i fondi sufficienti, la quantità di artemisinina attualmente disponibile è insufficiente a coprire il fabbisogno di tutti. Inoltre, deve essere attivo un sistema di distribuzione (privato, pubblico, misto) che raggiunga chi veramente ha bisogno di questi farmaci, e cioè la popolazione più povera e quella che vive nelle zone rurali, più svantaggiate. Occorre anche rendere funzionante e supportare un forte sistema di controllo della qualità, quanto mai necessario e cruciale di fronte alla progressiva invasione dei farmaci contraffatti nel mercato.

Se si trattasse solo di problemi di costi, si rischierebbe di ridurre il tutto a una "partita" che è certo complessa, ma in gran parte giocata fra i vari attori della comunità internazionale.

Il costo complessivo annuo di Act per trattare tutti i casi di malaria non complicata in Africa al prezzo medio di 1-1,80 dollari americani per trattamento<sup>7</sup> si aggira sui 300-550 milioni di dollari americani. È singolare come il costo al dettaglio del singolo tratta-

mento Act sia quanto mai “instabile” e inafferrabile, con *ranges* molti ampi: da 1-1,8 dollari<sup>7</sup> o da 6-10 dollari<sup>8</sup>. È altrettanto sorprendente come nessuna agenzia, né altri esperti abbiano espresso una valutazione su questo costo complessivo annuo: troppo alto o, ridicolmente, troppo basso? Mentre, invece, tutti sono in prima linea da ormai molti anni a dirsi d'accordo che il costo del trattamento con Act è proibitivo, non solo per il singolo paziente che lo deve acquistare per curare l'attacco malarico, suo o dei propri figli, ma anche per lo Stato.

Nonostante ciò, va tenuto presente ancora una volta che il problema non dovrebbe essere concentrato tutto e solo nei costi. Sarebbe tragico errore pensare di risolvere il problema della malaria dispensando Act a tutti, se non si affrontasse il problema vero che sta alla base della malaria, cioè la povertà. Il fallimento della campagna di eradicazione mondiale della malaria ce lo ha dimostrato.

#### GLOBAL ACT SUBSIDY

La comunità internazionale, i cui principali canali sono *Roll Back Malaria* ([www.rbm.org](http://www.rbm.org)), *Global Fund* ([www.theglobalfund.org/en/](http://www.theglobalfund.org/en/)), ma anche la Banca mondiale ([www.worldbank.org/](http://www.worldbank.org/)), *Malaria Medicine Ventures* ([www.mmv.org/](http://www.mmv.org/)), *Institute for One World Health* ([www.oneworldhealth.org/diseases/malaria.php](http://www.oneworldhealth.org/diseases/malaria.php)), *Bill and Melinda Gates Foundation* ([www.gatesfoundation.org/GlobalHealth/Pri\\_Diseases/Malaria/](http://www.gatesfoundation.org/GlobalHealth/Pri_Diseases/Malaria/)), da alcuni anni è impegnata in progetti e iniziative il cui obiettivo principale è di promuovere su larga scala l'uso delle combinazioni Act a un prezzo accessibile.

La *Roll Back Malaria partnership*, dopo aver individuato con l'appoggio della Banca mondiale nel meccanismo del sussidio la strategia principale per la diffusione della terapia a base di Act, ha costituito nel febbraio 2007 una commissione, denominata *Global Act Subsidy Task Force*. Il lancio del progetto di sussidio è previsto per novembre di quest'anno<sup>12</sup>. Questa strategia si propone di rendere disponibile e a prezzi accessibili (uguale a quello della cloroquina) le combinazioni di Act in tutti quei

paesi in cui sono raccomandate, utilizzando i canali di distribuzione esistenti, privato e pubblico. Il meccanismo prevede l'acquisto del farmaco direttamente dal produttore da parte di qualificati e selezionati compratori di prima linea. Act dovrebbe essere acquistata dal primo compratore al costo approssimativo di 0,05 dollari per trattamento. La differenza con il prezzo reale al momento dell'acquisto presso il produttore verrebbe colmata dal fondo del sussidio. Il compratore successivamente rifornisce direttamente il mercato, pubblico e privato. I responsabili del progetto tengono a precisare che il sussidio non va confuso con un *grant* in denaro, che viene in genere impiegato a finanziare il settore pubblico. Il sussidio per la promozione della Act invece assicura la disponibilità e la accessibilità dei farmaci sia al settore pubblico sia privato.

Le alchimie strategiche finanziarie sono ostiche per chi non è del mestiere. Sicuramente ci sono molte perplessità e critiche. Ma è anche sicuro che qualcosa si sta muovendo (anche se con spropositata lentezza!) e per ora è importante che farmaci efficaci e a prezzi affrontabili arrivino a chi effettivamente ne ha bisogno.

Quanto sopra sinteticamente esposto è il risultato di un dibattito internazionale sul tema dei costi degli antimalarici, acceso alcuni anni fa. Già nel 2005, il dr. K. Arrow, noto e autorevole economista, avanzava alcune riflessioni su quanto dibattuto a proposito dei costi della Act e dei prezzi sussidiati<sup>1</sup>. Posto che non vi è dubbio che se si vuole raggiungere una copertura ragionevole con i farmaci Act occorre pensare a una sorta di sussidio, il problema sorge su quale sia il sussidio sostenibile, e come gestirlo, tema tecnico alquanto complesso.

Perfino il presidente degli Stati Uniti, W.G. Bush, il 30 giugno del 2005 ha dichiarato il trattamento antimalarico come impegno ufficiale degli Usa. Il rischio, secondo K. Arrow, è che tale impegno sia orientato ai singoli paesi, e non dedicato alla ricerca di meccanismi atti a permettere iniziative di sussidio e distribuzioni globali dei farmaci. Se così non fosse, si

perderebbe la possibilità di sfruttare in pieno il beneficio delle combinazioni, che prima o poi, come è prevedibile, perderanno la loro efficacia.

Sempre secondo K. Arrow, la soluzione potrebbe esser di immettere in circolazione i farmaci sussidiati a livello internazionale, già all'inizio della catena di distribuzione. Quindi dovrebbero essere i produttori (le industrie) a vendere direttamente a un numero limitato di agenzie internazionali, le quali poi rivendono direttamente ai distributori periferici (governo e commercio privato) a prezzi veramente competitivi e vicini al prezzo della cloroquina. Il sussidio va a ripianare la differenza di prezzo già al momento dell'acquisto del primo compratore. Il prezzo della Act per il consumatore in questo modo dovrebbe esser molto vicino a quello della cloroquina.

I vantaggi della fornitura diretta da parte del produttore di farmaco potrebbero essere i seguenti:

- rafforzamento dello *standard* di qualità del farmaco (la falsificazione dei farmaci è uno dei problemi da tenere obbligatoriamente in considerazione);
- l'acquisto sarebbe garantito in modo stabile a lungo termine, senza l'incertezza della domanda se questa provenisse dal singolo paese. Questa stabilità di domanda funzionerebbe da incentivo alla produzione stabilizzata di artemisia da parte dei contadini.

Inoltre, il meccanismo proposto, cioè il sussidio esterno attraverso la catena di distribuzione esistente, è relativamente poco influenzato dalla capacità istituzionale dei singoli governi. In molti paesi poveri, infatti, non è il *funding* la risorsa che manca, quanto la capacità amministrativa che assicura il rifornimento dei farmaci, la gestione finanziaria, la logistica di distribuzione.

Sembra evidente che un intervento (verticale) di questo tipo scavalca il sistema sanitario del paese, non va a rafforzare il sistema e le sue capacità. Molti paesi africani sono in effetti prudenti nell'imbarcarsi in una politica di sussidio che potrebbe estinguersi prima o poi, e che poggia su una comunità internazionale mutevole.

Ci sono ancora tre elementi che richiedono una particolare riflessione<sup>13</sup>. La prima considerazione, che già abbiamo fatto, è che per 40 anni la malaria è stata trattata con monoterapia, su scorte illimitate di farmaci, a costi relativamente bassi. Il personale sanitario ha trattato ogni sindrome febbrile come se fosse malaria, razionalmente pensando che il sovra-trattamento fosse meglio del trattamento mirato, praticamente impossibile senza mezzi diagnostici affidabili. Questo approccio comporta l'uso di una quota non necessaria di Act, e quindi costi non necessari, che potrebbero mettere a rischio la capacità e la sostenibilità di programmi di sussidio. Ma nella pratica usare Act solo nei casi provati di malaria è difficile da immaginare e da raggiungere

come obiettivo, poiché il pericolo è di non trattare veri casi di malaria.

La seconda considerazione è su come coinvolgere il settore privato, soprattutto in quei paesi (quasi tutti) dove il trattamento è acquistato al di fuori del sistema sanitario pubblico. Se il sussidio andasse solo al settore formale pubblico, questo dovrebbe sopportare un carico organizzativo di distribuzione incredibile e se anche ne fosse in grado, si amplificherebbe la probabilità che nel mercato privato entrino farmaci contraffatti, con incoraggiamento dei pazienti a vendere i farmaci sussidiati, non appena cominciano a stare bene, interrompendo il corretto corso di terapia.

Il terzo punto pone in evidenza la tensione fra il bisogno di restringere l'uso di farmaci costosi per ridurre i

costi, la necessità di rallentare la progressione della farmaco-resistenza, e la necessità di espanderne l'accessibilità alla periferia, nelle comunità, così che il trattamento sia vicino a casa e quindi tempestivo.

Quando i ministri africani sono titubanti di fronte alla adozione di Act, lo sono non perché negligenti o ignoranti. Effettivamente, per tutti questi problemi mancano evidenze su quali siano le strategie più vantaggiose per la loro soluzione. Va tenuto presente anche che, in alcuni paesi africani, Act è l'unica opzione efficace e le risorse dovrebbero essere concentrate su questi paesi. In altri paesi la farmaco-resistenza è a livelli tali per cui altre combinazioni non-Act, meno costose, possono ancora essere impiegate.

---

#### TABELLA 1 / La resistenza di *P. falciparum* ai vari antimalarici

##### Clorochina

La resistenza del *P. falciparum*, riconosciuta per la prima volta nel 1957, in Thailandia e Colombia, in Papua New Guinea a metà degli anni '70, in Kenya e Tanzania nel 1978, e quindi in Sudan, Uganda, Zambia e Malawi nel 1983. Attualmente è diffusa in tutti i paesi endemici, anche se con percentuali variabili.

Chimicamente molto simile alla clorochina. Conserva efficacia contro i plasmodi con basso grado di resistenza alla clorochina. In alcuni paesi è ancora efficace in monoterapia, e in altri paesi è usata in combinazione con sulfadoxina-pirimetamina (Sp) o con artesunate.

##### Sulfadoxina-pirimetamina (Sp)

Elevate percentuali di resistenza sono riportate nella regione amazzonica, e Sud-Est Asia; in Africa i tassi di resistenza variano dal 10 al 50%. Quando Sp fu introdotta in Thailandia nel 1967, la resistenza comparve nel corso dello stesso anno e si diffuse rapidamente in tutto il Sud-Est asiatico. La resistenza in Africa è rimasta bassa fino alla fine del 1990, ma da allora la diffusione è stata altrettanto rapida.

##### Chinino (nella malaria severa)

Diminuita sensibilità al chinino è stata riportata in Sud-Est Asia e in alcune parti del Sud America. C'è una qualche *cross* resistenza con la meflochina. Rimane ancora il farmaco di elezione nella malaria severa.

##### Meflochina

Resistenza con tassi fino al 50% in Cambogia, Myanmar e Thailandia. Resistenza presente anche in Africa, ma non significativa perché a causa dei costi elevati il suo uso è molto contenuto.

##### Artemisinina e derivati

Nessuna vera resistenza finora registrata, ma il rischio è molto elevato se questi farmaci vengono usati in monoterapia.

---



**TABELLA 2 / Sintesi dei profili dei farmaci antimalarici**

<b>Artemisinine</b>	Derivati semisintetici di una pianta ( <i>Artemisia annua</i> ) nota da secoli per le sue proprietà antimalariche. Impiegate nella malaria non complicata e nelle forme severe. I composti più in uso sono arthemeter, artesunate e diidroartemisinina, iniettabili, orali e, nei bambini, per via rettale. Caratteristica principale è la rapidità di azione nel diminuire la massa di parassiti circolanti, che determina la severità della malaria da <i>P. falciparum</i> . Non sono riportate resistenze. Sono farmaci ben tollerati. Hanno una importante azione anche sui gametociti, diminuendo la infettività del soggetto con attacco acuto. Problemi: costo elevato e disponibilità/produzione inadeguata.
<b>Atovaquone</b>	Antimalarico efficace solo se associato a <b>proguanil (@Malarone)</b> . Entrambi sono inibitori del ciclo dell'acido folico del parassita. Associazione molto costosa nonostante siano due farmaci "vecchi" e noti da molti anni. Indicazione per la profilassi e trattamento (corso di tre giorni) della malaria non complicata da <i>P. falciparum</i> . Ben tollerato. Non indicato in gravidanza.
<b>Lumefantrina</b>	Composto simile ad Halofantrina, senza gli effetti cardiotossici di quest'ultima. Esclusivamente usata in <b>associazione con arthemeter (@Coartem)</b> per il trattamento dell'attacco acuto da <i>P. falciparum</i> non complicato. Ben tollerata.
<b>Clorochina e simili ()</b>	Rimane ancora l'antimalarico più usato nel mondo, nonostante la clorochino-resistenza del <i>P. falciparum</i> . Non più sostenibile l'uso parenterale nelle forme severe. È un parente stretto della clorochina, efficace contro il <i>P. falciparum</i> resistente alla clorochina. Agnanulocitosi ed epatite sono gli effetti collaterali più temuti, ma riportati principalmente con l'uso in profilassi, e quasi mai nel trattamento dell'attacco acuto.
<b>Halofantrina</b>	Ha un meccanismo d'azione simile alla clorochina (interferisce nel metabolismo della emoglobina incorporata dal trofozoita malarico infettante i globuli rossi). Indicata nella malaria non complicata e farmaco-resistente. Per la sua cardiotossicità (aumento intervallo QT con tachiaritmie potenzialmente letali) e per la biodisponibilità orale imprevedibile, è un farmaco di difficile utilizzo.
<b>Meflochina</b>	Azione simile alla clorochina. Ben assorbita. Tempo di dimezzamento di 15-33 giorni. La reazione avversa più fastidiosa è a carico del SNC (psicosi, convulsioni, encefalopatia acuta). Rischio di cardiotossicità con meccanismo simile a quello di halofantrina. Costo elevato.
<b>Primachina e simili</b>	Indicazione nella eradicazione degli ipozoitidi di <i>P. vivax e ovale</i> , dopo il corso di terapia con clorochina. Ben tollerata, fatta eccezione di grave emolisi in soggetti con deficienza congenita di enzimi eritrocitari. <b>Tafenoquine</b> è un congenere della primachina, in sperimentazione, meno tossico della primachina.
<b>Proguanil e cloroproguanil</b>	Profarmaci convertiti dopo l'assorbimento intestinale in cycloguanil e clorocycloguanil. Agiscono sul ciclo dell'acido folico del parassita. Utilizzati come antimalarici se associati: <b>proguanil + atovaquone (@Malarone)</b> ; <b>cloroproguanil + dapsone (@Lapdap)</b> .
<b>Combinazioni di pirimetamina</b>	Inibitori selettivi del ciclo dell'acido folico del parassita. Azione antimalarica se usata in associazioni: <b>sulfadoxina (SP, @Fansidar) o dapsone (@Maloprim)</b> . Buona tollerabilità, occasionalmente tossicità midollare.
<b>Pyronaridina</b>	"Vecchio" farmaco sintetico (Shangai, 1970), attualmente in corso di sperimentazione in <b>combinazione con artesunate</b> . Usato in Cina sia per os o per ev per il trattamento della infezione da <i>P. falciparum</i> farmaco-resistente.
<b>Chinino</b>	Farmaco con basso indice terapeutico, ma affidabile e di provata efficacia nella terapia della malaria severa e complicata da <i>P. falciparum</i> . Per questo viene in genere somministrato per via parenterale sotto supervisione. Sembra sicuro in gravidanza.

**TABELLA 3 / Farmaci per il trattamento della malaria non complicata in paesi a risorse limitate**

Nel sito [www.rbm.who.int/wmr2005](http://www.rbm.who.int/wmr2005) sono elencati i trattamenti di prima linea raccomandati e aggiornati al 2005 per singolo paese.

**Clorochina**

Terapia di scelta per le infezioni da *P. vivax/ovale/malariae*. Anche in aree a prevalente trasmissione di *P. falciparum* ad elevata resistenza come in Africa, continua a essere il trattamento più diffuso. Il costo è accessibile e il farmaco ben tollerato. In alcuni paesi è il farmaco di prima o seconda linea, e la sua associazione con artesunate è una delle combinazioni più efficaci.

**Sulfadoxina-pirimetamina**

Nel 1993 il Malawi è stato il primo dei paesi sub-Sahariani a rimpiazzare la clorochina con Sp (Fansidar) come prima linea. Fansidar conserva il basso costo e la breve durata del ciclo di terapia (un giorno). Sfortunatamente la resistenza a Sp è rapida a stabilirsi. L'aggiunta di folati come spesso viene prescritto, probabilmente ne riduce l'efficacia. Nonostante l'elevata prevalenza di clorochina resistenza, la combinazione Sp-clorochina, è stata proposta sulla assunzione (non dimostrata) che comunque la clorochina potrebbe così proteggere o ritardare la resistenza a Sp ove fosse usato in monoterapia.

**Clorproguanil-dapsone (Lapdap)**

Trattamento di tre giorni ritenuto efficace in soggetti semi-immuni, con un costo sotto i 0,5 dollari. Non è utilizzabile nei soggetti non immuni. È un farmaco che in monoterapia non ha trovato una grossa diffusione. Attualmente è in corso la registrazione in combinazione con artesunate.

**Chinino**

Di scelta come alternativo della clorochina nei soggetti non immuni, deve essere somministrato per sette giorni, con inevitabile problema di *compliance*, che a sua volta espone a rischio di trattamento inappropriato e quindi a rischio di comparsa di resistenza o tolleranza (già presente in alcuni paesi del Sud-Est asiatico).

**Meflochina**

La dose singola, o le due dosi refratte, assicurerebbe una ottima *compliance*. La resistenza, comparsa velocemente, sembra che in alcuni paesi fosse già pre-esistente ancora prima della sua introduzione. In Sud-Est Asia la monoterapia non è sostenibile, per cui viene usata in combinazione con artemisinina. Il costo elevato ne limita in modo significativo l'uso.

**Act (Artemisinine combination therapy)**

La combinazione si basa su solidi presupposti razionali, ancorché teorici, di aumentata efficacia ma soprattutto di diminuita probabilità di resistenza: da una parte, la diminuita probabilità di trattare una infezione che sia contemporaneamente resistente ad ambedue i farmaci; in secondo luogo, la rapidità di azione sulla massa di parassiti circolanti della artemisinina abbassa la probabilità della selezione di mutanti resistenti al secondo farmaco. I problemi delle combinazioni Act, e delle altre combinazioni, sono i costi: un corso di tre giorni costa non meno di 10 volte il costo di una terapia con clorochina.

**TABELLA 4 / Trattamento della malaria severa****Chinino**

Chinino e artemisinina sono parimenti efficaci nel trattamento della malaria grave e complicata da *P. falciparum*. Il confronto (meta-analisi) non ha rivelato differenze in mortalità, in tempo di uscita dal coma, e in durata della febbre e frequenza delle sequele invalidanti; ma la combinazione delle variabili morte e sequele era molto meno frequente nel gruppo trattato con artemisinina. In Asia artemisinina sembra sia più efficace del chinino<sup>14</sup>.

**Artemisinina**

**TABELLA 5 / Combinazioni di farmaci antimalarici, in uso o in sperimentazione**(DNDi, Amsterdam 18 January, 2007)<sup>4</sup>

<b>Act (Artemisinine combination therapy)</b>	<b>Amodiaquine-Artesunate</b>	Adottata o in via di implementazione, in molti paesi del Centro e Ovest Africa (Malawi, Burundi, Congo Brazzaville, Senegal, Camerun, Mali, Sud-Sudan, etc.).
	<b>Arthemeter-Lumefantrine</b>	Adottata, o in via di realizzazione, in molti paesi dell'Est e Centro Africa (Tanzania, Uganda, Kenia, Etiopia, Zimbabwe, Niger, Chad, Zambia, etc.).
	<b>Artesunate-SP</b>	Approvata nelle aree dove Sp ha ancora una elevata efficacia. Adottata in Mozambico, Somalia, Nord-Sudan, Gibuti. (DNDi, Amsterdam 18 January, 2007) <sup>4</sup> .
	<b>Artesunate-meflochina</b>	Non approvata, non considerata una opzione di prima linea in Africa, mentre è diffusamente impiegata in Asia.
	<b>Artesunate-lapdap</b>	Preregistrazione.
	<b>Artesunate-pyronaridine</b>	Preregistrazione.
	<b>Diidroartemisinina e piperachina e trimetoprim +/- primachina</b>	Studi di sperimentazione in corso.
<b>Combinazioni NON artemisinina</b>	<b>SP e cloroquina</b>	Non approvato (potenzialmente impiegabile solo se la resistenza alla Sp non è un problema).
	<b>SP e amodiaquine</b>	Approvato in aree dove l'efficacia ad ambedue i farmaci rimane elevata (tasso di cura almeno dell'80%).
	<b>SP e chinino</b>	Non approvato.
	<b>SP e meflochina</b>	Non raccomandata già dal 1990, per bassa efficacia.
	<b>Chinino e tetraciclina</b>	Non approvata.
	<b>Chinino e clindamicina</b>	Non approvata come prima linea di trattamento della malaria non complicata.

**BIBLIOGRAFIA**

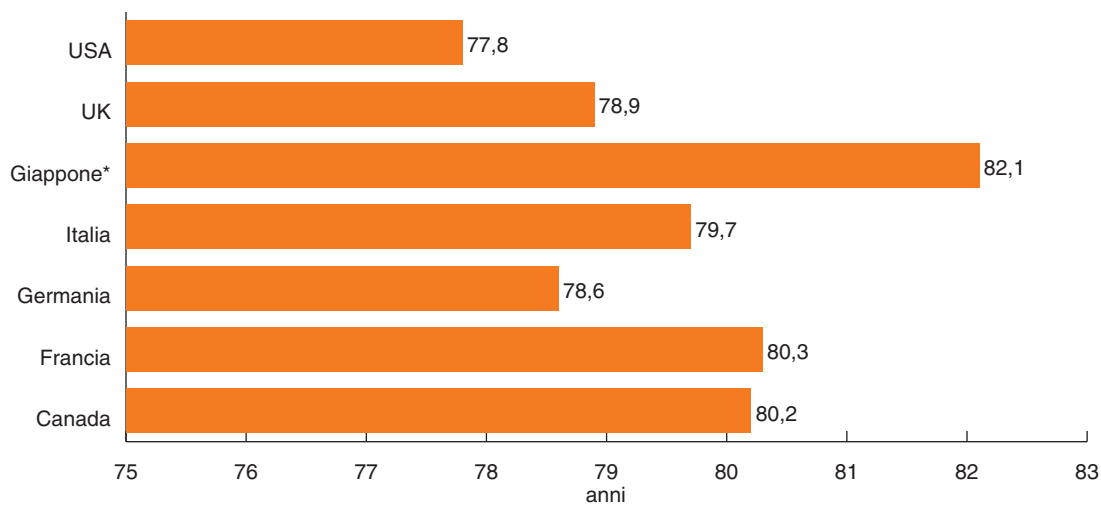
1. K. Arrow et al., *Making antimalarial agents available in Africa*. NEJM, 2005. 353;4:333-335.
2. <http://www.rollbackmalaria.org/aboutus.html>
3. Breman JG., *The ears of the hippopotamus: manifestations, determinants, and estimates of the malaria burden*. Am J Trop Med Hyg. 2001 Jan-Feb;64 (1-2 Suppl):1-11.
4. Review [www.rollbackmalaria.org/docs/events/2007amsterdam/DNDiACT](http://www.rollbackmalaria.org/docs/events/2007amsterdam/DNDiACT).
5. N.N. Lufesi, et al., *Deficient supplies of drugs for life. Threatening diseases in an African Community BMC Health Services Research 2007;7:86*.
6. World Health Organization/Unicef 2003, *The Africa Malaria Report 2003*.
7. J.M. Kindermans, et al., *Estimating antimalarial drugs consumption in Africa before the switch to artemisinin-based combination therapies [ACTs]* Malaria Journal 2007, 6:91.
8. *Update on work on the Global ACT Subsidy* Roll Back Malaria Global ACT Subsidy Task Force *Presentation to RBM Board* 10 May 2007. [rollbackmalaria.org/docs/events/2007amsterdam/](http://rollbackmalaria.org/docs/events/2007amsterdam/)
9. Bouabeng K.O. et al. *Self reported use of anti-malarial drugs and health facility management of malaria in Ghana*. Malaria Journal 2007, 6:85.
10. [www.rbm.who.int/cmc\\_upload/0/000/014/923/am\\_toc.htm](http://www.rbm.who.int/cmc_upload/0/000/014/923/am_toc.htm)
11. *Roll Back Malaria Strategic Framework for Scaling up Effective Malaria Case Management* - 1 March 2004 Draft 4.
12. [rbm.who.int/globalsubsidytaskfoce.html](http://rbm.who.int/globalsubsidytaskfoce.html)
13. G. Malenga et al. *Antimalarial treatment with artemisinin combination therapy in Africa*. BMJ 2005; 331; 706-707).
14. *Guidelines for the treatment of malaria/World Health Organization*. © World Health Organization, 2006 WHO Press, World Health Organization, 20, avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland.

# I NUMERI DELLA SALUTE

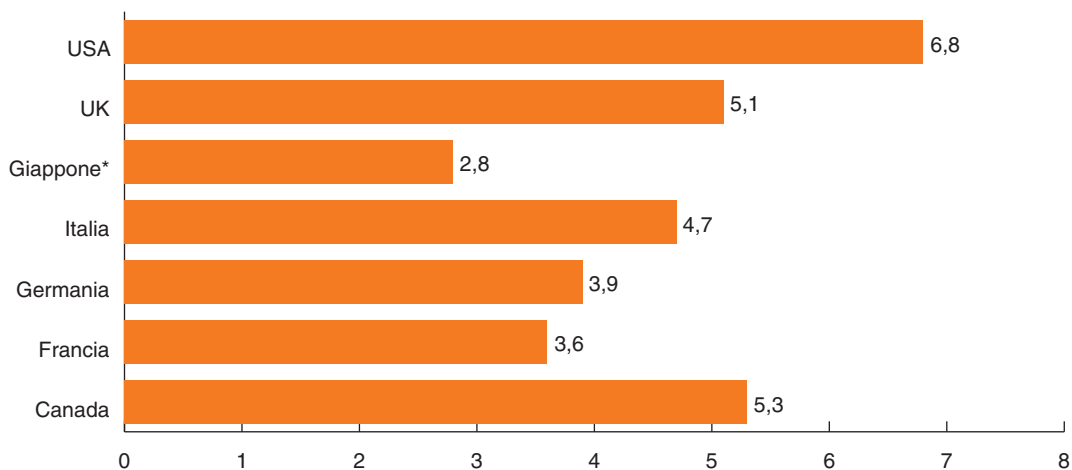
## G7 - Indicatori di salute e di spesa sanitaria

Fonte: dal database Oecd 2007

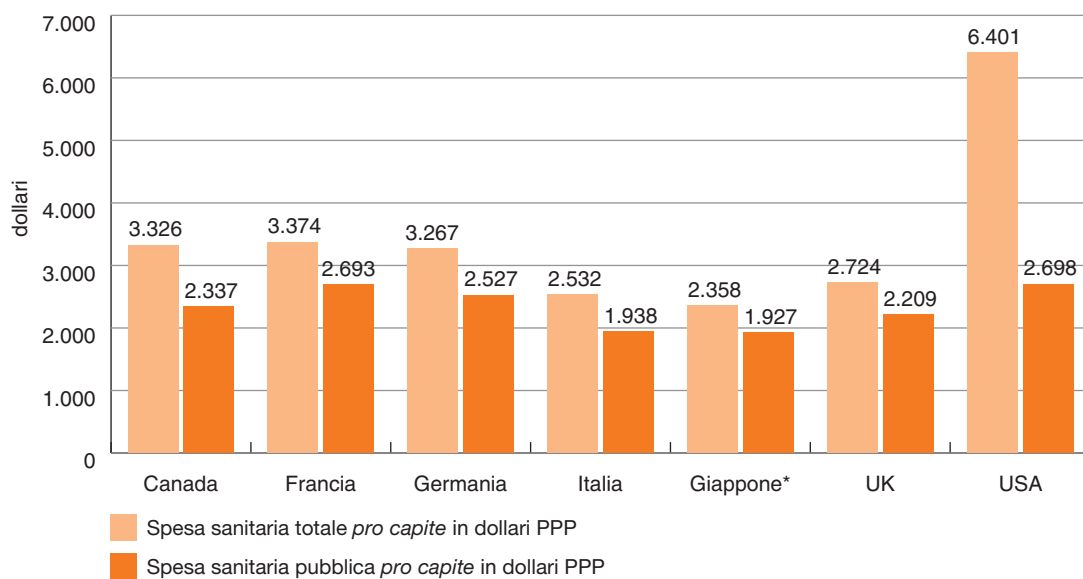
**FIGURA 1 / G7 - Speranza di vita alla nascita. Popolazione generale. Anno 2004 (\*Italia 2003)**



**FIGURA 2 / G7 - Mortalità infantile (x 1.000 nati vivi). Anno 2005 (\*Usa e Canada 2004)**



**FIGURA 3 / G7 - Spesa sanitaria totale e pubblica pro capite, dollari parità di potere d'acquisto. Anno 2005 (\*Giappone 2004)**



# RASSEGNA

## Health Care in Violent, Unstable Environments

Dal 14 al 25 maggio 2007 si è svolta, presso la sede padovana di Medici con l'Africa Cuamm, la terza edizione del Corso "Health Care in Violent, Unstable Environments".

L'obiettivo principale di questo corso consiste nell'introdurre i partecipanti all'analisi, pianificazione, produzione ed erogazione dei servizi sanitari in contesti di instabilità prevalentemente legata a conflitti. Non si tratta di un corso sulle "emergenze di terreno" (anche se molti aspetti legati a queste situazioni vengono discussi), ma sulla comprensione dei problemi fondamentali che affliggono questi settori sanitari. Questa comprensione rappresenta la premessa essenziale per la ricostruzione dei servizi sanitari in paesi che emergono da conflitti prolungati. Questo approccio analitico rende il corso unico, anche in una prospettiva internazionale.

Su questi temi esiste una letteratura consolidata e abbondante, la casistica è vasta e le lezioni dalle quali attingere idee utili sono numerose. Ogni situazione ha aspetti peculiari, che non si prestano a superficiali generalizzazioni ed esige una analisi specifica e laboriosa. Allo stesso tempo, esistono filii conduttori, basati sugli aspetti che accomunano questi paesi. Gli interventi sanitari necessari possono essere meglio identificati e gestiti grazie a una ragionata riflessione su quanto è stato fatto altrove, su quanto ha funzionato e su quanto è fallito.

L'attenzione al contesto specifico e la conoscenza del contesto internazionale sono entrambe necessarie. La miscela più appropriata è solo possibile sulla base di una solida cultura, una vasta esperienza e una

profonda e continua riflessione critica. L'esperienza non consiste di quanto si è fatto, ma di quanto si è imparato da ciò che si è fatto. Dalla pratica si può imparare solamente grazie a un faticoso e intenso lavoro di riflessione critica. Questo è uno dei concetti più importanti sui quali il corso insiste. L'analisi degli errori critici commessi in settori sanitari in crisi, e spesso ricorrenti sia nello stesso paese sia in paesi diversi, rappresenta un altro tema di fondo dei lavori.

### GLI OBIETTIVI SPECIFICI

I principali obiettivi del corso sono:

- > Impegnare e guidare i partecipanti nell'analisi e nella discussione di contesti caratterizzati da conflitti e dei servizi sanitari in essi erogati.
- > Analizzare e riflettere sulle sfide e sulle difficoltà incontrate nella produzione ed erogazione di servizi sanitari in contesti di conflitto e ricostruzione.
- > Identificare e discutere le caratteristiche principali e le principali distorsioni dei servizi sanitari causate da prolungati conflitti ed incontrate nel corso della ricostruzione.
- > Studiare in dettaglio settori sanitari di paesi afflitti da prolungati conflitti e impegnati nella ricostruzione.
- > Introdurre i partecipanti ai processi di ricostruzione, alle principali sfide da essi poste e alle importanti opportunità da essi offerte per correggere antiche distorsioni e creare sistemi sanitari più equi ed efficienti.
- > Introdurre i partecipanti alla letteratura esistente su questi temi e stimolare una ulteriore esplorazione di questo campo.

### LA METODOLOGIA

Il corso mira a incoraggiare un'analisi critica e una discussione franca attraverso l'intensa interazione fra docenti e partecipanti. Questi ultimi sono impegnati in lavori di gruppo, analisi comparativa di casi specifici, presentazioni, discussione di esperienze e lezioni formali.

I materiali di studio si rifanno alle esperienze di vari paesi come Angola, Mozambico, Repubblica Democratica del Congo, Uganda, Afghanistan, Cambogia, Kosovo, Palestina, Sudan, Liberia, Iraq, Burundi, Rwanda e Somalia. Dal momento che la maggioranza dei materiali utilizzati non è stata pubblicata, i loro contenuti rischiano di essere così dimenticati o ignorati. Questi preziosi documenti sono stati in larga parte recuperati dai docenti, durante il loro lavoro in questi paesi. La gamma degli argomenti trattati è vasta e il corso è particolarmente intenso. I partecipanti ricevono abbondante materiale da studiare e sul quale riflettere due mesi prima dell'inizio del corso. La lettura e l'assimilazione di questo materiale sono importanti per poter partecipare alle discussioni in modo più fruttuoso e poter più facilmente comprendere le idee discusse.

Uno dei più importanti lavori di gruppo consiste nell'analisi della situazione di un settore sanitario specifico e nella elaborazione di possibili strategie e piani di ricostruzione. I partecipanti ricevono, prima del corso, una lista dei paesi che verranno studiati in questo modo e letteratura specifica per ogni paese. Si richiede loro di scegliere un paese così che i gruppi di lavoro possano essere formati prima dell'inizio del corso. I paesi che,

fino ad ora, hanno costituito oggetto di lavori di gruppo sono stati la Repubblica Democratica del Congo, l'Afghanistan, l'Uganda, la Palestina, la Cambogia, il Kosovo e il Sudan.

Oltre ai lavori di gruppo, vari argomenti vengono discussi tramite lezioni frontali, gestite in modo interattivo per dare spazio all'esposizione e alla discussione delle esperienze personali dei partecipanti.

### GLI ARGOMENTI TRATTATI

Dopo un'introduzione al corso, vengono discussi gli aspetti principali dei cosiddetti conflitti "post-moderni", con particolare attenzione agli aspetti storici, economici e politici. Ci si addentra, poi, negli aspetti più strettamente sanitari, spaziando dalla raccolta, analisi e comprensione dei dati disponibili, spesso incompleti e scarsamente attendibili, alla gestione delle risorse finanziarie, con particolare attenzione a quella degli aiuti internazionali, di quelle umane, dei farmaci, ecc.

Viene discusso il ruolo della pianificazione in situazioni precarie, fluide e instabili, sottolineando l'importanza di una "cultura della pianificazione" fondata sull'attenta analisi della situazione, ancorata alle risorse disponibili e caratterizzata da un altro grado di flessibilità pur nella chiarezza degli obiettivi di fondo.

Particolare attenzione viene attribuita alla rilevanza del diritto internazionale e delle cosiddette "leggi umanitarie" nei contesti inestricabilmente complessi di molti dei conflitti che hanno caratterizzato gli ultimi due decenni. I servizi sanitari erogati a popolazioni sradicate dalla loro terra, siano esse costituite da rifugiati, sfollati o rimpatriati, vengono discussi sulla base di esperienze dirette di molti dei docenti, in vari contesti.

Il ruolo essenziale dell'epidemiologia nella pianificazione, nel monitoraggio e nella valutazione delle situazioni in cui si opera viene discusso, spiegato e chiarito tramite lezioni magistrali ed esercizi. La gestione di gravissime epidemie in situazioni particolarmente precarie viene illustrata ripercorrendo la storia di alcuni esempi

eclatanti, dall'epidemia di colera fra i rifugiati rwandesi a Goma nel 1994, a quella di Ebola in Uganda fra il 2000 e il 2001 a quella di Marburg in Angola fra il 2004 e il 2005.

Nonostante l'ossatura didattica del corso sia ormai consolidata, alcuni argomenti vengono sostituiti, di anno in anno, da altri ritenuti di maggiore rilevanza attuale, o per i quali siano state acquisite significative esperienze recenti da alcuni dei docenti.

### I CONCETTI FONDAMENTALI

Dai casi esaminati, dalle lezioni apprese nel corso degli anni in paesi e contesti diversi, sono stati distillati alcuni concetti fondamentali sui quali si insiste in modo particolare:

> Per operare in modo efficace, la competenza specifica nel settore sanitario è essenziale ma non sufficiente: occorre conoscere e capire gli aspetti storici, economici, politici (nazionali ed internazionali), sociali, militari, che plasmano la situazione in cui si lavora.

> Ogni approccio di carattere ideologico e aprioristico è non solo rischioso ma, fondamentalmente, sbagliato.

> Le capacità tecniche devono essere corredate da grande sensibilità politica e capacità di negoziazione.

> In nessuna situazione si inizia da "zero"; nessun paese è una *tabula rasa*. Occorre tentare di conoscere, capire e sfruttare quanto già esiste anche e soprattutto, se non è immediatamente visibile.

> Non esistono soluzioni semplici per problemi complessi e non esistono soluzioni magiche, valide in ogni situazione, anche se lezioni apprese in altri contesti, adeguatamente comprese, possono rivelarsi preziose.

> Ogni decisione ha un costo di opportunità, ogni scelta implica una rinuncia: fare la scelta più corretta richiede studio, conoscenza, riflessione, coraggio politico e disponibilità al rischio.

> È essenziale ancorarsi alle risorse disponibili per non elaborare piani illusori e non creare aspettative destinate ad essere deluse.

> La pianificazione è necessaria, ma la pretesa di realizzare ogni dettaglio di ogni piano non è realistica: la flessibilità consapevole e meditata è una virtù necessaria.

> Riflettere prima di agire, criticamente e con la mente aperta, può evitare errori, sprechi e delusioni.

> Il pessimismo assoluto è sbagliato e dannoso tanto quanto il facile entusiasmo. La gestione sanitaria in situazioni difficili si può utilmente ispirare al gramsciano "Pessimismo della ragione e ottimismo della volontà".

Vale la pena sottolineare che le idee elaborate e i concetti discussi, nonostante si riferiscano a paesi in situazioni di conflitto e o ricostruzione, sono validi e applicabili alla gestione dei sistemi sanitari in tutti i paesi caratterizzati da grave povertà e da risorse estremamente limitate. Parliamo, in particolare, della maggior parte dei paesi dell'Africa al di sotto del Sahara, la cui spesa sanitaria annuale è, spesso, sotto i 10 dollari *pro capite*.

### I PARTECIPANTI

Fino ad ora hanno partecipato al corso professionisti appartenenti a varie organizzazioni umanitarie internazionali, impegnati in e provenienti da vari paesi: dal Kosovo al Sudan, dalla Palestina all'Uganda, dall'Etiopia all'Azerbaijan, dalla Macedonia alla Somalia e all'Albania. La maggior parte dei partecipanti era professionalmente interessata ai contenuti del corso. Per altri, una minoranza, si è trattato di soddisfare una curiosità intellettuale, magari in vista di un possibile lavoro in una situazione simile a quelle descritte e discusse. Gli organizzatori del corso ambiscono a riunire un gruppo eterogeneo di partecipanti, con preparazioni ed esperienze diverse, così da espandere i punti di vista ed arricchire le discussioni.

In ogni caso, il corso è disegnato per professionisti con esperienza di terreno, che si preparano ad assumere compiti di responsabilità a livello nazionale o internazionale. Si tratta di un passaggio professionale cruciale, che implica la riduzione dei contatti diretti con l'assistenza sanitaria, e la conseguente adozione di approcci

concettuali basati su informazioni scritte e mediate. Molti operatori di terreno di successo incontrano serie difficoltà a compiere questa transizione negli strumenti con cui si affronta il proprio lavoro. Il corso ambisce a incoraggiarla, nel modo più concreto possibile.

### I DOCENTI

Su un corpo di docenti fissi costituito da tre professionisti con una lunga esperienza in questo campo, si innesta, di volta in volta, un gruppo di docenti altrettanto esperti e attivi, sia nella docenza che nella ricerca applicata, presso varie università: dalla *London School of Hygiene and Tropical Medicine* di Londra all'Università di Anversa, dall'Università di Brisbane a quella di Bologna, a quella di Pisa. I docenti partecipano senza fini di lucro, ricevendo onorari molto bassi (in linea con il basso *budget* del corso) e il rimborso delle spese sostenute.

### IL MATERIALE DIDATTICO

Alla fine del corso i partecipanti ricevono un cd contenente il materiale introduttivo al corso, quello sui paesi oggetto di lavori di studio, le presentazioni dei docenti e un'ingente quantità di libri in forma elettronica e di articoli selezionati dai docenti e rilevanti, direttamente e indirettamente, per gli argomenti discussi. Questo lavoro di selezione da parte dei docenti offre ai partecipanti un abbondante distillato di materiale utile e aggiornato, evitando loro la lettura di moltissimo materiale non completamente rilevante o di discutibile qualità. Si spera che il materiale raccolto in questo cd possa venire sfruttato a fondo dai partecipanti negli anni seguenti al corso.

### LA SEDE

Il corso si svolge presso la sede centrale di Medici con l'Africa Cuamm, situata a Padova, in via San Francesco 126. Questa sede offre strutture ampie, ben attrezzate, si-

tuate nel centro della città e a costi bassi. Ciò, insieme alla partecipazione volontaria dei docenti, permette di fissare il costo di partecipazione a livelli decisamente più bassi di corsi internazionali della stessa durata.

Inoltre, questa sede permette di conoscere una città antica e bellissima, generosa d'arte e di opportunità d'intrattenimento, come viene regolarmente scoperto con entusiasmo da partecipanti (e docenti) al primo contatto con Padova.

### PER SAPERNE DI PIÙ

Il corso verrà tenuto di nuovo nel maggio del 2008. Coloro che vogliono ottenere ulteriori informazioni, come anche una copia del cd 2007, possono scrivere direttamente a:

- > Lucia Forte  
l.forte@cuamm.org
- > Enrico Pavignani  
enricopavignani@hotmail.com
- > Maurizio Murru  
maurimurru@gmail.com





# MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

Prima ong in campo sanitario riconosciuta in Italia, è la più grande organizzazione sanitaria italiana per la promozione e la tutela della salute delle popolazioni africane. Realizza progetti a lungo termine in un'ottica di sviluppo, intervenendo con questo approccio anche in situazioni di emergenza, per garantire servizi di qualità accessibili a tutti. A tale scopo si impegna nella formazione in Italia e in Africa delle risorse umane dedicate, nella ricerca e divulgazione scientifica in ambito tecnico di cooperazione sanitaria, nell'affermazione del diritto umano fondamentale alla salute per tutti, anche dei gruppi più marginali, diffondendo nelle istituzioni e nell'opinione pubblica i valori della solidarietà e della cooperazione tra i popoli, della giustizia e della pace. Fa parte di *Volontari nel mondo - Focsiv*, la federazione degli organismi cristiani di servizio internazionale volontario. È membro del *Comité de Liaison* delle organizzazioni non governative dell'Unione Europea e di *Medicus Mundi International*, la federazione internazionale di organismi di cooperazione in campo sanitario. È corrispondente dell'Organizzazione mondiale della sanità e dell'Unicef.

In oltre cinquant'anni, la sua azione si è concentrata su:

- > la preparazione e la realizzazione di programmi di cooperazione sanitaria
- > l'invio di medici esperti di cooperazione sanitaria in Africa e in altri paesi del Sud del mondo
- > lo studio e la ricerca sui problemi della salute e dello sviluppo
- > le attività di sensibilizzazione dell'opinione pubblica.

## COORDINAMENTI NAZIONALI

**Italy** via S. Francesco 126  
35121 Padova  
tel. 049.8751649  
049.8751279  
fax 049.8754738  
e-mail: cuamm@cuamm.org

**Addis Abeba - Etiopia**  
P.O. Box 12777  
Main Post Office  
tel. 00251.1.612712  
fax 00251.1.620847  
e-mail: cuamm-aeth@telecom.net.et

**Kampala - Uganda**  
P.O. Box 7214  
tel. 00256.41.267508  
fax 00256.41.267543  
e-mail: uganda@cuamm.org

**Maputo - Mozambico**  
P.O. Box 686  
tel. 00258.1.493067  
fax 00258.1.486899  
e-mail: cuammcoor@teledata.mz

**Dar Es Salaam - Tanzania**  
P.O. Box 23447  
tel. 00255.22.2775227  
fax 00255.22.2775928  
e-mail: cuamm-dsm@cats-net.com

**Luanda - Angola**  
C.P. 16624  
tel. e fax 00244.2.309086  
e-mail: cuammangola@ebonet.net

## SALUTE E SVILUPPO

offre studi, ricerche e documentazione unici nel panorama editoriale italiano.

La nostra pubblicazione ha bisogno dell'appoggio di tutti i lettori e amici di Medici con l'Africa Cuamm.

Come sostenerla?

Proponiamo:

- > una **quota-contributo annuale** di partecipazione di Euro 26
- > oppure una **quota-contributo sostenitrice** di Euro 50.

Sarà un aiuto necessario per i costi di stampa e spedizione del periodico.

Per l'adesione, utilizzare il bollettino di conto corrente n. 17101353 intestato a Medici con l'Africa Cuamm.

### GARANZIA DI RISERVATEZZA (legge 675/96)

I dati relativi ai destinatari della rivista sono riservati e potranno essere utilizzati solo allo scopo di inviare informazioni associative da parte di Medici con l'Africa Cuamm a meno che Lei non ci comunichi la sua opposizione.

I destinatari della rivista possono in qualsiasi momento e gratuitamente richiedere la rettifica o la cancellazione dei dati relativi alla loro persona scrivendo al Responsabile dati: Medici con l'Africa Cuamm, Via S. Francesco, 126 - 35121 Padova.

**DIRETTORE**

Gavino Maciocco

**COMITATO DI REDAZIONE**

Dante Carraro, Adriano Cattaneo,  
Anacleto Dal Lago, Silvio Donà, Maria Mabilia,  
Giovanni Putoto, Luca Scali, Angelo Stefanini

**COLLABORATORI**

Giovanni Baruffa (Brasile), Luigi Ciccio (Uganda),  
Filiberto Donzelli, Guido Falsirollo, Carlo Frizzi,  
Guido Giarelli, Daniele Giusti (Uganda),  
Vinicio Manfrin, Eduardo Missoni, Maurizio Murru,  
Giorgio Pellis, Enzo Pisani (Angola),  
Carlo Resti (Etiopia), Rino Scuccato (Mozambico)

**DIRETTORE RESPONSABILE**

Anna Talamì

**PROPRIETÀ**

Luigi Mazzucato

**AMMINISTRAZIONE**

Via S. Francesco, 126 - 35121 Padova  
tel. 049 8751279-8751649  
fax 049 8754738  
e-mail: cuamm@cuamm.org

**SEGRETARIA DI REDAZIONE**

Elisa Bissacco

**PROGETTO GRAFICO**

cdm associati

**STAMPA**

Publistampa - Via Dolomiti, 12  
38057 Pergine Valdagano (Trento)

**COPYRIGHT**

Medici con l'Africa Cuamm  
Via S. Francesco, 126 - 35121 Padova  
È consentita la riproduzione totale o parziale  
degli articoli e del materiale contenuto nella rivista  
purché venga citata la fonte.

**REGISTRAZIONE E AUTORIZZAZIONE**

presso il tribunale di Padova n. 1129 del 6.5.1989  
e successiva modifica del 9.11.1999.

**SPEDIZIONE**

in abb. post. D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004  
n° 46) art. 1 comma 2 - DCB Padova



**MEDICI  
CON L'AFRICA**  
CUAMM

SALUTE E SVILUPPO / N. 1 2007  
RIVISTA QUADRIMESTRALE DI COOPERAZIONE  
E POLITICA SANITARIA INTERNAZIONALE