

SALUTE

E SVILUPPO

2/07

medici con l'africa **cuamm**

- > **IN QUESTO NUMERO**
- > ELEZIONI AMERICANE
- > GLOBALIZZAZIONE E SALUTE
- > RICERCHE IN UGANDA



# > SALUTE E SVILUPPO N. 2/07

**IN QUESTO NUMERO** p. 3

## **DIALOGO**

**Elezioni americane 2008** p. 7

G. Maciocco e S. Barsanti

**Sistema sanitario in Russia** p. 9

L. Roti

**Kondoa, dieci anni dopo** p. 11

C. Blè

## **POLITICA SANITARIA**

**Politica, salute e sistemi sanitari/2** p. 17

G. Maciocco

## **COOPERAZIONE SANITARIA**

**Expanded Programme of Immunisation (EPI) in Uganda** p. 41

L. Ciccì

**Epilessia in un distretto del Nord Uganda** p. 51

J. Odaga, L. Ciccì e E. B. Maniple

**Il controllo della schistosomiasi nel distretto di Nebbi, Uganda** p. 59

E. Tagliaferri

## **AFRINEWS**

**Agenda: Cameroon, Malawi, Ciad,** p. 67

**Repubblica Democratica del Congo, Zimbabwe,**

**Focus: Kenya** p. 72

M. Murru

## **I NUMERI DELLA SALUTE**

**Indicatori demografici, epidemiologici e di sistema sanitario di paesi selezionati** p. 77

## **RASSEGNA**

**Corsi, ricorsi e prospettive della sanità pubblica** p. 79

G. Berlinguer

## > IN QUESTO NUMERO

Le prossime elezioni presidenziali americane potrebbero rappresentare – in caso di vittoria di **Barak Obama** – un evento di straordinaria portata storica. Sul piano interno, la vittoria del candidato democratico avrebbe – tra le varie conseguenze – quella di garantire, per la prima volta nella storia degli Usa, a tutti i cittadini americani la copertura assicurativa sanitaria. Di ciò si parla nel primo editoriale di questo numero. L'altro editoriale è dedicato alla Russia, dove il nuovo presidente D. Medvedev ha davanti a sé un sfida enorme: portare il **sistema sanitario russo** a un livello di qualità ed equità accettabile, per avvicinare lo stato di salute dei russi a quello dei cittadini europei. Il terzo contributo della sezione Dialogo è dedicato alla testimonianza di un medico Cuamm che – a distanza di 14 anni – torna in un ospedale dove aveva per diverso tempo gestito un progetto. Constatato che l'ospedale – una **struttura pubblica tanzana** – continua a svolgere più che decorosamente la sua funzione è stata una grande e piacevole sorpresa.

La sezione **Politica sanitaria** ospita la seconda parte del libro di G. Maciocco "Politica, salute e sistemi sanitari", dedicata al tema "Globalizzazione e salute".

La sezione **Cooperazione sanitaria** propone tre contributi provenienti dall'Uganda – altrettante ricerche svolte nella regione del West Nile –: a) i risultati del programma vaccinale; b) l'assistenza a pazienti epilettici; c) il controllo della schistosomiasi.

**Afrinews** ci consegna un'accurata analisi degli eventi accaduti in vari paesi del continente africano: Cameroon, Malawi, Ciad, Repubblica Democratica del Congo, Zimbabwe. Il Focus è dedicato al Kenya.

**Numeri della sanità** contiene i dati sugli indicatori demografici, epidemiologici e di sistemi sanitario di paesi selezionati.

**Rassegna** ospita il testo di una lezione magistrale di Giovanni Berlinguer che ricorda i primi trent'anni del servizio sanitario nazionale in Italia.





**DIALOGO**



# Elezioni americane 2008

I DEMOCRATICI A FAVORE DELLA COPERTURA SANITARIA UNIVERSALE

di *Gavino Maciocco\** e *Sara Barsanti\*\**

I due principali sfidanti in campo democratico, Hillary Clinton e Barack Obama, hanno lanciato una decisa campagna a favore della copertura sanitaria universale, denunciando il paradosso di un sistema sanitario tanto costoso, quanto iniquo.

In vista delle elezioni presidenziali americane del 2008 il dibattito sulla riforma del sistema sanitario è uno dei punti centrali della campagna elettorale. Una ricerca<sup>1</sup> condotta dal *Commonwealth Found* su un campione rappresentativo di circa 3.500 americani di età superiore ai 19 anni ha dimostrato che la visione sul sistema sanitario e sul possibile rinnovamento sarà un fattore determinante nella scelta del candidato. Circa l'86% degli intervistati, indipendentemente da reddito o idee politiche, ha dichiarato infatti che la proposta di rinnovamento del sistema sanitario è molto o abbastanza importante nel voto per il candidato alle presidenziali. La maggior parte degli intervistati, inoltre, sostiene che la responsabilità di offrire una copertura assicurativa spetta ai datori di lavoro. Molti americani sono a favore di una copertura sanitaria universale, con l'aiuto del governo per chi non può permetterselo; l'idea però di un'assistenza per tutti varia a seconda dei livelli di reddito, dello stato di provenienza e delle idee politiche. In ogni caso la maggior parte degli americani concorda che la responsabilità del finanziamento del sistema dovrebbe essere condivisa tra i datori di lavoro, lo Stato e i singoli individui. Democratici e repubblicani hanno programmi molto divergenti al riguardo.

I candidati repubblicani ritengono che l'attuale sistema vada migliorato, allargando la copertura attraverso incentivi fiscali che favoriscano l'acquisto di polizze assicurative da parte degli individui.

I due principali sfidanti in campo democratico, Hillary Clinton e Barack Obama, hanno lanciato una decisa campagna a favore della copertura sanitaria universale, denunciando il paradosso di un sistema sanitario tanto costoso, quanto iniquo.

«Gli Usa spendono ogni anno oltre 2.000 miliardi di dollari e offrono la migliore tecnologia medica al mondo. Ma i benefici del sistema sanitario americano hanno dei prezzi così elevati che un crescente numero di individui e di famiglie, di imprese e dipendenti non se li può permettere» (Obama).

«Gli americani danno molto valore all'assistenza sanitaria e alla copertura assicurativa, ma il suo costo è spesso proibitivo. In una recente indagine oltre la metà dei non assicurati dice che non se la può permettere. Non è una sorpresa. Il prezzo di una polizza assicurativa basata sull'impiego (pagata dal datore di lavoro con il contributo del dipendente) è di oltre 12.000 dollari. Per metà degli americani ciò rappresenta un quarto del loro reddito annuale. Questo aiuta a spiegare perché due terzi dei non assicurati hanno redditi al di sotto del 200% della soglia di povertà (circa 40.000 dollari all'anno per una famiglia di quattro persone). Il costo dell'assicurazione è una seria barriera alla copertura per le persone con gravi problemi di salute o con difficoltà nell'accesso all'assicurazione basata sull'impiego. La polizza di una persona con problemi di salute può essere di molte volte superiore a quella di una persona giovane e sana. Ma essere giovane non significa necessariamente avere un facile accesso a una copertura abbordabile. Circa il 30% dei giovani adulti è senza assicurazione e un giovane su tre ha qualche tipo di problema di debito dovuto a spese mediche. I giovani adulti hanno meno probabilità di essere assicurati perché hanno, con maggiore probabilità, lavori precari o part-time» (Clinton).

Ma anche l'assicurazione non protegge dalla catastrofe finanziaria, infatti tra franchige e compartecipazioni

1. *The Public's view on health care reform in the 2008 Presidential Election*, Sara Collins and Jennifer Kriss, *The Commonwealth Found*, January 2008; disponibile all'indirizzo web <http://www.commonwealthfund.org/>

\* Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze

\*\* Scuola Superiore S. Anna, Pisa

«Noi adesso abbiamo l'opportunità – e l'obbligo – di voltare pagina rispetto alla precedente, fallimentare, politica sanitaria. Alla base del mio programma c'è la copertura di tutti gli americani. Se tu sei già assicurato, l'unica cosa che cambierà sarà il prezzo del tuo premio assicurativo. Esso sarà più basso. Se sei uno dei 45 milioni di americani privi di assicurazione, tu l'avrai una volta che il mio programma sarà diventato legge. E nessuno sarà rifiutato a causa di una malattia pre-esistente. Barak Obama»

alla spesa «nell'ultimo anno circa 11 milioni di assicurati hanno speso più di un quarto del loro salario in assistenza sanitaria. Oltre la metà delle bancarotte familiari sono oggi causate dalle spese mediche. La mancanza di un'assistenza sanitaria finanziariamente equa si accompagna a seri problemi di affidabilità. Ogni anno circa 100.000 americani muoiono per errori medici in ospedale. Errori nella prescrizione dei farmaci costano alla nazione più di 100 miliardi di dollari all'anno (Obama)».

Le soluzioni proposte dai due candidati democratici per uscire da questa situazione e approdare a un sistema sanitario più equo e sicuro e meno costoso, non sono molto dissimili. Nessuno dei due punta a riforme radicali (nessuno dei due, ad esempio, ha abbracciato la proposta di un altro candidato democratico uscito precocemente di scena, Dennis Kucinich, quella di istituire un'assicurazione sanitaria nazionale – tipo canadese – a cui tutti i cittadini americani si dovrebbero iscrivere); il loro obiettivo è quello di correggere le distorsioni più eclatanti, di rafforzare i punti deboli del sistema, di creare una solida rete di protezione per i gruppi più vulnerabili.

I punti più significativi di questa manovra sono:

1. convincere (quasi costringere) le imprese più grandi ad assicurare i propri dipendenti (*play or pay*, assicura o paghi una sovratassa);
2. incentivare le imprese più piccole ad assicurare dipendenti tramite incentivi fiscali;
3. convincere-costringere le assicurazioni a tenere più basse le tariffe, vietando il ricorso alla selezione dei pazienti sulla base di patologie pre-esistenti;
4. istituire un'agenzia nazionale di acquisto (*Health Choice Menu*, Clinton; *Nation Health Insurance Exchange*, Obama) per aiutare gli individui e le imprese a scegliere polizze assicurative di qualità, a prezzi abbordabili;
5. istituire una nuova assicurazione pubblica per coloro che non sono coperti da *Medicaid* (il programma pubblico che assicura alcune categorie di poveri) e rendere comunque obbligatoria l'assicurazione per i bambini (Obama);
6. rafforzare la rete di protezione di *Medicaid* in modo che tutti gli individui e le famiglie a basso reddito siano protetti (Clinton).

«Il mio programma copre tutti gli americani e migliora l'assistenza sanitaria abbassando i costi e migliorando la qualità. Se tu sei uno delle decine di milioni di americani senza copertura o non sei soddisfatto della copertura che hai, avrai la possibilità di ottenerla scegliendo tra vari programmi assistenziali e riceverai un credito d'imposta che ti aiuterà a pagarla. Se sei soddisfatto del piano che hai, lo potrai mantenere. Questo è un piano che funziona bene sia per le famiglie che per le imprese, preservando la libertà di scelta dei consumatori» Hillary Clinton.

# Sistema sanitario in Russia

LA NECESSITÀ DI RIFORME

di **Lorenzo Roti\***

Il nuovo presidente russo Dmitry Medvedev ha davanti a sé una sfida enorme. L'obiettivo è portare il sistema sanitario a un livello accettabile di qualità ed equità per riavvicinare lo stato di salute dei russi a quello dei cittadini europei.

Un recente articolo pubblicato da *The Lancet* come "special report" nel marzo 2008 (*Russia's next president needs to tackle health reforms*) ha fornito l'opportunità di riaprire la discussione sul sistema sanitario russo.

Le condizioni di salute della popolazione russa presentano un quadro profondamente diverso rispetto a quello degli altri paesi del G8 e dell'Unione europea. L'aspettativa di vita alla nascita di un cittadino russo è di 66 anni, 16 anni in meno di un cittadino giapponese e 14 anni in meno di un cittadino dell'Unione europea. Tale differenza è particolarmente drammatica per gli uomini che hanno una speranza di vita di 59 anni, ben al di sotto dei 77 anni di un inglese; mentre una donna russa ha 73 anni di attesa di vita, contro gli 81 di una donna inglese. La differenza di genere, particolarmente rilevante, è in gran parte attribuibile all'alta mortalità maschile causata dall'alcolismo. Storicamente, dopo il miglioramento dell'aspettativa di vita registrato nella metà degli anni '80 in conseguenza di una forte campagna anti-alcool condotta dalla presidenza Gorbachev, si è registrato un andamento prima in riduzione e poi leggermente in aumento durante gli anni '90, per tornare poi a peggiorare dopo il 1999; anche la relativa rapida crescita economica degli ultimi anni non ha modificato questo trend che risente sicuramente delle grandi disuguaglianze di reddito verificatesi nella Russia dell'ultimo decennio.

In generale la mortalità in Russia è 2,5 volte più alta di quella dell'Unione europea; tale differenza è conseguenza sicuramente di un eccesso di mortalità di malattie infettive (+20%) e anche di patologie croniche (+15%), ma è da ricondurre soprattutto all'altissimo tasso di mortalità per cause esterne: nel 2004 si

sono registrati 226 morti per traumatismi o avvelenamenti ogni 100.000 abitanti, contro una media nell'Unione europea di 40 (+ 460%).

L'alcolismo è responsabile della grandissima parte delle morti registrate per avvelenamento.

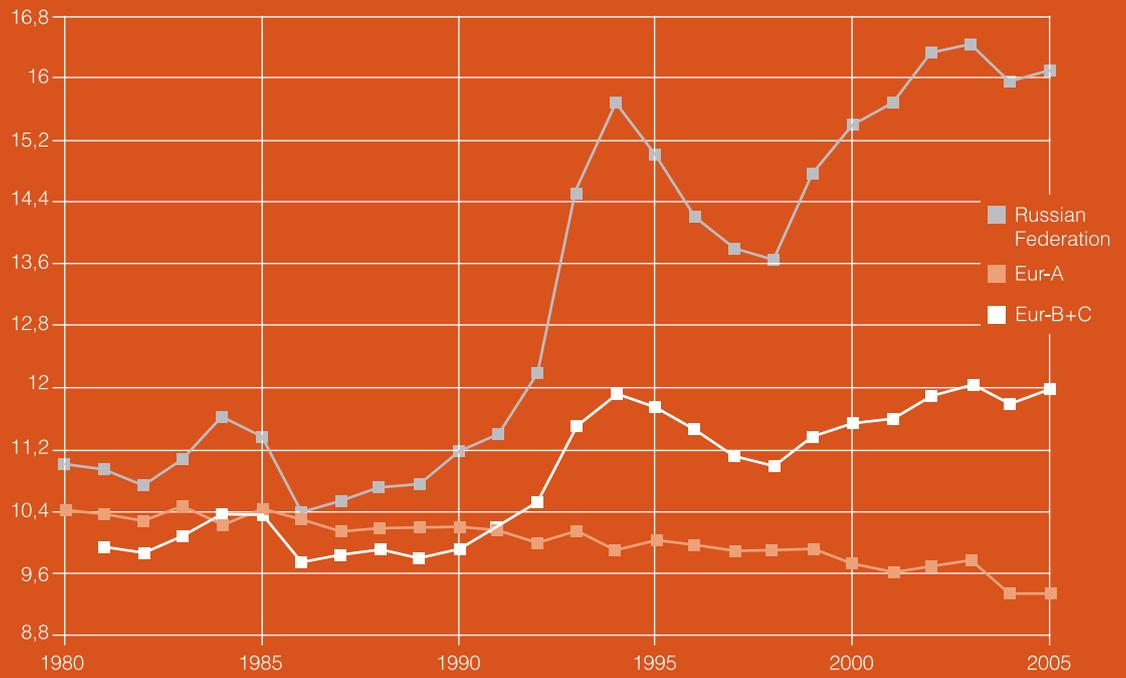
Parallelamente al drammatico incremento della mortalità registrato dagli anni '90 (+46% - **Figura 1**), si è verificata una riduzione rilevante dell'indice di natalità tanto che oggi, di fronte al fatto che ogni 1.000 russi ci sono 15 morti su 10,7 nati vivi, si parla espressamente di "crisi demografica". Dal 1992 la popolazione si è ridotta del 2,8% (4,1 milioni di persone) e secondo le proiezioni, ci si attende che il trend determini, prima di stabilizzarsi verso il 2016, un ulteriore calo di cittadini del 5-6%.

Le scelte di politica sanitaria della gestione Putin, caratterizzate negli ultimi due anni anche da sostanziosi finanziamenti per la modernizzazione tecnologica e per la creazione di nuovi centri medici ad alta tecnologia, hanno condotto al consolidamento di un sistema di cure misto, fatto di assicurazioni sanitarie private e statali, incapace di garantire nella realtà un accesso alle cure realmente gratuito. Il fenomeno dei pagamenti "informali", infatti, non è confinato solo all'ottenimento di un trattamento medico più elevato qualitativamente, ma è diventato prassi ordinaria anche per il conseguimento di un livello dignitoso di attenzione assistenziale in occasione di un ricovero.

Questo fenomeno può essere letto come la distorsione di un sistema che vede stipendi per medici e infermieri molto più bassi rispetto a quelli dei colleghi europei. Un medico guadagna, infatti, in media 20.000 rubli (circa 826 dollari), mentre il compenso di un infermiere va intorno ai 15.000 rubli (620 dollari).

\* Medico di sanità pubblica, Asl 4 di Prato

**FIGURA 1 / Mortalità grezza: andamento negli anni 1980-2005**  
**Confronto Russia - Europa**



Fonte: Who/Europe, European Hfa Database, novembre 2007

Evitando di porre la questione su quanto questo sia causa o effetto di un modello assistenziale “malato”, è possibile però mettere in luce gli ulteriori riflessi che sono, ad esempio, l’abbandono dell’attività clinica in favore della ricerca (ad esempio presso le case farmaceutiche) o l’abbandono del paese, con importanti conseguenze sul numero e la qualità del personale.

Non per ultimo, va sottolineato l’impatto sulla qualità di cura, intesa non solo come erogazione di prestazioni, ma come insieme di valori e principi che devono guidare lo svolgimento della professione.

Il sistema sanitario russo continua a essere fortemente centrato sul livello ospedaliero e specialistico: l’offerta di posti letto ospedalieri è ancora oggi a livelli altissimi (14 p. l. per 1.000 abitanti contro i 4 del sistema inglese), la degenza media è circa il doppio di quella europea, l’accesso alle visite specialistiche può avvenire in maniera diretta senza il ruolo di filtro esercitabile dal medico di famiglia. Questi pochi dati evidenziano un sistema che, in controtendenza rispetto all’andamento europeo che punta a una maggiore qualificazione dell’offerta territoriale, più sostenibile in termini economici e più efficace, continua a riservare alle cure ospedaliere almeno il 60% delle risorse.

Il nuovo presidente russo Dmitry Medvedev ha quindi davanti a sé una sfida enorme. Se l’obiettivo è portare il sistema sanitario a un livello accettabile di qualità ed equità per riavvicinare lo stato di salute dei russi a quello dei cittadini europei, sarà necessario non solo confermare azioni di politiche mirate a problemi specifici quali la tubercolosi (presente soprattutto nella popolazione carceraria e nei senza tetto) e l’infezione da Hiv, ma sarà necessario investire sulla promozione della salute, in termini di stili di vita (adeguandosi, ad esempio, alle politiche mondiali sulla lotta al fumo anche attraverso l’aumento della tassazione della produzione di tabacco come raccomandato dall’Oms), sulla prevenzione e sui servizi di cure primarie. Tutto questo per evitare che non si avveri la preoccupazione di molti russi cioè che al tempo delle “riforme senza soldi” faccia seguito l’era dei “soldi senza riforme”.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Womack H. *Russia's next president needs to tackle health reforms*. The Lancet; 2008. 371: 711-714.
2. *Highlights on health in the Russian Federation*. WHO 2006. [www.euro.who.int/highlights](http://www.euro.who.int/highlights)

## Kondoa, dieci anni dopo

BREVE STORIA DI UN PROGETTO IN TANZANIA

di Claudio Blè\*

Constatare che l’ospedale continuava a svolgere più che decorosamente le sue attività è stata una grande e piacevole sorpresa.

Nel 1988 dopo alcuni anni passati in Africa in diversi programmi di cooperazione sanitaria, prevalentemente come medico ospedaliero, ho avuto la possibilità di essere il responsabile di un nuovo progetto di Medici con l’Africa Cuamm nel distretto di Kondoa in Tanzania.

Ritengo opportuno dare alcune informazioni sulla Tanzania e sulla sua realtà socio-politica-sanitaria: la Tanzania è una nazione situata nell’Africa dell’est poco al di sotto dell’Equatore, con un’estensione di 940.000 chilometri quadrati e una popolazione di circa 40 milioni di abitanti.

Ha ottenuto l’indipendenza nel 1961 e da allora a oggi non ha conosciuto grossi sommovimenti socio-politici molto presumibilmente grazie alla guida illuminata dell’allora presidente J. Nyerere che è riuscito a con-

durare il paese con un grande senso di unità, promuovendo e instaurando l’uso di una lingua comune, lo swahili, in tutta la nazione. La Tanzania è sostanzialmente un paese povero con ben poche risorse naturali e ha un Gdp *per capita* di 340 dollari con una spesa sanitaria di circa 10 dollari all’anno per persona.

Per quanto riguarda le politiche sanitarie direi che è uno dei pochi paesi africani che ha cercato attivamente e fattivamente di realizzare i principi della *Primary Health Care*.

Il distretto di Kondoa comprende una popolazione di circa 400.000 abitanti su una superficie di circa 14.500 chilometri quadrati.

Nel capoluogo del distretto c’è un ospedale governativo con 110 posti letto (medicina, chirurgia, pediatria,

\* Medico infettivologo, Azienda sanitaria Firenze

ostetricia), mentre nel distretto ci sono quattro *Health Centres* e una trentina di dispensari (equivalenti ai nostri ambulatori ma gestiti da personale infermieristico). Il progetto di Kondoa è stato gestito da Medici con l'Africa Cuamm e come accennavo sopra è iniziato nel 1988 e si è concluso nel 1994. In questi anni si è provveduto a una ristrutturazione dell'ospedale, al miglioramento dell'approvvigionamento idrico dell'ospedale e del capoluogo del distretto, alla fornitura di personale medico ospedaliero e di medicina pubblica, corsi di aggiornamento del personale sanitario con particolare riguardo per quello dei dispensari, supporto alle attività ospedaliere e di medicina pubblica.

Commenti: la gestione del progetto è stata particolarmente interessante in quanto c'è stata una forte condivisione col personale locale sanitario e non, di tutte le attività svolte. Oltretutto il costo del progetto è stato abbastanza limitato (se non vado errato circa mezzo miliardo di lire), ma ha permesso la realizzazione degli obiettivi previsti e devo dire che personalmente è stato molto duro lasciare il distretto di Kondoa dove fra l'altro mi sono trovato a svolgere i ruoli più disparati (pediatra, chirurgo, ostetrico, epidemiologo...). Fortunatamente ero pienamente cosciente di vivere una realtà molto particolare e difficilmente ripetibile. Quindi nel 1994 sono rientrato in Italia prendendo servizio presso l'Unità Operativa di Malattie Infettive dell'ospedale di S. M. Annunziata di Firenze.

Dopo circa dieci anni ho avuto l'occasione di tornare in Tanzania per una breve missione di supporto a un pro-

getto di assistenza per bambini orfani infetti dal *virus* dell'Hiv nei pressi della città di Dodoma che dista circa 150 chilometri da Kondoa. E così un fine settimana ho preso il pullman per Kondoa. Non mi è facile descrivere il tutto, ma ci provo. Sia in ospedale sia in paese ho trovato molte persone che avevo conosciuto e non pensavo di poter ricordare così bene lo swahili tanto da poter discutere abbastanza tranquillamente con tutti. L'ospedale mi ha colpito per la sua conservata funzionalità e pulizia. Mentre ad esempio l'ospedale regionale di Dodoma in cui c'era stato un altro volontario di Medici con l'Africa Cuamm versava in condizioni molto critiche. Fra l'altro ho avuto modo di apprendere che una delle auto del Progetto Kondoa fungeva da ambulanza per i trasporti di emergenza in ospedale. Da notare poi che in questi anni l'ospedale non ha usufruito di altri progetti di cooperazione sanitaria.

Constatare quindi che l'ospedale continuava a svolgere più che decorosamente le sue attività è stata una grossa e piacevole sorpresa.

In base all'esperienza personale e di letteratura al riguardo, direi che in ambito sanitario uno dei livelli da prediligere per gli interventi di cooperazione sia senza dubbio il distretto, specie in un contesto come la Tanzania. Altro punto di particolare rilevanza è la durata del progetto, che non dovrebbe essere inferiore ai cinque anni; altro fattore di successo a Kondoa è che i principali responsabili sanitari del distretto sono rimasti gli stessi, fatto che ha garantito la continuità del servizio nel tempo.







**POLITICA SANITARIA**

*«Negli ultimi vent'anni, molti paesi africani hanno subito fortissime pressioni da parte della Banca mondiale per privatizzare il sistema sanitario o, almeno, volgere a pagamento i servizi sanitari e d'istruzione. Eppure, i maggiori azionisti della Banca mondiale (cioè i paesi ricchi) hanno sistemi sanitari ad accesso gratuito e universale, e sistemi scolastici che garantiscono l'accesso di tutti alla pubblica istruzione». J. Sachs*

# Politica, salute e sistemi sanitari/2

di **Gavino Maciocco\***

- > La rimozione/negazione delle conclusioni della conferenza di Alma Ata, prima ancora che un atto politico che segnerà profondamente l'evoluzione delle politiche sanitarie (in particolare delle politiche di cooperazione sanitaria internazionale) nei decenni successivi, è il simbolo del radicale cambiamento di paradigma che si verifica nel mondo a cavallo degli anni '70 e '80.

## 3. GLOBALIZZAZIONE E SALUTE

### 3.1. PHC: Selective vs Comprehensive.

#### La controrivoluzione

Non è trascorso nemmeno un anno dall'evento di Alma Ata, le cui conclusioni avevano registrato un generale consenso, quando un articolo pubblicato sul *New England Journal of Medicine* titola: *"Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries"*.

Premesso che l'approccio *"comprehensive"* alla soluzione dei problemi sanitari dei paesi più poveri scaturito dalla conferenza è quello teoricamente più giusto, la Banca mondiale (Bm) ha calcolato che i costi della sua applicazione sono troppi elevati (da 5,4 a 9,3 miliardi di dollari da allora al 2000); meglio soprassedere – queste le conclusioni – e dedicarsi alla lotta contro alcune malattie e focalizzarsi su alcuni specifici interventi, vantaggiosi dal punto di vista costo/efficacia (secondo gli autori: vaccinazioni, allattamento al seno a lungo termine, terapia antimalarica e reidratazione orale). L'articolo di Walsh e Warren non è l'esercizio accademico di due ricercatori della *Rockefeller Foundation*; è l'avvio di una tendenza che si muove in direzione esattamente opposta alle linee di Alma Ata. Una tendenza che l'Unicef – pur co-promotore della Conferenza – non ha difficoltà a far propria, lanciando nel 1982 una campagna dal titolo di *"A Children's Revolution"*<sup>2</sup>, in cui si teorizza la

necessità di concentrarsi su quattro obiettivi specifici *cost-effective*: la reidratazione orale per combattere la diarrea, le vaccinazioni, la promozione dell'allattamento al seno, l'uso sistematico delle carte della crescita (che sostituisce nella lista delle priorità la terapia anti-malarica, ritenuta evidentemente troppo costosa). Da quel momento tutte le organizzazioni internazionali (Oms, Unicef, Undp, Bm) si allineano alla strategia della *selective Phc*, anche se poi, di fronte all'evidenza, sono costrette ad ammettere che i determinanti dei progressi nel miglioramento della salute della popolazione non consistono nella lotta contro singole malattie (*Meeting* di Bellagio, aprile 1985, organizzato dalla *Rockefeller Foundation*). Il titolo del convegno era *"Good Health at Low Cost"*, con la presenza di amministratori, economisti e demografi provenienti da Cina, Sri Lanka, Costa Rica e Kerala (stato dell'India); quattro realtà in cui a fronte di un Pil molto basso (e con limitate risorse destinate alla sanità) si erano ottenuti ottimi risultati in termini di salute della popolazione<sup>3</sup>. Queste furono le conclusioni: «I partecipanti, dopo aver esaminato i risultati presentati alla conferenza, unanimemente adottano le seguenti raccomandazioni: i quattro Stati che hanno ottenuto *"una buona salute a un basso costo"* hanno dimostrato un chiaro impegno, politico e sociale, verso un'equa distribuzione del reddito nelle loro società. Dato questo impegno, tre ulteriori fattori sembrano aver giocato un ruolo maggiore nel loro successo, come

\* Osservatorio Italiano sulla Salute Globale  
www.saluteglobale.it

dimostrato dal marcato declino della mortalità infantile e dei bambini al di sotto dei cinque anni e da livelli di speranza di vita alla nascita vicini a quelli dei paesi sviluppati. Questi fattori costituiscono raccomandazioni per i programmi di sviluppo in altri paesi:

- a) equa distribuzione del reddito e accesso per tutti ai servizi di sanità pubblica e di assistenza sanitaria a partire dai livelli primari, rinforzati dai sistemi secondari e terziari;
- b) un sistema educativo accessibile a tutti, particolarmente di primo livello, con possibilità di passare al secondo e terzo livello;
- c) sicurezza di un'adeguata nutrizione in tutti gli strati della società»<sup>4</sup>.

Raccomandazioni, queste sì accademiche, da consegnare agli atti di un convegno, e da dimenticare, perché la scelta politica è stata già fatta, a favore degli interventi settoriali e dei programmi verticali (decisi a New York, a Londra o a Ginevra), e segnerà per decenni le politiche di cooperazione sanitaria internazionale, fino al più recente *Global Fund* (contro Aids, Malaria e Tubercolosi) promosso dai G8 nel luglio 2001. «L'approccio dei programmi verticali – scrive A. Green, del *Nuffield Institute* di Leeds – è contrario all'idea (centrale nella Phc) dei servizi integrati. L'uso di criteri definiti centralmente per la selezione dei problemi da affrontare riduce la possibilità del coinvolgimento della popolazione nella scelta delle priorità. Tutto ciò implica il ritorno a un modello medico di salute, e ignora l'importanza dello sviluppo nel senso più ampio. Infine, a livello pratico, questa strategia non tiene in considerazione la necessità di rafforzare o costruire adeguate infrastrutture, senza le quali nessun programma può avere successo»<sup>5</sup>. «La *selective Phc* è una minaccia – scriveva K.W. Newell, del Dipartimento di Politica sanitaria internazionale di Liverpool, nel 1988 in un *forum su Social Science and Medicine* – e va considerata come una controrivoluzione. È una forma di feudalesimo sanitario che può essere distruttiva piuttosto che un'alternativa. La sua attrattiva per i professionisti, per le agenzie finanziatrici e per i governi alla ricerca di risultati a breve termine è una pura illusione»<sup>6</sup>.

### 3.2. Welfare: il cambiamento di paradigma. Il neo-liberismo

La rimozione/negazione delle conclusioni della conferenza di Alma Ata, prima ancora che un atto politico che segnerà profondamente l'evoluzione delle politiche sanitarie (in particolare delle politiche di cooperazione sanitaria internazionale) nei decenni

successivi, è il simbolo del radicale cambiamento di paradigma che si verifica nel mondo a cavallo degli anni '70 e '80.

Fino agli anni '70 (e la dichiarazione di Alma Ata rappresenta il canto del cigno di questo ciclo) era valso il paradigma che affermava il principio che alcune componenti della vita della società (la sanità, l'istruzione, la previdenza) dovessero essere sottratte ai meccanismi di mercato e che lo Stato (ed estensivamente la comunità internazionale) dovesse farsi carico di garantire a tutti i cittadini, senza distinzione, l'accesso a queste fondamentali componenti del *welfare*. Il nuovo paradigma segna il ritorno a un liberismo "radicale" ("neo-liberismo") dove tutto deve essere (de)regolato dal mercato, anche quei settori – come la sanità – tradizionalmente regolati/gestiti dallo Stato. Gli argomenti del neo-liberismo, diventato il pensiero egemone a partire dagli anni 1979/1980 (anni delle vittorie elettorali di M. Thatcher in Gran Bretagna e di R. Reagan in Usa), sono:

1. i mercati sono i migliori e più efficienti allocatori delle risorse, sia nella produzione sia nella distribuzione della ricchezza;
2. le società sono composte di individui autonomi (produttori e consumatori), motivati principalmente o esclusivamente da considerazioni economiche e materiali;
3. il *welfare state* – di stampo liberaldemocratico o socialdemocratico, tendente a mitigare le disuguaglianze nella società – interferisce con il normale funzionamento del mercato e deve essere, dove esiste, eliminato. Secondo l'ideologia neo-liberista infatti le disuguaglianze sono il necessario sottoprodotto del buon funzionamento dell'economia e sono anche "giuste" perché rispondono al principio che se qualcuno entra nel mercato, qualcun altro ne deve uscire. Quindi le azioni del governo per correggere le "distorsioni" del mercato sono non solo inefficienti, ma anche ingiuste; e infatti il motto di R. Reagan era: «il governo non è mai la soluzione, il governo è il problema».

Questa idea, questo modello ("*intellectual blueprint*") deve essere esportato ovunque (come, disastrosamente, anni dopo sarà la democrazia a dover essere esportata): «per la prima volta nella storia, il capitalismo è stato adottato come l'applicazione di una dottrina, piuttosto che come l'evoluzione di un processo storico di tentativi ed errori»<sup>7</sup>.

Rigorosi interpreti e amplificatori di questa dottrina sono stati dagli anni '80 in poi i potenti organismi internazionali quali: Banca mondiale, Fondo monetario

internazionale e, successivamente, l'Organizzazione mondiale del commercio.

Come questi organismi, in particolare la Banca mondiale, sono riusciti a impregnare le politiche sanitarie mondiali della dottrina neo-liberista è la materia dei prossimi paragrafi.

### 3.3. Le politiche della Banca mondiale

Le crisi petrolifere intervenute negli anni '70 e '80, a seguito della guerra arabo-israeliana prima (1973) e della rivoluzione iraniana poi (1979), ebbero pesanti effetti negativi sull'economia mondiale, colpendo duramente tutti i paesi importatori di petrolio. Le misure adottate per far fronte all'aumento del costo dell'energia, e alla conseguente crescita dell'inflazione, determinarono ovunque una fase di grave recessione. Per i Paesi in via di sviluppo, che negli anni '60 avevano registrato una significativa crescita economica, le conseguenze furono doppiamente devastanti perché all'aumento del costo del petrolio (e degli altri prodotti importati dai paesi industrializzati) si aggiunse il ribasso del prezzo delle materie prime, di cui essi erano principali esportatori, causato dal crollo mondiale della domanda. Lo *shock* petrolifero fu assorbito abbastanza rapidamente nei paesi industrializzati; per diversi paesi – prevalentemente asiatici (es.: Sud Corea, Taiwan, Singapore) – fu l'occasione per ristrutturare le proprie economie arrivando a produrre internamente (e poi esportando) beni precedentemente importati; per gran parte dei paesi più poveri – prevalentemente africani, paesi con strutture politiche, sociali ed economiche più fragili e vulnerabili –, lo *shock* petrolifero segnò l'inizio di una lunga (e tuttora perdurante) fase di crisi, di impoverimento e di indebitamento.

L'indebitamento è stato per i paesi più poveri la conseguenza più devastante di questa crisi. Un debito che raggiunse rapidamente cifre astronomiche a causa delle politiche aggressive delle banche che dovevano investire gli imponenti depositi di petro-dollari provenienti dai paesi esportatori di petrolio e per la politica di rapido aumento dei tassi di sconto praticata dalla *Us Federal Reserve* (Banca centrale americana), che determinò una progressiva e insostenibile crescita degli interessi sui capitali prestati. A rendere il quadro se possibile ancora più fosco, va aggiunto il fatto che l'80% dei prestiti erogati ai paesi africani veniva trasferito all'estero ("*capital flight*" - "fuga dei capitali") – legalmente, ma più spesso illegalmente – da parte di governanti corrotti, imprenditori e borghesie locali. È stato calcolato che il valore dei capitali espor-

tati all'estero dai 25 paesi africani tra il 1970 e il 1996, inclusi gli interessi, è stato considerevolmente superiore al valore del debito accumulato negli stessi paesi alla fine del 1996<sup>8</sup>. Il fenomeno non è ovviamente solo africano: quattro paesi asiatici – Indonesia, Malesia, Filippine e Thailandia – tra il 1970 e il 2000 hanno accumulato una quantità di capitali esportati pari a 1.000 miliardi di dollari<sup>9</sup>.

È precisamente in questa fase di rovina economica, sociale, morale dei paesi più poveri del pianeta – siamo agli inizi degli anni '80 – che interviene la Banca mondiale la cui ricetta confezionata per il "risanamento" – "*structural adjustment*" – delle economie dei paesi più poveri e indebitati (e condizione vincolante per la concessione dei crediti) fu semplice e spietata, coerente con le tendenze neo-liberiste di quel periodo: drastici tagli nei consumi e nella spesa pubblica (inclusi i servizi sociali, come sanità ed educazione) per ridurre l'inflazione e il debito pubblico; privatizzazioni in tutti i settori; apertura agli investimenti esteri; decentramento e bassissimo profilo dello Stato centrale. Poco contava – e forse, nella furia ideologica di quel periodo, nessuno si accorgeva – che con il deterioramento dei livelli di istruzione e di salute (in quel periodo ad aggiungere sciagura a sciagura, si registra l'entrata in scena dell'epidemia dell'Aids), si minavano le basi fondamentali di ogni futuro possibile sviluppo in quei paesi.

Jeffrey D. Sachs, nel suo libro "La fine della povertà"<sup>10</sup>, analizza così gli avvenimenti di quel periodo: «Sfortunatamente, nell'era degli aggiustamenti strutturali questioni egoistiche e ideologiche furono alla base degli errori di indirizzo e degli aiuti insufficienti concessi ai Paesi in via di sviluppo. L'aspetto egoistico è evidente: la responsabilità della povertà fu scaricata integralmente sugli stessi poveri; da ciò discese che non erano necessari aiuti finanziari internazionali. Negli anni '80 e '90 gli aiuti allo sviluppo crollarono: per esempio, nell'Africa sub-Sahariana passarono dai 32 dollari *pro capite* nel 1980 ai 22 del 2001, nonostante nel periodo l'intero continente africano fosse devastato da una pandemia [Hiv/Aids, ndr] e la necessità di un aumento della spesa pubblica (soprattutto sanitaria) fosse evidente. Ma i paesi ricchi erano convinti di aver fatto tutto quello che competeva loro, dato che le questioni in esame rimanevano al di fuori delle loro responsabilità.

Anche gli aspetti ideologici di questa politica dello sviluppo sono chiari. I governi degli Stati Uniti, della Gran Bretagna e degli altri paesi conservatori hanno utilizzato le istituzioni internazionali per promuovere

politiche che a casa propria non avrebbero potuto applicare. Negli ultimi 20 anni, molti paesi africani hanno subito fortissime pressioni da parte della Banca mondiale per privatizzare il sistema sanitario o, almeno, volgere a pagamento i servizi sanitari e d'istruzione. Eppure, i maggiori azionisti della Banca mondiale (cioè i paesi ricchi) hanno sistemi sanitari ad accesso gratuito e universale, e sistemi scolastici che garantiscono l'accesso di tutti alla pubblica istruzione».

Nel 1987 la Banca mondiale si esibisce nel primo documento interamente dedicato alla sanità<sup>11</sup>, una sorta di appendice tecnica alla politica di *structural adjustment*. Contiene una serie di indicazioni da seguire nella ristrutturazione dei servizi sanitari nei Paesi in via di sviluppo e ha ovviamente un valore prescrittivo nei confronti dei paesi più indebitati.

Il documento si compone di quattro fondamentali capitoli, ciascuno dei quali sviluppa una specifica linea direttiva in tema di politica sanitaria:

- a) introdurre presso le strutture sanitarie pubbliche forme di partecipazione alla spesa – *user fees* – da parte degli utenti. «Il più comune approccio all'assistenza sanitaria nei Paesi in via di sviluppo è quello di considerarla un diritto di cittadinanza e di tentare di fornirla gratuitamente a tutti; questo approccio generalmente non funziona».
- b) Promuovere programmi assicurativi.
- c) Favorire la privatizzazione dei servizi sanitari.
- d) Decentralizzare il governo della sanità.

I quattro punti sono strettamente collegati. L'introduzione delle *user fees* nelle strutture governative non è solo un modo per scaricare sugli utenti il costo dei servizi, ma anche la condizione essenziale per promuovere le assicurazioni; d'altro canto senza un sistema assicurativo funzionante gli ospedali governativi non possono applicare tariffe sufficientemente alte da coprire gli interi costi. La privatizzazione dei servizi e il decentramento della programmazione, dell'organizzazione e del finanziamento dei servizi sono le altre due componenti essenziali della strategia che si propone di ridurre al minimo il ruolo del governo in sanità per lasciare il posto a un sistema basato sull'assistenza privata e sulle assicurazioni.

Gli effetti di queste politiche non tardano a manifestarsi in tutta la loro drammaticità. Lo stesso Unicef, nel rapporto annuale del 1989<sup>12</sup>, denuncia che a causa degli interventi di aggiustamento strutturale («inumani, non necessari, inefficienti») le condizioni di vita e di salute dei paesi più poveri si sono paurosamente aggravate («almeno mezzo milione di bambini è morto negli ultimi dodici mesi come conseguenza

della crisi economica che colpisce i Paesi in via di sviluppo»).

### 3.4. L'eclisse dell'Oms

Nel 1988 un ricercatore giapponese, Hiroshi Nakajima, viene eletto nuovo direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità. La sua elezione segna l'inizio di un decennio di gravissima crisi dell'istituzione, dovuta a molti fattori, non ultimo il basso profilo del nuovo direttore (l'esatto opposto del suo predecessore, H. Mahler)<sup>13-14-15</sup>. La mancanza di una guida autorevole a capo dell'Oms aggrava una serie di problemi che l'organizzazione deve fronteggiare, tra cui:

- a) il blocco dei finanziamenti budgetari e la crisi nei rapporti con gli Usa. Dal 1980 il *budget* dell'Oms è rimasto inalterato perdendo progressivamente valore a causa dell'inflazione (nonostante ciò Nakajima raddoppia il suo *staff* dirigenziale), subendo inoltre ripetute interruzioni nel flusso dei finanziamenti da parte del principale contribuente, gli Usa, irritato dalle scelte della precedente amministrazione Mahler come l'emanazione del codice internazionale sui sostituti del latte materno (perché considerato un attacco al libero mercato) e il lancio del programma dei farmaci essenziali (a cui si opponevano le industrie farmaceutiche).
- b) Lo sviluppo di programmi finanziati attraverso meccanismi extrabudgetari. Se da una parte il *budget* ordinario dell'Oms – quello su cui decide l'assemblea dei rappresentanti dei paesi – tende progressivamente a ridursi (e di conseguenza si contrae il ruolo istituzionale dell'organizzazione), dall'altra si espandono i programmi finanziati *ad hoc* (*extrabudget*) da vari donatori, ovvero le nazioni più ricche e le agenzie multilaterali, come la Banca mondiale. Agli inizi degli anni '90 il finanziamento extrabudgetario rappresenta il 54% dell'intero bilancio dell'Oms. Questo tipo di finanziamento genera programmi "verticali", come il programma contro l'Aids o quello per la copertura universale delle vaccinazioni, i cui livelli decisionali vengono posti al di fuori del controllo dell'organizzazione perché designati dai donatori. La causa di ciò – si giustificano i donatori – è la scarsa efficienza e l'inaffidabilità dell'organizzazione interna dell'Oms: meglio finanziare a parte e gestire direttamente i programmi importanti. Ma già da quegli anni si capì che quei programmi non funzionavano. Particolarmente significativo è il caso del programma sulle vaccinazioni finanziato in larga parte dall'Unicef e da altri donatori come il *Rotary International*: alla fine de-

gli anni '80 si registra un impegno straordinario per raggiungere i massimi livelli di copertura vaccinale nei paesi più poveri, dove vengono allestite linee operative *ad hoc* con elargizione di generosi incentivi al personale locale a fronte del raggiungimento degli obiettivi stabiliti. I risultati furono assolutamente brillanti, ma effimeri. In Ghana si raggiunge il 100% di copertura nel 1990, ma si tornò rapidamente ai livelli precedenti del 40-50% quando vennero meno le risorse aggiuntive; analoga situazione in Nigeria dove si raggiunse il picco massimo del 70% nel 1990 per tornare al di sotto del 20% nel 1994.

### 3.5. La trappola medica della povertà

La Banca mondiale dedica il suo rapporto annuale del 1993 ai temi della salute (*Investing in health*<sup>16</sup>); per realizzare l'impresa viene arruolata una nutrita squadra di esperti di riconosciuto valore internazionale: è la "spettacolare entrata" della principale istituzione finanziaria mondiale nella scena della sanità, oscurando con ciò il ruolo dell'Oms, screditata per i motivi di cui sopra<sup>17</sup>. Solo alla fine degli anni '90 l'Oms, con la direzione di G. H. Brundtland, riacquisterà ruolo e autorevolezza.

Sul piano tecnico-scientifico il rapporto contiene due importanti elaborazioni:

- a) la definizione (e la stima economica) del pacchetto di servizi clinici essenziali e di interventi di sanità pubblica che i governi dovrebbero assicurare a tutta la popolazione;
- b) l'introduzione di un nuovo indicatore per misurare lo stato di salute di un paese: il *DALYs (Disability Adjusted Life Years)*. Il *DALYs* misura il "carico di malattie" di una comunità attraverso la combinazione di due diversi indicatori:

- 1) le perdite dovute a morte prematura e
- 2) le perdite di vita sana dovuta a disabilità.

La sua funzione dovrebbe essere quella di misurare il costo degli interventi per la prevenzione e/o la cura di determinate malattie e quindi quella di strumento di valutazione per l'allocazione delle risorse e la definizione delle priorità<sup>18</sup>. Questo tipo di approccio porta altra acqua al mulino alla visione "selettiva" della Phc, confermando l'ostilità della Banca mondiale nei confronti delle conclusioni della conferenza di Alma Ata.

Nonostante le raccomandazioni degli esperti della Banca mondiale di investire in salute, la sanità dei paesi più poveri – e particolarmente dei paesi dell'Africa sub-Sahariana – precipita nel baratro. Diminui-

sce nettamente la quota di Pil destinata alla spesa sanitaria<sup>19</sup>, e ancor più la quota pubblica di questa spesa: 2-3, al massimo 7-8 dollari *pro capite* (altro che i 14 dollari pro capite al pacchetto per gli interventi essenziali raccomandati dagli esperti!). Accanto al progressivo degrado delle strutture sanitarie pubbliche, si assiste alla massima fioritura del mercato sanitario. Un mercato basato in larga parte sul commercio di farmaci, messi in vendita ovunque, nelle cliniche private, nei *drug shops*, nelle bancarelle ai mercati o agli angoli delle strade. Farmaci spesso scaduti o contraffatti, distribuiti quasi sempre da personale abusivo. Il motivo del *boom* del commercio dei farmaci è presto spiegato: di fronte all'impossibilità di accedere alle troppo costose strutture sanitarie "formali" (ospedali e centri di salute, pubblici, privati *non profit* e privati *profit*, tutti rigorosamente a pagamento) la grande maggioranza della popolazione si rivolge a chi è in grado di offrire una risposta in relazione ai pochi soldi che ciascuno ha in tasca: la cosa più semplice, un'iniezione o qualche pillola.

«Negli ultimi due decenni, la spinta verso riforme dei sistemi sanitari basate sul mercato si è diffusa in tutto il mondo, da nord verso sud, dall'occidente all'oriente. Il "modello globale" di sistema sanitario è stato sostenuto dalla Banca mondiale per promuovere la privatizzazione dei servizi e aumentare il finanziamento privato, attraverso il pagamento diretto delle prestazioni (*user fees*). [...] Questi tentativi di minare alla base i servizi pubblici da una parte rappresentano una chiara minaccia all'equità nei paesi con solidi sistemi di *welfare* in Europa e Canada, dall'altra costituiscono un pericolo imminente per i fragili sistemi dei paesi con medio e basso reddito. Queste due tendenze – l'introduzione delle *user fees* nei servizi pubblici e la crescita dei pagamenti diretti (*out-of-pocket expenses*) nei servizi privati –, se combinate, possono rappresentare una vera e propria trappola della povertà».

Con questa premessa si apre un articolo pubblicato su *Lancet*<sup>20</sup>, firmato da Margaret Whitehead, professore di sanità pubblica all'Università di Liverpool e consulente del governo britannico, Goran Dahlgren, direttore del *National Institute of Public Health* di Stoccolma, Timoty Evan, direttore della *Health Equity Division* della *Rockefeller Foundation* di New York. Gli autori, presentando una documentazione imponente, elencano le conseguenze prodotte dalle politiche della Banca mondiale nei confronti della sanità dei paesi più poveri, riassunte in quattro categorie:

- 1) le malattie non trattate;
- 2) ridotto accesso all'assistenza;

- 3) irrazionale uso di farmaci;
- 4) impoverimento a lungo termine.

In termini sociali e di sviluppo è questa la conseguenza più grave: le persone comprano l'assistenza anche se ciò mette a repentaglio la propria sussistenza a lungo termine, perché le spese mediche sono spesso dei pagamenti forzati. Le famiglie si indebitano, sono costrette a vendere il loro capitale (un pezzo di terra o gli animali), o a rinunciare ad altre spese vitali, come l'educazione dei figli. L'impatto sociale negativo delle *user fees* nel campo dell'assistenza sanitaria è maggiore che in altri settori della vita sociale perché queste spese sono spesso inaspettate e il loro costo totale è imprevedibile e sconosciuto fino alla fine del trattamento.

### 3.6. I programmi verticali e le *partnership* pubblico-privato

Nel 1998, nel momento più basso della credibilità e del prestigio dell'Oms, viene eletta alla direzione generale dell'organizzazione Gro Harlem Brundtland, già primo ministro norvegese. La sua elezione arresta il declino dell'Oms e ha il merito di riportare il tema della salute nell'agenda politica internazionale. La sua gestione è contrassegnata da alcune importanti iniziative tra cui la pubblicazione del *World Health Report 2000* in cui si stabiliscono i criteri di valutazione dei sistemi sanitari (iniziativa peraltro molto discussa), l'istituzione della commissione *Macroeconomics and Health* presieduta da J. Sachs<sup>21</sup>, l'adozione da parte dell'Assemblea dell'Oms della Convenzione-quadro sul controllo del tabacco (*"Who Framework Convention on Tobacco Control"*).

Tuttavia la linea politica della Brundtland non si discosta molto da quella tracciata dalla Banca mondiale. La sua *road map* per guidare l'Oms è infatti quella indicata dal Rapporto della Banca mondiale *"Investing in Health"* del 1993<sup>22</sup>. Nei cinque anni della sua direzione (dal 1998 al 2003) si assiste alla moltiplicazione di iniziative finanziate con meccanismi extrabudgetari che arrivano a sorpassare di gran lunga il *budget* corrente (1.400 milioni di dollari contro 800 milioni di dollari nel 2002). Si tratta di programmi promossi e finanziati da donatori pubblici e privati (*Global Public-Private Partnership - Gppp*) quali: *European Partnership Project on Tobacco Dependence*, *Global Alliance for TB Drug Development*, *Global Alliance to Eliminate Lymphatic Filariasis*, *Global Alliance to Eliminate Leprosy*, *Global Alliance for Vaccines and Immunization*, *Global Elimination of Blinding Trachoma*,

*Global Fire Fighting Partnership*, *Global Partnerships for Healthy Aging*, *Global Polio Eradication Initiative*, *Global School Health Initiative*, *Multilateral Initiative on Malaria*, *Medicines for Malaria Venture*, *Partnership for Parasite Control*, *Roll Back Malaria*, *Stop TB*, *UnAids/ Industry Drug Access Initiative*.

In queste iniziative eccelle la fondazione di *Bill e Melinda Gates* che al settembre 2002 aveva versato la cifra di 2,8 miliardi di dollari, di cui 750 milioni indirizzati alla *Global Alliance for Vaccines and Immunization* (Gavi), una Gppp in cui l'Oms ha un ruolo marginale.

In un'altra Gppp, *Roll Back Malaria*, che conta oltre 80 *partner* tra organizzazioni bilaterali, multilaterali, non governative e private (tra cui Bm, *Gates Foundation*, Amref, Bayer, Novartis, Eni, Governo italiano), l'Oms svolge un ruolo dominante. Tuttavia la molteplicità degli attori provoca gravi problemi di gestione e *governance* sia a livello centrale sia periferico<sup>23</sup>, al punto che la stessa Oms decide di istituire per la malaria una propria struttura autonoma, il *Global Malaria Programme*<sup>24</sup>.

Nel 2002 viene istituita a Ginevra – a seguito della decisione adottata l'anno prima dal G8 di Genova – la più potente delle Gppp: *"The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria"*<sup>25</sup> con l'obiettivo di «attrarre, gestire ed erogare risorse aggiuntive attraverso una nuova *partnership* pubblico-privata che darà un contributo significativo e sostenibile alla riduzione di infezione, malattia e mortalità da Hiv/Aids, tubercolosi e malaria, mitigandone l'impatto nei paesi bisognosi e contribuendo alla riduzione della povertà come parte degli Obiettivi di sviluppo del millennio».

Il presidente degli Stati Uniti G.W. Bush promuove una sua Gppp, *Pepfar (The President's Emergency Plan for Aids Relief)*<sup>26</sup>; non è da meno il suo predecessore B. Clinton che fonda la sua organizzazione *Chai (Clinton Foundation Hiv/Aids Initiative)*<sup>27</sup>. La Banca mondiale ha introdotto un suo programma Aids in 29 paesi africani, il *Map (Multi-country Aids Programme)*. Infine, va ancora citato Bill Gates, la cui fondazione – dai primi progetti sulle vaccinazioni – ha enormemente allargato il suo raggio d'azione (Aids, tubercolosi, malaria, malnutrizione, salute materno-infantile, etc.): non a caso il suo sito *on-line* si chiama *"Global Health"*<sup>28</sup>.

Il rapido sviluppo di questa miriade di iniziative globali-settoriali è l'apoteosi della linea politica perseguita dalla Banca mondiale (e dai suoi "azionisti") nel dopo-Alma-Ata: ridurre al minimo il ruolo del settore pubblico (governi nazionali e Oms) nel governo della

sanità, trasferendo potere di iniziativa, di finanziamento e gestione al settore privato sia a livello locale sia globale.

Gavin Yamey, autore di una serie di articoli dedicati all'Oms sul Bmj nel 2002<sup>29</sup>, osserva al riguardo: «Le *partnership* tendono a “cogliere dall'albero i frutti più bassi”, concentrano i loro sforzi nell'ottenere risultati rapidi piuttosto che costruire un sistema sanitario ampio e robusto per venire incontro ai bisogni della popolazione. (...) I paesi poveri inoltre non hanno le risorse per coordinare tutte queste frammentarie iniziative. (...) Nel modificarsi dell'architettura della salute globale, la sua *governance* si sta spostando dalla Who verso i donatori. L'Organizzazione mondiale della sanità può essere lenta e burocratica, ma ha i vantaggi della legittimità rappresentativa – 192 paesi, poveri e ricchi tutti con lo stesso potere di voto – e risponde ai paesi stessi. Le nuove iniziative globali sono al di fuori della *governance* dell'Organizzazione e rispondono ampiamente ai loro donatori: fondazioni private e governi ricchi. Scegliendo quali interventi sanitari finanziare (soprattutto controllo delle malattie infettive), quali strategie adottare (prevalentemente programmi verticali) e quali paesi debbano ricevere appoggio, queste iniziative stanno indebolendo l'influenza delle Nazioni unite sul modo di spendere i soldi per la salute globale»<sup>30</sup>.

### 3.7. Imperialismo umanitario<sup>31</sup>

L'Oms nel 2001 pubblica un importante rapporto, *“Macroeconomics and health: investing in health for economic development”*<sup>32</sup>, frutto di una commissione presieduta da J. Sachs dell'Università di Harvard e composta da un gruppo di esperti del settore sanitario, di economia, finanza, commercio, sviluppo e politica.

Il rapporto evidenzia l'estrema drammaticità dello stato di salute delle popolazioni dei paesi poveri, le notevoli diseguaglianze presenti all'interno di questi paesi sia nella salute sia nelle condizioni socio-economiche, e individua la necessità di una nuova strategia globale per migliorare la salute di questi paesi che coinvolga sia i paesi poveri stessi sia quelli ricchi e, all'interno dei paesi poveri, sia i governi nazionali sia la società civile.

La maggior parte dei problemi sanitari dei paesi poveri è causata da un numero limitato di condizioni di salute, per le quali esistono attualmente trattamenti efficaci in grado di curarle; tuttavia, la maggioranza delle popolazioni povere non ha accesso a essi e ciò è dovuto alle inefficienze dei governi dei paesi poveri ma, soprattutto, alla mancanza di risorse finanziarie

sia dei singoli individui sia dei governi, ovvero alla povertà.

Il rapporto sostiene quindi che la comunità internazionale potrebbe svolgere un ruolo fondamentale per il benessere dei più poveri del pianeta, investendo seriamente nel controllo delle malattie e nel miglioramento della salute dei paesi poveri; definisce una strategia operativa, basata su:

- a) accesso universale e gratuito a un pacchetto di interventi sanitari essenziali, centrati sull'assistenza sanitaria di base;
- b) un livello minimo di finanziamento pubblico per garantire i servizi essenziali di cui sopra, stimato in 35 dollari americani *pro capite* all'anno (la gran parte dei paesi africani non raggiunge i 10 dollari americani *pro capite* all'anno).

Ciò avrebbe richiesto l'impegno finanziario congiunto di governi locali e di paesi donatori (soprattutto di questi ultimi) pari a circa 30 miliardi di dollari l'anno.

Una ricetta basata sul rafforzamento complessivo dei sistemi sanitari per garantire in tutte le strutture sanitarie, in particolare nelle aree rurali e periferiche e nelle baraccopoli delle grandi città, la presenza di personale competente (e pagato decentemente), il rifornimento di farmaci essenziali (compresa la terapia antiretrovirale), l'erogazione di interventi semplici ed efficaci (dal trattamento della diarrea e della polmonite alle vaccinazioni, dall'assistenza qualificata alla gravidanza e al parto alle cure neonatali). Una ricetta in grado di evitare – secondo le stime della commissione – circa otto milioni di morti all'anno entro la fine del decennio.

Una ricetta proposta (invano) per correggere decisamente la tendenza in atto dagli anni '90 di promuovere una cooperazione sanitaria basata su interventi verticali finanziati e gestiti dalle più svariate organizzazioni pubbliche e private, singole o associate. Così mentre l'aiuto pubblico allo sviluppo finanziato dai paesi più ricchi si riduceva sempre più (con l'Italia fanalino di coda) e il ruolo dell'Oms sbiadiva, fino quasi a scomparire, sono venuti alla ribalta iniziative e personaggi con al seguito apparati mediatici tanto potenti da influenzare le politiche pubbliche di cooperazione.

I programmi verticali perseguono una politica di intervento su singole malattie o branche della sanità (dall'Aids al tracoma, dalle vaccinazioni alla cardiocirurgia), disinteressandosi dell'intero sistema sanitario locale. Così può capitare che in un paese il trattamento di una singola malattia sia gratuito (per un tempo limitato), mentre tutto il resto dell'assistenza

sia a pagamento (ovvero inaccessibile a gran parte della popolazione). Così capita che gli operatori sanitari locali – a causa degli stipendi bassissimi – o emigrano o si trasferiscono al servizio che in quel momento ha il temporaneo privilegio di ricevere finanziamenti dai programmi verticali (che pagano stipendi più alti e che sono spesso in competizione tra loro).

La conseguenza è che se da una parte, per le malattie oggetto dell'attenzione dei programmi verticali, si ottiene qualche risultato (finché durano i finanziamenti), dall'altro si impedisce lo sviluppo di un sistema sanitario pubblico nazionale o locale, o si minano le fondamenta di quei sistemi sanitari che con fatica molti paesi a basso reddito stanno cercando di costruire. La conseguenza finale di questa moderna forma di imperialismo (l'imperialismo umanitario, ovvero l'imposizione dall'esterno di modelli di intervento modellati sulle esigenze dei donatori) è il peggioramento delle condizioni generali di salute delle fasce più deboli di popolazione, donne e bambini in primo luogo, in molti paesi a basso reddito e soprattutto nella maggior parte dei paesi dell'Africa sub-Sahariana.

Banca mondiale e Fondo monetario internazionale (Fmi), che per anni hanno favorito e promosso la proliferazione di questi programmi, visti i risultati catastrofici, stanno rivedendo (finora però solo a parole) le loro posizioni. Questo, ad esempio, si legge in un recente documento del Fmi:

«Perversamente, le forti iniezioni di risorse indirizzate a specifiche malattie (i cosiddetti “programmi verticali”) hanno indebolito le infrastrutture e spostato le risorse umane necessarie per prevenire e trattare malattie comuni (come la diarrea e la polmonite) che uccidono molte più persone. Inoltre i molteplici donatori – ciascuno con le proprie priorità, le proprie procedure amministrative, i propri sistemi di valutazione – hanno prodotto caos e sprechi nei paesi ospiti. Infine un'importante preoccupazione è la sostenibilità di questi programmi verticali dato che i fondi dei donatori possono non essere stabili e duraturi. In conclusione, per i paesi riceventi questi fondi hanno rappresentato un elemento di sfida e insieme di destabilizzazione nella gestione del sistema sanitario»<sup>33</sup>.

Quattro consulenti della Banca mondiale, in un lungo e articolato *paper* sul “Finanziamento della salute globale (Missione incompiuta)”<sup>34</sup>, dimostrano come vi sia un *mismatch* – uno sfasamento, un'asimmetria – tra le priorità dei donatori e quelle dei potenziali beneficiari, e alla fine prevalgono le volontà dei primi. «È chiaro dalla letteratura sugli aiuti, conclude l'articolo, che le condizioni imposte dai donatori raramente funzionano».

## 4. GLOBALIZZAZIONE E SALUTE

### 4.1. Cos'è la globalizzazione

Secondo Wikipedia “globalizzazione” si riferisce a «una crescente e globale connettività, integrazione e interdipendenza in campo economico, sociale, tecnologico, culturale, politico e ecologico»<sup>35</sup>. L'Enciclopedia britannica la definisce come «un processo attraverso il quale l'esperienza della vita quotidiana, segnata dalla diffusione di beni di consumo e di idee, può produrre una standardizzazione delle espressioni culturali in ogni parte del mondo»<sup>36</sup>.

Innumerevoli sono le definizioni di “globalizzazione”, ma tutti gli autori concordano sul fatto che «la globalizzazione economica è stata la forza trainante dell'intero processo di globalizzazione negli ultimi due decenni»<sup>37</sup>. Un processo che, iniziato con gli *shock* petroliferi e la crisi del debito degli anni '70-'80, è dilagato negli anni successivi, seguendo rigorosamente le linee tracciate dalla dottrina neo-liberista.

Il principale attributo della globalizzazione economica è la liberalizzazione, la “*deregulation*” nella circolazione “globale” dei capitali, delle merci, dei servizi, delle persone.

Una liberalizzazione applicata con diversi livelli di intensità.

- 1) Al livello più avanzato c'è la liberalizzazione finanziaria. Il valore degli investimenti esteri è cresciuto enormemente, raggiungendo, nel 2006, 1.200 miliardi di dollari<sup>38</sup>, mentre nel mondo ogni giorno circola per transazioni una quantità di valuta estera pari a 1.900 miliardi di dollari<sup>39</sup>. La liberalizzazione finanziaria espone le economie nazionali alle incertezze create da enormi quantità di flussi di capitali a breve termine. Il pericolo imminente è il disinvestimento di capitali esteri da parte di banche e investitori pubblici e privati: è sufficiente la valutazione negativa di un'agenzia di *rating* per far precipitare un paese in una devastante crisi finanziaria (svalutazione della moneta, evaporazione del potere di acquisto), minando le condizioni di vita di centinaia di milioni di persone. È successo in Messico nel 1994-95, in Russia nel 1997, in vari paesi dell'Asia nel 1997-98, in Argentina nel 2001-02. A quel punto il recupero della solvibilità del paese agli occhi degli investitori esteri è diventato prioritario rispetto al soddisfacimento dei bisogni primari della popolazione<sup>40</sup>.
- 2) La liberalizzazione commerciale ha determinato un forte incremento della circolazione di beni e servizi: dal 1960 al 2003 il valore del commercio

mondiale è raddoppiato passando dal 24% al 48% del Prodotto interno lordo (Pil)<sup>41</sup>. Tuttavia permangono ancora limitazioni e barriere, generalmente a svantaggio delle economie dei paesi più poveri, perché gli stessi governi dei paesi ricchi, fortemente impegnati nel realizzare l'agenda neo-liberista "libero commercio e libero mercato", diventano molto selettivi nell'applicare queste regole in casa propria, quando la posta in gioco è molto alta (vedi elargizione di sussidi agli agricoltori il cui supporto elettorale è decisivo per l'elezione di un governo)<sup>42</sup>.

- 3) La liberalizzazione della circolazione delle persone è un fenomeno limitato ai soggetti in possesso di determinate qualifiche professionali ed è – tra l'altro – alla base della continua migrazione di operatori sanitari dai paesi più poveri a quelli più ricchi. La migrazione delle persone povere e non qualificate è invece fortemente contrastata, nonché accompagnata da condizioni di sfruttamento, discriminazione e di grave pericolo per la vita.

Il secondo elemento distintivo della globalizzazione è la riorganizzazione della produzione e la creazione di una nuova divisione internazionale del lavoro in cui le produzioni manifatturiere ad alta intensità di manodopera vengono trasferite in paesi in cui il livello di tutela dei lavoratori (salari, orario di lavoro, sicurezza, assistenza sanitaria, etc.) è molto basso e in cui ciascun elemento della produzione è collocato laddove è maggiore il ritorno economico e minore il rischio finanziario. Questo fenomeno da una parte ha favorito la rapida integrazione nel mercato mondiale di alcune economie – es.: Cina e India –, dall'altra ha provocato un rapido declino del reddito e della sicurezza economica dei lavoratori meno qualificati, con un impatto pesante anche nei paesi ricchi a causa dei conseguenti processi di de-industrializzazione.

«La globalizzazione dell'economia e della finanza – scrive D. Coburn – sta portando a una nuova fase del capitalismo in cui aumenta il potere degli affari e diminuisce l'autonomia degli Stati: la conseguenza è lo strapotere delle dottrine e delle politiche del mercato. Il declino del potere della classe lavoratrice rispetto a quello del capitale "globale" è caratterizzato dall'attacco al *welfare state*, dal predominio degli interessi delle imprese»<sup>43</sup>.

Il declino del potere della classe lavoratrice rispetto a quello delle imprese, in particolare delle compagnie multinazionali, è fotografato dai cambiamenti nella distribuzione della ricchezza all'interno di una nazione: per esempio in Messico nel 1976 stipendi e salari

rappresentavano il 40% del Pil, nel 2000 meno del 20%<sup>44</sup>; nei dieci paesi più industrializzati la componente stipendi e salari dal 1980 al 2006 è scesa dal 63 al 59% del Pil, mentre è cresciuta specularmente la componente derivante dai profitti delle imprese<sup>45</sup>.

La globalizzazione – afferma Nancy Birdsall, direttore del *Center for Global Development* – è un processo fondamentalmente asimmetrico: nei benefici e nei rischi funziona bene per alcuni e molto peggio per altri. Funziona bene per i paesi ricchi, per le compagnie multinazionali, per i gruppi più ricchi della popolazione:

- 1) perché questi hanno le risorse finanziarie, fisiche e umane per sfruttare tutte le opportunità offerte,
- 2) perché hanno la possibilità di influenzare il quadro delle regole (niente di più falso che il pensare che il mercato globale sia un sistema "naturale" con una sua logica, esso invece dipende dalla creazione e dal mantenimento di una complicata infrastruttura di leggi e istituzioni<sup>46</sup>).

Inutile aggiungere che funziona malissimo per i paesi più poveri e per i gruppi più svantaggiati della popolazione. E infatti il principale effetto di questa asimmetria è stata l'incessante crescita delle disuguaglianze nel reddito (e non solo nel reddito) tra paesi e tra gruppi di popolazione all'interno di un paese a partire dagli inizi degli anni '80. Fino ad arrivare ai giorni nostri quando non è più motivo di stupore apprendere che le 10 persone più ricche degli Usa dispongono complessivamente di un reddito pari a quello dei 2,2 miliardi di persone più povere del pianeta<sup>47</sup>.

#### 4.2. Il mercato globale della salute

Alcuni anni or sono in uno sperduto distretto rurale del Nord Uganda (poco più di 150.000 abitanti) furono contate 40 *private clinics*. In quel contesto *private clinic* significa molte cose: un ambulatorio con qualche minima attrezzatura medica, un negozio, qualche volta una capanna, con l'insegna *drug shop*, o – più spesso – un semplice banchetto, situato all'angolo di una strada o all'ingresso di un mercato, ricoperto di contenitori di farmaci, per lo più capsule multicolori. Queste *private clinics* sono molto popolari e frequentate; secondo alcuni svolgono anche una funzione sociale perché consentono di poter accedere a un servizio sanitario a prezzi molto bassi, alla portata di chi non potrebbe permettersi la visita presso un ambulatorio medico o in un ospedale. In verità in quei negozi, dietro quei banchetti non ci sono, nel 95% dei casi, neppure degli infermieri. Il personale è quasi tutto abusivo, non qualificato, improvvisa diagnosi ed

eroga farmaci senza alcun titolo, ma ha capito una cosa fondamentale: che con le medicine (magari scadute, avariate o contraffatte) si possono fare soldi, che la sanità è un *business* e che la *deregulation* è manna che viene dal cielo.

Secondo l'ideologia "neo-cons" veicolata dalla Banca mondiale, la sanità, come ogni altro settore della vita civile, deve aprirsi al mercato globale; un mercato con poche regole per alcuni, con regole robuste per altri, a seconda dei casi. A questo servono i trattati internazionali – Gats (*General Agreement on Trade and Services* - Trattato generale sul commercio e i servizi) e Trips (*Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights* - Aspetti dei diritti di proprietà intellettuale riguardanti il commercio) – che si svolgono sotto l'egida della *World Trade Organisation* (Wto) (Organizzazione mondiale del commercio - Omc).

*Gats*. Lo scopo del trattato (entrato in vigore il 1° gennaio 1995) è quello di favorire la "globalizzazione" dei servizi: turismo, banche, comunicazioni, ambiente (acqua), assicurazioni (anche sanitarie), fino ai servizi educativi e sanitari. Nel 2000 l'esportazione di servizi nel mondo ha mosso qualcosa come 1.400 miliardi di dollari (un quarto del valore del commercio mondiale totale). La tipologia di servizi sanitari compresi nel trattato sono:

- > servizi a distanza tra un paese e l'altro; es.: telemedicina via internet, assicurazioni sanitarie internazionali (*cross-border supply*);
- > trattamento dei pazienti in un altro paese (*consumption abroad*);
- > presenza di un'organizzazione straniera in un altro paese per la gestione di ospedali, poliambulatori, servizi territoriali e residenziali, agenzie assicurative (*commercial presence*);
- > trasferimento di operatori sanitari (medici, infermieri, ostetriche, etc.) in un altro paese per erogare un servizio per un periodo temporaneo (*presence of natural persons*).

Il Gats è un trattato in divenire e pieno di ambiguità. "In divenire" perché i paesi membri dell'Omc (144) possono scegliere a quali settori dare l'adesione. Le decisioni vengono adottate nel corso di periodici *round* di negoziazione che si tengono a Ginevra. Le maggiori adesioni sono andate al turismo (125 membri), ai servizi finanziari (100) e alle comunicazioni (94), le minori alla sanità (45) e all'educazione (43). "Pieno di ambiguità" perché il testo originario è soggetto a continue e differenti interpretazioni. L'art. 16, ad esempio, afferma che i monopoli pubblici sono in-

compatibili con l'apertura al mercato (che è l'obiettivo finale del Gats). Tale dizione suscitò un grande allarme tra i difensori dei servizi sanitari nazionali che si basano appunto sul monopolio assicurativo dello stato. Un articolo di *Lancet* del novembre del 2000 esprime bene quali erano le preoccupazioni suscitate da quell'articolo del trattato: «È essenziale che i politici, i funzionari pubblici e tutti coloro a cui sta a cuore la salute e la sanità pubblica aprano al pubblico scrutinio le trattative che la Omc sta conducendo. In gioco c'è non soltanto la democrazia, ma il futuro dei servizi pubblici e con essi i diritti e le attese che stanno alla base della tradizione di *welfare* sociale europeo»<sup>48</sup>.

Preoccupazione fondata? Secondo alcuni no, perché il trattato all'art. 1.3. afferma che «i servizi erogati nell'esercizio dell'autorità di governo» sono esentati dal trattato e i servizi sanitari pubblici – secondo i rappresentanti del governo inglese e lo *staff* dell'Omc – rientrano in questa categoria<sup>49-50</sup>. Secondo altri la questione è invece aperta a differenti interpretazioni<sup>51</sup>.

La Commissione sui Diritti Umani delle Nazioni Unite, in un Rapporto del 2003<sup>52</sup>, ha espresso la preoccupazione che gli investimenti stranieri in campo sanitario possano accentuare gli aspetti mercantili dell'assistenza sanitaria, a danno degli obiettivi sociali, facendo anche riferimento a uno studio congiunto Oms-Omc che affermava: «Il commercio nei servizi sanitari, in alcuni casi, ha esacerbato i problemi di accesso e di equità nel finanziamento dell'assistenza sanitaria, soprattutto nei confronti delle popolazioni povere dei Paesi in via di sviluppo»<sup>53</sup>.

Il Gats, con le sue ambiguità, ci dice che è in atto una fase di liberalizzazione (anche in sanità) spinta ma incerta, che l'adesione al trattato è libera (e quindi la sovranità nazionale è formalmente rispettata) ma sostanzialmente condizionata da forti pressioni (soprattutto nei confronti dei paesi più deboli e ricattabili), che molte questioni vitali sono di volta in volta esposte a differenti interpretazioni, in relazione al potere contrattuale e all'orientamento politico degli attori in quel momento in campo.

*Trips*. Questo trattato si occupa di brevetti, *copyright* e marchi di fabbrica, dedicando alcuni specifici articoli ai diritti di proprietà intellettuale dei farmaci. È un trattato di segno opposto rispetto al Gats, perché tende a limitare competizione e libera circolazione, garantendo alla casa farmaceutica che ha inventato il prodotto il monopolio della vendita, e quindi la determinazione del prezzo, per la durata di 20 anni. Tutto ciò per assicurare all'impresa il ritorno degli investimenti

sostenuti per la ricerca (secondo alcuni il termine di 20 anni appare eccessivo per questo scopo). Il Trips – secondo le intenzioni dell’Organizzazione mondiale del commercio – dovrebbe contemperare due diversi interessi: quello dell’industria farmaceutica di proteggere i diritti di proprietà individuale (e i benefici economici da ciò derivanti) e quello della sanità pubblica di garantire comunque – in caso di necessità – l’accesso a farmaci essenziali (anche quelli coperti da brevetto). L’art. 31 del trattato tiene conto di quest’ultima esigenza prevedendo che gli Stati, per proteggere la salute della popolazione in situazioni di particolare gravità, possono ricorrere alla “licenza obbligatoria” (*“compulsory licensing”*), possono cioè produrre o far produrre, in forma di generici (e quindi a prezzi molto più bassi), farmaci coperti da brevetto.

Nonostante ci fosse un terribile bisogno di ciò, con l’epidemia di Aids che devastava interi continenti (soprattutto l’Africa sub-Sahariana) e con il prezzo dei farmaci antiretrovirali (sotto brevetto) alle stelle, i casi di ricorso alla licenza obbligatoria si contano sulle dita di una mano (il più recente il caso “Thailandia-Efavirenz”<sup>54</sup>), per il timore di incorrere in ritorsioni in altre aree del commercio da parte di nazioni (una a caso, gli Usa), vicine alle multinazionali farmaceutiche.

Alcuni paesi come il Brasile hanno preferito utilizzare la minaccia del ricorso alla licenza obbligatoria come deterrente per ottenere dalle aziende produttrici di farmaci antiretrovirali sconti rilevanti sui prezzi di vendita. La stessa strategia adottata dal governo degli Stati Uniti quando in piena “emergenza antrace” dopo l’11/9/01, ha potuto imporre una drastica riduzione del prezzo della ciprofloxacina alla Bayer<sup>55</sup>.

La globalizzazione – si dice – offre opportunità ed espone a rischi. Il Brasile si è mosso con abilità ed è riuscito a conseguire l’importante risultato di offrire a tutti i pazienti affetti da Hiv/Aids il trattamento gratuito, a costi pubblici compatibili, diventando nel contempo un produttore mondiale di generici<sup>56</sup>. Il governo del Sudafrica, viceversa, ha buttato al vento tutte le sue potenzialità e ha inflitto alla popolazione un terribile carico di morte evitabile.

Ha scritto al riguardo Nicholas B. Kristof nel *New York Times* dell’1/10/2003:

«Il presidente del Sudafrica, Thabo Mbeki, ha perseguito per anni una disgraziata politica di crescenti dubbi sul fatto che l’Hiv fosse la causa dell’Aids e di incertezza sulle scelte di fondo su come affrontare la crisi. Anche ora – sebbene Mr. Mbeki abbia fatto marcia indietro – gli ammalati di Aids trovano ostacoli a essere curati a causa dei dubbi che Mr. Mbeki ha

seminato. L’insipiente ostruzionismo di Mr. Mbeki ha ucciso incomparabilmente molti più sudafricani di ogni altro *leader* ai tempi dell’*apartheid*. Il Sudafrica ha annunciato quest’anno l’inizio del trattamento con anti-retrovirali dei pazienti affetti da Aids. Ci crederò quando vedrò. È imperdonabile che il paese africano con le migliori infrastrutture sanitarie sia quello con il più alto numero di persone infettate e malate – e che nel 2003 queste debbano morire senza trattamento».

Il Trips ha subito negli ultimi anni aggiornamenti e modifiche, con la Dichiarazione di Doha del 2001 e una integrazione interpretativa nel 2003 che avrebbe dovuto favorire i paesi più poveri nell’accesso alla licenza obbligatoria (consentendo loro di importare i farmaci generici da altri paesi), ma pochi sono i risultati nella direzione della tutela della sanità pubblica e nell’accesso della popolazione ai farmaci essenziali<sup>57</sup>.

I motivi sono diversi:

- a) l’implementazione di una licenza obbligatoria è un’operazione complessa e richiede la presenza di un’adeguata infrastruttura tecnico-amministrativa il cui costo è spesso proibitivo per i paesi più poveri (non meno di 1,5 milioni di dollari).
- b) Le procedure per commissionare a un paese terzo la produzione di un generico sono complicate, tali da non incentivare il produttore.
- c) Accordi bilaterali o regionali tra Usa e altri paesi (es.: Australia, Corea del Sud, Giordania, Singapore, Marocco) tendono ad annullare le (poche) opportunità offerte dal Trips, o addirittura a modificare le regole di base del trattato come la durata del brevetto, allungandola, in cambio di vantaggi nell’*export* (es.: accesso a settori chiave come l’agricoltura). Non si capisce bene perché questi accordi, che si basano sul depotenziamento del trattato, vengono denominati *Trips plus* (qualcuno ha ironizzato proponendone la sostituzione con *Trips minus*)<sup>58</sup>.

Contestualmente al confronto che vede opporsi (asimmetricamente) i due diversi schieramenti, a difesa, rispettivamente, degli interessi pubblici (il diritto alla salute) e degli interessi privati (i diritti di proprietà), un’altra partita, seppure meno appariscente, si sta giocando nello stesso agone: quella tra i colossi dell’industria farmaceutica e l’emergente industria dei farmaci generici (Brasile, Cina ma soprattutto India con Ranbaxy – 1,2 miliardi di dollari di vendite nel 2005 – e Cipla). La competizione tra i due si sta facendo sempre più accesa: nonostante il mercato rappresentato dai farmaci generici sia tuttora minoritario, la campagna per rendere più flessibile l’applicazione

cazione dei brevetti è certamente un campo che richiama interessi pesanti e allettanti prospettive<sup>59</sup>. Ne è un chiaro segnale lo scontro tra la multinazionale Novartis e il governo indiano che si è rifiutato di accettare il brevetto del Glivac (iminatib mesylato), farmaco “salvavita” nella terapia della leucemia mieloide cronica il cui costo nella versione brevettata è di 2.000 dollari americani al mese e in quella di generico di 200 dollari americani al mese. Anche se Novartis ha sostenuto di erogare gratuitamente il farmaco al 99% dei pazienti attraverso uno speciale programma di assistenza, il governo indiano ha insistito nel diniego costringendo la multinazionale a portare il caso in tribunale, presso la Corte suprema di Madras<sup>60</sup>. La quale ha dato ragione al governo indiano, con il giubilo delle associazioni umanitarie scese in campo a favore della posizione governativa e la piena soddisfazione dell'industria indiana dei generici<sup>61</sup>.

#### 4.3. La migrazione “globale” del personale sanitario

Non tutti i problemi relativi al mancato accesso ai farmaci essenziali di un terzo della popolazione mondiale<sup>62</sup> sono dovuti ai brevetti e ai diritti di proprietà intellettuale. Dei 300 farmaci inclusi nella 12<sup>a</sup> lista dei farmaci essenziali dell'Oms, nel 2001 solo il 5% risultava sotto brevetto<sup>63</sup>. Ma gli scaffali delle farmacie degli ospedali e dei centri sanitari pubblici dei paesi più poveri sono semivuoti, privi sia dei farmaci sotto brevetto, sia di quelli liberi da brevetto. Perché il servizio sanitario pubblico è privo delle risorse minime per funzionare, perché con una spesa sanitaria pubblica di 2-3 massimo 7-8 dollari americani *pro capite* l'anno, l'erogazione del trattamento antiretrovirale più economico con farmaci generici, del costo di 140 dollari l'anno, è un lusso insostenibile. In questo senso è ragionevole la domanda che si pone (sottendendo una risposta negativa) un articolo di Jama: «Ma sono davvero i brevetti a impedire l'accesso al trattamento dell'Aids in Africa?»<sup>64</sup>.

E quando anche quegli scaffali si riempiono (temporaneamente) di farmaci contro l'Aids e la tubercolosi perché sono arrivati i soldi di *Global Fund*, *Pepfar*, *Map*, non ci sono dottori e infermieri per prescriberli e erogarli. “*Medicines without doctors*” titola un articolo scritto da Medici senza Frontiere, che denuncia il fatto che questi programmi si sono focalizzati sull'acquisto di farmaci (chissà perché) disinteressandosi del contesto, non rafforzando il sistema sanitario e le risorse umane<sup>65</sup>.

La migrazione degli operatori sanitari dai paesi più poveri (ma anche da quelli a medio livello di sviluppo,

come le Filippine) verso l'Europa, l'America del Nord, l'Australia e alcuni paesi arabi ha la caratteristica di un fiume in piena. Le cause di questo fenomeno che sta depauperando i sistemi sanitari più bisognosi di assistenza (l'Africa sub-Sahariana, con il 13,7% della popolazione mondiale e il 24% del carico mondiale di malattie, dispone solo dell'1,3% del totale mondiale degli operatori sanitari) si possono riassumere in tre principali ragioni:

- a) i bassissimi livelli di retribuzione presso le strutture pubbliche, la scarsa motivazione legata alle pessime condizioni di lavoro dovute allo stato di abbandono in cui versano i servizi sanitari pubblici, l'alto livello di rischio professionale per l'esposizione a malattie mortali molto frequenti, come Hiv/Aids o più rare come Ebola/Marburg. Circa il 23% dei medici laureatisi nei paesi dell'Africa sub-Sahariana lavora in paesi appartenenti all'Ocse, con percentuali che vanno da un minimo del 3% del Camerun, a un massimo del 37% del Sudafrica, passando per il 29% del Ghana, il 19% dell'Angola, il 17% dell'Etiopia, il 16% dell'Uganda.
- b) La “fame” di personale sanitario – medici ma soprattutto infermieri – di alcuni paesi, in particolare Usa, Canada e Gran Bretagna. Gli Usa sono la nazione preferita da medici e infermieri in cerca di lavoro all'estero. Più di un quarto dei medici in Usa è stato formato all'estero (le prime quattro nazioni di origine sono Nigeria, Sudafrica, Ghana e Etiopia); il rapporto, tra gli infermieri, è molto più basso (5-6%) ma sta aumentando progressivamente<sup>66</sup>. In Inghilterra, nel 2002, il numero degli infermieri registrati provenienti dall'estero (16.155) ha superato quello degli infermieri formati in Inghilterra (14.538) e fra il 1999 e il 2002 il numero di infermieri stranieri impiegati in Inghilterra è più che raddoppiato superando le 42.000 unità per raggiungere le 65.000 unità del 2006. Negli ultimi anni sono nate, e proliferano, numerose agenzie di reclutamento private. Negli Usa, gli ospedali pagano a queste agenzie, in media, fra i 5.000 e i 10.000 dollari per ogni infermiere reclutato. Il giro di affari è valutato a svariati milioni di dollari all'anno<sup>67</sup>.
- c) Un forte stimolo all'emigrazione del personale sanitario proviene inaspettatamente dagli stessi governi locali. Scrive al riguardo M. Murru: «Recentemente, il presidente ugandese, Yoweri Museveni, ha affermato che il suo governo farà quanto potrà per favorire l'emigrazione verso paesi ricchi di personale ugandese laureato, particolarmente il personale sanitario. La motivazione addotta è che le

rimesse degli emigranti sono un utile strumento per combattere la povertà. Secondo la Banca mondiale, negli ultimi anni, le rimesse degli emigranti ugandesi avrebbero fatto diminuire il numero dei poveri di 11 punti percentuali. Nel 2002 il *National Nursing Council* (Nnc) ugandese ha modificato i criteri di ammissione alle scuole per infermieri, elevandoli considerevolmente. Questo ha creato problemi alle scuole situate in aree rurali, dove è più difficile reclutare allievi con un *curriculum* scolastico di elevata qualità. Il motivo principale (e non confessato) di questa decisione, è quello di produrre infermieri più facilmente “esportabili” sul mercato internazionale. Può essere che l’Nnc si sia ispirato a quanto fatto dal governo filippino che, da tempo, forma personale sanitario “per l’esportazione”, lo incoraggia a emigrare, a inviare le rimesse attraverso canali ufficiali (a condizioni favorevoli) e a tornare dopo un determinato periodo. Nel 2004 le rimesse dall’estero degli emigrati filippini sono state pari a 8,5 miliardi di dollari, pari al 10% del Pil. Nello stesso anno le Filippine hanno ricevuto 462,8 milioni di dollari in aiuti internazionali»<sup>68</sup>.

#### 4.4. Globalizzazione e disponibilità di acqua

La mancanza di accesso all’acqua “sicura” è strettamente legata alla povertà, all’insicurezza economica e ad altre forme di vulnerabilità sociale. Nel mondo circa 1,2 miliardi di persone – quasi tutte nei paesi a basso e medio livello di reddito – non hanno accesso all’acqua potabile e altre 2,6 miliardi – metà della popolazione dei Paesi in via di sviluppo e 2 miliardi delle quali abitanti nelle aree rurali – vivono in abitazioni prive di impianti igienici<sup>69</sup>. Questa situazione ogni anno contribuisce alla morte – soprattutto per malattie diarroiche – di circa 1,5 milioni di bambini.

La scarsa disponibilità di acqua per uso potabile e igienico per tanta parte della popolazione mondiale non è certo responsabilità della globalizzazione, ma questa può giocare un ruolo determinante nel futuro. Da quando ci si è resi conto che l’acqua non è una risorsa “infinita” – da sprecare e inquinare spensieratamente –, questa è diventata, proprio nel momento in cui esplodeva la globalizzazione, una merce da comprare e vendere, su cui fare profitti: un settore da liberalizzare, privatizzare. E infatti negli ultimi 20 anni sono nate compagnie multinazionali con lo scopo di gestire la raccolta e la distribuzione dell’acqua, pronte a utilizzare le opportunità offerte dal Gats. E si è immediatamente messo in moto, come nella sanità, il meccanismo del “condizionamento” da parte delle

istituzioni internazionali: «avrà i prestiti che richiedi a condizione che...». Scrive S. Grusky nel sito on-line *“National Forum on Water Privatization”*<sup>70</sup>: «Una revisione sulle politiche dei prestiti del Fondo monetario internazionale (Fmi) in 40 paesi estratti a caso rivela che, nel 2000, in 12 paesi gli accordi sul prestito includevano condizioni che prevedevano la privatizzazione dell’acqua o comunque la sua vendita a prezzo pieno. In generale sono i paesi africani e i paesi più poveri e indebitati a essere soggetti alle condizioni poste dal Fmi sulla privatizzazione dell’acqua».

#### 4.5. La globalizzazione dei fattori di rischio

L’India rappresenta il paradigma di un paese alle prese con la globalizzazione, registrando una doppia epidemia: quella delle malattie da povertà e quella delle malattie da affluenza.

Da una parte l’Aids colpisce circa 5 milioni di indiani e ne uccide 400.000 all’anno, la tubercolosi è responsabile di circa mezzo milione di morti e le malattie diarroiche di più di 600.000 decessi all’anno; i livelli di mortalità infantile sono molto elevati: 90/85 per 1.000 nati vivi, rispettivamente per femmine e maschi; un terzo dei neonati sono di basso peso alla nascita e il 52% dei bambini sono malnutriti; la mortalità materna è anch’essa particolarmente elevata: 540 decessi per 100.000 nati.

Dall’altra si nota la crescita impressionante della mortalità per malattie croniche alimentata dall’incremento dell’incidenza di malattie cardiovascolari, tumori, diabete. L’India ha il più elevato numero di diabetici nel mondo: erano 19,3 milioni nel 1995 (con una prevalenza del diabete di tipo 2 dell’11,8% nelle aree urbane), saranno, secondo le previsioni, 57,2 milioni nel 2025. La prevalenza dell’ipertensione varia dal 20 al 40% negli adulti delle città e dal 12 al 17% nelle aree rurali. Il numero degli ipertesi si stima passerà dai 118,2 milioni nel 2000 ai 213,5 milioni nel 2025.

Questo profilo di salute della popolazione indiana è strettamente connesso con i fattori demografici, economici e sociali di cui urbanizzazione, industrializzazione e globalizzazione sono parte integrante. L’economia indiana sta progredendo al ritmo del +7% all’anno; la percentuale della popolazione residente nelle città è attualmente del 30%, ma si stima sarà del 43% nel 2021; nel decennio 1991-2001 la popolazione è cresciuta del 18% nelle aree rurali e del 31% nelle aree urbane. Urbanizzazione, industrializzazione e globalizzazione stanno cambiando le abitudini di vita delle persone, facendo dilagare i comportamenti a rischio: la prevalenza del fumo nei maschi di età 12-60

anni è del 55,8%, con un *range* tra il 21,6% nel gruppo 12-18 anni e il 71,5% nel gruppo 51-60 anni; il sovrappeso (Bmi>25) riguarda da un terzo alla metà della popolazione; la prevalenza della dislipidemia è del 37,5% nella popolazione di età 15-64 anni.

«Con l'avanzare della transizione epidemiologica – si legge in un articolo pubblicato su *Lancet* – i poveri sono sempre più colpiti dalle malattie croniche e dai loro fattori di rischio. Bassi livelli d'istruzione e di reddito sono predittivi non solo per più elevati livelli di consumo di tabacco, ma anche di aumentato rischio di malattie coronariche. Poiché il consumo quotidiano di frutta e verdura è di soli 130 g per persona, i poveri sono esposti più di altri alla carenza di fitonutrienti protettivi. Gli *slum* di Delhi hanno elevati tassi di diabete e dislipidemia. La mancanza di consapevolezza dei fattori di rischio e l'inadeguato accesso all'assistenza sanitaria, aumentano il rischio di morte prematura o di grave disabilità nei gruppi più svantaggiati della popolazione»<sup>71</sup>.

La crescita esplosiva delle malattie croniche è un fenomeno comune a tutti i paesi che stanno sperimentando una fase di rapido cambiamento nei consumi e negli stili di vita e la liberalizzazione del commercio mondiale – in particolare del tabacco e degli alimenti – ha indubbiamente favorito questo tipo di evoluzione.

**Tabacco.** Il mercato del tabacco si sta spostando dai paesi più sviluppati – dove l'abitudine al fumo sta decrescendo – ai Paesi in via di sviluppo, in particolare ai paesi asiatici, dove si sta registrando un forte aumento dei consumi (sono fumatori il 50% degli uomini e 9% delle donne, rispetto al 35% degli uomini e il 22% delle donne nei paesi più sviluppati). L'industria multinazionale del tabacco è riuscita a entrare in questi nuovi mercati attraverso la privatizzazione di aziende nazionali precedentemente di proprietà statale. La privatizzazione si è accompagnata a politiche di *marketing* sofisticate e aggressive specialmente nei confronti dei giovani<sup>72</sup>.

**Alimenti.** Il mercato del cibo rappresenta l'11% del commercio globale ed è quasi raddoppiato dagli anni '70 agli anni '90<sup>73</sup>. Di questo mercato una parte sempre maggiore riguarda prodotti ad alto contenuto calorico e basso valore nutritivo (*snack, fast food, soft drink*) e relativi distributori (supermercati e ristoranti). Si tratta degli alimenti e dei distributori che negli Usa, luogo di origine di tutto ciò, stanno producendo una terribile epidemia di obesità (obeso il 30% della popolazione).

#### 4.6. L'influenza della globalizzazione sulla salute

Fece abbastanza scalpore la pubblicazione in un numero del Bmj del 2001 di un articolo di Richard Feachem dal titolo "La globalizzazione fa bene alla tua salute, generalmente"<sup>74</sup>.

Il sillogismo di Feachem è il seguente: poiché la globalizzazione genera ricchezza e la ricchezza genera salute, la globalizzazione genera salute. L'autore cita come casi-scuola le *performance* economiche di Cina, India, Uganda e Vietnam, e così conclude: «Poiché il prodotto interno lordo *pro capite* è fortemente correlato con lo stato di salute nazionale possiamo concludere che, in generale, l'apertura al commercio migliora lo stato di salute nazionale».

L'articolo di Feachem (autorevole personaggio della sanità pubblica britannica, passato poi a dirigere il *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*) suscitò un'immediata ondata di reazioni: alla direzione del Bmj arrivarono decine di lettere di aperta disapprovazione<sup>75</sup>.

A distanza di tempo, nel 2004, un autore ugandese, Sam Okuonzi, pubblica due articoli, uno sul Bmj<sup>76</sup> e l'altro su *Lancet*<sup>77</sup>, dal titolo: "Sviluppo economico da morire?", dedicati alla relazione tra globalizzazione e salute prendendo spunto dalla situazione del suo paese (citato, lo ricordiamo, come caso-scuola da Feachem):

«Banca mondiale, Fondo monetario internazionale, paesi donatori – molti dei quali convertiti recentemente all'ideologia liberista – e lo stesso ministro delle Finanze ugandese amano descrivere il nostro paese come una *star* economica, ma hanno difficoltà a spiegare in maniera convincente perché questo stesso paese in presenza di una così brillante situazione economica abbia invece una situazione sanitaria e sociale miserabile, come dimostrano i persistenti alti livelli di mortalità materna e infantile. La ragione di questo paradosso sta nel fatto che i successi della politica economica sono avvenuti a spese delle politiche sociali».

Okuonzi, dopo aver descritto (e criticato aspramente) la riforma sanitaria attuata in Uganda – in piena conformità alle prescrizioni della Banca mondiale – e illustrato la condizione socio-sanitaria del suo paese («le disuguaglianze socio-economiche si sono dilatate e i poveri, che rappresentano la grande maggioranza della popolazione, stanno sempre peggio»), così conclude:

«Diverse lezioni possono essere apprese dall'esperienza delle riforme sanitarie basate sul mercato. Primo, i principi dell'economia di mercato sono buoni

per generare ricchezza ma non per migliorare la salute e il benessere sociale. Secondo, per realizzare delle genuine riforme del settore sanitario basate su obiettivi di salute condivisi, queste devono essere sganciate dalle riforme economiche liberiste. In particolare i governi devono garantire a tutti sicurezza sociale e servizi sanitari essenziali. Questo significa che le variabili macroeconomiche devono essere gestite in modo che il raggiungimento degli obiettivi di carattere sociale non interferisca sulla crescita economica. Questo è possibile come hanno dimostrato paesi come Sri Lanka e Costa Rica.

Terzo, la filosofia di mercato che è basata sull'avidità e l'accumulazione del profitto non può essere la base giusta per massimizzare il benessere della popolazione. Quarto, l'aiuto e l'assistenza tecnica ai paesi poveri deve essere fornita e gestita in modo che assicuri positivi effetti sulla salute e sulla sicurezza sociale. Infine, salute e benessere sociale devono essere valutati usando indicatori genuini in grado di misurare la realtà della vita delle popolazioni.

Queste riforme sono anche la manifestazione di una profonda incoerenza; infatti il modello di sviluppo che viene oggi proposto ai paesi poveri (sviluppare l'economia sacrificando il benessere della maggioranza della popolazione) è in profondo contrasto con il modello di sviluppo che si è affermato nei paesi industrializzati dell'occidente, un modello in cui (basta vedere la storia dell'Inghilterra e della Germania) la crescita dell'economia è stata via via accompagnata dalla costruzione di una solida rete di protezione sociale. Cresceva l'economia e calava la mortalità infantile: tale *outcome* non era un prodotto passivo della crescita economica, ma il frutto di un deliberato, persistente e solido intervento statale.

Il sacrificio della vita umana per uno sviluppo economico che favorisce gli investitori stranieri e le compagnie multinazionali, e che insieme mina il benessere sociale delle popolazioni locali, è sbagliato e immorale. Una tale politica probabilmente sarà respinta con delle rivolte, produrrà instabilità politica e sociale. Una tale politica deve essere abbandonata. Il declino del benessere sociale causato da strategie economiche insensate deve insegnare ai paesi a osservare un obbligo assoluto: come minimo, nessun paese deve sacrificare il suo livello di *welfare* o ritardare il raggiungimento di un ragionevole grado di benessere per realizzare una strategia economica. In sostanza, ogni politica economica dovrebbe permettere il più rapido raggiungimento del più alto possibile livello di benessere per un dato livello di economia».

Gli effetti della globalizzazione sulla salute sono sempre più oggetto di "osservazione" – *Global Health Watch* ([www.ghwatch.org](http://www.ghwatch.org)); Osservatorio Italiano sulla Salute Globale ([www.saluteglobale.it](http://www.saluteglobale.it)) – di studio e ricerca. La Commissione sui Determinanti Sociali della Salute dell'Oms ha istituito un apposito gruppo di studio su questo tema (*Globalisation Knowledge Network*<sup>78</sup>) che ha recentemente prodotto un documento, già citato, dal titolo: "Verso una globalizzazione equa per la salute: diritti, regole e redistribuzione"<sup>79</sup>.

Comincia a prendere forma una massa di analisi, elaborazioni e informazioni che consente di avere sull'argomento un bagaglio di conoscenze più approfondito e preciso di quello a disposizione di R. Feachem nel 2001.

Emergono al riguardo due fondamentali evidenze:

- 1) dagli anni '80 in poi – in concomitanza e a seguito degli eventi sopra descritti – si è assistito a un progressivo dilatarsi delle disuguaglianze nel reddito *pro capite*, nel confronto sia tra differenti nazioni, sia tra differenti gruppi socio-economici all'interno di una nazione. Il fenomeno si è verificato in tutto il mondo, interessando in misura maggiore realtà con reti di protezione sociale e sistemi di redistribuzione del reddito deboli o quasi inesistenti (come Cina, India, Russia), ma non risparmiando i paesi dotati di robusti sistemi di *welfare* (come quelli dell'Europa occidentale). All'accentuarsi della stratificazione socio-economica è corrisposto l'allargamento del *gap* nelle condizioni di salute<sup>80-81-82-83-84</sup>. Più di frequente è avvenuto che le nazioni e i gruppi socio-economici più avvantaggiati hanno nel tempo conseguito miglioramenti nello stato di salute (speranza di vita alla nascita, mortalità infantile) superiori rispetto alle nazioni e ai gruppi socio-economici meno avvantaggiati.

Ma non sempre è così; la seconda evidenza infatti ci dice che:

- 2) in alcune aree del mondo – Africa sub-Sahariana e Russia, insieme ad altre repubbliche ex-sovietiche – lo stato di salute della popolazione è nettamente peggiorato. Secondo uno studio di G. A. Cornia e coll.<sup>85</sup>, nel periodo tra il 1980 e il 2005 la popolazione della Russia ha perso 3,57 anni di speranza di vita alla nascita (le popolazioni degli altri paesi già appartenenti all'ex blocco comunista complessivamente hanno registrato un arretramento di 1,42 anni), mentre ben più pesante è il bilancio della perdita in longevità a carico dell'Africa sub-Sahariana: - 7,90 anni (con paesi come il Botswana che hanno perso oltre 20 anni).

**TABELLA 1 / Collegamenti tra globalizzazione e salute****A. Collegamenti diretti****A1.** Trattati e norme internazionali (es.: GATS, TRIPs)**A2.** Facilità di trasmissione di malattie infettive tra nazioni e continenti (es.: Sars, Influenza Aviaria), esportazione di stili di vita e fattori di rischio (es.: obesità, tabacco)**B. Collegamenti indiretti****B1.** *Politiche economiche nazionali* > riduzione della spesa sanitaria pubblica > servizi pubblici a pagamento e di bassa qualità**B2.** *Politiche economiche nazionali* > bassi salari, sfruttamento > malnutrizione, stress, maggiore vulnerabilità alle malattie

Le cause prime che hanno innescato il peggioramento dello stato di salute della popolazione in queste due aree del pianeta sono molto diverse: in Africa l'epidemia di Aids, in Russia e dintorni l'improvviso collasso di un sistema politico e di protezione sociale. Tuttavia gli elementi di contesto e le concause sono comuni e fanno parte del pacchetto di ingredienti della globalizzazione. Come questi ingredienti hanno agito e tuttora agiscono sullo stato di salute della popolazione è l'oggetto della trattazione del prossimo paragrafo.

**4.7. Globalizzazione e salute. Modelli concettuali**

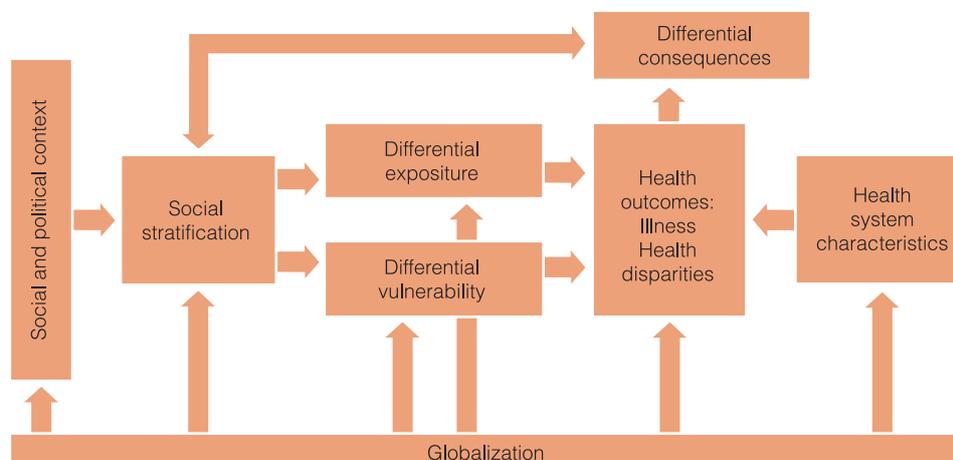
Si deve a D. Woodward e coll. la prima elaborazione di un modello concettuale sulla relazione tra globalizzazione e salute<sup>86</sup>. Tale relazione è espressa da un complesso reticolo di cause, interazioni e sinergie che possiamo sintetizzare in quattro fondamentali collegamenti (**Tabella 1**). Due di questi sono diretti, avendo essi un impatto diretto sui sistemi sanitari, sugli stili di vita, sull'accesso ai servizi e sulla salute

della popolazione e degli individui; gli altri due sono indiretti in quanto le forze della globalizzazione (vedi punto 4.1.) agiscono a monte sulle politiche economiche nazionali, e per via di queste sulle condizioni di vita delle famiglie e infine sulla salute delle persone.

*Globalization Knowledge Network*. Più recentemente il *Globalization Knowledge Network* ha prodotto un nuovo modello concettuale sulla relazione tra globalizzazione e salute, tratto da un'elaborazione di Diderichsen, Evans & Whitehead<sup>87</sup>, descritto nella **Figura 1**<sup>88</sup>.

La globalizzazione agisce a molteplici livelli:

- al contesto sociale e politico,
- sulle caratteristiche del sistema sanitario e
- a livello della comunità, delle famiglie e delle persone provocando l'accentuazione delle stratificazioni sociali e delle disuguaglianze nella salute, maggiore esposizione ai rischi (malattie infettive, tabacco, alcol, obesità, etc.) e maggiore vulnerabilità (denutrizione, stress, etc.), più gravi conse-

**FIGURA 1 / Globalizzazione e determinanti sociali della salute**

**TABELLA 2 / Le sei priorità di sanità pubblica del Regno Unito (UK): le sfide sanitarie nazionali sono sfide sanitarie globali**

UK	Globale	Collegamento Uk-Globale
<b>1. Contrastare le diseguaglianze nella salute</b>		
La speranza di vita degli uomini a Manchester è di circa nove anni inferiore che a East Dorset.	La speranza di vita in Sierra Leone è la metà di quella in Giappone.	Opportunità di scambio di buone pratiche secondo le indicazioni della Commissione sui determinanti sociali di salute.
<b>2. Ridurre il numero dei fumatori</b>		
Il fumo è la più importante causa di malattia e di morte prematura prevenibile in Inghilterra.	Il tabacco è la seconda causa di morte nel mondo.	Il tabacco è un <i>business</i> multinazionale con strategie globali di <i>marketing</i> . Il traffico illegale di tabacco è anch'esso problema globale.
<b>3. Contrastare l'obesità</b>		
Circa un quarto della popolazione inglese è clinicamente obesa.	1 miliardo di adulti nel mondo sono sovrappeso; 300 milioni sono clinicamente obesi.	La vendita e la pubblicità del cibo è un <i>business</i> multinazionale.
<b>4. Migliorare la salute sessuale</b>		
Nel Regno Unito sono in aumento le malattie trasmesse sessualmente (Mts) e l'Hiv.	Secondo le stime dell'Oms nel mondo ogni anno si verificano almeno 340 milioni di nuovi casi di Mts.	L'incremento dei viaggi e delle migrazioni contribuisce alla diffusione delle Mts; un'azione globale contro le Mts può aiutare a ridurre la diffusione.
<b>5. Migliorare la salute mentale</b>		
In Inghilterra una persona su sei soffre di un disturbo mentale.	Nel mondo sono 450 milioni le persone affette da problemi neurologici e comportamentali.	Povertà e conflitti sono in tutto il mondo le principali cause di disturbi mentali. C'è l'opportunità di apprendere delle lezioni, particolarmente nelle comunità dei rifugiati.
<b>6. Contrastare l'alcolismo</b>		
In Inghilterra ogni anno sono attribuiti all'alcol 15-22.000 decessi e 150.000 ricoveri ospedalieri.	Nel mondo 76,3 milioni di persone hanno disturbi correlati all'alcol.	La vendita e la pubblicità di alcol è un <i>business</i> multinazionale e richiede un'azione a livello globale e nazionale.

guenze negative della malattia (a causa della inaccessibilità ai servizi, della loro cattiva qualità, del ritardo nel trattamento, del pagamento delle prestazioni sanitarie che – a sua volta – aggrava la condizione economica delle famiglie, etc.).

*Oslo Declaration*. Una sorta di modello concettuale di "salute globale" è stato proposto da un gruppo di ministri degli Esteri (di Brasile, Francia, Indonesia, Norvegia, Senegal, Sudafrica e Thailandia) nella *Oslo Ministerial Declaration*, un documento redatto nel marzo 2007 con lo scopo di definire le aree prioritarie d'intervento in campo sanitario nell'ambito della politica estera<sup>89</sup>.

Le aree prioritarie sono:

- a) sicurezza nazionale e salute globale;
- b) situazioni catastrofiche e salute globale;
- c) rendere la globalizzazione giusta per tutti.

Per ciascuna area vengono raccomandate specifiche azioni, come di seguito descritto:

- a) sicurezza nazionale e salute globale
  - > Identificazione tempestiva dei rischi e delle minacce;
  - > controllo delle malattie infettive emergenti;
  - > affrontare la carenza e la maldistribuzione del personale sanitario.

Il Rapporto annuale 2007 dell'Oms è dedicato pro-

prio al tema della sicurezza rispetto ai rischi sanitari globali<sup>90</sup>.

- b) Situazioni catastrofiche e salute globale
  - > intervenire in caso di guerre (pre-, durante e post-);
  - > intervenire in caso di disastri naturali;
  - > rispondere all'epidemia di Hiv/Aids.
- c) Rendere la globalizzazione giusta per tutti
  - > salute e sviluppo. Lotta alla povertà;
  - > raggiungimento dei *Millennium Development Goals*;
  - > orientare le politiche commerciali – in particolare il Trips – ad assicurare l'accesso universale ai farmaci essenziali.

La Dichiarazione di Oslo fornisce una traccia di quale è la percezione, la sensibilità della "politica", in questo specifico caso della "politica estera", nei confronti della salute globale.

*Salute globale* in primo luogo in termini di sicurezza nazionale, intendendo per questa «la protezione contro minacce e rischi di sanità pubblica che per propria natura non rispettano i confini degli Stati». Un chiaro riferimento a situazioni tipo Sars o Influenza aviaria. La carenza di personale sanitario è collocata in questo punto perché esprime un elemento di debolezza del sistema sanitario nell'attività di sorveglianza e controllo.

*Salute globale* poi, in riferimento alle grandi emergenze (disastri naturali, guerre, pandemie) che richiedono una risposta globale, corale, internazionale.

*Salute globale*, infine, come lotta alla povertà e affermazione del diritto universale alla salute.

*Health is global*. Il ministero della Sanità britannico ha prodotto un *report* intitolato "La salute è globale" a firma della massima autorità sanitaria del paese (*Chief Medical Advisor*), Sir Liam Donaldson, che si apre così: «Nell'odierno mondo globalizzato, non possiamo considerare la salute del Regno Unito come un qualcosa di isolato. Le barriere di tempo e di spazio che tradizionalmente separavano le persone e le nazioni si sono ridotte, portando a un'intensificazione del commercio internazionale, dei viaggi e delle comunicazioni. Queste tendenze non sono nuove, ma il loro intensificarsi può influire sulla salute di ciascuno, ovunque. La povertà e le malattie di un paese possono minacciare la prosperità e il benessere delle popolazioni in tutti i paesi. Ogni persona in ogni parte del mondo ha diritto al più alto livello di salute possibile. Proteggere e promuovere la salute è un dovere della nostra cittadinanza globale»<sup>91</sup>.

Il rationale del rapporto è che se si vuole proteggere la salute della popolazione del Regno Unito è necessario assumere un approccio internazionale, è indispensabile ridurre la povertà globale e sfruttare tutte le opportunità della globalizzazione: nel mondo di oggi nessun problema, sia esso globale o nazionale, può essere risolto da un solo paese isolatamente. È per questo che le priorità nazionali devono necessariamente trovare un corrispettivo globale, come è descritto nella **Tabella 2**.

#### NOTE

1. J.A. Walsh, K.S. Warren, *Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries*, New Engl. J. Med. 301, 18, 1979, pp. 967-73. Il testo fu presentato al *meeting "Health and Population in Developing Countries"*, sponsorizzato dalla *Ford Foundation* e dalla *Rockefeller Foundation*, tenuto a Bellagio nell'aprile 1979.
2. J.P. Grant (Unicef), *The State of the World's Children*, 1982-83, Oxford University Press, 1982.
3. K.S. Warren, *The evolution of selective primary health care*, Soc. Sci. Med., Vol. 26. No. 9. Pp. 891-898, 1988.
4. Conferees Summary Statement. In *"Good Health at Low Cost"* (Edited by Halstead S.B., Walsh J.A. and Warren K.S.), p. 136. The Rockefeller Foundation, New York, 1985, in K.S. Warren, *The evolution of selective primary health care*, Soc. Sci. Med., Vol. 26. No. 9. Pp. 891-898, 1988.
5. A. Green, *An Introduction to Health Planning in developing countries*, Oxford Medical Publications, Oxford, 1999, p. 62.
6. K.W. Newell, *Selective primary health care: the counter revolution*, Soc. Sci. Med. Vol. 26, No. 9, pp. 903-906, 1988.
7. A. Przeworski et AA., *Sustainable Democracy*. Cambridge: Cambridge University Press; 1995. Cit. in R. Labonte, T. Schrecker, *Globalization and social determinants of health: Introduction and methodological background (part 1 of 3) Globalization and Health 2007*, <http://www.globalizationandhealth.com/content/3/1/5>, pag. 8.
8. J.K. Boyce, L. Ndikumana, *Is Africa a Net Creditor? New Estimates of Capital Flight from Severely Indebted Sub-Saharan African Countries, 1970-96*. Journal of Development Studies 2001, 38:27-56. Cit. in R. Labonte, T. Schrecker, *Globalization and social determinants of health: Introduction and methodological background (part 2 of 3) Globalization and Health 2007*, pag. 13. <http://www.globalizationandhealth.com/content/3/1/6>.
9. E.L. Beja, *Was Capital Fleeing Southeast Asia? Estimates from Indonesia, Malaysia, the Philippines, and Thailand*. Asia Pacific Business Review 2006, 12:261-283. Cit. in R. Labonte, T. Schrecker, *Globalization and social determinants of health: Introduction and methodological background (part 2*

- of 3) *Globalization and Health* 2007, pag. 13. <http://www.globalizationandhealth.com/content/3/1/6>.
10. J. D. Sachs, *La fine della povertà*, Mondadori, 2005, pp. 87-88.
11. The World Bank, *Financing Health Services in Developing Countries*. An Agenda for Reforms. Washington DC, 1987.
12. J.P. Grant (Unicef), *The State of the World's Children*, 1989, Oxford University Press, 1989.
13. F. Godlee, *The World Health Organization: Who in crisis*, *Bmj* 1994; 309:1424-28.
14. F. Godlee, *Who in retreat: it is losing its influence?*, *Bmj* 1994; 309:1491-95.
15. F. Godlee, *The World Health Organization: Whos special programmes: undermining from above*, *Bmj* 1995; 310: 178-182.
16. The World Bank, *World Development Report 1993, Investing in Health*, Washington DC, 1993.
17. K. Buse, G. Walt, *Role conflict? The World Bank and the world's health*, *Social Science & Medicine*, 50 (2000) 177-179.
18. C.J.L. Murray, A.K. Acharya, *Understanding DALYs*, *Journal of Health Economics*, 16 (1997) 703-730.
19. M. Jowett, *Bucking the trend? Health care expenditure in low income countries 1990-1995*, *Int. J. Plann. Mgmt*, 14, 269-285 (1999).
20. M. Whitehead, G. Dahlgren, T. Evans, *Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap?* *Lancet* 2001; 358: 833-36.
21. <http://www.cmhealth.org/>
22. G. Yamey, *Have the latest reforms reversed Who's decline?* *BMJ* 2002; 325: 1107-12.
23. G. Yamey, *Who in 2002, Faltering steps towards partnerships*, *BMJ* 2002; 325; 1236-40.
24. R. Levine, *Open letter to incoming director general of the World Health Organization: time to refocus*, *BMJ* 2006; 333: 1015-7.
25. <http://www.theglobalfund.org/en/>
26. [www.pepfar.gov](http://www.pepfar.gov)
27. [www.clintonfoundation.org](http://www.clintonfoundation.org)
28. <http://www.gatesfoundation.org/GlobalHealth/>
29. vedi note bibliografiche 51 e 52.
30. Per approfondire il tema delle Gppp ed in particolare del Global Fund vedi: Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, *Da Alma Ata al Global Fund*, [www.saluteglobale.it](http://www.saluteglobale.it), pubblicato anche su *Salute e Sviluppo*, n. 3/06 [www.mediciconlafrica.org](http://www.mediciconlafrica.org).
31. G. Maciocco, L. Ombroni, L. Roti, *Imperialismo umanitario*, *Toscana Medica*, giugno 2007.
32. <http://www.cid.harvard.edu/cidcmh/CMHReport.pdf>
33. W. Hsiao, P.S. Heller, *What should macroeconomists know about health care policy?*, IMF, Working Paper, WP/07/13, January 2007.
34. G.J. Schieber, P. Gottret, L.K. Fleisher, A.A. Leive, *Financing Global Health: Mission Unaccomplished*, *Health Affairs*, Vol. 26, No. 4, p. 921-34.
35. <http://en.wikipedia.org/wiki/Globalization>
36. <http://www.britannica.com/search?query=globalization&ct=&searchSubmit.x=11&searchSubmit.y=7>
37. D. Woodward, N. Drager, R. Beaglehole, D. Lipson, *Globalization and health: a framework for analysis and action*. *Bulletin of the World Health Organization* 2001, 79:875-881.
38. United Nations Conference on Trade and Development: *Foreign Direct Investment Surged Again in 2006*. [[http://www.unctad.org/en/docs/iteiimisc20072\\_en.pdf](http://www.unctad.org/en/docs/iteiimisc20072_en.pdf)]. New York: Unctad, 2007, cit. in R. Labonte, T. Schrecker, *Globalization and social determinants of health: Introduction and methodological background (part 2 of 3) Globalization and Health 2007*.
39. Bank for International Settlements: *Triennial Central Bank Survey: Foreign Exchange and Derivatives Market Activity in 2004*. Basel: BIS; 2005, cit. in R. Labonte, T. Schrecker, *Globalization and social determinants of health: Introduction and methodological background (part 2 of 3) Globalization and Health 2007*.
40. R. Labonte, T. Schrecker, *Globalization and social determinants of health: Introduction and methodological background (part 2 of 3)*, p. 18.
41. World Bank: *World Development Indicators (online)* [<http://devdata.worldbank.org/wdi2006/contents/index2.htm>].
42. R. Labonte, T. Schrecker, *Towards Health-Equitable Globalisation: Rights, Regulation and Redistribution*, *Global Knowledge Network final report*, 29 June 2007.
43. D. Coburn, *Income inequality, social cohesion and health status of populations: the role of neo-liberalism*, *Social Science & Medicine* 51 (2000) 135-146.
44. J.G. Palma, *Globalizing Inequality: "Centrifugal" and "Centripetal" Forces at Work*, ST/ESA/2006/DWP/35. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs; 2006. cit. in R. Labonte, T. Schrecker, *Globalization and social determinants of health: Introduction and methodological background (part 2 of 3) Globalization and Health 2007*.
45. P. Woodall, *The new titans: A survey of the world economy*. *Economist* 380 (September 16, 2006). cit. in R. Labonte, T. Schrecker, *Globalization and social determinants of health: Introduction and methodological background (part 2 of 3) Globalization and Health 2007*.
46. R. Kozul-Wright, P. Rayment, *Globalization Reloaded: An Unctad Perspective*, United Nations Conference on Trade and Development Discussion Paper 167. New York: United Nations; 2004. cit. in R. Labonte, T. Schrecker, *Globalization and social determinants of health: Introduction and methodological background (part 1 of 3) Globalization and Health 2007*.

47. B. Sutcliffe (2005), *A converging or diverging world? ST/ESA/2005/DWP/2*, New York, United Nations Department of Economic and Social Affairs, cit. in R. Labontè, T. Schrecker, *Towards Health-Equitable Globalisation: Rights, Regulation and Redistribution*, *Global Knowledge Network final report*, 29 June 2007.
48. A.M. Pollock, D. Price, *Rewriting the regulations: how the World Trade Organisation could accelerate privatisation in health-care systems*, *Lancet* 2000; 356:1995-2000.
49. R. Adlund, A. Carzaniga, *Health services under the General Agreement on Trade in Services*, *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79 (4).
50. A.M. Pollock, D. Price, *The public health implications of world trade negotiation on the general agreement on trade in services and public services*, *Lancet* 2003; 362: 1072-75.
51. R. Chanda, *Gats and its implications for developing countries*, *Desa Discussion Paper N. 25*, United Nations.
52. [www.ohchr.org/english/issues/health/right/annual.htm](http://www.ohchr.org/english/issues/health/right/annual.htm)
53. Wto, *Agreement and public health*, A Joint Study by the Who and Wto Secretariat, 2002, p.18.
54. R. Steinbrook, *Thailand and the Compulsory Licensing of Efavirenz*, *N Eng. J Med* 2007; 356:544-6.
55. C. Fink, *Implementing the Doha mandate on TRIPS and public health*, *The World Bank*, 2003.
56. V. B. Kerry, K. Lee, *Trips, the Doha declaration and paragraph 6 decision: what are the remaining steps for protecting access to medicines?* *Globalization and Health* 2007, 3:3.
57. L. Ciccio, *La politica dei farmaci sotto brevetto*, *Salute e Sviluppo* 2004; N. 1, 74-79.
58. G. Martin, C. Sorenson, T. Faunce, *Balancing intellectual monopoli privileges and the need for essential medicines*, *Globalization and Health* 2007, 3-4.
59. M. Pugatch, *What does the Wto deal on drug patents achieve?* in "Africa after Cancun: trade negotiations in uncertain times", *SALIA* November 2003, in L. Ciccio, *La politica dei farmaci sotto brevetto*, *ibidem*.
60. J.M. Mueller, *Taking TRIPS in India - Novartis, Patent Law and Access to Medicines*, *N Engl J Med* 2007; 356:541-3.
61. G. Mudur, *Court dismisses Novartis challenge to Indian patent law*, *Bmj* 2007; 335:273.
62. J. Quick et al., *Twenty-five years of essential medicines*. *Bulletin of the Who* 2002, 80(11):913.
63. J. Watal, *Background note for the workshop on differential pricing and financing of essential drugs*, *Who-Wto Secretariat Workshop*, April 2001.
64. A. Attaran, L. Gillespie-White, *Do patent for antiretroviral drugs constrain access to Aids treatment in Africa?* *Jama* 2001; 286: 1886-92.
65. G. Ooms, W. Van Damme, M. Temmerman, *Medicines without doctors: why the Global Fund must fund salaries of health workers to expand Aids treatment*, *PLOS Medicine*, Aprile 2007, Vo. 4, Issue 4, e128.
66. Stephen Bach, *International mobility of health professionals: brain drain or brain exchange?* *Unu-Wider Research Paper n° 2006/82*, August 2006.
67. BL. Brush, J. Sochalski, A.M. Berger, 2004, *Imported care: Recruiting foreign nurses to US Health Care Facilities*, *Health Affairs*, Vol. 23, N 3, 78-87, in M. Murru, *I cento volti delle migrazioni. Dal traffico di esseri umani alla fuga dei cervelli*, *Salute e Sviluppo* 2006, N. 2, 64-75.
68. M. Murru, *I cento volti delle migrazioni*, *ibidem*.
69. UNDP (2006), *Human Development Report 2006, Beyond scarcity: Power, Poverty and Global Water Crisis*. New York, Palgrave MacMillan.
70. S. Grusky (2001), *The World Bank, The International Monetary Fund and the Right to Water*, cit. in R. Labonte, T. Schrecker, *Towards Health-Equitable Globalisation: Rights, Regulation and Redistribution*, *Global Knowledge Network final report*, 29 June 2007.
71. K.S. Reddy at AA, *Responding to the threat of chronic disease in India*, [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) published online, October 5, 2005.
72. [www.ash.org.uk](http://www.ash.org.uk)
73. P. Pinstrup-Andersen, J. Babinard (2001), *Globalization and Human Nutrition: opportunity and risks for the poor in developing countries*, *African Journal on Food and Nutritional Sciences*, 1, 9-18, cit. in R. Labonte, T. Schrecker, *Towards Health-Equitable Globalisation: Rights, Regulation and Redistribution*, *Global Knowledge Network final report*, 29 June 2007.
74. R.G.A. Feachem, *Globalisation is good for your health, mostly*, *Bmj* 2001; 323:504-6.
75. <http://bmj.com/cgi/content/full/323/7311/504#responses>
76. S. A. Okuonzi, *Learning from failed health reform in Uganda*, *Bmj* 2004; 329:1173-75.
77. S. A. Okuonzi, *Dying for economic growth? Evidence of a flawed economic policy in Uganda*, *Lancet* 2004; 364:1632-37.
78. [www.who.int/social\\_determinants/knowledge\\_networks/globalization/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/knowledge_networks/globalization/en/index.html)
79. R. Labontè, T. Schrecker, *Towards Health-Equitable Globalisation: Rights, Regulation and Redistribution*, *Global Knowledge Network final report*, 29 June 2007.
80. M. Whitehead & G. Dahlgren, *Levelling up (part 1 & part 2): A discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health*, *Who Europe*, Copenhagen, 2006, [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)
81. G. Berlinguer, *L'origine sociale delle malattie*, in *Oisg, A caro prezzo, Le diseguaglianze nella salute. 2° Rapporto sulla Salute Globale*, 2006, ETS, Pisa.
82. A. Stefanini, M. Albonico, G. Maciocco, *Le diseguaglianze*

ze nella salute: definizioni, principi, concetti, in *Oisg, A caro prezzo, Le diseguaglianze nella salute. 2° Rapporto sulla Salute Globale*, 2006, Ets, Pisa.

**83.** A. Cattaneo, G. Tamburlini, *Il profilo globale delle diseguaglianze nella salute*, in *Oisg, A caro prezzo, Le diseguaglianze nella salute. 2° Rapporto sulla Salute Globale, 2006*, Ets, Pisa.

**84.** G. Costa, S. Bellini, T. Spadea, *Le diseguaglianze nella salute in Europa*, in *Oisg, A caro prezzo, Le diseguaglianze nella salute. 2° Rapporto sulla Salute Globale, 2006*, Ets, Pisa.

**85.** G. A. Cornia, S. Rosignoli, L. Tiberti, *Globalisation and Health: impact pathways and recent evidence. Globalisation Knowledge Network synthesis paper*. Prepared for the Who Commission on the Social Determinants of Health, cit. in R. Labontè, T. Schrecker, *Towards Health-Equitable Globalisation: Rights, Regulation and Redistribution, Global Knowledge Network final report*, 29 June 2007.

**86.** D. Woodward, N. Drager, R. Beaglehole, & D. Lipson,

*Globalization and Health: a framework for analysis and action*, Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79 (9).

**87.** F. Diderichsen, T. Evans & M. Whitehead (2001), *The social basis of disparities in health*, in F. Diderichsen, T. Evans, M. Whitehead, A. Bhuiya W. Wirth (eds), *Challenging Iniquities in Health*, New York, Oxford University Press.

**88.** R. Labontè, T. Schrecker, *Towards Health-Equitable Globalisation: Rights, Regulation and Redistribution, Global Knowledge Network final report*, 29 June 2007, pag. 24. Lo stesso modello rappresentato in forma più dettagliata si trova nel medesimo documento a pag. 136.

**89.** Oslo Ministerial Declaration, *Global health: a pressing foreign issue of our time*, Lancet 2007; 369: 1373-8.

**90.** Who, *World Health Report 2007, A Safer Future*, Geneva, 2007.

**91.** Department of Health, *Health is global, Proposals for a UK Government-wide strategy*. A report from the UK's Chief Medical Officer, Sir Liam Donaldson 2007, [www.dh.gov.uk/publications](http://www.dh.gov.uk/publications).





**COOPERAZIONE SANITARIA**

*È risaputo che i fattori socio-economici e l'indice di scolarità della madre giocano un ruolo cruciale nel completamento del ciclo vaccinale dei bambini. Inoltre, nelle regioni dove i servizi vengono offerti in modo capillare la copertura ne beneficia; laddove invece i servizi disponibili sono pochi o irregolari, i costi non-sanitari (distanza, costi di trasporto, tempo) per condurre i bambini a ricevere le dosi prescritte diventano più alti e rappresentano un disincentivo.*

# Expanded Programme of Immunisation (EPI) in Uganda

LUCI E OMBRE

di Luigi Cicciò\*

- > Le vaccinazioni in generale sono unanimemente considerate tra gli interventi di sanità pubblica più costo-efficaci per contribuire alla sopravvivenza dei bambini in quei contesti ad alta mortalità infantile.

L'obiettivo principale del programma vaccinale in Uganda consiste nell'assicurare che tutti i bambini vengano efficacemente vaccinati contro le otto malattie prevenibili (tubercolosi, poliomielite, difterite, tetano, pertosse, morbillo, epatite B e infezioni da *Hib*) prima del compimento del primo anno di età e che tutti i neonati nascano protetti contro il tetano neonatale.

## INTRODUZIONE

La recente pubblicazione dei dati preliminari relativi al *Demographic and Health Survey (Dhs)* del 2006<sup>1</sup>, che fornisce ogni cinque anni le statistiche più accurate sui principali indicatori sanitari in Uganda, è stata accolta con enorme sollievo e giustificata soddisfazione dai tecnocrati del locale ministero della Sanità: infatti, dopo un periodo di stagnazione degli indici di mortalità infantile e materna (vedi **Tabella 1**), questi ultimi hanno cominciato a declinare, sebbene veleggi ancora lontani dagli Obiettivi del Millennio che il paese dovrebbe raggiungere entro il 2015. Infatti, applicando la riduzione di due terzi dei tassi stimati nel 1990, l'Uganda dovrebbe assestarsi su di un tasso di

mortalità infantile di 31 morti ogni 1.000 nati vivi e un tasso di mortalità materna di 131 morti ogni 100.000 nati vivi: attualmente, sembrano obiettivi ambiziosi se non irraggiungibili, come già è stato altrove sostenuto<sup>2</sup>. A suo tempo, era risultato difficile trovare plausibili spiegazioni per l'inusitata stazionarietà degli indici di mortalità, in un periodo in cui peraltro il tasso di Hiv-prevalenza era sceso, la spesa sanitaria era sensibilmente cresciuta, la povertà assoluta era diminuita e il paese godeva di una relativa stabilità. Altrettanto può dirsi ora, dal momento che il miglioramento degli indicatori sanitari è fenomeno multi-fattoriale e complesso da analizzare: per quanto riguarda la mortalità infantile e quella sotto i cinque anni, uno dei fattori che deve

**TABELLA 1 / Indici di mortalità nei diversi anni**

Indicatore	1995	2001	2006
Mortalità infantile < 1 anno (per 1.000 nati vivi)	81	88	76
Mortalità dei bambini di 5 anni (per 1.000 nati vivi)	147	152	137
Mortalità materna (per 100.000 nati vivi)	527	505	435

\* *Project Assistant* di Medici con l'Africa Cuamm

aver contribuito sensibilmente è stata l'introduzione della strategia di trattamento della malaria a livello di comunità (*Home-Based Management of Fever, Hbmf*). Non esiste al momento una valutazione ufficiale di questo programma che negli ultimi tre anni, tra alti e bassi (legati questi ultimi soprattutto alla frequente scarsità dei farmaci utilizzati), è riuscito in più regioni e distretti a consentire il trattamento tempestivo ed efficace di episodi febbrili nei bambini sotto i cinque anni di età, notoriamente i più vulnerabili alle complicanze e soggetti ad alta mortalità. Ma dati non pubblicati, provenienti dal sistema informativo sanitario di *routine* di alcuni distretti, mostra come la percentuale di visite ambulatoriali per malaria nei bambini sotto i cinque anni, il numero di ricoveri per anemia e la mortalità per anemia nei bambini ricoverati siano tutti diminuiti<sup>3</sup>.

#### IL PROGRAMMA DI VACCINAZIONI IN UGANDA

Un altro importante fattore nella riduzione della mortalità infantile è rappresentato senza dubbio alcuno dal Programma nazionale di vaccinazioni (*Expanded Programme of Immunisation, Epi*), soprattutto considerando che dal 2002 l'Uganda ha introdotto, beneficiando di fondi messi a disposizione dall'agenzia Gavi (*Global Alliance for Vaccines and Immunisation*), la vaccinazione contro le infezioni da *Haemophilus B (Hib)* e contro l'epatite virale tipo B, aggiunte al già esistente Dpt come vaccino pentavalente. In particolare, la vaccinazione contro le infezioni da *Hib* – responsabili di quasi mezzo milione di morti all'anno tra i bambini sotto i cinque anni<sup>4</sup> – si è dimostrata sicura e praticabile, contribuendo a una drastica diminuzione dei casi di infezioni respiratorie e meningiti imputabili ad *Hib*<sup>5</sup>; inoltre, nonostante il costo ancora sostenuto, soprattutto in paesi con scarse risorse risulta dotata di indiscutibile costo-efficacia<sup>6</sup>.

Le vaccinazioni in generale sono unanimemente considerate tra gli interventi di sanità pubblica più costo-efficaci per contribuire alla sopravvivenza dei bambini in quei contesti ad alta mortalità infantile, come chiaramente illustrato nella serie che la rivista *Lancet* ha dedicato qualche anno fa<sup>7</sup> al tema del *Child Survival*. L'obiettivo principale del programma vaccinale in Uganda consiste nell'assicurare che tutti i bambini vengano efficacemente vaccinati contro le otto malattie prevenibili (tubercolosi, poliomielite, difterite, tetano, pertosse, morbillo, epatite B ed infezioni da *Hib*) prima del compimento del primo anno di età e che tutti i neonati nascano protetti contro il tetano neonatale. Il programma di vaccinazioni si prefigge quindi

di contribuire a ridurre la morbilità e mortalità nei bambini sotto i cinque anni causata da quelle malattie per le quali è disponibile un vaccino, in questo offrendo il suo apporto nel raggiungimento del *Millennium Development Goal* numero 4.

Un notevole progresso è stato compiuto nel corso degli ultimi tre decenni per proteggere i bambini contro tali malattie: se nel 1980 la copertura per il Dpt<sub>3</sub> era del 9% e quella per il morbillo del 22%, nel 2005 risultavano essere rispettivamente 84% e 86% (**Figura 1**).

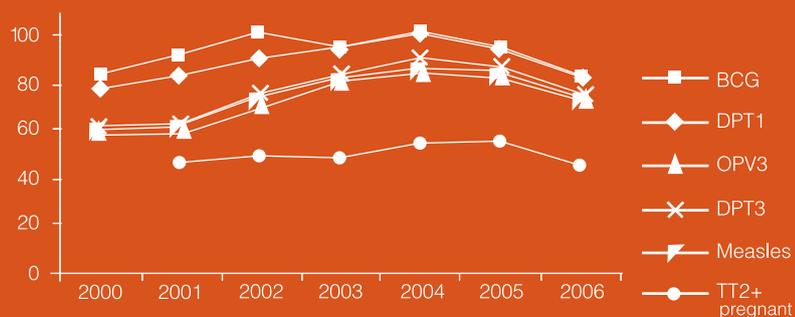
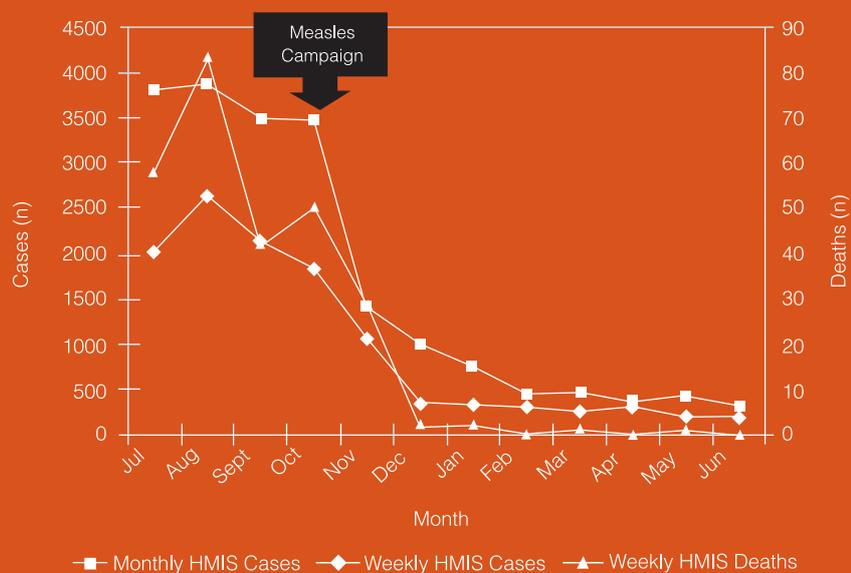
#### LA RECENTE RIVITALIZZAZIONE DEL PROGRAMMA EPI

Dalla fine degli anni '90, il ministero della Sanità ugandese ha posto sul settore Epi un'enfasi particolare, per cercare di rivitalizzarne le sorti, in questo anche sostenuto da un intervento diretto del presidente della Repubblica, che nel corso di eventi ufficiali si è spesso pronunciato in supporto alle vaccinazioni dei bambini. Nel primo Piano sanitario strategico nazionale (2000-2005)<sup>8</sup>, il programma di immunizzazione è stato esplicitamente citato tra quelli prioritari: al termine dei cinque anni, gli indicatori prefissati sono stati quasi tutti raggiunti e alcuni addirittura superati. Il secondo Piano sanitario strategico (2006-2010)<sup>9</sup> rafforza i concetti già espressi dal precedente documento, sottolineando anche il proprio contributo vero all'obiettivo globale di eradicare la poliomielite ed eliminare il morbillo e il tetano neonatale.

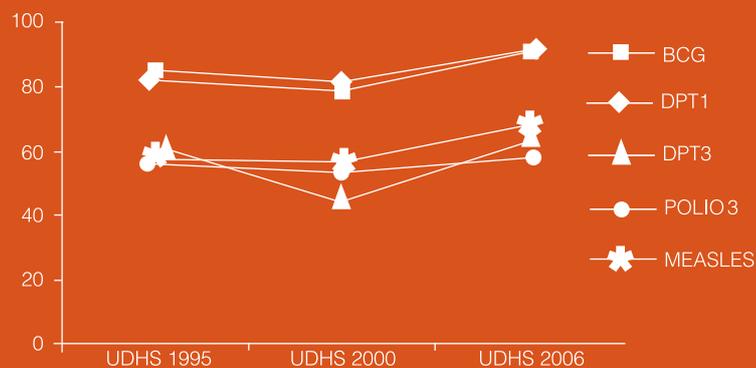
A questo riguardo, l'Uganda ha seguito con regolarità e disciplina le relative campagne mondiali lanciate dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms): dal 1996, ha condotto ben 16 *rounds* di *National Immunisation Days* (Nids), l'ultimo all'inizio del 2005 in 14 distretti del nord, in seguito ad alcuni casi di polio confermati in Sud Sudan. A cominciare dal 2002, prima nei distretti a maggiore incidenza di tetano neonatale e poi per i tre anni successivi in quelli restanti, ha organizzato tre *rounds* di somministrazione del vaccino anti-tetanico a tutte le donne in età fertile, indipendentemente dal loro stato vaccinale, raggiungendo una copertura al terzo *round* di oltre l'80%, con una drastica diminuzione (di oltre l'80%) dei casi di tetano neonatale registrati. Nell'ottobre 2003, la prima campagna di massa per la vaccinazione anti-morbillo a tutti i bambini sotto i cinque anni ha registrato un largo successo, con una copertura di oltre il 100%; la stessa campagna è stata ripetuta su quasi sei milioni di bambini nel novembre 2006 con analogo risultato, dopo che la sorveglianza epidemiologica aveva riscontrato un aumento dei casi registrati in diversi distretti del sud del paese. In seguito, sia la morbilità

**FIGURA 1 / Trend della copertura vaccinale per antigene (dati ufficiali)**

Unepi Admin Data: coverage for Mo Antigens in last 6 years


**FIGURA 2 / Casi e morti di morbillo registrati prima e dopo la campagna di massa**

**FIGURA 3 / Trend della copertura vaccinale per antigene (Dhs Survey)**

Udhs Survey Data: immunization over time



che la mortalità da morbillo (**Figura 2**) hanno subito un improvviso declino (più del 90%), come peraltro riscontrato in tutto il continente<sup>10</sup>.

### ALCUNE CONSIDERAZIONI

Quando si accede ai numerosi documenti prodotti dall'Oms<sup>11,12</sup> o dall'Unicef riguardanti le stime dei tassi di copertura per paese, non si può non restare colpiti dall'andamento temporale che questi assumono e domandarsi le ragioni di certe fluttuazioni. Nel caso dell'Uganda, il tasso di copertura per il completamente del vaccino trivalente Dpt<sub>3</sub>, utilizzato spesso come *proxy* della copertura generale a tutti i vaccini consigliati dal programma Epi, ha seguito un andamento in crescita fino ai primi anni '90, per poi ristagnare se non diminuire nel corso degli anni successivi. Dal 2001 ha ricominciato a crescere stabilmente fino a oggi, sebbene abbia mostrato un inatteso, anche se limitato, decremento nel 2005 e nel 2006. Il declino osservato negli anni '90 è stato attribuito alla critica fase di decentramento dei distretti, che si sono dovuti assumere l'incarico gravoso di sopperire anche finanziariamente alle attività di sanità pubblica, spesso senza le risorse ed il personale qualificato per farlo. La crescita riscontrata successivamente, invece, sarebbe da ascrivere alle acquisite capacità dei *manager* locali della sanità e a un'espansione delle unità statiche di vaccinazione, accompagnate da un efficace sostegno e monitoraggio della catena del freddo. Nell'elaborare le suddette considerazioni, comunque, l'uso del condizionale è d'obbligo. Osservando i dati e volendo tracciare un profilo più generale del programma, infatti, si deve tener conto di alcune caratteristiche e limitazioni che sono verosimilmente comuni a più paesi dell'Africa sub-Sahariana:

- > **i dati di popolazione:** dove non esiste un sistema di registrazione delle nascite e quando i numeri del decennale censimento si fanno col passare del tempo sempre più imprecisi, diventa difficile stabilire con esattezza la popolazione di riferimento che si vuole vaccinare. Anche in presenza di un programma fortemente sostenuto dall'Unicef che rilascia il certificato di nascita ai bambini, non si è in grado di stabilire un denominatore chiaro e unanime. A questo si deve aggiungere che nelle regioni che confinano con altri paesi, ove i servizi sanitari di questi ultimi latitano, si deve prevedere un certo afflusso di bambini altrimenti non preventivati, che risulta in una sovrastima delle *performance* di copertura.
- > **I registri vaccinali:** questi non esistono e i dati relativi ad ogni bambino sono conservati nella carta

vaccinale e di crescita (*Child Health Card*), in possesso delle madri. Presso le unità sanitarie rimangono dati generali sul numero di vaccinazioni somministrate ai due gruppi di età considerati (sotto i 12 mesi di età e tra 1 e 5 anni). In realtà, nel sistema informativo sanitario adottato in ogni struttura sanitaria esisterebbe un registro (*Child Register*)<sup>13</sup> dove i dati dei bambini vaccinati vengono registrati, comprensivi del nome della madre, il villaggio di origine, la data di nascita e le vaccinazioni ricevute. Tutto ciò renderebbe dunque possibile l'identificazione sia dei bambini che hanno abbandonato il percorso vaccinale (*drop-out cases*), sia delle "coorti" dei bambini eleggibili per una certa vaccinazione in un certo periodo dell'anno. Ma ciò, sfortunatamente, non avviene e i bambini che non completano il loro ciclo non vengono mai rintracciati (né tantomeno coloro che lo completano altrove vengono registrati come tali).

- > **Le discrepanze nei dati:** queste esistono costantemente tra i dati ufficiali, inviati dal locale ministero, e quelli verificati nel corso delle periodiche indagini epidemiologiche condotte per misurare con maggior precisione i tassi di copertura (*Epi Survey* e *DHS Survey*). Tali differenze sono in parte spiegabili dall'approccio molto rigoroso che la *survey* adotta, escludendo dal computo finale dei bambini vaccinati quelli per i quali non esista una documentazione scritta che lo provi; a volte, però, sono talmente profonde da far dubitare della qualità (e affidabilità) dei dati raccolti di *routine* (**Figura 3**). Nel caso dell'Uganda, la recente *Epi survey* condotta a fine 2005 aveva indicato una copertura del 76% per il Dpt<sub>3</sub> e del 71% per il morbillo, tra gli otto e i 15 punti percentuali in meno rispetto alle stime basate sui dati raccolti di *routine*<sup>14</sup>. Questi risultati hanno costituito, comunque, un miglioramento rispetto alla *survey* precedente del 1998, confermando dunque il *trend* in aumento nella copertura vaccinale ai vari antigeni.

- > **I dati aggregati:** è importante ricordare che le stime nazionali mascherano disparità spesso stridenti all'interno dello stesso paese. È risaputo che i fattori socio-economici e l'indice di scolarità della madre giocano un ruolo cruciale nel completamento del ciclo vaccinale dei bambini. Inoltre, nelle regioni dove i servizi vengono offerti in modo capillare la copertura ne beneficia; laddove invece i servizi disponibili sono pochi o irregolari, i costi non-sanitari (distanza, costi di trasporto, tempo) per condurre i bambini a ricevere le dosi prescritte diventano più

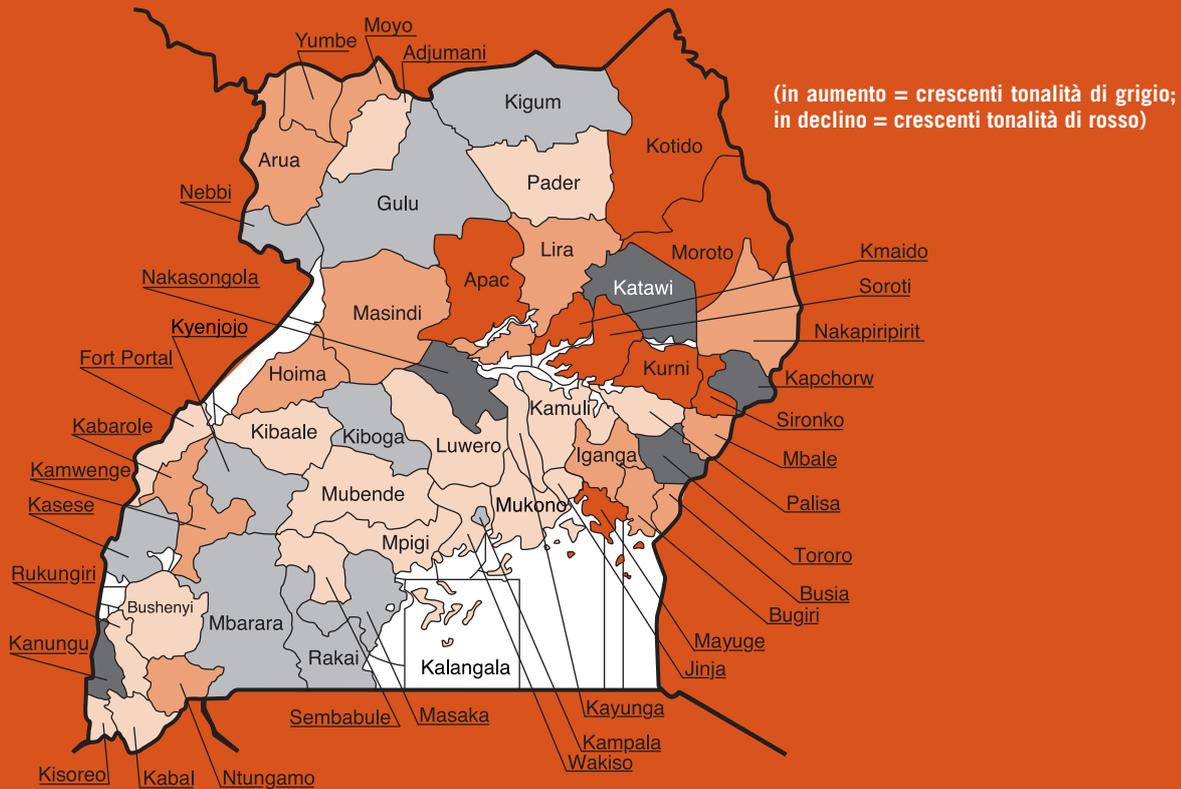
alti e rappresentano un disincentivo, specie vista la già scarsa domanda del pubblico verso i servizi preventivi. Pertanto, quando si afferma che l'86% dei bambini di età inferiore a un anno ha ricevuto la vaccinazione contro il morbillo, non si dovrebbe dimenticare quel 14% che non ne ha beneficiato e che è più vulnerabile anche per i succitati determinanti socio-economici, mantenendo attivo quel *pool* di soggetti suscettibili che non permette di azzerare il livello di trasmissione del *virus*. Inoltre, colpiscono le differenze tra i vari distretti interessati (**Figura 4**): anche se alcune zone del nord mostrano un miglioramento dei propri indici nel tempo, è degna di nota la sovrapposizione tra tasso di copertura e indice di sviluppo umano (*Human Development Index*, Hdi) per distretto attribuito dal rapporto Undp del 2005<sup>15</sup>. Per meglio identificare le ragioni di una bassa copertura, il programma nazionale suddivide i distretti in base alla copertura al Dpt<sub>3</sub> (se superiore al 80%, il distretto è definito ad alto accesso) e al *drop-out* tra la prima e la terza dose (se inferiore al 10%, il distretto è definito ad alto utilizzo). Tra il 2005 e il 2006 (**Figura 5**), i distretti che hanno visto diminuire l'accesso o entrambe le variabili sono aumentati in maniera preoccupante, segnalando dunque potenziali problemi nella logistica, nella conduzione di cliniche mobili, nella mobilitazione sociale e nell'educazione sanitaria.

- > **Diversi obiettivi dei diversi programmi:** se il programma di vaccinazioni prevede spesso anche una componente di efficienza, espressa da un basso spreco dei vaccini, questo inevitabilmente entra in conflitto con l'obiettivo ultimo del programma – quello di raggiungere “a ogni costo” ogni bambino non ancora vaccinato o che non ha completato il suo ciclo (la cosiddetta strategia *Reach Every Child*, Rec) – e con l'enfasi che il programma Imci pone sulla necessità di non sciupare occasione alcuna per vaccinare quei bambini con cui l'operatore viene in contatto, anche se questo significa aprire appositamente una fiala (che non verrà magari utilizzata del tutto). Questa contraddizione viene spesso vissuta dagli operatori sanitari, incapaci di decidere a quale indicazione dare la precedenza.
- > **Verticale vs orizzontale:** è indubbio che il programma Epi sia iniziato come un tipico programma verticale e che si sia integrato gradualmente nelle varie attività delle strutture sanitarie e dei distretti. I dati relativi alle vaccinazioni sono inseriti nel sommario mensile di ogni unità sanitaria; la figura del “vacci-

natore” è scomparsa e ora la somministrazione di vaccini spetta a tutti gli operatori sanitari; le uscite vaccinali dei *team* mobili sono spesso associate ad altre attività di sanità pubblica. Ciò nonostante, una componente indissolubile resta verticale, quella degli ordini, della consegna e della distribuzione dei vaccini e di tutte le attrezzature richieste. Inoltre, anche la figura del responsabile della Catena del Freddo (*Cold Chain Assistant*, Cca) tende a gestire in prima persona tutti i problemi legati all'inventario, la manutenzione, riparazione e sostituzione dei frigoriferi, muovendosi quasi sempre in modo solitario ed autonomo. Con tutto ciò che di male si può dire sugli interventi verticali, queste caratteristiche sono però sovente la ragione del loro successo...

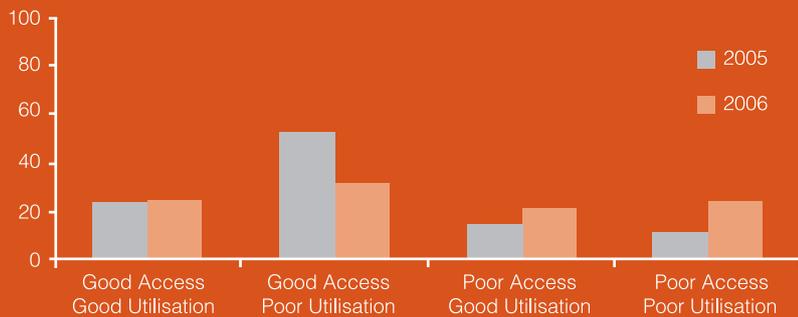
- > **Le risorse disponibili:** in Uganda, esiste tuttora un forte coinvolgimento sia finanziario che organizzativo dell'Unicef nel programma di vaccinazioni. Ci si attende però che anche le singole amministrazioni locali, i distretti e le strutture sanitarie stesse contribuiscano ai costi necessari per l'efficace somministrazione dei vaccini una volta giunti a destinazione. Tali risorse fanno inevitabilmente parte dei fondi che ogni ospedale, distretto e sotto-distretto riceve dal ministero su base annua per condurre tutti gli interventi curativi, preventivi e riabilitativi previsti per il proprio livello. Ciò significa che i fondi necessari per le attività di vaccinazione competono con quelli relativi ad altri programmi: inoltre, l'attuale erogazione di incentivi per il personale che le conduce (*allowances*), le rende ostaggio della disponibilità di questi fondi – abitualmente generati in loco – e della volubilità del personale a continuarle anche in assenza della remunerazione associata. Riguardo alle risorse umane, si è detto che le vaccinazioni non sono monopolio di una specifica figura bensì un onere per tutti gli operatori sanitari; ciò nonostante, il loro attuale livello di conoscenze tecniche relative ai vaccini, la loro applicazione e somministrazione, i loro effetti indesiderati e le coperture da raggiungere come obiettivo nazionale è mediamente basso, segno ulteriore di un certo “disimpegno” verso un intervento che si dovrebbe invece intendere come prioritario.
- > **Vaccinazioni di routine vs Vaccinazioni di massa:** non si può non constatare le nette differenze nei risultati tra le vaccinazioni eseguite di *routine* e quelle concentrate in campagne di massa *ad hoc*. Queste ultime hanno dalla loro numerosi vantaggi: in quanto interventi verticali, tendono ad essere più efficienti; possono contare su una maggiore dispo-

**FIGURA 4 /** Variazioni per distretto nella copertura per morbillo tra il 2004 e il 2006

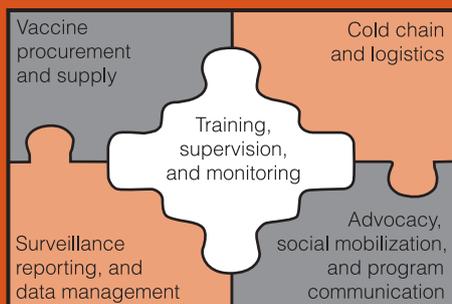


**FIGURA 5 /** Distretti suddivisi secondo l'accesso e l'utilizzo, 2005-2006

Unepi 2006: categories of Districts based on performance of Dpt1 coverage



**FIGURA 6 /** Componenti chiave del programma vaccinale



nibilità di fondi; vantano un maggiore sostegno da parte dei politici locali, in quanto l'intervento è più massiccio, visibile e di breve durata; le stazioni vaccinali sono abbastanza numerose e comunque mediamente più vicine di quanto non siano normalmente le unità vaccinali statiche; la strategia di condurle nel fine settimana riesce a catturare la maggior parte delle persone che attendono alle funzioni religiose; infine, la comunità sembra essere più coinvolta e partecipa nel corso delle campagne vaccinali di massa.

### NON SOLO VACCINI...

Pertanto, elaborare commenti e considerazioni oppure cimentarsi in una valutazione obiettiva dell'intero programma e dei suoi risultati preludono a conclusioni caute se non dubbie o controverse. Non esistono dati che permettano di tenere sotto controllo gli ultimi passaggi della catena del freddo: sebbene la supervisione delle unità sanitarie preveda una costante verifica dei requisiti minimi (adeguato stoccaggio dei vaccini, controllo e registrazione della temperatura del frigorifero, presenza di aghi e siringhe monouso e di contenitori rigidi per il loro smaltimento), questo non permette di valutare quanto i vaccini risultino ben conservati e mantengano la loro attesa efficacia. Non si è in grado di dire, dunque, quanti dei bambini "vaccinati" risultino poi anche "immunizzati".

Inoltre, bisogna rammentare che vi sono più elementi che devono essere soddisfatti per un buon esito dell'intero programma di vaccinazioni, alcuni dei quali non direttamente sotto il controllo degli operatori sanitari direttamente coinvolti (**Figura 6**). Uno di questi è rappresentato dalla logistica che sottende il programma intero: nel corso dell'anno finanziario 2005/06 si è verificata un'interruzione improvvisa della fornitura di gas da parte dell'unità centrale di distribuzione. Questo rifletteva una penuria generale in tutto il paese, che è durata alcune settimane: la ripercussione sulle attività di vaccinazione è stata pesante, essendosi interrotte in molte stazioni vaccinali, nell'assenza di fondi *ad hoc* per acquistare *in loco* bombole da altri fornitori (i frigoriferi solari sono percentualmente pochi e talora vengono presi di mira e messi fuori uso dal furto dei pannelli). Inoltre, nel corso dell'anno successivo, l'inaspettata carenza di diversi antigeni ha ridotto drasticamente la fornitura di vaccini e il loro utilizzo.

Un'altra componente su cui gli operatori sanitari hanno scarsa voce in capitolo è quella della mobilitazione sociale, del sostegno politico e dell'*advocacy*, che

dovrebbe spettare ai *leaders* politici locali, i quali se ne disinteressano oppure richiedono anch'essi un "gettone di partecipazione". Il sostegno politico è essenziale non solo per creare maggiore consapevolezza e garantire la necessaria partecipazione delle comunità locali, ma spesso anche per non trovarsi degli scomodi "oppositori", in grado di lanciare una contrapposta campagna di boicottaggio.

### CONCLUSIONI

Il consuntivo che si può trarre dal programma Epi in Uganda è tutto sommato positivo, soprattutto per i risultati conseguiti in questi anni recenti: una particolare attenzione va però comunque posta in almeno tre settori.

Innanzitutto la possibile importazione di casi di poliomielite dai paesi confinanti, soprattutto Sudan e Repubblica Democratica del Congo, i cui sistemi sanitari sono al collasso e con essi ogni parvenza di controllo delle malattie trasmissibili. A questo proposito, va segnalato che il sistema di sorveglianza epidemiologica risulta troppo spesso inadeguato e che l'identificazione di casi sospetti, la notifica e l'investigazione degli stessi sono incomplete o del tutto carenti.

In secondo luogo, l'eccessiva "dipendenza" dalle campagne vaccinali di massa deve venire bilanciata da un più regolare mantenimento di buoni indici di copertura nel corso delle vaccinazioni di *routine*. Sebbene indubbiamente efficaci, tali campagne risultano estremamente costose e rischiano di generare la fuorviante percezione che abbiano più valore o che, ripetendosi, possano sostituirsi alle vaccinazioni prescritte secondo lo schema abituale. Una strategia adeguata da impiegare per trasformare la geometria del programma e renderne gli interventi meno "verticali" o possibilmente "diagonali" consiste nell'opportuno utilizzo dei *Child Health Days*, eventi che si ripetono due volte all'anno e includono il trattamento con vitamina A e con vermifugo per tutti i bambini di età compresa tra sei mesi e cinque anni; può rappresentare l'occasione d'incontro di quei bambini che ancora non hanno completato il proprio ciclo vaccinale. Questo dovrebbe essere condotto con un particolare occhio a quei distretti le cui *performances* sono cronicamente basse o in declino.

Infine, l'aspetto logistico assume un'importanza capitale: in assenza dei vaccini e di tutte le attrezzature e l'equipaggiamento necessario, non si può ragionevolmente ottenere alcun risultato positivo. Interruzioni nell'approvvigionamento, inoltre, tendono a frustrare tutti gli sforzi per coinvolgere la popolazione, il cui in-

teresse nelle vaccinazioni è destinato a scemare ogni qual volta le attività subiscono ritardi o sospensioni. Il programma Epi in Uganda può senza dubbio risultare ancora più efficace nel suo contributo alla riduzione della mortalità infantile (e al raggiungimento del fatidico Mdg n. 4) qualora in futuro beneficerà dell'introduzione e utilizzo di nuovi vaccini, alcuni dei quali sembrano offrire prospettive promettenti, come quello anti-pneumococcico<sup>16,17</sup> e il vaccino contro i rotavirus<sup>18</sup>. Ma allo stesso tempo deve guardarsi da quelle debolezze intrinseche, in particolare ai livelli istituzionali più alti, che di recente hanno trascinato il precedente ministro della sanità a giudizio con l'accusa di avere stornato fondi stanziati da Gavi per usi privati o per fini politici<sup>19</sup>. L'analogo precedente del *Global Fund*, con conseguente interruzione dei finanziamenti previsti, deve far preoccupare, soprattutto in un paese dove tuttora il maggior contributo finanziario ai molteplici interventi di vaccinazione proviene dai donatori esterni, sempre molto suscettibili agli abusi e alla corruzione.

#### NOTE

1. H.L. Nviiri, *An Overview of the Health Situation in Uganda. The 2006 Udhs Preliminary Results* (unpublished).
2. C. Kirunga Tashobya, P. Ogwang Ogwal, *The effort to achieve the Millennium Development Goals in Uganda: reaching for the sky?* 2004, Health Policy and Development; 2(1) 33-39.
3. Nebbi District Directorate Health Services, "Hmis data 2003-2007" (unpublished).
4. Who, *Estimating the local burden of Haemophilus influenzae type b (Hib) disease preventable by vaccination A rapid assessment tool*, 2001, Who/N&B/01.27.
5. A. von Gottberg et al., *Impact of conjugate Haemophilus influenzae type b (Hib) vaccine introduction in South Africa*, Bulletin of the World Health Organization 2006;84: 811-818.
6. A. Oloo Akumu et al., *Economic evaluation of delivering Haemophilus influenzae type b vaccine in routine immunization services in Kenya*, Bulletin of the World Health Organization 2007;85: 511-518.
7. G. Jones et al., *How many child deaths can we prevent this year?*, Lancet 2003; 362: 65-71.
8. Ministry of Health, *Health Sector Strategic Plan 2000/01-2004/05*, 2000 Kampala.
9. Ministry of Health, *Health Sector Strategic Plan 2005/06-2009/10*, 2005 Kampala.
10. Who, *Measles cases and deaths fall by 60% in Africa since 1999*, news release 2<sup>nd</sup> November 2005.
11. Who/Unicef, *Review of National Immunization Coverage*, August 2006.
12. Who, *Estimates of immunization coverage: Uganda* (www.who.int accessed on).
13. Ministry of Health, *The Health Management Information System - District Procedure Manual*, 2005 Kampala.
14. Ministry of Health, *Annual Health Sector Performance Report - Financial Year 2005/2006*, 2006 Kampala.
15. Undp, "Uganda Human Development report 2005 - Linking Environment to Human Development: A Deliberate Choice", 2006 Kampala.
16. Who, *Vaccinating african children against pneumococcal disease saves lives*, news release 25<sup>th</sup> March 2005.
17. F.T. Cutts et al., *Efficacy of nine-valent pneumococcal conjugate vaccine against pneumonia and invasive pneumococcal disease in The Gambia: randomised, double-blind, placebo-controlled Trial*, Lancet 2005; 365: 1139-46.
18. R.I. Glass et al., *The promise of new rotavirus vaccines*, New England Journal of Medicine 2006; 354; (1): 75-77.
19. S. Kasyate, *Uganda: How Vaccine Billions Left Health Ministry*, The Daily Monitor, 14<sup>th</sup> May 2007.



*L'aspetto di informazione ed educazione dei pazienti svolge un ruolo vitale per garantire la regolare assunzione della terapia. Questo deve cominciare fin dalla prima visita, avvertendo adeguatamente i pazienti della possibile persistenza di convulsioni, allo scopo di prevenire il loro abbandono precoce della terapia.*

# Epilessia in un distretto del Nord Uganda

di John Odaga\*, Luigi Ciccio\*\*,  
Everd B. Maniple\*\*\*

- > Benché la terapia dell'epilessia non offra la guarigione definitiva, essa può eliminare o ridurre drasticamente i sintomi. Studi recenti hanno dimostrato che fino al 70% dei bambini con diagnosi recente può essere trattato con successo, garantendo un controllo degli episodi convulsivi per diversi anni. Dopo due-cinque anni di efficace trattamento, i farmaci possono venire sospesi in oltre due terzi dei bambini e circa il 60% dei pazienti adulti, senza che si verificano recrudescenze della malattia. Eppure, un elevato numero di persone affette tuttora non ha la possibilità di accedere a terapie adeguate, soprattutto nei paesi poveri, dove una percentuale compresa tra 75 e 90% non riceve alcun trattamento.

## INTRODUZIONE

L'epilessia è una patologia neurologica che affligge globalmente quasi 50 milioni di persone. I tassi di prevalenza appaiono sovrapponibili sia nei paesi occidentali sia in quelli in via di sviluppo, variando dallo 0,5% all'1% della popolazione, ma l'incidenza è stimata essere circa il doppio di quella dei paesi occidentali (0,1% e 0,05% della popolazione rispettivamente); ciò è probabilmente dovuto all'alta mortalità che si riscontra nei paesi poveri<sup>1,2</sup>.

Le conseguenze dell'epilessia vanno ben oltre il mero numero di individui colpiti: tale condizione, infatti, mette a repentaglio sia le aspirazioni del nucleo familiare, sia le opportunità dei singoli malati<sup>3</sup>. Generalmente, coloro che sono affetti da epilessia si assentano più spesso dal lavoro, hanno un più basso reddito e una peggiore qualità della vita rispetto alle persone affette da altre patologie croniche. I bambini con epilessia hanno un ridotto rendimento scolastico rispetto ai loro coetanei portatori di altre forme croniche<sup>4</sup>. In molti paesi poveri, i pazienti epilettici vengono stigmatizzati e discriminati<sup>5</sup>: di conseguenza l'epi-

lessia ha un'importante componente socio-economica e richiede interventi mirati.

Benché una terapia specifica non offra la guarigione, essa può eliminare o ridurre drasticamente i sintomi. Studi recenti hanno dimostrato che fino al 70% dei bambini con diagnosi recente possono essere trattati con successo, garantendo un controllo degli episodi convulsivi per diversi anni. Dopo due-cinque anni di efficace trattamento, i farmaci possono venire sospesi in oltre due terzi dei bambini e circa il 60% dei pazienti adulti, senza che si verificano recrudescenze della malattia. Eppure, un elevato numero di persone affette tuttora non ha la possibilità di accedere a terapie adeguate, soprattutto nei paesi poveri, dove una percentuale compresa tra 75 e 90% non riceve alcun trattamento<sup>6,7</sup>. Peraltro, di coloro che ricevono un trattamento farmacologico, un'ancora più esigua minoranza ne beneficia completamente, a causa della scarsa aderenza al trattamento che comunemente si instaura: tale aderenza nei pazienti affetti da epilessia varia complessivamente dal 20% all'80% (40-60% negli adulti e 25-75% nei bambini)<sup>8</sup>.

\* Uganda Martyrs University - Nkozi

\*\* Project Assistant di Medici con l'Africa Cuamm

\*\*\* Uganda Martyrs University - Nkozi

Una buona aderenza alla terapia è fondamentale per il successo farmacologico e il controllo clinico dell'epilessia: i pazienti con bassa aderenza sono affetti da episodi convulsivi più frequenti e di maggiore gravità. Ma l'aderenza è un fenomeno complesso e multi-fattoriale: molti di questi fattori, spesso, agiscono contemporaneamente, potenziandosi fra loro. Non si può inoltre pensare che i pazienti siano i soli responsabili nell'attendere alle visite di controllo o nell'assumere i farmaci con regolarità: altri elementi cruciali che determinano la loro aderenza, infatti, sono al di fuori del loro controllo e comprendono fattori legati all'erogazione dei servizi sanitari e la loro organizzazione, alla condizione patologica e al tipo di farmaci assunti e fattori economici e sociali.

### DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Non ci sono dati recenti sulla prevalenza dell'epilessia in Uganda: una *survey* condotta da Medici con l'Africa Cuamm<sup>9</sup> per determinare la prevalenza di varie forme di disabilità aveva evidenziato che, in aree selezionate del distretto nord-occidentale di Arua, l'epilessia ricorreva nell'8,7% della popolazione studiata.

Se si escludono i tre ospedali situati nel distretto, nessun'altra unità sanitaria erogava prestazioni cliniche dirette ai pazienti affetti da epilessia, con ovvie ripercussioni sull'accessibilità degli stessi a una efficace terapia continuativa. A partire dall'inizio del 2004, un *team* costituito da due infermieri psichiatrici e uno staff di Medici con l'Africa Cuamm ha cominciato a offrire cliniche mobili per l'identificazione e il trattamento dell'epilessia in otto unità sanitarie periferiche con regolarità mensile in date prefissate (nella **figura 1**, le unità sanitarie sono cerchiare).

Gli infermieri erano responsabili di confermare la diagnosi, prescrivere il trattamento e monitorarne l'esito e gli eventuali effetti collaterali nel corso delle visite successive; inoltre, essi compilavano un formato standardizzato per la raccolta dei dati da ogni clinica, che venivano poi sistematicamente computerizzati. Medici con l'Africa Cuamm aveva il compito del coordinamento e dell'organizzazione generale del programma, provvedendo anche ad acquistare i farmaci dopo opportuna quantificazione dei bisogni. In tutte le cliniche, inoltre, si era creata la figura *ad hoc* del "mobilitatore", per lo più un paziente o un familiare, che si rendeva disponibile a offrire una generica educazione sanitaria e supporto morale ai pazienti e a ricordare agli stessi dell'approssimarsi del giorno fissato per la clinica successiva tramite visite domiciliari o annunci pubblici. Questi mobilitatori erano attivi an-

che nei giorni delle cliniche mobili, venendo spesso istruiti a distribuire i farmaci prescritti ai pazienti.

L'accesso al trattamento era completamente gratuito per tutti i pazienti; i farmaci venivano consegnati ai pazienti per quattro settimane, sufficienti fino alla data della clinica successiva, che quindi convenientemente cadeva sempre nello stesso giorno della settimana.

### METODOLOGIA

È stata condotta un'analisi retrospettiva della continuità dei pazienti nell'attendere le varie cliniche – differenziandoli tra coloro che erano stati registrati e messi in terapia prima o durante il 2005 – per determinare la proporzione di coloro che avevano aderito (o non aderito) al trattamento in corso e stimare la probabilità che interrompessero il trattamento stesso (*defaulting*). Da quest'ultimo dato, si è stimata l'incidenza cumulativa di *defaulting* (cioè il numero di volte che un paziente medio aveva disatteso gli appuntamenti presso la clinica mobile) su un periodo di *follow-up* della durata di dieci mesi. Avendo determinato i livelli di aderenza e le sue caratteristiche, si è poi proceduto a selezionare un campione di pazienti per sottoporli a un'intervista, con lo scopo di identificare i fattori più probabili associati a una migliore aderenza al trattamento.

Per determinare il livello di aderenza e la frequenza di *defaulting*, si sono analizzati i dati per tutti i pazienti registrati presso le cliniche mobili nel 2004 e 2005; la durata del trattamento in corso ha permesso di distinguere tra i casi registrati nel 2004 ("vecchi" casi) e quelli registrati nel 2005 ("nuovi" casi), il cui rispettivo comportamento relativo all'aderenza alla terapia è stato valutato separatamente; lo studio, che è stato condotto nel giugno del 2006, si è infatti concentrato esclusivamente sui pazienti registrati prima del 2006, per lo scarso periodo di *follow-up* disponibile per gli altri.

I casi sono stati poi ulteriormente raggruppati in tre categorie, secondo la loro tipologia di aderenza: i pazienti che non avevano saltato alcun appuntamento e come tali perfettamente aderenti (*fully adherent*), quelli che, dopo la loro registrazione in trattamento, li avevano disattesi tutti (*non-adherent*) e quelli che avevano disatteso esattamente la metà degli appuntamenti attesi nel periodo di osservazione (*irregular attendant*).

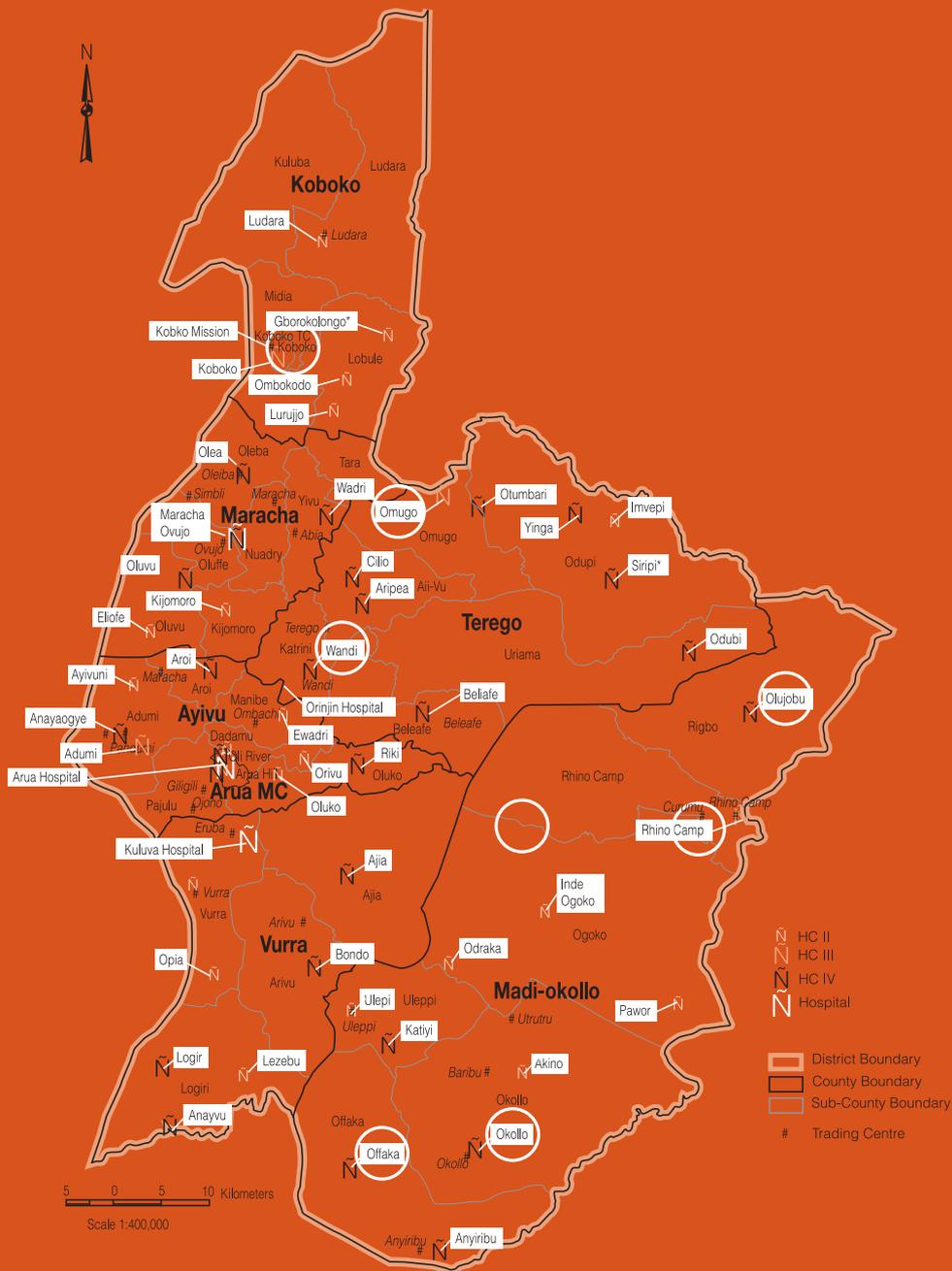
Dei 1.185 pazienti registrati, 328 hanno soddisfatto i criteri sopra elencati e di questi 93 sono stati selezionati per essere intervistati.

### RISULTATI

#### Caratteristiche generali dei pazienti

La maggioranza dei pazienti (circa 60%) era di nuovi

FIGURA 1



casi, sebbene la distribuzione tra nuovi e vecchi casi differisse da clinica a clinica. In totale, i pazienti di sesso maschile erano più numerosi, anche se ciò non si rifletteva in tutte le cliniche. La mediana dell'età dei pazienti in generale era di 15 anni. In particolare, i pazienti registrati nella clinica di Offaka sono risultati eccezionalmente giovani, essendo tutti di età inferiore a 20 anni.

**Tassi di aderenza**

> *Livello di aderenza*

In totale solo il 15,5% di tutti i pazienti è stato in grado di presentarsi a tutti gli appuntamenti di *follow-up* con regolarità, mentre l'84,5% ne ha disatteso almeno uno nel periodo di osservazione considerato, con circa un terzo dei pazienti che, al momento dello studio, risultava tuttora *defaulters*.

La variabilità tra le varie cliniche era notevole: la clinica di Offaka ha mostrato il miglior tasso di aderenza alla terapia, con il 25% dei pazienti *fully adherent* e il più basso numero di *non-adherent*; la clinica di Okollo, al contrario, ha registrato invece i risultati peggiori per entrambi i gruppi. È degno di nota sottolineare come entrambe si trovino nella stessa contea, distanti pochi chilometri l'una dall'altra, condividendo quindi le stesse caratteristiche socio-economiche ed etniche.

> *Tasso di defaulting*

In media, un paziente "tipico" ha disatteso più della metà (6 su 10) degli appuntamenti successivi alla sua registrazione nel periodo di osservazione, con un *range* variabile tra 2 e tutti e 10 gli appuntamenti effettivamente disattesi. Simili differenze si sono constatate tra le varie cliniche: Okollo ha mostrato il tas-

so peggiore (mediamente circa 8 appuntamenti disattesi su 10), mentre Offaka quello migliore (circa 3 appuntamenti disattesi su 10).

Una significativa differenza si è notata anche tra vecchi casi e nuovi casi, con questi ultimi contraddistinti da un peggiore tasso di *defaulting* (7 appuntamenti mancati su 10 contro i 5 su 10 dei vecchi casi). Questo dato non si è però confermato dappertutto: se alla clinica di Rhino Camp i nuovi casi hanno disatteso il 56% in più di appuntamenti rispetto ai vecchi casi, questa tendenza si è addirittura capovolta nella clinica di Koboko.

> *Tasso di defaulting per sesso*

Le femmine hanno mostrato un tasso di *defaulting* più alto dei maschi (64% e 55% rispettivamente) in tutte le cliniche tranne una; le differenze più sostanziali si sono riscontrate nelle cliniche di Buniababa (70% contro 25%) e di Okollo (86% contro 71%).

> *Pattern di aderenza nel tempo*

Si è constatato in quasi tutte le cliniche che circa il 40% dei nuovi casi registrati non si ripresentava agli appuntamenti successivi, raggiungendo la percentuale più bassa di presenza nel terzo mese dopo la registrazione. Lo stesso comportamento è risultato caratteristico dei vecchi casi (quelli registrati prima del 2005) nei mesi immediatamente successivi alla loro registrazione in trattamento, anche se durante il periodo di studio la loro aderenza al trattamento è risultata più alta.

**Principali fattori responsabili dell'aderenza**

Per poter meglio comprendere i fattori che determinano il diverso *pattern* di aderenza evidenziato, ope-

**TABELLA 1 / Principali fattori responsabili dell'aderenza**

Motivi di <i>defaulting</i>	Motivi di un'aderenza regolare
Distanza dalla sede della clinica mobile	Desiderio di guarire completamente
Lunghi tempi di attesa alla clinica	Constatazione di miglioramento clinico
Constatazione di miglioramento clinico	Regolari richiami alla memoria delle visite successive, da parte dei mobilitatori
Mancanza di miglioramento clinico	Costante <i>counselling</i> e sostegno morale, specie da parte dei mobilitatori
Credenze negative	Adeguate supporto familiare
Mancato supporto familiare (specie per i bambini)	Disponibilità e regolarità dei servizi
Dimenticanza	Gratuità dei servizi
Cambio di dimora	

ratori sanitari, pazienti coi loro familiari e “mobilitatori” sono stati intervistati allo scopo di individuare e quantificare l'importanza dei singoli fattori (la maggior parte dei quali citati nella **tabella**).

> *Distanza dalla sede della clinica mobile*

Questo è stato uno dei fattori citati più frequentemente sia dai pazienti sia dagli operatori sanitari come uno dei motivi più importanti di *defaulting*, soprattutto nei nuovi casi che ancora registrano crisi comiziali e nei bambini. Molti dei pazienti dovevano coprire distanze fino a 20-30 chilometri per raggiungere le cliniche, attendere per ore il proprio turno e ritornare a casa tardi, spesso senza neppure aver mangiato. In aggiunta a ciò, la necessità di essere accompagnati da un familiare – come è il caso dei bambini e dei pazienti più gravi – comporta costi aggiuntivi e il dover dipendere dalla disponibilità del familiare stesso.

> *Tempo*

La scarsa capacità di gestire i tempi nell'erogazione del servizio è stata additata come una delle cause dei lunghi tempi di attesa, a loro volta determinanti della scarsa aderenza. L'inizio delle visite avveniva talvolta in tarda mattinata, poiché lo *staff* infermieristico doveva arrivare dall'ospedale di Arua, situato anche a considerevole distanza da alcune delle cliniche. Ciò comportava una prolungata attesa dei pazienti, in particolare di coloro che vivono a breve distanza dalle cliniche stesse.

> *Effetti della terapia*

1. Miglioramento clinico

La sensazione di essere migliorati in seguito all'assunzione della terapia prescritta gioca un ruolo duplice e opposto sull'aderenza.

Da una parte, determina una sorta di “rilassamento” nei pazienti e nei loro familiari, specie tra coloro – come i bambini – che vi dipendono completamente. Presentarsi alla clinica per la consegna dei farmaci diventa un aspetto quasi trascurabile di fronte ad altri impegni familiari: questo è stato il motivo più comunemente citato dai vecchi casi.

Dall'altra parte, constatare i benefici della terapia rinforza il bisogno e la motivazione per continuare e non disattendere le cliniche successive. Un discreto numero di pazienti, infatti, ha ripreso una vita normale nella propria comunità e non intende interromperla a causa di nuove ripetute crisi comiziali.

2. Lento miglioramento o nessun miglioramento clinico

Il miglioramento clinico, per stessa ammissione dei pazienti, è raramente immediato, dovendo richiedere spesso un trattamento prolungato e regolare. Inoltre, l'individuazione del farmaco più appropriato al dosag-

gio più efficace per un determinato paziente è un esercizio che richiede tempo.

In special modo, i nuovi pazienti si attendono un miglioramento rapido e, qualora ciò non accada o la loro condizione addirittura peggiori, abbandonano il trattamento scoraggiati o si presentano alle cliniche molto irregolarmente. Ciò si è constatato soprattutto in coloro che già apparivano scettici sulla cosiddetta medicina occidentale o che conservavano pregiudizi sulla reale origine della malattia.

> *Dimenticanza e/o efficacia dei meccanismi per ricordarsi delle visite successive*

La pratica abituale è quella di informare i pazienti visitati e i loro familiari sulla data della clinica successiva. Ciò nonostante, alcuni di loro la dimenticavano. Il modo più efficace per ricordare a tutti della data che si approssimava è risultato l'annuncio porta-a-porta: ad Offaka, infatti, questa è stata la ragione più frequentemente menzionata per spiegare l'alto tasso di aderenza dei pazienti in quella particolare clinica. Ma l'importanza di tale mobilitazione dei pazienti interessati è stata riconosciuta in tutti i centri: i maggiori ostacoli a poterla praticare sistematicamente, comunque, sono stati indicati nel limitato numero di mobilitatori (esiguo rispetto ai pazienti da contattare) e la mancanza di adeguati mezzi di trasporto per poter raggiungere tutti nelle loro rispettive abitazioni.

> *Supporto familiare e counselling*

Ruolo dei mobilitatori a parte, il supporto dei familiari è stato ovunque sottolineato come un altro cruciale fattore responsabile di una buona aderenza al trattamento prescritto.

Il supporto familiare comprende: accompagnare fisicamente i pazienti alle cliniche, ricordare loro dell'approssimarsi del giorno stabilito, verificare che assumano la terapia regolarmente. Tale supporto familiare dipende da vari elementi, ma soprattutto dal grado di coesione esistente tra i membri della famiglia. I pazienti più giovani e quelli più anziani – che prevedibilmente dipendono in misura maggiore degli altri dai familiari – hanno mostrato in alcune cliniche di raggiungere un'aderenza inferiore.

> *Credenze negative*

Permane tuttora una credenza diffusa che l'epilessia sia il risultato di una maledizione o di una stregoneria e come tale non possa essere curata. Tale pregiudizio era più forte tra i nuovi casi oppure in coloro che non avevano beneficiato di un significativo miglioramento clinico. Tra questi pazienti, alcuni riportavano di essersi presentati alla clinica solo perché così gli era stato detto di fare da parte degli operatori sanitari.

> *Popolazione migrante e sfollata/rifugiata*

Alcuni dei centri di salute sedi delle cliniche mobili servivano una consistente popolazione di rifugiati sudanesi o di sfollati; inoltre, certi pazienti non erano residenti fissi ma migranti stagionali. Ovviamente, tali condizioni rendevano l'aderenza alla cura dei pazienti più complessa che per tutti gli altri.

> *Barriere finanziarie (reali oppure percepite)*

Sia i farmaci distribuiti sia le visite mediche erano completamente gratuite per la totalità dei pazienti e l'informazione al riguardo è stata chiara e capillare fin dall'inizio.

In ognuna delle sedi delle cliniche, comunque, un gruppo di mutuo-aiuto di pazienti si era costituito spontaneamente, con lo scopo di raccogliere dei fondi per intraprendere attività generanti reddito oppure per sostenere i costi dei farmaci nell'eventualità che il programma giungesse a conclusione. Ai pazienti veniva chiesto di pagare, anche ratealmente, 3.000 scellini ugandesi (poco meno di due dollari americani) per ogni visita eseguita. Sebbene questo contributo non rappresentasse una pre-condizione per poter accedere al trattamento, questo non è stato ben compreso da molti pazienti, alcuni dei quali hanno interrotto il trattamento per mancanza di sufficienti risorse finanziarie per onorare tale pagamento. Dal momento della sua abolizione, comunque, la regolarità alle visite è visibilmente migliorata.

> *Informazione dei pazienti e significato delle testimonianze personali*

Una regolare e sistematica educazione sanitaria, rivolta ai pazienti e alle loro famiglie, è risultata cruciale per assicurare e rafforzare un buon grado di aderenza. Ciò vale sia per le informazioni specifiche degli operatori sanitari sulla malattia e i farmaci sia per l'educazione e il *counselling* forniti dai mobilitatori che, in quanto pazienti, potevano raccontare e meglio condividere l'esperienza della malattia, riuscendo a essere persuasivi anche con i pazienti più scettici sull'efficacia della cura.

> *“Essere un nuovo caso”*

Un nuovo caso aveva maggiori probabilità di coltivare riserve o pregiudizi sulle cause della malattia e sui presunti benefici apportati dai farmaci, di avere scarse nozioni di educazione sanitaria e di poter contare su un inadeguato supporto familiare (anche per l'assenza di opportune informazioni sulla malattia e le sue implicazioni).

> *Qualità dei servizi erogati*

Si sono osservati il tipo e la frequenza dei servizi offerti, gli attori coinvolti, la loro attitudine verso i pa-

zienti, l'efficacia nel comunicare con loro riguardo ai vari aspetti della malattia e la disponibilità dei farmaci richiesti.

Ovunque, i farmaci sono risultati sempre disponibili e le cliniche si sono regolarmente tenute ogni quattro settimane, salvo rare eccezioni. Il fatto di saperlo con un sufficiente grado di certezza è stata una delle ragioni perché i pazienti si presentassero regolarmente alle cliniche. L'educazione sanitaria e il *counselling* impartiti dagli operatori sanitari e dai mobilitatori sono apparsi adeguati ed efficaci: la maggior parte dei pazienti intervistati era in grado di descrivere correttamente gli aspetti più rilevanti della malattia e del suo trattamento.

## DISCUSSIONE

È ampiamente documentato che l'aderenza al trattamento di una qualsiasi patologia rappresenta un fenomeno complesso e sfaccettato, ancor più se la patologia è cronica e porta con sé un quasi indelebile marchio di stigma come l'epilessia.

Questo studio ha mostrato che il numero e la frequenza con cui i pazienti disattendono le visite di *follow-up* (e conseguentemente la distribuzione e assunzione della terapia prescritta) sono estremamente elevati – nonostante i farmaci venissero erogati gratuitamente – e che esiste una discreta variabilità tra i vari centri di trattamento.

Ciò non è così atipico: è stato infatti dimostrato che l'aderenza ai farmaci anti-epilettici può raggiungere livelli molto bassi anche nei paesi occidentali (20%-80%), dove esibisce lo stesso grado di variabilità<sup>10,11</sup>.

Inoltre, tale studio sembra suggerire che condurre un programma di trattamento nel tempo migliora la sua aderenza, come comprovato dal miglior risultato raggiunto dai “vecchi” casi rispetto ai nuovi; questi ultimi hanno maggior probabilità di avere conoscenze più rudimentali e maggiori preconcetti sulla terapia, benché ciò non si sia constatato laddove l'educazione sanitaria era stata sistematica, prolungata e costante. Se ne deduce che l'aspetto d'informazione ed educazione dei pazienti svolge un ruolo vitale per garantire la regolare assunzione della terapia. Questo deve cominciare fin dalla prima visita, avvertendo adeguatamente i pazienti della possibile persistenza di convulsioni, allo scopo di prevenire il loro abbandono precoce della terapia.

Il fenomeno dell'aderenza al trattamento riconosce vari fattori determinanti, buona parte dei quali è specifico per ogni singolo paziente: riesce dunque diffici-

le trovare una strategia che funzioni invariabilmente con tutti. Ciononostante, si sono potuti riscontrare alcuni elementi più frequentemente associati al successo della terapia, indipendentemente dalle diverse tipologie dei pazienti: il supporto dei propri familiari (specie se il paziente dipende da loro) è un elemento chiave come già dimostrato altrove<sup>12</sup>. Anche l'uso di pazienti in cura per fornire supporto morale e mobilitare i pazienti si è rivelato essenziale per promuovere una migliore aderenza alla terapia, potendo agire su quelle componenti personali e familiari dove l'operatore sanitario ha poca influenza.

Bisogna però sottolineare che i volontari non rappresentano una risorsa inesauribile, spesso se condividono l'esperienza di essere pazienti essi stessi: per poter essere coinvolti con continuità, necessitano di essere motivati, ricevendo, qualora possibile, un minimo riconoscimento pecuniario oppure un mezzo di trasporto per garantire continuità nella loro opera volontaria. Questo può tradursi in un costo aggiuntivo per il programma, ma garantisce altresì un successo più durevole.

La distanza dalla sede delle cliniche è stata indicata frequentemente come un serio ostacolo alla continuità terapeutica: stabilire un numero maggiore di cliniche è un rimedio di sicuro successo, visto che riduce le distanze da colmare per i pazienti. Questo potrebbe però scontrarsi con esigenze organizzative e logistiche, vista anche la natura verticale del programma. Una strategia alternativa potrebbe consistere nel formare ed impiegare volontari nella comunità a sostegno della terapia nei pazienti già registrati, come già avviene con successo nel programma di controllo della tubercolosi e, in alcuni esempi, nella somministrazione di farmaci anti-retrovirali<sup>13</sup>. L'uso di tali volontari nel trattamento dell'epilessia ha offerto ottimi risultati in Kenya, dove l'aderenza al trattamento dei pazienti ha raggiunto un sorprendente 82%<sup>14</sup>. Istruire i mobilitatori o altri volontari a dispensare i farmaci potrebbe essere una soluzione percorribile anche per ovviare al ritardo con cui alcune cliniche spesso cominciano: essi infatti potrebbero fornire la terapia per quei pazienti già clinicamente stabilizzati, permettendo al personale infermieristico di concentrarsi su quelli che necessitano di maggiore attenzione.

Non si deve infine sottovalutare il fatto che la buona organizzazione delle attività previste è stata possibile in virtù della caratteristica "verticale" del programma: è infatti improbabile che lo stesso grado di diligenza e attenzione possa essere conservato qualora tale pro-

gramma venisse pienamente integrato nei servizi sanitari esistenti. E, come operatori di salute, va sempre ricordato di ridurre ovunque possibile le comuni barriere che il sistema sanitario frappone – spesso inconsapevolmente – tra i servizi che eroga e coloro che ne dovrebbero beneficiare: in particolare, la gratuità dei servizi, la disponibilità costante di farmaci in quantità adeguate, la regolarità nel condurre le cliniche nelle date prestabilite, la puntualità, l'empatia da parte del personale sanitario, la capacità di fornire tutte le spiegazioni e rassicurazioni necessarie, soprattutto per i nuovi casi registrati. Tutti questi fattori assieme possono incoraggiare positivamente i pazienti a proseguire con la terapia in atto e significativamente contribuire al miglioramento della loro aderenza.

#### NOTE

1. Who (2003a), *Adherence to long-term therapies: evidence for action*, A report of the adherence to long-term project, Who/Mnc/03.01.
- 2.-3.-4. Scott A. et al. (2001), *The treatment of epilepsy in developing countries: where do we go from here?*, Bulletin of the World Health Organization; 79(4) pp. 344 - 351.
5. Baskind & Birbeck (2005), *Epilepsy-associated stigma in sub-Saharan Africa: the social landscape of a disease*, *Epilepsy & Behaviour* 7 (2005) 68-73.
6. Who (2003a), *Adherence to long-term therapies: evidence for action*, A report of the adherence to long-term project, Who/Mnc/03.01.
7. Coleman et al (2002), *The treatment gap and primary health care for people with epilepsy in rural Gambia*, Bulletin of the World Health Organization 2002; 80:378-383.
8. Who (2003a), *Adherence to long-term therapies: evidence for action* A report of the adherence to long-term project, Who/Mnc/03.01.
9. Doctors with Africa Cuamm Arua, 2004. Unpublished.
10. Wagner et al. (undated), *Compliance in Epilepsy: A Review*, Us Pharmacist; viewed online on 7/16/2006.
11. Who (2003a), *Adherence to long-term therapies: evidence for action*, A report of the adherence to long-term project, Who/Mnc/03.01.
12. Kyngas & Rissanen (2001), *Support as a crucial predictor of good compliance among adolescents with a chronic disease*, *Journal of Clinical Nursing* 10(6).
13. Who (2003b) *Community Contribution to TB care: practice and policy*, Who/Cds/Tb/2003.312.
14. Scott A. et al. (2001) *The treatment of epilepsy in developing countries: where do we go from here?*, Bulletin of the World Health Organization; 79(4) pp. 344-351.

*Campagne rivolte a incentivare la costruzione e l'utilizzo delle latrine si sono dimostrate efficaci e rappresentano senza dubbio una strategia fondamentale contro la schistosomiasi e il colera e in generale contro le malattie a trasmissione fecale-orale.*

# Il controllo della schistosomiasi nel distretto di Nebbi, Uganda

di Enrico Tagliaferri\*

> L'attività principale del programma è stato il trattamento annuale per la schistosomiasi con praziquantel, inizialmente esteso a tutta la popolazione sopra i cinque anni ed effettuato tramite *drug distributors* volontari.

Il trattamento di massa ha un impatto sicuro sulla morbilità, ma molto incerto sulla trasmissione dell'infezione; ciò fa temere che si possa rapidamente tornare al punto di partenza una volta interrotto il programma.

## INTRODUZIONE

Il distretto di Nebbi fa parte della regione del West Nile, nel nord dell'Uganda. Ha una popolazione di circa 482.000 abitanti facendo una stima sulla base del tasso di crescita a partire dal censimento del 2002.

Il distretto è delimitato a est dal lago Alberto e dal Nilo Alberto. Lo *S. mansoni*, responsabile della schistosomiasi intestinale, è endemico in queste acque mentre lo *S. haematobium*, causa della forma urinaria, che pure si trova in altre regioni del paese, è qui assente.

A rischio sono tutti gli abitanti del sottodistretto di Jonam (vedi **figura 1**) e più in particolare le comunità che vivono sulle sponde del lago e del fiume.

Uno studio condotto in Amor parish, sulle sponde del Nilo, nel sottodistretto di Jonam, nel 1992, nella popolazione generale, riportava una prevalenza di uova di *S. mansoni* nelle feci dell'81%<sup>1</sup>. In un'indagine analogica condotta nel 1996 nel distretto sud-occidentale di Kabale, bagnato anch'esso dal lago Alberto, la prevalenza era del 90,7%<sup>2</sup>.

Un altro studio condotto nel 1996 metteva in evidenza come prevalenza e intensità di infezione, intesa come numero di uova per grammo di feci, fossero più elevate nella fascia di età tra i 10 e i 14 anni e tendessero poi a diminuire gradualmente con l'aumentare dell'età. Gli uomini risultavano maggiormente affetti delle donne sia in termini di prevalenza sia di intensità<sup>3</sup>.

## SCHEDA

La **schistosomiasi** è una parassitosi causata da diverse specie di vermi del genere *Schistosoma* (*S. mansoni*, *S. haematobium*, *S. japonicum*). È ampiamente diffusa in molti paesi della fascia tropicale (Africa, America centro meridionale, alcune zone del Medio Oriente, dell'India e di diversi paesi dell'Estremo Oriente). Le uova di questi vermi vengono eliminate nelle acque attraverso le feci e le urine di persone infette; esse si sviluppano nelle stesse acque fino allo stadio di larva. L'uomo si contagia in occasione di bagni in corsi e bacini di acqua dolce contaminati dalle forme larvali infestanti (cercarie) del parassita. Queste ultime penetrano attraverso la pelle in maniera silente o dando luogo a fugaci manifestazioni cutanee pruriginose. Dopo la penetrazione, il microrganismo entra nel circolo sanguigno, migra attraverso i polmoni e si impianta infine nel plesso venoso drenante l'intestino o la vescica (in rapporto alla specie di *Schistosoma*). Nella schistosomiasi urinaria il quadro clinico è costituito essenzialmente dall'ematuria, in quella intestinale dalla diarrea muco-sanguinolenta. In quest'ultima evenienza si può avere, a distanza di anni, un interessamento epatico con frequenti e gravi emorragie digestive. La terapia attuata tempestivamente permette la risoluzione del quadro clinico. Il periodo di incubazione è variabile ed è di circa otto settimane per *S. haematobium* e quattro settimane per *S. mansoni* e *S. japonicum*.

\* Medici con l'Africa Cuamm

FIGURA 1 / Mappa della regione del West Nile

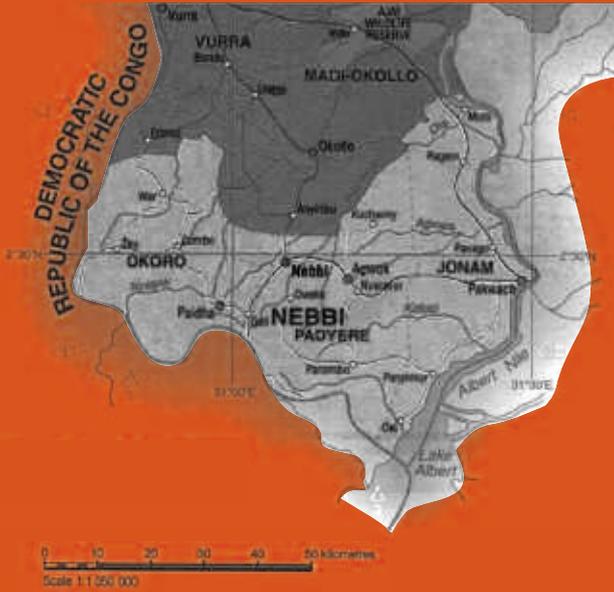


FIGURA 2 / Prevalenza per distretto stimata prima dell'intervento

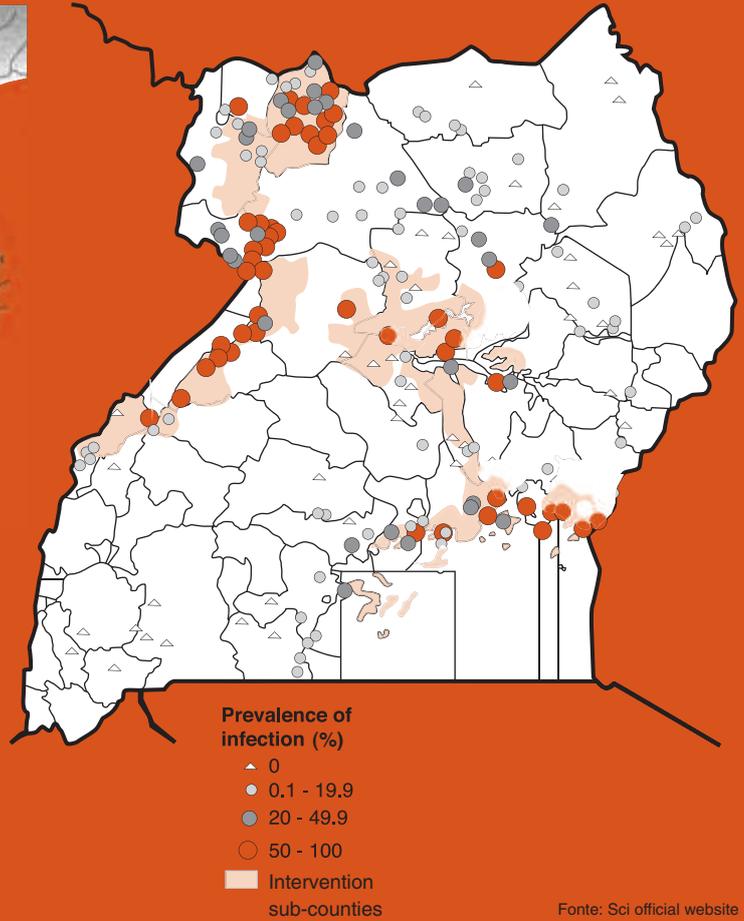
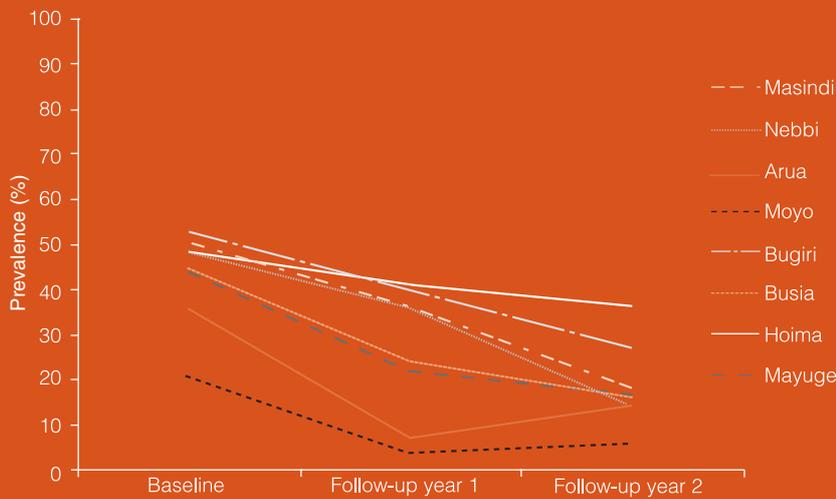


FIGURA 3 / Prevalenza per distretto in tre anni successivi

Point *S. mansoni* prevalence by time and district



Fonte: Ministero della Sanità ugandese, dati non pubblicati

## IL PROGRAMMA DI CONTROLLO

A partire dal 2003 è stato attuato un programma di controllo della schistosomiasi finanziato e coordinato dalla *Schistosomiasis Control Initiative* (Sci), un consorzio internazionale di associazioni, istituzioni scientifiche e donatori tra cui spicca la fondazione *Bill and Melinda Gates*. Anche la Cooperazione italiana e Medici con l'Africa Cuamm hanno dato un loro contributo nella regione del West Nile<sup>4</sup>.

Il programma è stato attuato nei distretti a più alta prevalenza di infezione da *S. mansoni*, stimata attraverso indagini a campione nelle scuole (vedi **figura 2**).

L'attività principale del programma è stato il trattamento annuale per la schistosomiasi con praziquantel, inizialmente esteso a tutta la popolazione sopra i cinque anni ed effettuato tramite *drug distributors* volontari; i bambini sotto i cinque anni sono stati esclusi perché meno esposti al contatto con l'acqua e quindi al rischio di infezione, anche se dati recenti di prevalenza in questa fascia di età, in alcune aree, depongono a favore del trattamento<sup>5</sup>. Nel 2006 il programma è stato limitato ai soli studenti delle scuole primarie, con il coinvolgimento degli insegnanti; ai ragazzi è stato somministrato anche albendazolo, attivo contro i cosiddetti *soil transmitted helminths*, i vermi le cui uova o larve si trovano dispersi nel terreno, responsabili delle più comuni elmintiasi intestinali. Il programma prevedeva, oltre al trattamento, una componente di educazione sanitaria essenzialmente basata sul sistema scolastico.

Nel complesso, la copertura del programma nelle zone a rischio del distretto è stata soddisfacente, grazie soprattutto al coinvolgimento capillare di volontari in ogni villaggio (*drug distributors*) e insegnanti nelle scuole, che hanno ricevuto soltanto un piccolo incentivo al momento della formazione iniziale. I candidati al trattamento sono stati registrati e quindi successivamente trattati. I dati del 2005 sono riportati nella **tabella 1**. Come si è già sottolineato, nel 2006, sono state trattate solamente le scuole, raggiungendo un alto tasso di copertura sovrapponibile all'anno precedente.

Cinque scuole e una comunità rappresentativa della popolazione generale sono state selezionate e moni-

torate nel corso degli anni nei distretti interessati. Il numero di campioni di feci contenenti uova di *S. mansoni* è stato usato come indice di prevalenza e il numero medio di uova per grammo di feci dell'insieme dei campioni è stato usato come indice di intensità di infezione. È stata dimostrata una diminuzione sia della prevalenza (vedi **figura 3**) sia dell'intensità (vedi **figura 4**) dell'infezione.

È stata dimostrata anche una diminuzione della morbilità e cioè un aumento dei livelli di emoglobina e un minor riscontro di reperti ecografici di epatopatia<sup>6</sup>.

Più difficile è misurare gli effetti del programma sulla trasmissione dell'infezione. La diagnosi è posta nella maggior parte dei casi solo sulla base di criteri clinici e anche dove la conferma di laboratorio è possibile, la qualità dell'attrezzatura e la formazione del personale sono spesso discutibili. Il sistema informativo del distretto (*Health Management Information System*, Hmis), che ha introdotto la schistosomiasi come entità nosologica a sé stante solo nel 2005, riportava 1.334 casi di schistosomiasi nel 2005 e 2.146 nel 2006. Anche con le dovute riserve sull'attendibilità di questi dati, l'impressione non è certo quella di un miglioramento, sebbene si debba considerare che la diagnosi a cui spesso gli operatori sanitari giungono non tiene conto di diagnosi differenziali, è quasi esclusivamente clinica e – anche quando sostenuta da esami di laboratorio – di qualità opinabile.

Disaggregando il dato della prevalenza per località poi, si scopre che esistono differenze rilevanti. I dati nella **figura 5** si riferiscono a ragazzi in età scolare, a parte l'ultimo gruppo che si riferisce alla popolazione generale del villaggio di Kinju. Il riscontro di una prevalenza maggiore tra i giovani che nella popolazione generale, a Kinju, è coerente con la letteratura e si spiega con un maggior contatto con l'acqua dei giovani e lo sviluppo di una più forte immunità specifica con l'aumentare dell'età; questo dato giustifica il trattamento di massa selettivo di questa fascia di età.

Il dato più eclatante è l'elevatissima prevalenza a Panyimur, in pratica a livelli analoghi a quelli esistenti prima del programma di controllo.

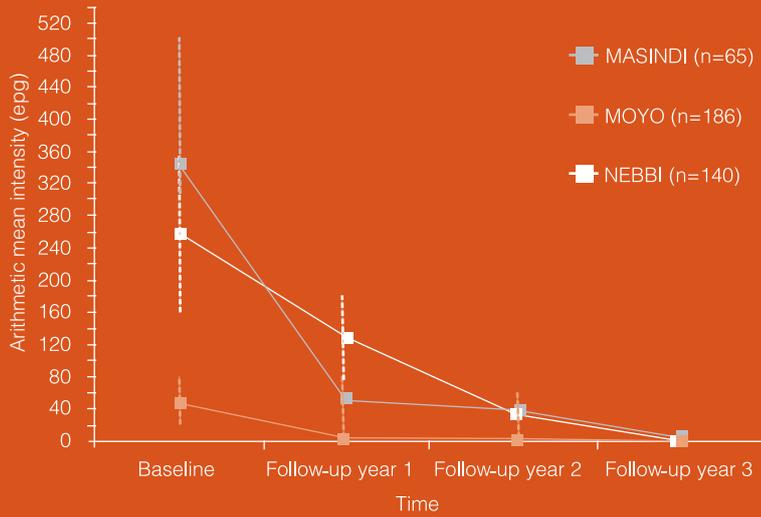
Si possono fare delle ipotesi per spiegare questa pe-

**TABELLA 1 / Risultati del trattamento di massa per schistosomiasi, a Nebbi, 2005**

	Target	Registered	Treated	Coverage per registered	Coverage per target
School children	41,266	31,211	31,211	100%	76%
Total population	126,411	92,345	88,916	96%	70%

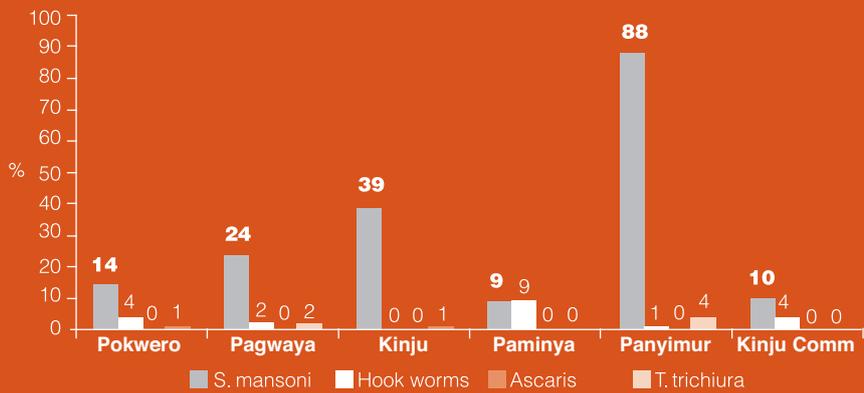
**FIGURA 4 / Intensità delle infezioni registrate in quattro anni successivi**

Uganda (Baseline, Year 1, Year 2, Year 3 in tre districts completed so far) Arithmetic mean intensity for *S. mansoni* for all 391 children (negatives & positives)



Fonte: Ministero della Sanità ugandese, dati non pubblicati

**FIGURA 5 / Prevalence of *S. mansoni* and Sth 10 months after treatment Nebbi District - febbraio 2007**



Fonte: Ministero della Sanità ugandese, dati non pubblicati

culiarità. Panyimur è situata sul lago Alberto che, più del Nilo, ha caratteristiche ideali per i molluschi implicati nel ciclo della schistosomiasi. La comunità di Panyimur, più di altre nella stessa zona, vive di pesca e commercio del pesce. A Panyimur si tiene un importante mercato del pesce che attira clienti da tutta la regione. I pescatori giocano sicuramente un ruolo chiave nella trasmissione; trascorrono molte ore sul lago, spesso tutta la notte, per rimanere vicini alle reti, e defecano in acqua piuttosto che rientrare per usare le latrine; inoltre defecare in acqua ha anche lo scopo di attirare i pesci. In generale i pescatori della zona sanno che cos'è la schistosomiasi e come si trasmette, ma le condizioni del loro lavoro li inducono a comportamenti a rischio. Panyimur si trova nei pressi del confine con la Repubblica democratica del Congo; attività di controllo sono state attuate anche presso le comunità congolese sul lago Alberto, ma non sono disponibili dati a riguardo e la fragilità del sistema sanitario del paese suggerisce uno scarso controllo dell'infezione. Panyimur occupa un territorio piatto dove il bestiame pascola e accede alle acque del lago liberamente; gli animali possono avere un ruolo nella trasmissione dell'infezione tanto che sono stati inclusi nel programma di controllo della schistosomiasi di alcuni paesi, come la Cina<sup>7</sup>.

Secondo un'indagine non pubblicata condotta nel 2003, nella sottocontea di Panyimur solo il 27% circa delle famiglie aveva una latrina; era il dato peggiore tra tutte le 19 sottocontee del distretto e il dato del distretto era circa il doppio. Questa spiega probabilmente anche perché Panyimur è colpita da ricorrenti epidemie di colera. Anche la disponibilità di pozzi e altre fonti sicure di acqua è scarsa, pur essendo migliore del dato generale del distretto.

Dal 2003 è stato condotto un programma specificamente mirato a migliorare le condizioni igieniche e ridurre l'impatto delle malattie a queste legate, *Water Aid Programme*. Il programma ha interessato quattro sottocontee tra cui Panyimur. In ogni villaggio è stato formato un piccolo comitato dedicato ad attività di promozione dell'igiene. Sono stati individuati tre villaggi modello, uno in ogni *parish*, e sono stati organizzati incontri e dimostrazioni pratiche oltre a varie altre iniziative di sensibilizzazione delle comunità e dei *leaders* locali. I risultati sono stati estremamente incoraggianti: dati non pubblicati, raccolti nel 2006, rivelano infatti un tasso di copertura delle latrine nella sottocontea di Panyimur del 51%, un miglioramento clamoroso in poco più di due anni che fa ben sperare per il futuro.

## PROSPETTIVE

Il supporto della Sci si è già ridotto drasticamente e se ne prevede una prossima interruzione, anche se non sono ancora chiari i tempi.

Il fatto che il trattamento di massa abbia un impatto sicuro sulla morbidità, pur con le eccezioni descritte, ma più dubbio sulla trasmissione dell'infezione, fa temere che si possa rapidamente tornare al punto di partenza una volta interrotto il programma.

Il prezzo del praziquantel è al momento relativamente elevato per i Paesi in via di sviluppo come l'Uganda e rappresenta l'ostacolo principale. Una stima del ministero riporta un costo medio per il trattamento degli studenti con praziquantel e albendazolo di 0,29 dollari nel distretto di Nebbi, più alto, fino al doppio, in altri distretti. Considerando che nel 2005 sono stati trattati 31.211 studenti delle scuole primarie, nel sottodistretto di Jonam, la spesa è stata circa 9.000 dollari. La maggior parte della spesa è sicuramente addebitabile al praziquantel. Per quanto riguarda Nebbi, è necessario trattare almeno anche la popolazione generale di Panyimur che dal 2007 è stata di nuovo inclusa nel programma. Quando la Sci interromperà la fornitura gratuita di praziquantel, l'acquisto del farmaco alle condizioni di mercato per tutte le aree interessate sarà difficilmente sostenibile. Se l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), come proposto dallo stesso organismo, stabilirà un sistema centralizzato per l'acquisto del farmaco per conto dei vari paesi, il prezzo potrebbe calare di molto<sup>8</sup>.

Per il trattamento di massa la strategia proposta dal ministero della Sanità, gioco forza, è quella dell'integrazione con altre campagne, come i *Child Days*. Questa campagna, solitamente condotta due volte in un anno, comprende la distribuzione di albendazolo ai giovani da 1 a 14 anni, educazione sanitaria e sensibilizzazione sul tema delle vaccinazioni; durante i *Child Days* gli operatori sanitari devono controllare le schede vaccinali dei bambini, rendere disponibile il servizio di vaccinazione durante tutta la settimana all'unità sanitaria e organizzare uscite settimanali nelle scuole; campagne straordinarie di vaccinazione di massa, contro polio e morbillo, ad esempio, vengono spesso combinate con i *Child Days*. Pur con alcuni inconvenienti, pare una soluzione praticabile.

Un'alternativa possibile per scuole con prevalenza già molto ridotta è quella di trattare gli studenti solo all'inizio e alla fine del ciclo di studi.

Componenti che comunque resteranno prive di finanziamento sono l'educazione sanitaria per la popolazione generale e gruppi a rischio come i pescatori e

la formazione del personale sanitario in generale e dei laboratoristi in particolare.

La disponibilità e l'utilizzo delle latrine sono un elemento assolutamente fondamentale. La costruzione di latrine in muratura e la fornitura di modelli prefabbricati per i luoghi pubblici è sicuramente una via, ma non può risolvere il problema che in piccola parte e già si è fatto qualcosa in questo senso. Sembra più una questione di consapevolezza e volontà della comunità. La consistenza sabbiosa del terreno e la conseguente difficoltà nello scavare la fossa della latrina viene spesso portata come causa della mancata costruzione, ma esistono soluzioni praticabili usando materiale reperito localmente, ad esempio vecchi bidoni usati che sostengano le pareti della fossa. Campagne rivolte a incentivare la costruzione e l'utilizzo delle latrine si sono dimostrate efficaci e rappresentano senza dubbio una strategia fondamentale contro la schistosomiasi, il colera e in generale le malattie legate alle pratiche igieniche.

Una prospettiva ulteriore da considerare è il previsto spostamento della figura del *Vector Control Officer* (Vco), responsabile delle attività di controllo della schistosomiasi, dal distretto al sottodistretto; questo fa parte di una ristrutturazione decisa dal ministero della Sanità, che è stata finora rimandata, ma pare ormai prossima. Questo cambiamento creerà sicuramente dei contraccolpi, almeno nella fase iniziale. Tra il personale del distretto di Nebbi, ad esempio, esiste un solo Vco, che ha sempre gestito le attività in modo piuttosto centralizzato; il distretto di Nebbi comprende tre sottodistretti e il Vco potrebbe essere spostato nel sottodistretto più occidentale di Okoro per occuparsi prevalentemente di oncocercosi lasciando scoperti gli altri due sottodistretti, compreso Jonam con le attività di controllo della schistosomiasi. In generale si può affermare che il programma di controllo della schistosomiasi, nel distretto di Nebbi,

come in Uganda in generale, pur con qualche sfumatura, ha portato risultati importanti in termini di prevalenza e intensità di infezione e morbilità. Questi risultati rischiano però di essere vanificati se il supporto a queste attività verrà interrotto. In proposito, la volontà più volte enunciata dall'Oms di affrontare decisamente il problema delle cosiddette *neglected tropical diseases* fa ben sperare per il futuro. Il trattamento di massa è fondamentale, ma deve accompagnarsi ad attività meno "verticali" e più sostenibili, volte a modificare i comportamenti a rischio e in grado quindi di avere un impatto sulla trasmissione dell'infezione nel lungo termine.

#### NOTE

1. Kabatereine et al., *Schistosoma mansoni* in *Pachwach, Nebbi District, Uganda, 40 years after Nelson*. *Trop Med Parasitol.* 1992 Sep; 43(3):162-6.
2. Kabatereine et al., *Schistosoma mansoni* along *Lake Albert, Kibale District, Western Uganda*. *East Afr Med J.* 1996 Aug; 73(8):502-4.
3. Kabatereine et al., *Epidemiology and morbidity of Schistosoma mansoni infection in a fishing community along Lake Albert in Uganda*. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2004 Dec; 98(12):711-8.
4. Who, *Action against worms*, September 2003 issue 3.
5. Stothard and Gabrielli, *Schistosomiasis in African infants and preschool children: to treat or not to treat?* *Trends in Parasitology* Vol. 23 No 3.
6. Kabatereine et al., *Impact of a national helminth control programme on infection and morbidity in Ugandan school-children*. *Bulletin of the World Health Organization* 2007; 85:91-99.
7. Chen Xianyi et al., *Schistosomiasis control in China: the impact of a 10-year World Bank Loan Project (1992-2001)*. *Bulletin of the World Health Organization* 2005; 83:43-48.
8. Who, *Action against worms*, August 2006 issue 7.



# 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;*  
*Integrated Regional Information Network (Irin); International Herald*  
*Tribune; New African; Reuters AlertNet.*  
Chiuso il 15 marzo 2008.

# AGENDA

## Cameroon



Già colonia tedesca, alla fine della Prima guerra mondiale il Cameroon fu diviso in due zone amministrative, una (circa l'80% del territorio) affidata alla Francia e l'altra all'Inghilterra. Nel 1960 il Cameroon francese ottenne l'indipendenza. Nel 1961, in seguito a un *referendum* organizzato dalle Nazioni Unite, la parte settentrionale del Cameroon inglese si unì alla Nigeria e quella meridionale al Cameroon formando la Repubblica Federale del Cameroon. Nel 1972, in seguito a un altro *referendum*, lo Statuto federale venne abolito e il paese divenne la Repubblica Unita del Cameroon. Nel corso di tutte queste fasi, alla guida del paese si trovava Ahmadou Ahidjo, dapprima come Primo ministro, quando la Francia concesse l'autogoverno, poi come presidente. Ahidjo fu costretto a dimettersi nel 1982 e fu sostituito dall'attuale presidente, Paul Biya. Un anno dopo, accusato di complottare contro il nuovo presidente, Ahidjo fu costretto a fuggire. Andò in esilio in Senegal, dove morì nel 1989. Nel 1984 Biya ottenne il suo primo man-

dato presidenziale elettivo. Essendo il paese retto da un sistema a partito unico, la cosa non fu difficile. In ossequio ai "venti di democrazia" che attraversarono il continente all'inizio degli anni '90, Biya introdusse il multipartitismo nel 1991. Nel 1992 organizzò le prime elezioni pluraliste nella storia del paese. Ovviamente, le vinse. Altrettanto ovviamente, manipolò le elezioni del 1997, boicottate dai maggiori partiti di opposizione e le vinse. Prima di quella tornata elettorale, accortamente, aveva modificato la Costituzione portando la durata di un mandato presidenziale da cinque a sette anni. Visto che il malcontento cresceva nel paese, considerato da *Transparency International* fra i più corrotti del mondo, Biya truccò le elezioni del 2004. E le vinse. L'attuale Costituzione, entrata in vigore nel 1996, limita a due i mandati presidenziali per una stessa persona. Quello attuale sarebbe l'ultimo mandato per Biya. Il 1° gennaio scorso, nel tradizionale discorso alla nazione di inizio anno, Biya ha affermato, riferendosi alla clausola dei due mandati presidenziali: «Da tutte le nostre province mi giungono richieste per una revisione [della Costituzione]. Ovviamente, non resto indifferente a tali richieste». Ovviamente. Ricordiamo che, prima di accedere al soglio presidenziale, che occupa da 25 anni, il settantacinquenne Biya, il cui attuale mandato scadrà nel 2011, è stato Primo ministro per sette anni (dal 1975 al 1982). Un tale inossidabile spirito di servizio, non raro nei capi di Stato africani, è commovente. Tuttavia, non è stato apprezzato dai partiti di opposizione, che lo hanno definito un attentato alla pace del paese, né da vaste sezioni della po-

polazione. Agli inizi di febbraio il governo ha aumentato il prezzo del carburante. Il 24 dello stesso mese gli autisti di taxi hanno proclamato uno sciopero nazionale accompagnato da manifestazioni di protesta iniziate nella capitale commerciale, Douala. La protesta è rapidamente aumentata di intensità: lanci di pietre, negozi saccheggianti, auto bruciate. Oltre all'alto prezzo dei carburanti, i manifestanti hanno lamentato anche quello, altrettanto alto, dei generi alimentari. Le manifestazioni si sono estese alla capitale, Yaoundé, e ad altre città. Polizia ed esercito sono stati chiamati a restaurare l'ordine e, in più di una occasione, avrebbero sparato sulla folla. Sicuramente hanno usato gas lacrimogeni lanciati sia da camionette sia da elicotteri. Decine di dimostranti sono stati arrestati. Inevitabilmente, ci sono stati morti e feriti. Al 29 febbraio, il bilancio ufficiale era di 17 morti. Secondo molti osservatori il bilancio effettivo sarebbe più alto. Dal momento che molti dimostranti hanno espresso contrarietà a un altro mandato presidenziale per Paul Biya, questi ha accusato i partiti di opposizione di avere organizzato la violenza per costringerlo a dimettersi. I *leader* dell'opposizione hanno respinto ogni responsabilità ma hanno aggiunto di capire la frustrazione popolare di fronte alle crescenti difficoltà economiche, alla corruzione, alle diseguaglianze crescenti. Il Cameroon produce petrolio e le condizioni climatiche sono favorevoli all'agricoltura. Il reddito medio *pro capite* è di 1.080 dollari all'anno, ma la ricchezza è distribuita in modo iniquo. Il 61% di essa è nelle mani del 20% della popolazione. Il tasso di mortalità infantile era 85/1.000 nel 1990 e

87/1.000 nel 2006; quello dei bambini al di sotto di cinque anni era 139/1.000 nel 1990 e 149/1.000 nel 2006. Una classe politica onnivora, troppo intenta ad aumentare e conservare i propri privilegi, ha reso povera la popolazione di un paese ricco.

## Malawi

**Chinafrica: il Malawi ha ripudiato Taiwan per passare alla Cina**



Il 14 gennaio il Malawi ha interrotto i rapporti diplomatici con Taiwan per allacciarli con la Cina. In un comunicato congiunto dei due paesi, il governo di Lilongwe ha affermato di riconoscere che «...esiste una sola Cina nel mondo e Taiwan è una parte inalienabile del territorio cinese». Il governo di Taiwan ha condannato la decisione malawiana accusando la Cina di usare “mezzi economici” per attirare paesi poveri dalla sua parte. Secondo la Bbc, Pechino avrebbe offerto “svariati” miliardi di dollari al Malawi per indurlo a questo voltafaccia diplomatico. Lo stesso ministro degli Esteri malawiano, Joyce Banda, ha ammesso che la decisione è stata presa «...dopo avere considerato attentamente i benefici che otterremo dalla Cina». L'isola di Taiwan si è staccata dalla Cina alla fine della guerra civile cinese, nel 1949. Pechino la considera parte del suo territorio nazionale e ha offerto una soluzione simile a quella adottata per Hong Kong: “Un paese, due sistemi”. La maggior parte della popolazione taiwanese preferisce mantenere lo *status quo*. Solamente 23 paesi al mondo conservano legami

diplomatici con Taiwan. Si tratta, per lo più, di paesi piccoli e poveri del Sud America, del Sud Pacifico e dell’Africa. I paesi africani che ancora mantengono legami diplomatici con Taiwan, e non con Pechino, sono Burkina Faso, Gambia, San Tomé e Principe e Swaziland.

## Ciad

**Idriss Déby è sopravvissuto ancora una volta. Ma non è finita**



Il Ciad, indipendente dal 1960, ha conosciuto un trentennio di guerre civili di varia intensità e durata. Dal 2003 produce petrolio: circa 250.000 barili di greggio al giorno, trasportati, dalla regione di Doba verso l’Oceano Atlantico, attraverso un oleodotto lungo circa 1.070 chilometri che passa attraverso il Cameroon. L’oleodotto, costato circa 4 miliardi di dollari, è stato costruito grazie a finanziamenti esteri, soprattutto della Banca mondiale. Nonostante il petrolio, ricchi giacimenti di oro e di uranio, il paese resta fra i più poveri del mondo. Il suo Indice di sviluppo umano lo classifica al 170° posto su 177 paesi studiati (i dati sono pubblicati nel Rapporto sullo sviluppo umano dell’Undp – *United Nations Development Programme* – del 2007-2008 ma risalgono al 2005). Secondo l’Unicef, nel 2006, il tasso di mortalità infantile era di 124/1.000 nati vivi e quello dei bambini al di sotto dei cinque anni di 209/1.000 nati vivi (erano di 120/1.000 e 201/1.000, rispettivamente, nel 1990).

Il primo presidente, Ngarta Tombalbaye, era un cristiano del Sud. Nel 1963 bandì i partiti politici. Ciò, as-

sieme ad altri motivi di scontento, portò alla nascita del Frolinat (*Front de Libération Nationale du Tchad*). Il Frolinat iniziò una guerriglia che aumentò di intensità con gli anni. Nel 1973 truppe francesi, tuttora di stanza permanente nel paese, intervennero a sostegno del governo, ma la guerriglia continuò. Nel 1975 Tombalbaye fu deposto e ucciso da Felix Malloum, un altro cristiano del Sud. Quattro anni dopo anche Malloum fu spodestato. Fuggì dal paese e venne sostituito da un musulmano del Nord, Goukouni Oueddei, sostenuto, anche militarmente, dalla Libia. Oueddei dovette subito combattere contro l’esercito messo assieme da Hissène Habré, un ex ministro della Difesa. Dopo aspri combattimenti Habré conquistò la capitale, N’Djamena, nel 1982. Anche Habré dovette combattere contro vari movimenti di guerriglia e sopravvisse a vari tentativi di ucciderlo. Fu spodestato nel 1990 da un suo ex alleato, Idriss Déby, appartenente all’etnia degli Zaghawa, che vive a cavallo del confine orientale del paese, fra il Ciad e la regione sudanese del Darfur. Nel Darfur Déby aveva le proprie basi e dal Darfur era partito per conquistare il potere. Sotto il nuovo presidente il paese ha conosciuto alcuni anni di pace, sia pur relativa, e di stabilità, sia pure precaria. Nel 1993 fu organizzata una Conferenza nazionale per discutere l’introduzione della democrazia. Nel 1996 vennero organizzate elezioni pluraliste che Déby vinse senza difficoltà.

Nel 1998 l’ex ministro della Difesa, Youssouf Togoimi, iniziò una guerriglia alla guida del *Mouvement pour la Démocratie et la Justice au Tchad* (Mdjt). Déby fu rieletto nel 2001 al termine di elezioni molto contestate. Nel 2005 modificò la Costituzione abolendo la clausola che limitava a due i mandati presidenziali per una stessa persona. Fu rieletto nel 2006, ancora in modo non limpido e fra molte contestazioni.

Nel frattempo, fra trattati di pace firmati e subito violati con vari movimenti ribelli (incluso l’Mdjt di Togoimi), il Ciad è stato investito anche dall’ondata di instabilità proveniente dal

Darfur (dove instabilità e violenza croniche si sono accentuate a partire dal 2003) e dalla Repubblica Centrafricana (cronicamente instabile).

Nell'aprile del 2006 una coalizione di movimenti ribelli, sostenuti dal governo di Khartoum, giunse fino alla periferia della capitale. Déby se la cavò grazie anche all'aiuto dei militari francesi di stanza nel paese (circa 1.500). Quello scenario si è ripetuto, con maggiore gravità, agli inizi dello scorso febbraio. Dopo almeno due mesi di combattimenti nel nord e nord-est del paese, il 2 febbraio, circa 4.000 uomini armati sono giunti ad assediare il palazzo presidenziale. Gli armati appartenevano a una coalizione di tre gruppi ribelli: l'Rfc (*Ralliement des Forces pour le Changement*), l'Ufdd (*Union des Forces pour la Démocratie et le Développement*) e dell'Ufdd-Fondamentale (movimento staccatosi dall'Ufdd).

Il capo dell'Rfc è Timan Erdimi, uno zio del presidente Déby. Da notare, anche, che il capo di Stato maggiore dell'esercito governativo, Mahamat Itno, è uno zio del Presidente (il cui nome completo è Idriss Déby Itno). Déby è riuscito a sopravvivere ancora una volta, respingendo gli assedi e inseguendoli fuori dalla capitale. È stato aiutato, anche, da truppe del Jem (*Justice and Equality Movement*), movimento ribelle sudanese attivo nel Darfur, nemico del governo sudanese e, quindi, alleato di quello ciadiano. Ancora una volta, l'appoggio dei militari francesi è stato fondamentale. Il ministro francese della Difesa, Herve Morin, ha visitato N'Djamena il 6 febbraio; elicotteri francesi hanno bombardato le colonne dei ribelli in fuga verso la loro base di Mongo, circa 600 chilometri a est della capitale e aerei da caccia francesi hanno effettuato vari voli di ricognizione al confine fra Ciad e Sudan. In seguito ai combattimenti nella capitale, secondo stime della Croce rossa internazionale, almeno 160 civili sono stati uccisi e 1.000 sono stati feriti. Circa 20.000 ciadiani hanno cercato rifugio in Cameroon e circa 3.000 in Nigeria.

Il ministro degli Esteri, Ahmat Allami, ha accusato il Sudan di avere istiga-

to questa recrudescenza dei combattimenti per ostacolare il dispiegamento dell'Eufor, la Forza di pace di quasi 4.000 uomini messa in piedi dall'Unione Europea (sotto l'egida delle Nazioni Unite e la guida della Francia) per proteggere i civili al confine con il Darfur e con la Repubblica Centrafricana. Il dispiegamento di questa forza è, effettivamente, stato sospeso a causa dei combattimenti a N'Djamena, ma è ricominciato a metà febbraio. Nel Darfur, dal 2003 ad oggi, le milizie Janjaweed, sostenute dal governo sudanese, hanno causato la morte di circa 200.000 persone e ne hanno costretto alla fuga almeno 2.500.000. Di queste, circa 250.000 hanno cercato rifugio in Ciad. A questi rifugiati sudanesi si sono aggiunti, dal 2005 a oggi, circa 180.000 sfollati ciadiani, in fuga di fronte a milizie in tutto simili ai Janjaweed sudanesi e circa 45.000 rifugiati centrafricani. Molti si sono spostati più volte tentando di sfuggire alla violenza. In un torbido gioco di alleanze, i ribelli ciadiani vengono appoggiati da Khartoum e, spesso, operano assieme ai Janjaweed, da entrambe le parti del confine. A sua volta, N'Djamena appoggia i ribelli sudanesi. A pagare il prezzo più alto sono, come sempre, i civili. Le milizie, armate e scatenate dai due governi, sembrano sfuggite di mano ai loro burattinai. Le loro azioni si sono aggiunte ed integrate ai numerosi e pluridecennali conflitti locali a sfondo etnico ma sempre legati al controllo delle risorse, soprattutto terra e acqua. L'11 febbraio scorso il Primo ministro ciadiano, Kassire Koumakoye, ha dichiarato che il suo paese non può accogliere altri rifugiati. «Chiediamo, semplicemente, che vengano portati altrove. Se nessuno lo farà, lo faremo noi» ha aggiunto. Si tratta di dichiarazioni gravi, di fronte ad un flusso che si era accentuato nei giorni precedenti (circa 12.000 rifugiati fra l'8 e il 10 febbraio) a causa di bombardamenti operati da forze governative sudanesi su vari villaggi del Darfur. Khartoum ha intensificato le sue azioni militari in Darfur approfittando, anche, dell'impegno del Jem in Ciad.

L'Eufor Chad/Car sarà dispiegata in tre aree del Ciad e una della Repub-

blica Centrafricana, per proteggere i civili e le operazioni umanitarie. Una forza congiunta messa in piedi dall'Unione africana e dalle Nazioni Unite dovrebbe proteggere i civili e le azioni umanitarie nel Darfur. Il governo sudanese ha osteggiato per anni il dispiegamento dei Caschi blu nel Darfur e guarda con sospetto anche alle truppe dell'Eufor in Ciad.

Molti dei ribelli catturati dalle forze regolari ciadiane, mostrati ai giornalisti, sono poco più che bambini. A detta del ministero degli Interni, molti di loro sono sudanesi. Il presidente Déby, nella sua prima apparizione in pubblico dopo quello che è stato definito un tentato golpe, ha parlato di "mercenari sudanesi". Il ministro dell'Energia e delle Miniere, Abdallah Nassour, ha dichiarato che l'attacco ribelle a N'Djamena è stato «...una dichiarazione di guerra da parte del Sudan». Attorno alla capitale sono state scavate trincee e sono stati abbattuti alberi che potrebbero aiutare eventuali assalitori a nascondersi. È chiaro che il regime si aspetta nuovi attacchi.

I conflitti nel Ciad sono strettamente legati a quelli nel Darfur. Difficile pensare che possano cessare da una parte se continuano dall'altra. Ciononostante, il 13 marzo, in Senegal, il presidente sudanese e quello ciadiano, sotto lo sguardo compiaciuto del presidente senegalese e del segretario generale delle Nazioni Unite, hanno firmato un accordo in base al quale i due governi si impegnano a non dare alcun supporto a movimenti ribelli. Nelle prossime settimane dovrebbe anche costituirsi un Comitato incaricato di denunciare eventuali violazioni. È lecito dubitare dell'efficacia di questo accordo, il se- sto in cinque anni fra i due governi. Solo poche ore prima della firma, il governo ciadiano ha accusato quello sudanese di avere "inviato" colonne di ribelli dal Darfur fino alla città di Ade. Il governo sudanese ha definito queste accuse non solo "infondate" ma, anche, "insensate". Poche ore dopo, un portavoce di ribelli ciadiani ha dichiarato che l'accordo non significa niente visto che i ribelli stessi non sono stati coinvolti.

Per questa volta, e una volta di più, il regime ciadiano è sopravvissuto all'assalto portatogli dalla coalizione dei ribelli, ma la guerra non è finita. In Ciad, in più di 40 anni di indipendenza, non si è mai verificato un passaggio di potere pacifico e legale. Probabilmente non succederà nemmeno con il regime di Idriss Déby.

## Repubblica Democratica del Congo

Un altro accordo di pace nel Nord Kivu



Il 23 gennaio scorso, dopo travagliate e costose trattative, sponsorizzate da Unione africana, Unione europea e Stati Uniti, è stato firmato un accordo di pace fra il governo della Repubblica Democratica del Congo (Rdc), il generale ribelle Laurent Nkunda e una ventina fra gruppi "ribelli" e milizie Mai Mai, tiepidamente alleati al governo e accesa mente avversari a Nkunda. L'accordo (l'ultimo di una serie) è stato firmato a Goma, capitale della Provincia orientale del Nord Kivu, al confine con Uganda e Rwanda.

Qui, da anni, scorazzano gruppi di ex militari ed ex miliziani rwandesi, per lo più di etnia hutu, fuggiti dal loro paese dopo aver partecipato al genocidio del 1994. Molti di loro, forse 6.000, sono raggruppati in una sorta di esercito che si fa chiamare Fdler (*Forces Démocratiques pour la Libération du Rwanda*). Le regioni

del Kivu (Nord e Sud) sono state abitate, per almeno due secoli, da popolazioni hutu e tutsi originarie del Rwanda. Fino al genocidio del 1994, queste hanno convissuto senza particolari problemi. Nel 1994, l'arrivo di centinaia di migliaia di hutu "genocidari" ha rotto gli equilibri ed "esportato" l'odio interetnico più feroce e violento. Anche le due guerre che hanno devastato il paese fra il 1996 e il 2002 sono da ascrivere all'"onda lunga" del genocidio rwandese.

Il generale Nkunda, autonominatosi protettore dei tutsi congolese, accusava il governo di Kinshasa di sostenere, anche militarmente, l'Fdler. Il governo lo negava. La guerra nel Nord Kivu, che l'accordo dovrebbe avere chiuso, è stata combattuta dall'esercito governativo contro il "generale" Laurent Nkunda, alla testa di un esercito stimato fra i 6.000 e gli 8.000 uomini. Nkunda combatteva, contemporaneamente, contro l'esercito governativo, contro l'Fdler e contro la congerie di gruppi armati, spesso raggruppati, più o meno arbitrariamente, sotto la denominazione di "Mai Mai" (o Mayi Mayi, secondo una diversa ma comune nomenclatura). Questi si schierano, almeno nominalmente, al fianco dell'esercito governativo. I più conosciuti di questi gruppi sono l'Flnk (*Forces de Libération du Nord Kivu*) e il Preco (*Patriots Résistants du Congo*).

I combattimenti fra governo, gruppi Mai Mai, Fdler e Nkunda hanno fatto decine di migliaia di morti e almeno 500.000 sfollati solo nell'ultimo anno (il numero totale degli sfollati, nel Kivu, si aggira attorno al milione).

Difficile dire se l'accordo porterà veramente alla pace. Alle trattative ha partecipato una ventina di gruppi armati, ma non l'Fdler. Nemmeno il governo rwandese è stato coinvolto. È ovvio che, per il Rwanda, la presenza di un esercito di ex genocidari armati al confine costituisca un problema. Il governo di Kinshasa si è più volte impegnato a disarmare l'Fdler, ma questo non è mai stato fatto. In margine all'accordo firmato a Goma si è detto che verrà dato un *ultimatum* entro il quale l'Fdler dovrà depor-

re le armi. Se l'*ultimatum* non venisse osservato, il governo procederebbe "con la forza". Simili *ultimatum* sono stati proclamati in passato senza risultati. Paradossalmente, potrebbe essere necessaria un'altra guerra per rendere efficace quest'ultimo accordo di pace. Il che significa, ovviamente, che questo "accordo di pace" tale non è. Fra l'altro, esso prevede una amnistia per i ribelli che non si siano macchiati di crimini contro l'umanità.

Immaginiamo che siano in pochi.

In uno sviluppo solo indirettamente legato agli avvenimenti che stiamo descrivendo, il 7 febbraio, un ex comandante ribelle congolese, Mathieu Ngudjolo Chui, è stato estradato all'Aja per comparire di fronte al Tribunale penale internazionale. Su di lui pendono nove capi di accusa: tre per crimini contro l'umanità e sei per crimini di guerra. Ngudjolo era a capo del "*Front National Integrationist*" (Fni) attivo nell'Ituri. Di questo movimento si parlò nel 2002, quando, assieme all'Frpi (*Forces pour la Résistance Patriotique de l'Ituri*) causò la morte di almeno 1.200 civili, nell'arco di 10 giorni, nei pressi dell'ospedale di Nyakunde. E, ancora, nel 2003, quando attaccò il villaggio di Bogoro trucidando almeno 200 civili. Questi massacri avvennero nell'ambito del conflitto etnico fra hema (nilotici, prevalentemente allevatori e pastori) e lendu (bantu, prevalentemente agricoltori). Il conflitto, causato da discordie sul possesso e sullo sfruttamento della terra e dei ricchi giacimenti d'oro dell'Ituri, è vecchio di decenni ma si è riacutizzato e aggravato negli ultimi anni, favorito dal generalizzato clima di violenza e dall'abbondante circolazione di armi da fuoco. Si calcola che, fra il 2000 e il 2003, più di 50.000 persone siano morte e almeno 250.000 siano state costrette a lasciare le loro case nell'ambito di questo "conflitto limitato", uno dei tanti in corso nella Rdc. L'arresto di Ngudjolo fa seguito a quello di altri due "ribelli" congolese: Germain Katanga (comandante dell'Frpi) e Thomas Lubanga. Sicuramente, molti "signorotti della guerra" attivi nel Kivu guardano con preoccupazione a questi sviluppi.

Ma torniamo agli avvenimenti legati all'ultimo accordo di pace firmato nel Kivu. Il governo di Kigali, nonostante lo abbia negato, ha sempre aiutato Nkunda. Se il generale ribelle e i suoi uomini deporranno veramente le armi, approfittando dell'amnistia (parziale) offerta dall'accordo, c'è da aspettarsi la nascita di un nuovo gruppo che combatta l'Fdlr. O che usi questa scusa per l'uso della violenza. Le enormi ricchezze di questa regione (oro, diamanti, coltan, legname) accendono, da sempre, l'avidità di governi, faccendieri, avventurieri e tagliagole assortiti. L'impunità imperante favorisce la nascita di gruppi armati che taglieggiano, saccheggiano, violentano, uccidono.

Truppe della Monuc (*Mission de l'Organisation des Nations Unies au Congo*) dovrebbero occupare 13 zone di osservazione nel Nord Kivu per assicurarsi che l'accordo venga realizzato e rispettato. Non sarà facile. E questo lo si è visto già il 27 e il 28 febbraio, quando si sono avuti aspri combattimenti, nella base militare di Kamina, fra truppe dell'esercito regolare congolese e uomini del "generale" Nkunda.

Questi ultimi, presenti nella base nell'ambito del processo della loro smobilitazione e integrazione nelle file dell'esercito regolare, hanno attaccato un deposito di armi. I combattimenti sono cessati dopo due giorni e il ministro della Difesa ha affermato che l'accordo del 23 gennaio non è in pericolo. Una sorta di ottimismo obbligato.

Ricordiamo che la Monuc è la più ingente forza di pace attualmente dispiegata dalle Nazioni unite, conta circa 17.600 uomini, (4.300 dei quali nel Kivu) e costa circa un miliardo di dollari all'anno.

L'Unione europea ha promesso 150 milioni di dollari per la ricostruzione del Kivu. È difficile essere ottimisti, ma non serve essere pessimisti. Come in molti altri paesi africani, pare che l'unico atteggiamento potenzialmente costruttivo sia il gramsciano "pessimismo della ragione e ottimismo della volontà". Una strada difficile.

## Zimbabwe

**Mugabe, dopo 28 anni di potere, ne vuole altri cinque**



Il 29 marzo prossimo gli elettori zimbabweani saranno chiamati alle urne per elezioni parlamentari e presidenziali. Nei 28 anni di indipendenza, il presidente è stato uno solo: Robert Gabriel Mugabe. Iniziata la sua carriera politica come un coraggioso e rispettato combattente per la libertà, l'ottantaquattrenne presidente ha rapidamente rivelato i suoi tratti dispotici, il suo attaccamento al potere per il potere, la sua determinazione a schiacciare tutto e tutti per restarvi abbarbicato. Negli ultimi anni, pur di non cedere, ha sfoderato cinismo e sfrontatezza senza limiti. Nella sua dissennata campagna di ridistribuzione della terra, tanto necessaria quanto mal gestita, ha ispirato violenze e soprusi, martoriato la legalità e sfasciato l'economia nazionale. È anche riuscito a procurare simpatie ai possidenti terrieri bianchi che, nella maggior parte dei casi, di simpatie non ne meritavano affatto. Grazie alla sua astuzia, alla pochezza dei suoi avversari e a disinvolte manipolazioni, è riuscito a vincere tutte le tornate elettorali.

Considerando la sua presa su tutte le leve del potere (sua e del gruppo di sicofanti che lo sostengono) è molto probabile che vinca anche le prossime elezioni. Il maggior partito di opposizione, l'Mdc (*Movement for Democratic Change*) è ancora diviso in due tronconi, uno guidato dal *leader* storico, Morgan Tsvangirai, l'altro dal suo ex alleato Artur Mutambara. La loro litigiosità li rende politicamente innocui. La vera sfida a Mugabe viene dal cinquanta-settenne Simba Makoni. Il 5 febbraio scorso questi ha dichiarato di volersi

candidare alla presidenza come indipendente. Pochi giorni dopo è stato espulso dal partito al potere, lo Zanu-Pf (*Zimbabwe African National Union-Patriotic Front*). Nel 2002 Makoni fu esautorato dalla carica di ministro delle Finanze per disaccordi con Mugabe. Nonostante rappresenti l'unica vera novità politica degli ultimi anni, per ora, le sue speranze paiono limitate. Potrebbero aumentare se altre figure importanti dello Zanu-Pf uscissero allo scoperto e dichiarassero di sostenerlo. Non è improbabile che succeda. Anche nelle file del partito il malcontento nei confronti di Mugabe e della sua *clique* è sempre più forte. La crisi economica del paese è insostenibile. Con un'inflazione "indovinata" attorno al 100.000/100 all'anno, risulta persino difficile parlare di economia. Molte transazioni commerciali avvengono attraverso lo "scambio" e il mercato nero. Carburante e beni di prima necessità scarseggiano ovunque. L'80% della forza lavoro è disoccupata. Più di tre milioni di zimbabweani hanno lasciato il paese (per lo più verso Sudafrica, Botswana e Inghilterra) in cerca di una vita normale. Il denaro che riescono a mandare a casa è la principale fonte di sostentamento delle loro famiglie. Mugabe ha lanciato la propria campagna elettorale il giorno del suo ottantaquattresimo compleanno, il 22 febbraio scorso. Ha definito Makoni "una prostituta", ha indicato in George Bush e Gordon Brown i colpevoli di tutti i mali del paese e ha fatto appello al patriottismo contro tutte le forme di "neocolonialismo". Secondo lo *Zimbabwe Election Support Network*, un gruppo indipendente, le stazioni di voto nelle città (dove massima è l'opposizione a Mugabe) sono troppo poche. Ogni elettore avrebbe, in media, 22 secondi per espletare tutte le procedure legate al voto. Come nel 2002, succederà che molti elettori delle aree urbane non riusciranno a votare prima della chiusura delle urne. Il 7 marzo è stato annunciato che a nessun osservatore "occidentale" sarà permesso di monitorare le prossime elezioni. Saranno ammessi solamente osservatori africani o di "paesi amici" quali Cina, Cuba, Iran e Venezuela. Si possono dormire sonni tranquilli.

# FOCUS

## Kenya

Avidità e mediocrità politica alla base della peggiore crisi dall'indipendenza ad oggi



«...pertanto, la Commissione dichiara vincitore l'onorevole Mwai Kibaki». Questa la lapidaria dichiarazione con la quale, il 30 dicembre, il presidente della Commissione elettorale del Kenya, Samuel Kivuitu, ha sancito la vittoria del presidente uscente alle elezioni presidenziali del 27 dicembre. Secondo i risultati ufficiali, Kibaki avrebbe ottenuto 4.584.721 voti (il 47% del totale), contro i 4.352.993 (il 44%) del maggior candidato dell'opposizione, Raila Odinga. Al terzo dei candidati più importanti, Kalonzo Musyoka, sono stati attribuiti 879.903 voti. Kibaki ha prestato giuramento in un'affrettata cerimonia di insediamento tenutasi appena un'ora dopo la proclamazione ufficiale dei risultati. Risultati che non hanno convinto nessuno. Non hanno convinto gli osservatori internazionali e, soprattutto, non hanno convinto gli oppositori del settantaseienne presidente. Raila Odinga era accreditato di un vantaggio di circa 500.000 voti fino a poche ore dalla chiusura del conteggio. La rimonta di Kibaki sarebbe stata dovuta ai voti delle aree maggioritariamente abitate dai membri dell'etnia kikuyu, alla quale egli stesso appartiene. Che il fattore etni-

co fosse di grande importanza lo si è sempre saputo. Che Kibaki abbia ottenuto il 98% dei voti kikuyu, tuttavia, sorprende. Sorprende anche che questi voti siano stati conteggiati solamente alla fine, dopo caotiche sospensioni e inspiegabili ritardi.

Sorprende che gli elettori abbiano inferto un colpo mortale al partito del presidente (il Pnu, *Party of National Union*) a vantaggio di quello di Odinga (l'*Orange Democratic Movement*, Odm) per poi attribuire più voti al primo piuttosto che al secondo. Il Pnu ha ottenuto 46 dei 222 seggi del Parlamento, mentre l'Odm ne ha ottenuti 105. Pescando fra possibili alleati, si stima che il Pnu possa contare sul supporto di 87 parlamentari e l'Odm su quello di 110. A confermare la sfiducia nei confronti dell'amministrazione uscente, 20 ministri appartenenti al Pnu, oltre al vicepresidente, hanno perso il loro seggio parlamentare. Il 2 gennaio il ministro degli Esteri inglese, David Milliband, ha affermato «Non sappiamo chi abbia vinto». Nello stesso giorno il portavoce Tom Casey ha affermato che il governo americano, inizialmente congratulatosi con Kibaki, adesso non si congratulava con nessuno a causa di «serie preoccupazioni sulla conta dei voti». In seguito, il ministro Milliband e il segretario di Stato americano Condoleezza Rice hanno diffuso un comunicato congiunto nel quale, oltre all'ovvio invito alla calma, si parlava di «serie irregolarità nella conta dei voti». Lo stesso Kivuitu, presidente della Commissione elettorale, che pure ha proclamato Kibaki «vincitore», intervistato dalla Bbc nei giorni seguenti, ha detto di non essere sicuro dei risultati e di aver fatto la sua

dichiarazione sotto forti pressioni. Così come Kibaki si è affrettato a reinsediarsi sulla poltrona presidenziale, Odinga si è affrettato a respingere come fraudolenti i risultati ufficiali.

### KIBAKI SI COMPORTA COME SE AVESSE VERAMENTE VINTO

Come prevedibile, dopo avere manipolato i risultati elettorali, Kibaki e i suoi accoliti hanno proceduto spediti per la loro strada. Incurante di ogni monito, il «non-eletto» presidente ha nominato una ventina di ministri e il vicepresidente. Alcune delle personalità più discusse e discutibili della vecchia guardia sono entrate, di nuovo, a far parte della compagine governativa. Si va dal corrotto George Saitoti, nominato ministro degli Interni, allo screditato John Michuki (che, nella scorsa legislatura, aveva proposto l'uso di mercenari contro giornalisti troppo scomodi) e altri ancora. Kalonzo Musyoka, già alleato poi avversario di Odinga, giunto terzo alle elezioni presidenziali, è stato nominato vicepresidente. Il nuovo Parlamento (il decimo nella storia del paese) si è riunito per la prima volta, in un'atmosfera comprensibilmente tesa, il 15 gennaio. All'ordine del giorno c'era l'elezione del presidente del Parlamento stesso. Come prevedibile, questa carica, la terza per importanza, dopo presidenza e vicepresidenza della Repubblica, è andata a un membro dell'Odm, Kenneth Marende. Marende ha ottenuto 105 voti contro i 101 del candidato del Pnu di Kibaki. Un margine così risicato suggerisce quanto instabili e difficili saranno gli equilibri di questa nuova legislatura. Che questa votazione abbia avuto

luogo e che i membri dell'Odm non abbiano disertato il parlamento, suggerisce anche che, probabilmente, questa legislatura sopravvivrà.

### **POLITICA, ECONOMIA, USURPAZIONE E TRIBALISMO**

L'ondata di violenza che ha fatto seguito a questa tragica commedia non è nuova e non ha stupito. Nel corso degli anni '90 il Kenya ha visto diverse ondate di violenza "etnica", solitamente legate al possesso della terra, che hanno fatto centinaia di migliaia di morti.

Ha stupito l'entità della violenza post-elettorale: più di 1.500 morti, migliaia di feriti e più di 600.000 sfollati. Molte scene, passate e ripassate sulle maggiori catene televisive internazionali, ne hanno ricordato tante altre simili viste in precedenza: dalla Costa d'Avorio alla Repubblica Democratica del Congo, dal Burundi al genocidio rwandese. Machete branditi nell'aria, saccheggi a tappeto, macabre danze sui cadaveri degli "avversari", i resti di una chiesa bruciata con chi vi aveva cercato rifugio. Non sono mancati nemmeno gli appelli radiofonici alla pulizia etnica. A giudicare dalla maggior parte dei media pare che gli scontri abbiano visto da una parte membri appartenenti al gruppo dei kikuyu e dei loro alleati e dall'altra membri del gruppo luo e dei loro alleati. In realtà, le cose non sono così semplici. Le rivalità "etiche", basate per lo più sul controllo delle risorse, soprattutto la terra, sono molto più variegata e complesse e attraversano gruppi e sottogruppi che sono lungi dal costituire entità compatte.

Dall'indipendenza in poi i kikuyu hanno controllato le più importanti leve del potere politico ed economico. I luo e gli altri gruppi etnici si sentono esclusi e, in questo caso, derubati di una sicura vittoria elettorale.

Inevitabilmente, si è parlato di genocidio e le prime pagine dei giornali di tutto il mondo hanno parlato di "scontri tribali". I circa 37 milioni di keniani sono suddivisi in numerosi gruppi etnici a loro volta suddivisi in *clan* e sotto-*clan*. I gruppi etnici riconosciuti come tali sono una quarantina; di

questi, il più consistente è quello dei kikuyu, che rappresentano circa il 20% della popolazione totale; di seguito vengono i luo (14%), luhya (13%), kalenjin (11%), kamba (11%), kisii (6%), mijikenda (5%), somali (2%), turkana (2%), maasai (1%), mentre altri gruppi minori costituiscono, tutti assieme, circa il 14%. Da tenere presente, come già detto, che molti gruppi, come i kalenjin, costituiscono, in realtà, un agglomerato di numerosi gruppi minori.

### **14 DOLLARI PER UN MORTO E 7 PER UNA CASA INCENDIATA: COSTA POCO LA VITA DI CHI HA POCO**

La componente tribale dei recenti scontri in Kenya (così come in altri paesi africani) è innegabile. Altrettanto innegabile è che i solchi fra comunità diverse sono sempre creati, accentuati, sfruttati, da politicanti e uomini d'affari per il controllo della ricchezza, soprattutto della terra. La storia è sempre questa, dal Burundi al Rwanda, dalla Costa d'Avorio alla Repubblica Democratica del Congo, dalla Nigeria al Kenya. È facile reclutare gli spietati manovali della "violenza tribale" fra le masse di diseredati, disoccupati e analfabeti che popolano i paesi africani. Facile e a buon mercato. Secondo un servizio della Bbc del 14 gennaio, molti dei manovali della violenza prezzolata di quest'ultima crisi keniana avrebbero percepito 14 dollari per ogni persona uccisa e 7 dollari per ogni casa incendiata. Vista l'oggettiva difficoltà di "certificare" il lavoro svolto, può darsi che questa notizia non corrisponda al vero. Ma il fatto che sia stata diffusa da una fonte tanto autorevole è, di per sé, significativo. Conferma il fatto che i massacri sono stati orchestrati e dà un'idea dell'abisso in cui si è precipitati.

### **MANCA UNA LEADERSHIP DEGNA DI QUESTO NOME**

L'esempio del Sudafrica dimostra che una *leadership* illuminata e intelligente può evitare le peggiori derive "tribali" anche nelle situazioni più spinose. L'esempio della Tanzania dimostra che una *leadership* illuminata e intelli-

gente può tenere alla larga gli spettri del "tribalismo" anche in un paese fra i più poveri del mondo e frammentato in più di 130 gruppi etnici.

Una *leadership* politica degna di questo nome manca in Kenya. Kibaki e Odinga si sono scambiati accuse di genocidio, facendo pericolosamente crescere la tensione. Il discusso "presidente" ha invitato l'opposizione a un incontro il 3 di gennaio, ma Odinga ha risposto che non intendeva parlare con un "ladro". La cosa più triste, qui come altrove, è che non si tratta di una lotta fra onesti e disonesti. Si tratta di una lotta fra chi ha avuto maggiori occasioni e mezzi per delinquere (e ne ha approfittato) e chi ne ha avuti meno. Vari rapporti hanno parlato di irregolarità a favore di Odinga nella sua provincia natale, Nyanza, e in altre parti del paese. Senza brogli, Odinga avrebbe vinto questo scrutinio. Non la vittoria del migliore, ma quella del "meno peggio".

### **I MUNGIKI E IL PRESIDENTE**

Per le strade di Nairobi e di altre città del paese si sono trovati cadaveri decapitati e smembrati. Il macabro biglietto da visita dei *mungiki* ("moltitudine" in kikuyu), una setta messa fuori legge nel 2002, che si credeva debellata da alcuni mesi. Si tratta di una setta che si autoproclama protettrice dei kikuyu e che esercita violenze e ricatti da quasi due decenni. Negli ultimi mesi del 2007 la polizia aveva scatenato una lotta senza quartiere contro di essa. Varie organizzazioni per la difesa dei diritti umani avevano accusato la polizia di avere ucciso almeno 500 persone in esecuzioni extragiudiziarie. Sembrava che la setta fosse stata debellata ma le violenze post-elettorali, e politici senza scrupoli, le hanno fornito nuova linfa vitale. Secondo quanto dichiarato dalla Bbc il 5 marzo, ci sarebbero prove di una criminale connivenza fra i *mungiki* e lo stesso governo. Membri della setta sarebbero stati segretamente ricevuti dallo stesso presidente Kibaki e dai suoi collaboratori. Il motivo: incriminare la setta di "proteggere" i kikuyu nella Rift Valley. Ed è nella Rift Valley che la violenza è stata particolarmente intensa: prima contro i kikuyu poi, per

“vendetta”, contro gli altri gruppi. Ovviamente, il governo ha smentito le rivelazioni della Bbc. Ma molte testimonianze le confermano. E, tristemente, si tratta di rivelazioni che non stupiscono.

### SETTE, DIVISIONI E VIOLENZE

La ricomparsa dei Mungiki è stata accompagnata dalla ricomparsa di altre sette ugualmente votate alla violenza per lo più su base etnica. A Kibera, la baraccopoli più grande di Nairobi, operano i “Baghdad Boys” (prevalentemente luo) e i “Kosovo” (prevalentemente luo e luhya).

Nei sobborghi di Mathare, Huruma, Baba Dogo, Kriobangi Nord e Sud operano i “talebani” (prevalentemente luo).

Numerosi gruppi armati sono attivi anche in aree rurali. Importante è la “Sabaot Land Defence Force” (Sldf) che taglia le popolazioni del distretto occidentale del Monte Elgon. I sabaot sono uno dei numerosi sottogruppi dei kalenjin e si dividono, a loro volta, nei sottogruppi dei soy e degli ndorobo. L’Sldf è attiva da tempo, ma l’attuale clima di violenza e impunità, e la complicità di politici e uomini d’affari, ne ha rinforzato la “vocazione”. Come il nome del gruppo suggerisce, anche qui, come altrove, è il possesso delle terre il vero e annoso nocciolo della questione.

La situazione è divenuta talmente grave che, agli inizi di marzo, dopo ulteriori uccisioni di civili inermi, il governo ha inviato l’esercito a combattere contro l’Sldf. L’esercito è arrivato nella zona con camion, elicotteri ed artiglieria pesante. Mentre scriviamo, sono in corso violenti combattimenti denunciati dai parlamentari della zona e ignorati dalla stampa internazionale.

Nella Rift Valley esistono numerose bande di giovani appartenenti all’uno o all’altro dei vari gruppi che compongono i kalenjin. Tutti questi gruppi hanno un complicato rituale di iniziazione giovanile e i giovani che passano assieme attraverso tali riti conservano forti legami. La crisi in corso ha fornito a questi gruppi l’opportunità di trasformarsi in bande armate. Si va dal “Group 41” al più

convenzionale “People’s Liberation Army”. Questi sarebbero i maggiori responsabili della violenza verificatasi nella Rift Valley, attorno alla città di Eldoret. Pare che il numero “41” si riferisca ai gruppi etnici presenti in Kenya e non appartenenti alle comunità kikuyu.

Nei distretti occidentali della Provincia di Nyanza, la cui popolazione appartiene, in prevalenza, a gruppi luo, è particolarmente attivo il gruppo “Chinkororo”, milizia appartenente alla comunità degli abagusi, parte dei kisii. È stato posto fuori legge alla fine degli anni ’90. Tradizionalmente, “difendeva” la comunità dai furti di bestiame. Nelle ultime settimane ha intrapreso azioni violente contro gruppi kalenjin. Potremmo continuare con l’elenco, ma quanto precede dovrebbe bastare a dare l’idea di quanto complessa sia la situazione e quanto radicate siano le discordie esistenti.

### LA QUESTIONE DELLA TERRA

La crisi attuale, anche se innescata dalla truffa elettorale di Kibaki, affonda le sue radici in un passato più lontano. Sono apparse e riapparso sette, bande e gruppi armati alcuni dei quali sembravano debellati, mentre altri erano “dormienti”. Gladwell Othieno, osservatrice politica keniana, intervistata dalla Bbc il 14 gennaio, ha ben riassunto la questione: «[Questa crisi] è dovuta al problema della terra, delle risorse, dell’appartenenza etnica e a tanti altri problemi che i governi succedutisi finora non hanno mai affrontato».

I kalenjin della Rift Valley, specialmente, ma non solo, quelli appartenenti ai gruppi nandi e kipsigis, hanno rancori vecchi e radicati nei confronti dei kikuyu. Subito dopo l’indipendenza, questi ricevettero dal governo (guidato dal kikuyu Jomo Kenyatta) vasti appezzamenti di terra, appunto, nella Rift Valley. A decine di migliaia, i kikuyu si installarono nelle aree che, in precedenza, erano state occupate dai coloni inglesi. Da allora sono sempre stati visti come usurpatori e ladri di terre: i perpetratori di una “seconda oppressione”, dopo quella coloniale. Il primo presidente del paese, Kenyatta, scelse

come vicepresidente Daniel arap Moi, un kalenjin del gruppo dei tugen, nel tentativo di attenuare i rancori dei kalenjin. Non pare che il tentativo abbia avuto successo. Negli ultimi anni della sua presidenza, Moi permise che molte delle milizie kalenjin ottenessero e detenessero armi moderne per contrastare i ladri di bestiame del gruppo dei pokot.

Ci si trova di fronte a una complicata ragnatela di violenza vecchia di decenni fomentata e sfruttata da parlamentari, uomini politici e affaristi. Sembra che anche numerosi podisti keniani originari della Rift Valley, protagonisti di leggendarie imprese sportive, siano implicati nelle violenze. Il fine, per tutti, sarebbe quello di costringere i kikuyu ad andarsene per impossessarsi delle terre e delle fattorie che occupano da decenni. La crisi attuale è l’ultimo atto di una tragedia in atto da tempo, anche se trascurata dai media internazionali (e, spesso, anche da quelli nazionali).

### LE CONSEGUENZE ECONOMICHE DELLA CRISI

Il Kenya è la potenza economica dell’Africa Orientale, anche se questa sua reputazione è, spesso, esagerata. Le esportazioni kenyote contribuiscono alla formazione del Pil per circa il 24,5%, contro la media dell’Africa subsahariana del 40%; il debito estero ammonta al 16,19% del Pil, contro una media regionale dell’11%; l’inflazione è al 12% contro la media regionale del 7,5%. Secondo un recente rapporto dell’Unctad (*United Nations Conference on Trade and Development*), fra il 2004 e il 2006 gli investimenti stranieri in Kenya sono stati pari a 118 milioni di dollari, contro i 786 milioni dell’Uganda e gli 11.670 della Tanzania. Dopo questa crisi, gli investitori stranieri diventeranno ancor più cauti che in passato. In gennaio, la Banca mondiale ha previsto una crescita del Prodotto interno lordo (Pil) keniano, per il 2008, pari al 5,3% che dovrebbe scendere al 5,1% nel 2009 (è stata del 6,3% nel 2007). I recenti avvenimenti imporranno sicuramente di rivedere al ribasso queste previsioni. I paesi vicini senza sbocco al mare, Burundi, Uganda, Rwanda e, anche,

le regioni orientali della Repubblica democratica del Congo e il Sud Sudan, dipendono dai porti kenyani per l'approvvigionamento di numerosi prodotti, soprattutto carburante. Inevitabilmente, la crisi kenyana ha avuto pesanti ripercussioni in questi paesi. Il Rwanda ha razionato la vendita di benzina e gasolio; in Uganda il prezzo del mais e di altri prodotti è salito del 30% per una improvvisa caduta dell'offerta dovuta a problemi di trasporto. Il Burundi ha conosciuto problemi simili. Tutti e tre i paesi hanno iniziato trattative con la Tanzania per utilizzare i suoi porti in alternativa a quelli kenyani. A metà gennaio il porto di Mombasa, con una capacità di circa 14.500 *containers* da 20 tonnellate, era sommerso da più di 18.000 *containers*. Molte navi da carico, bloccate al largo, hanno deciso di dirigersi verso il porto di Dar es Salaam. Il direttore del Kenya *Tourism Board* prevede che l'industria del turismo (le cui entrate hanno toccato il *record* di un miliardo di dollari l'anno scorso) perderà almeno 84 milioni di dollari al mese nei primi tre mesi del 2008.

### LE CONSEGUENZE UMANITARIE DELLA CRISI

Oltre ai circa 1.500 morti e ai circa 600.000 sfollati kenyani, la crisi ha avuto ripercussioni importanti anche sulle crisi umanitarie dei paesi vicini. Nairobi è la base di molte organizzazioni che lavorano in Somalia e Sudan. Per il porto di Mombasa transitano aiuti alimentari destinati a Burundi, Nord Uganda, Rwanda, Sud Sudan e all'est della Repubblica Democratica del Congo. Circa sette milioni di persone dipendono, in misura variabile, da questi aiuti alimentari. Per avere un'idea delle conseguenze della crisi, si pensi che, agli inizi di marzo, in uno dei depositi di cibo situati nella capitale ugandese, Kampala, il numero medio giornaliero dei camion in transito è sceso da 35 a 10.

### I DIFFICILI TENTATIVI DELLA DIPLOMAZIA INTERNAZIONALE

Il 4 gennaio è giunto a Nairobi Desmond Tutu, ex arcivescovo anglicano

di Cape Town e Premio Nobel per la pace. Ha incontrato sia Odinga sia Kibaki, ma non ha ottenuto risultati di sorta. Poi, l'Unione africana ha inviato John Kufuor, presidente del Ghana, allora a capo dell'organizzazione (è poi stato sostituito da Jakaya Kikwete, presidente della Tanzania). Nonostante la sua autorevolezza, e come ci si aspettava, Kufuor ha lasciato il paese senza aver conseguito alcun risultato. Il 18 febbraio è stata la volta di Condoleezza Rice, segretario di Stato Usa. La Rice ha esortato i rivali kenyani a condividere il potere per mettere fine alla crisi, affermando che il prolungarsi di questa potrebbe compromettere le buone relazioni fra Kenya e Stati Uniti. È stata aspramente ripresa dal ministro degli Esteri, Moses Weng'ema, secondo il quale «...il sostegno degli amici è benvenuto ma le imposizioni no, visto che non siamo più in epoca coloniale».

Dopo Kufuor, un altro famoso ghaniano, Kofi Annan, ha dapprima rimandato una missione di mediazione per conto delle Nazioni unite, ufficialmente per un attacco di influenza. In seguito, è giunto nel paese ed ha iniziato un lavoro lungo, difficile ed estenuante per mediare l'uscita dalla crisi.

### L'ACCORDO

Dopo giorni di una calma molto tesa, settimane di laboriose trattative, timide concessioni, affermazioni e smentite, tenui progressi e frustranti retroscena, il 28 febbraio Mwai Kibaki e Raila Odinga hanno firmato un accordo per la spartizione del potere. Il punto chiave è la creazione del posto di Primo ministro, con poteri apparentemente ampi, che andrà a Raila Odinga. Già nel 2002, gli accordi pre-elettorali fra Kibaki ed Odinga prevedevano un posto di Primo ministro per quest'ultimo. Kibaki si rimangiò la promessa e questo fu uno dei motivi che spinsero Odinga a uscire dall'alleanza. Questa volta Kibaki non potrà tirarsi indietro. L'accordo del 28 febbraio, con il nome di "*National Accord and Reconciliation Act*", verrà inserito nella Costituzione. Esso prevede che il Primo ministro sia un parlamentare eletto e membro del parti-

to, o della coalizione, maggioritaria in Parlamento. Ci saranno anche due vice primo ministro. Solo un voto maggioritario del Parlamento potrà sfiduciarli. Verrà formato un governo di coalizione che rispecchi i rapporti di forza in Parlamento. Non è chiaro se si terranno nuove elezioni presidenziali prima del termine previsto o se Kibaki resterà in carica per altri cinque anni. Secondo Kofi Annan, la Coalizione dovrebbe restare al potere due anni, poi essere ridiscussa. Odinga ha parlato di nuove elezioni fra due anni. Ma niente è ancora stato definito. Non è chiaro nemmeno che cosa ne sarà di alcuni nodi politicamente molto sensibili quali, per esempio, quello del federalismo, voluto da Odinga ma non da Kibaki, e quello di una equa riforma agraria, nodo cruciale per la normalizzazione della convivenza civile in Kenya. La lotta alla corruzione, probabilmente, dormirà sonni tranquilli, visto che in entrambi gli schieramenti si ritrovano loschi ma influenti figure implicati in diversi scandali.

Ancora non è chiaro quanto potere avrà il Primo ministro. Il campo di Odinga lo vorrebbe pari a quello del presidente. Il campo di Kibaki lo vede come la terza carica del paese, dopo presidente e vicepresidente. L'Odm vorrebbe una redistribuzione dei posti ministeriali e, in particolare, vorrebbe i ministeri chiave delle finanze, degli interni e della giustizia. Si parla di un governo che, per accontentare tutti, dovrà contare almeno 38 ministri. Un carico finanziario non piccolo per un paese la cui economia è stata pesantemente colpita dalla crisi politica non ancora completamente risolta.

Sono significative le parole che hanno chiuso un editoriale apparso, il 29 febbraio, sul *Daily Nation*, uno dei maggiori quotidiani kenyani: «La violenza *post* elettorale che ha rischiato di far precipitare il Kenya nel baratro, suggerisce che, probabilmente, abbiamo vissuto in un falso paradiso [...] ... non possiamo più nascondere sotto il tappeto i pressanti problemi nazionali».

Dopo due mesi di violenza e disordine, 1.500 morti e 600.000 sfollati, un'economia malconca, problemi

sociali aggravati, tensioni enormemente acute, il paese potrà, forse, imboccare la strada di un ritorno alla normalità. Non sarà facile. Kibaki e Odinga, dopo essersi vicendevolmente lanciati accuse pesantissime, si sono scambiati sorrisi e strette di mano di fronte ai media e alla diplomazia internazionale. Occorrerà ben altro per superare la più grave crisi che il paese abbia conosciuto dall'in-

dipendenza ad oggi. Una crisi che ha portato alla ribalta nazionale e internazionale problemi vecchi di decenni. Occorreranno, soprattutto, volontà politica, onestà e genuino interesse per il destino del paese. Niente di tutto ciò sembra abbondare nella classe politica kenyana. Una classe di privilegiati. Ricordiamo che i parlamentari percepiscono uno stipendio mensile di 14.000 dollari,

contro lo stipendio medio di 80 dollari di quei fortunati che hanno un lavoro. Alla cerimonia che ha sancito l'accordo, il 28 febbraio, Annan ha affermato che «il compito della riconciliazione e della ricostruzione nazionale non spetta unicamente ai *leader*. Deve essere svolto in ogni quartiere, villaggio e comunità». L'ex segretario generale delle Nazioni unite ha sicuramente ragione.

# I NUMERI DELLA SALUTE

Indicatori demografici, epidemiologici  
e di sistema sanitario di paesi selezionati.  
Anno di riferimento 2004

Fonte: OMS (World Health Statistics 2007)

	Pop (000)	Reddito pro capite US\$ cambio corrente	Speranza di vita alla nascita		Mortalità bambini < 5 a. per 1000 nati vivi	Mortalità materna per 100.000 nascite	Prevalenza casi di TB per 100.000 ab.	Spesa sanitaria totale come % Pil	Spesa sanitaria pubblica come % della spesa sanitaria totale	Spesa sanitaria pubblica come % spesa pubblica totale	Spesa sanitaria totale pro capite US\$ cambio corrente	Spesa sanitaria pubblica pro capite US\$ cambio corrente
			M	F								
Etiopia	77.431	160	50	53	164	850	546	5,3	51,5	9,4	6	3
Mozambico	19.792	310	46	45	145	1.000	579	4	68,4	9,1	12	8
Nigeria	131.530	560	47	48	194	800	536	4,6	30,4	3,5	23	7
Senegal	11.658	710	54	57	136	690	466	5,8	40,3	9,8	39	16
Sierra Leone	5.525	220	37	40	282	905	905	3,3	59	9,8	7	4
Uganda	28.816	280	48	51	136	880	559	7,6	32,7	10	19	6
Bangladesh	141.822	470	62	63	73	406	406	3,1	28,1	5,9	14	4
Cambogia	14.031	380	51	57	143	450	703	6,7	25,8	11,4	24	6
Haiti	8.528	450	53	56	120	680	405	7,6	38,5	23,9	33	13
Cuba	11.269	3.506	75	79	7	33	11	6,3	87,8	11,2	230	202
Sri Lanka	20.743	1.160	68	75	14	92	80	4,3	45,6	8,4	43	19
Brasile	186.405	3.460	68	75	33	260	76	8,8	54,1	14,2	290	157
Cina	1.323.345	1.740	71	74	27	56	208	4,7	38	10,1	70	27
India	1.103.371	720	62	64	74	540	299	5	17,3	2,9	31	5
Messico	107.029	7.310	72	77	27	83	27	6,5	46,4	12,9	424	197
Armenia	3.016	1.470	65	72	29	55	79	5,4	26,2	6,8	63	17

	Pop (000)	Reddito pro capite US\$ cambio corrente	Speranza di vita alla nascita		Mortalità bambini < 5 a. per 1000 nati vivi	Mortalità materna per 100.000 nascite	Prevalenza casi di TB per 100.000 ab.	Spesa sanitaria totale come % Pil	Spesa sanitaria pubblica come % della spesa sanitaria totale	Spesa sanitaria pubblica come % spesa pubblica totale	Spesa sanitaria totale pro capite US\$ cambio corrente	Spesa sanitaria pubblica pro capite US\$ cambio corrente
			M	F								
Kazakhstan	14.825	2.930	58	69	31	210	155	3,8	59,8	10,2	109	65
Moldova	4.206	880	65	72	16	36	149	7,4	56,8	12,1	46	26
Russia	143.202	4.460	59	72	14	65	150	6	61,3	9,8	245	150
Polonia	38.530	7.710	71	79	8	10	29	6,2	68,6	10	411	282
Rep. Ceca	10.220	10.710	73	79	4	9	11	7,3	89,2	14,6	771	687
Ungheria	10.098	10.030	69	77	8	11	25	7,9	71,6	11,6	800	573
USA	298.213	43.740	75	80	8	14	3	15,4	44,7	18,9	6.096	2.725
Francia	60.496	34.810	77	84	5	17	13	10,5	78,4	15,4	3.464	2.715
Germania	82.689	34.580	76	82	5	9	6	10,6	76,9	17,3	3.521	2.709
Giappone	128.085	38.980	79	86	4	10	38	7,8	81,3	17,2	2.823	2.295
Olanda	16.299	36.620	77	81	5	16	5	9,2	62,4	12,4	3.442	2.146
Svizzera	7.252	54.930	79	84	5	7	6	11,5	58,5	18,6	5.572	3.261
Canada	32.268	32.600	78	83	6	5	4	9,8	69,8	17,1	3.038	2.121
Gran Bretagna	56.668	37.600	77	81	6	11	11	8,1	86,3	15,1	2.900	2.502
Italia	58.093	30.010	78	84	5	5	5	8,7	75,1	13,7	2.580	1.936
Spagna	43.064	25.360	77	84	5	5	22	8,1	70,9	14,7	1.971	1.397
Svezia	9.041	41.060	79	83	4	8	5	9,1	84,9	13,6	3.532	3.000

# RASSEGNA

## Lezione magistrale Corsi, ricorsi e prospettive della sanità pubblica

Giovanni Berlinguer\*

L'inaugurazione di una nuova sede ampia e funzionale del ministero della Salute coincide felicemente con i primi 30 anni di vita, di impegni, di difficoltà e di ampi successi del Servizio sanitario nazionale. Può essere quindi un'opportunità per riflettere sulle sue origini dirette, sugli antecedenti storici, sui corsi e ricorsi della sanità pubblica e sulle sue prospettive future.

Credo che la spinta iniziale, per l'Italia, sia intervenuta fin dal 1° gennaio 1948, l'anno della Costituzione. L'affermazione dell'articolo 32 che «La Repubblica tutela la salute come diritto fondamentale e dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti» contiene anche un'espressione d'epoca, segnata ancora dalla compassione, ma è stata fortemente anticipatrice e lungimirante. Non è un caso che l'articolo sia collocato nel Titolo II (diritti etico-sociali), anziché nel Titolo III (diritti economici); che questo sia l'unico punto della Costituzione che parla non dei diritti del cittadino ma degli individui, in quanto persone comunque esistenti; e che l'impegno verso la salute delle persone sia considerato come un primario interesse della collettività.

Negli anni immediatamente successivi, come è accaduto per altre impegnative disposizioni di principio della Costituzione, l'articolo 32 «ha conosciuto una fase di sonno letargico», dovuta anche all'espansione selettiva e disordinata delle mutue, che era «basata su una filosofia assicurativa-corporativa che tanta responsabilità ha avuto nell'arresto»<sup>1</sup> del riconosci-

mento del diritto universale alla salute. Dovevano poi trascorrere quasi due decenni, prima che ci fosse un risveglio: e questo fu clamoroso, perché dovuto a molteplici fattori, indipendenti o associati.

**I** Sul piano politico la creazione delle regioni, che cominciarono a impegnarsi nella sanità pubblica, e il succedersi di governi aperti a molteplici riforme. Sul piano parlamentare la presentazione delle prime proposte di legge, già nel 1965 (sen. Antonino Maccarrone), per la creazione del Servizio sanitario nazionale. Sul piano sociale l'esplosione, negli anni 1968-1970 e successivi, di ampie lotte sindacali per la sicurezza del lavoro, basate sul rifiuto di monetizzare il rischio, sullo slogan «la salute non si vende» e sul diritto dei lavoratori all'integrità fisica e morale. Sul piano medico si presentò l'esigenza di affrontare due problemi irrisolti, e spesso celati: la condizione dei malati di mente e i temi della procreazione.

Già alla metà degli anni '60 si erano palesate, attraverso numerose indagini, le condizioni di abbandono, di reclusione e a volte di tortura, che erano presenti nel regime manicomiale e che erano emblematicamente riassunte dal timbro, che accompagnava solitamente la cartella clinica dei degenti: «Pericoloso a sé e agli altri». Numerosi psichiatri, fra i quali emerse Franco Basaglia, e alcune amministrazioni provinciali (che gestivano allora i manicomi) cominciarono a introdurre di fatto innovazioni e a chiedere mutamenti profon-

di, fino a proporre un *referendum* popolare per abrogare le leggi esistenti. Sui temi della procreazione, il primo cambiamento normativo fu la sentenza della Corte Costituzionale che nel 1971 cancellò l'articolo 553 del Codice penale Rocco (1930), il quale puniva «chiunque pubblicamente incita a pratiche contro la procreazione o fa propaganda a favore di esse». Esso era inserito nel Titolo X, relativo ai reati «contro l'integrità della stirpe». Negli stessi anni vennero avanzate da più parti, di fronte ai danni e ai numerosi decessi provocati dagli aborti clandestini, crescenti richieste di depenalizzare o regolare la possibilità di abortire. Furono così presentate diverse proposte di legge: la prima dall'on. Fortuna (PSI) nel 1973, e poco dopo da quasi tutti i partiti.

Questi problemi (e altri), attinenti alla sanità pubblica, furono oggetto per molti anni di discussioni vivaci, controverse ma lente, nel Parlamento e nel paese. Poi nell'anno 1978, quasi contemporaneamente, furono approvate tre leggi riguardanti la sanità pubblica: la creazione del Servizio sanitario nazionale, la riforma delle regole sulla psichiatria (che fu incorporata nel S.s.n.) e le norme che consentono l'aborto, a certe condizioni. Credo che ciò non sia dovuto al caso, bensì a un decennio ricco di proposte, di convergenze, di movimenti; a una temperie politica più aperta al dialogo e alle riforme; a un vasto consenso dei cittadini e anche dei medici; all'apertura di nuove strade per la sanità pubblica. Devo però sottolineare due fatti: uno, molto positivo, è che la legge n. 833 fu appro-

\* Giovanni Berlinguer è professore emerito della Facoltà di scienze, Università La Sapienza, Roma. Parlamentare europeo dal 2004 (eletto nella lista «Uniti nell'Ulivo»), è membro della Commissione Ambiente, sanità e protezione dei consumatori e della Commissione Cultura e istruzione. Dal 2005 è membro della Commissione sui Determinanti sociali dell'Organizzazione mondiale della sanità.

vata nelle due Camere con amplissimo consenso, dai partiti governativi e dall'opposizione; l'altro, un po' inquietante, è che poco dopo il voto ci fu un rimpasto nel governo, e il ministero della Salute fu affidato (anche in tempi successivi) al partito liberale, che era stato l'unico gruppo del parlamento a votare contro. Un maligno scrisse: «Hanno affidato il foraggio in custodia ai topi».

## II

Ho cercato finora di enucleare alcune fasi alterne (corsi e ricorsi) del primo trentennio successivo all'articolo 32, che hanno visto alti e bassi ma hanno portato, soprattutto, novità rilevanti come l'accesso universale ai servizi e come le valutazioni positive dell'Organizzazione mondiale della sanità<sup>2</sup>. Poiché sono di fronte a un pubblico di dirigenti, amministratori, medici, funzionari ed esperti, dai quali ho molto da apprendere sulle esperienze vissute dopo il 1978, vorrei ora compiere qualche passo all'indietro, verso le origini della sanità pubblica moderna e i suoi rapporti con la politica utilizzando brevi *flash* sul passato; per ragionare poi, nell'ultima parte, sulle sfide, sui rischi e sugli impegni del futuro.

La sanità pubblica, intesa come "azioni collettive in relazione alla salute delle popolazioni" ha avuto antiche radici nella Roma repubblicana e imperiale (acqua potabile, fognature, bagni e terme, esercizio fisico, etc.), che sono state poi offuscate da un lungo abbandono. L'interesse pubblico si risvegliò, insieme alla paura, nel 1346-47, in seguito alle epidemie di peste, contro le quali le istituzioni crearono quarantene e lazzaretti. Nei secoli successivi si avviarono misure in favore dell'infanzia abbandonata, disinfezioni dei luoghi pubblici, allontanamento dei cimiteri, istituzione degli "ufficiali sanitari" e di servizi pubblici di salute in molti Comuni. Nell'anno 1700, per merito dell'opera di Bernardino Ramazzini si conobbero (e si cominciarono ad affrontare) le gravi e diffuse patologie del lavoro.

Nel 1793, in Francia, il *Comité de Salubrité* propose e ottenne, dalla Convenzione Nazionale, che si ag-

giungesse alla sfera dei diritti umani proclamati dalla Rivoluzione il diritto alla salute, e che lo Stato ne assumesse la guida e la responsabilità<sup>3</sup>. Dopo le guerre napoleoniche Louis René Villermé, già medico militare dell'Armata, si dedicò alla diagnosi sociale delle malattie e realizzò a Parigi (1826) un'indagine differenziale sul quoziente di mortalità. Egli trovò che nell'area povera di Rue de la Mortellerie si aveva un indice di 30,6 per 1.000, e nella più ricca vicina Ile-Saint-Louis un indice di 19,1: uno dei primi riscontri numerici, credo, delle disuguaglianze in salute.

Alla metà del XIX secolo, Edwin Chadwick presentò il primo rapporto *On the sanitary conditions of the Labouring Population in Great Britain* e stimolò la creazione dei servizi di igiene pubblica<sup>4</sup>; e il governo prussiano, nel 1848, inviò Rudolf Virchow in Slesia per combattere un'epidemia di tifo nella popolazione polacca. Egli constatò subito che la vera causa del male era dovuta alle pessime condizioni di igiene e di povertà, e alla presenza di uno stato autoritario e repressivo. Lo scienziato espresse l'esigenza di una "epidemia sociologica", suggerì come ricetta preventiva «l'istruzione accompagnata dalle sue figlie: la libertà e la prosperità», e formulò infine una chiara prospettiva per il rapporto tra medicina e politica: «Se la medicina vuole raggiungere pienamente i propri fini, essa deve entrare nell'ampia vita politica del suo tempo, e deve indicare tutti gli ostacoli che impediscono il normale completamento del ciclo vitale».

I decenni successivi furono cruciali, nel bene e nel male. Gli sconvolgimenti della rivoluzione industriale, che è stata una pietra miliare del progresso umano, ebbero all'inizio un effetto devastante a causa dell'esodo dalle campagne verso città insospite e invivibili, dell'eccesso di ore lavorative, della carenza di cibo, dello sfruttamento delle donne e dei bambini. Solo verso la fine dell'Ottocento le inchieste governative e le ispezioni, l'aggregazione e le lotte dei lavoratori e l'avvio del risanamento urbano poterono stimolare un maggiore benessere. A questo si era aggiunto a parti-

re dall'anno 1870, soprattutto per merito di Louis Pasteur e di Robert Koch, «l'arrivo della batteriologia, che mise per la prima volta a disposizione dei responsabili della sanità pubblica un insieme di fatti, stabiliti scientificamente e riconosciuti universalmente, sulle malattie infettive e la loro trasmissione». Ciò permise «un'unificazione dei luoghi e delle pratiche tra ricerca scientifica, attività medica, struttura politica e sociale».

Fino ad allora le misure di chiusura delle frontiere adottate dagli Stati in caso di epidemie erano servite, più che altro (anche perché spesso venivano violate, in nome della libertà dei commerci!), a creare un falso senso di sicurezza nella popolazione. Con la batteriologia e con le vaccinazioni «l'attenzione si spostò dalla difesa del territorio a quella dell'organismo individuale, e alla metafora militare (il territorio) si sostituì, come fine e come condizione, una politica di sanità pubblica»<sup>5</sup>. Questa politica assunse, tra la fine del XIX e l'inizio del XX secolo, un respiro internazionale che ebbe come preludio, nel 1902, l'*Ufficio Sanitario Panamericano* (ora Paho), creato a Washington. Esso fu seguito dalla convocazione di dodici Stati europei, nel 1907, con lo scopo di creare un *Office International d'Hygiene Publique*, che fu pomposamente presentato come "incontro della scienza e della diplomazia"<sup>6</sup>. Esso si tenne a Roma e fu presieduto da Camille Barrère, ambasciatore di Francia, il quale sottolineò subito che gli scopi principali erano quelli di «difendere dalle epidemie i paesi civilizzati, affermare la dottrina del liberalismo nelle regole sanitarie, creare il massimo di protezione della salute pubblica col minimo di intralci per le relazioni commerciali e la libera circolazione».

Quando poi nacque, dopo la guerra 1914/18, la Società delle Nazioni, che aveva anche tra i suoi fini «le misure d'ordine internazionale per prevenire e combattere le malattie», fu creata una propria organizzazione di igiene, che ebbe la collaborazione attiva di eminenti personalità scientifiche. Nel 1920, infine, la Croce rossa internazionale ne aggiunse un'altra analo-

ga. Fra le due guerre ci furono quindi tre istituzioni a volte utili, ma deboli, con personale ridotto, subalterne ad altre amministrazioni e prive di un potere di intervento diretto e universale. Quando finalmente nacque l'Organizzazione delle Nazioni Unite, con le sue agenzie specializzate, fu creata a fianco l'Organizzazione mondiale della sanità, che per la prima volta nella storia ebbe come obiettivo un'azione per la salute, espansa e integrata a livello mondiale. Fu per queste ragioni che, nelle discussioni preliminari, si decise nel titolo di usare per l'Oms, a differenza delle altre sigle parallele, la parola *mondiale*, sottolineando che «non deve essere un campo inter-nazionale da regolare mediante convenzioni o accordi diplomatici tra paesi, ma promuovere un diritto fondamentale di ogni individuo e di ogni paese del mondo»<sup>7</sup>.

### III

L'Oms ricevette, oltre che un nome appropriato, anche un'eredità preziosa. Nell'aprile del 1942, in una Londra tormentata dai bombardamenti, per decisione del governo inglese William Henry Beveridge aveva presentato la proposta di creare un Servizio sanitario nazionale, basato sul diritto alla salute e aperto a tutti i cittadini, indipendentemente da classi, generi e istruzione, che fu il primo esempio in Europa e si accompagnò alla creazione del *Welfare State*. Dopo la fine della guerra, nel 1946, fu approvata la nuova legge sanitaria (*National Health Act*), che divenne operativa il 5 luglio 1948 e che aprì gradualmente la strada a provvedimenti simili, in diversi paesi europei. L'Oms suscitò fin dall'inizio vasti consensi, trovò una legittimità nel concorrere alla ricostruzione dei sistemi sanitari colpiti dalla guerra, e aiutò i paesi che venivano liberandosi dal colonialismo a lottare contro le epidemie. Nel 1953, dopo il canadese Chilshom, fu nominato direttore il brasiliano Marcolino Candau, che nel 1955 diede grande impulso alla campagna di eradicazione della malaria: una meta ambiziosa «che era stata concepita e promossa nel contesto di grande entusiasmo e ottimismo di fronte alla ca-

pacità del Ddt di essere cosparsa uccidendo le zanzare»<sup>8</sup>, un'esperienza che si era dimostrata efficace in varie parti del mondo. Una delle più positive si realizzò in Sardegna, col contributo della *Fondazione Rockefeller*; la ricordo anch'io, perché la vissi nella duplice veste di malarico (come erano o erano stati gran parte dei sardi) e di matricola della facoltà di Medicina.

Purtroppo le speranze si rilevarono premature. Negli anni '60 si constatò nel mondo un risorgere della malattia e si valutò che anche il solo controllo «avrebbe richiesto molte strategie, tra le quali misure per elevare le condizioni sociali, economiche e ambientali dei paesi del *Terzo Mondo*»<sup>9</sup>, come allora si chiamava. Il successo fu invece pieno, clamoroso, e penso irreversibile, nella lotta per l'eradicazione globale del vaiolo: una delle maggiori conquiste della medicina, completata due secoli dopo l'avvio della vaccinazione di Jenner.

Negli anni 1973-79, quando l'Oms fu guidata dal danese Halfdan T. Mahler, valutando i progressi raggiunti in molte parti del mondo fu proposto il programma "Salute per tutti nell'anno 2000" (che risultò ampiamente concluso alla scadenza). Nello stesso periodo Mahler prospettò un modello d'azione basato su due punti: uno, la diffusione nel mondo dell'assistenza primaria alla salute, ampiamente accessibile; l'altro, la rimozione degli ostacoli sociali alla promozione della salute, perché vi contribuiscono quanto le azioni mediche «l'eliminazione della malnutrizione, dell'ignoranza, del lavoro sfruttato, dell'acqua contaminata e delle abitazioni malsane».

Queste idee si diffusero ampiamente, si allargò il consenso, e nel 1978 (un anno cruciale per la sanità pubblica italiana, come abbiamo visto) si tenne la grande Conferenza di Alma Ata (Kazakhstan), con 3.000 partecipanti e 67 organizzazioni internazionali, che rilanciò la proposta. Al tempo stesso, però, il mondo cambiava; appariva più propenso a considerare la salute come fonte di investimenti economici, a criticare la sanità pubblica come ostacolo all'iniziativa privata, a trascurare il valore dei beni comuni, a spostare il quadro di co-

mando dall'Oms verso altre agenzie internazionali: la Banca mondiale, il Fondo monetario internazionale, l'Organizzazione mondiale del commercio.

### IV

Gli orientamenti di Alma Ata si offuscarono gradualmente e furono poi ripresi, in forme aggiornate, verso la fine del Novecento. Non posso soffermarmi a commentare le profonde modifiche nei servizi sanitari che hanno caratterizzato gli ultimi decenni, e che hanno accompagnato uno straordinario sviluppo delle conoscenze mediche, delle possibilità di prevenzione e di cura, degli impegni delle nazioni.

Nell'ambito dell'Europa sono nate idee nuove, che sono state sottolineate nella riunione delle delegazioni ministeriali dell'Unione europea (Roma, 18 dicembre 2007), presieduta dal ministro Livia Turco. Una è il progetto di introdurre, per affinità e complementarità con le norme già in vigore sulla valutazione dell'impatto ambientale, la costante valutazione dell'impatto sulla salute. L'altra è la strategia rivolta all'allargamento a tutte le istituzioni dell'impegno verso il benessere umano, promuovendo *The health in all policies*. L'idea parte dalla constatazione che lo stato di salute «è largamente influenzato da fattori che stanno al di fuori del settore sanitario: l'agricoltura, l'economia, la sicurezza alimentare, l'istruzione, la ricerca, la cultura, i trasporti, le tasse, i commerci, il lavoro...»; è perciò giusto e necessario fare appello, in nome della vita, allo slancio dei molti soggetti possibili e alla collaborazione di ministeri e agenzie, di sanitari e di altre professioni, di enti pubblici e di attività private.

L'Europa, e soprattutto i paesi che fanno parte dell'Unione, hanno da tempo il vantaggio di un modello sociale che è apprezzato dalla grande maggioranza della popolazione, anche perché è il più equo rispetto a molti altri paesi. Vedo con speranza che gli Stati Uniti cercano di avviarsi su strade analoghe, che finora erano state sbarrate, per costruire un sistema universale di assistenza sanitaria.

Nella mia breve esperienza europarlamentare (a scadenza nel 2009, poiché già ora sono il *decano per età*), ho partecipato a molte decisioni sui temi della salute e ho visto molto impegno. Devo però confessare una riserva, che non è linguistica, ma concettuale: in quasi tutte le delibere delle due istituzioni principali, la Commissione e il Parlamento, compreso il Libro Bianco sulla salute che contiene il programma dell'Unione per il periodo 2008-2013<sup>10</sup>, si afferma sempre, nelle premesse, che la salute è importantissima «perché promuove la produttività e perché aiuta a vincere la competizione economica». Non si scrive mai che la salute delle persone ha innanzitutto un valore fine a se stesso ed è una legittima aspirazione di tutti. Si suggerisce quasi l'impressione che gli affari e le merci abbiano la priorità sulla vita dei cittadini.

Sull'Italia, mi rammarico di non aver seguito con l'attenzione del passato l'evoluzione della sanità pubblica e le modifiche introdotte nel servizio sanitario nazionale. Ciò che risalta, comunque, è innanzitutto la notevole crescita, in pochi decenni, della salute degli italiani. La speranza di vita alla nascita è passata, nel trentennio 1974-2005, da 69,6 a 77,6 anni per gli uomini, e da 75,9 a 83,2 anni per le donne. Questi dati sono fra i più alti del mondo, e sono il risultato di molti fattori sociali e culturali come la maggiore istruzione, la migliore alimentazione, i diritti dei lavoratori, le abitudini più sane, la coesione familiare, e altri ancora; ma vi ha contribuito certamente, in maniera determinante, il Servizio sanitario nazionale, nell'opera di prevenzione, nelle attività di cura e anche nella guida dei comportamenti. Il Servizio sanitario ha conosciuto molti mutamenti nel corso degli anni, mantenendo il carattere di universalità e di copertura assistenziale del cento per cento della popolazione, con una spesa meno alta che in altri paesi simili. I cittadini lo apprezzano, e non potrebbero farne a meno, anche se spesso si manifestano critiche, si palesano lacune e si contaminano i rapporti con la politica. Se nel 1848 Rudolf Virchow auspicava giustamente che la medicina entrasse

“nella vita politica del tempo”, allo scopo di migliorare la salute, in questo periodo sembra verificarsi una tendenza capovolta.

Come ha scritto Mario Pirani «la manomissione politica dei servizi sanitari ha raggiunto inediti primati e la lottizzazione politica impera a tutti i livelli, dalle direzioni generali ai primariati e sottoprimariati»<sup>11</sup>, col duplice risultato di non rispettare le qualità professionali del medico cui il paziente viene affidato e di favorire «l'angosciata rincorsa dei candidati a targarsi presso una o l'altra ditta politica per far valere i propri meriti». Non voglio certamente generalizzare, ma ci auguriamo tutti che presto si stabiliscano ovunque i criteri di nomina oggettiva e il rispetto delle provate competenze. Lo esigono le ragioni di moralità politica e la qualità delle cure.

Negli ultimi anni, nella sanità pubblica italiana sono stati decisi e prospettati molti aggiornamenti. Anche il significato della parola *tutela*, che sta nell'articolo 32 e che i vocabolari definiscono come «una funzione protettiva o difensiva», sta assumendo lineamenti più creativi e più vasti: un significato non passivo, ma partecipativo; un'espansione della quota di potere delle persone (*empowerment*), a partire dai più deboli, nei confronti con le istituzioni, le tecnologie e le professioni; la congiunzione dei diritti esigibili dalle persone ad altrettanti doveri e a un impegno di solidarietà personale e collettiva.

Nelle prospettive di governo si è confermata la tendenza ad aggiornare i principi ispiratori dei servizi (l'unitarietà, l'universalità, l'equità), e si è aggiunto l'impegno globale di responsabilità da parte di tutte le politiche pubbliche “non direttamente sanitarie”, che influiscono notevolmente sullo stato di salute della popolazione. Il recente disegno di legge «Interventi per la qualità e la sicurezza del Servizio sanitario nazionale» propone un sistema di valutazione della *performance* (confronto tra risultato ottenuto e possibilità) a integrazione degli strumenti già esistenti per il miglioramento della qualità. Questa è la pietra di paragone dell'efficacia, e su questa base si fonda il giudizio delle persone. In ri-

sposta al bisogno di salute, si sottolinea il potenziamento delle cure primarie e dell'integrazione socio-sanitaria (Alma Atal!), lo stimolo all'adozione di comportamenti salubri, le forme di partecipazione del singolo alle scelte riguardanti la propria salute. In altre parole una sanità più vicina e più democratica, che tutti auspichiamo.

**V** Nella prospettiva globale, il quadro delle malattie mi pare caratterizzato, negli ultimi decenni, da una profonda contraddizione: non c'è mai stata tanta salute, come dimostra in gran parte del mondo l'aumento della vita media e la continua riduzione della mortalità infantile; e al tempo stesso mai tante persone hanno sofferto o perduto la vita per fame, povertà, ignoranza, esclusione sociale e discriminazioni, e per malattie che sono prevenibili e curabili. La contraddizione si esprime con una dinamica promettente e allarmante: da un lato gli indicatori di salute continuano a progredire; dall'altro si scopre quasi ovunque, sia nel confronto tra nazioni, sia al loro interno, una crescita continua delle differenze nella salute e nelle aspettative di vita secondo le classi, i generi, le etnie, le comunità, le persone. A questo si sono aggiunte, da qualche tempo, le preoccupazioni derivanti dai rapidi cambiamenti climatici. I paesi poveri e le persone povere ne soffrono maggiormente (sono loro a subire il 96% dei decessi causati da eventi meteorologici estremi)<sup>12</sup>, pur avendo contribuito meno di tutti all'accumulo di gas serra nell'atmosfera.

Nell'ultimo decennio c'è stato anche un forte e originale risveglio della sanità pubblica. Grandi nazioni come il Brasile, l'India e il Sudafrica sono scese in campo per ottenere regole di maggiore accesso ai farmaci. Molte associazioni “non governative” che lavorano nei Paesi in via di sviluppo e il *World Health Forum* hanno moltiplicato le loro attività. Numerosi “donatori” hanno elargito cospicue risorse per la lotta contro le epidemie più gravi e più diffuse. L'Onu ha proclamato, all'assemblea solenne dell'anno 2000, i *Millennium Development Goals*, da

realizzare entro l'anno 2015, che comprendono consistenti obiettivi di salute alcuni dei quali, come la riduzione della mortalità infantile, sono già in via di miglioramento.

Ci sono quindi molti impegni e forti speranze. Sappiamo che la fisionomia di ogni paese si può misurare sulla qualità della sua salute e su come è distribuita: più o meno equamente. Non pensiamo certamente a una uniformità coatta, perché ogni persona è diversa dalle altre e ha comportamenti e necessità proprie, bensì a quelle ineguaglianze che sono ingiuste, evitabili e rimediabili; e pensiamo alle promesse di miglioramento che possono offrire le politiche dell'equità. Per questi scopi il direttore generale dell'Oms Jong-Wook Lee ha istituito, nell'anno 2005, una Commissione per i determinanti sociali della salute, basata sul fatto che la medicina e l'assistenza sanitaria costituiscono uno dei fattori influenti sulla salute, e che molti altri fattori dipendono dall'ampio spettro di condizioni sociali ed economiche in cui vivono le persone. Le differenze si manifestano in diverso grado, ma ovunque: una bambina che nasce in Botswana ha una speranza di vita di 34 anni, in Giappone di 86; e in Gran Bretagna, dove il governo è molto impegnato verso l'equità, un manovale vive ancora sette anni meno di un professionista. Nel primo caso l'ingiustizia consiste nella mancanza delle condizioni elementari dell'esistenza, nel secondo da fattori materiali come

la qualità del lavoro, il reddito, il rischio, ma anche immateriali: la dipendenza, l'induzione a comportamenti nocivi, la gratificazione negata, la caduta dell'autostima.

Oltre due secoli fa il filosofo ed economista Adam Smith, autore della "Ricchezza delle Nazioni" (1776), e prima ancora della "Teoria dei sentimenti morali" (1759), aveva proclamato per i lavoratori «l'importanza di avere ciò che è necessario per svolgere il proprio ruolo senza vergogna».

Vorrei concludere richiamando, per tempi più recenti, tre momenti significativi, nei quali si è espressa una visione innovativa e globale delle politiche sanitarie. Il primo è la nascita dell'Oms, nello spirito della salute universale "raggiungibile al più alto livello possibile". Il secondo, trenta anni dopo, è il programma di Alma Ata, fondato sulla visione olistica dell'individuo, sull'assistenza primaria e sulla rilevanza dei fattori sociali, che fu presto offuscato, ma è ora ritornato alla ribalta. Il terzo momento è quello che stiamo vivendo da due lustri, nel quale si è rinnovata l'idea che la salute del mondo è indivisibile e costituisce un bene comune, che è possibile espandere ovunque. Vorrei dirvi che mi considero una persona fortunata, per aver vissuto in qualche modo queste straordinarie vicende e per aver potuto parlarne con voi. Vi ringrazio di cuore.

Roma, 06/03/2008

#### NOTE

1. L. Montuschi: *Articolo 32*, in "Commentario della Costituzione a cura di G. Branca, Rapporti etico-sociali", Zanichelli, Bologna 1976.
2. B. Benigni e R. Polillo: *Salute e cittadini nel servizio sanitario nazionale*, Ed. Liberetà, Roma 2007.
3. D. Porter: *Health, civilization and the state. A history of public health from ancient to modern times*, Routledge, London and New York 1999, p. 1237.
4. C.F. Brockington, *A short history of public health*, J.&A. Churchill Ltd, 1966.
5. B. Fantini, *La santé comme droit fondamental de la personne: la création de l'OMS* (completare la nota).
6. C. Barrère, *Discours à la première réunion de l'OIPH*, C.R. delle sedute dell'OIPH, Biblioteca dell'OMS, pp. 4-5.
7. B. Fantini, cit.
8. Th. M. Brown, M. Cueto, E. Fee, *A transicao de saúde pública "internacional" para "global"*, Manguinos, jul-sep, 2006.
9. *Companion Encyclopædia of the History of Medicine*, edited by W. F. Bynum and Roy Porter, vol. 1, pp. 524-526.
10. *White Paper Together for Health, proposed by the Commission: A Strategic Approach for the EU 2008-2013*, Brussels, 23 October 2007.
11. M. Pirani: *Le mani sul servizio sanitario nazionale*, "La Repubblica", 27 febbraio 2006.
12. E. Herfkens, coordinatrice della campagna ONU per i *Millennium Development Goals* 2007.

## 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. 00251.11.6612712  
fax 00251.11.662036  
e-mail: ethiopia@cuamm.org

**Kampala - Uganda**  
P.O. Box 7214  
tel. 00256.414.267508  
fax 00256.414.267543  
e-mail: uganda@cuamm.org

**Maputo - Mozambico**  
P.O. Box 686  
tel. 00258.21.493067  
fax 00258.21.486899  
e-mail: mozambico@cuamm.org

**Dar Es Salaam - Tanzania**  
P.O. Box 23447  
tel. 00255.22.2775227  
fax 00255.22.2775928  
e-mail: tanzania@cuamm.org

**Luanda - Angola**  
C.P. 16624  
tel. 00244.22.338509  
fax 00244.222.309086  
e-mail: angola@cuamm.org

## 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 Talamini

#### 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 Valdagara (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. 2 2007  
RIVISTA QUADRIMESTRALE DI COOPERAZIONE  
E POLITICA SANITARIA INTERNAZIONALE