



FORUM

SALUTE GLOBALE E GIUSTIZIA SOCIALE

La dimensione globale delle politiche sanitarie si è rivelata troppo spesso un fallimento, inadatta alle specificità e alle esigenze dei Paesi. Trovare un equilibrio tra globale e locale, unire linee generali alle specifiche realtà, coinvolgere attivamente tutti gli attori: sono alcuni degli spunti possibili per riportare la salute delle persone al centro.

TESTO DI / BENEDETTO SARACENO / LISBON INSTITUTE OF GLOBAL MENTAL HEALTH

Bisognerebbe chiedersi se la diffusa e abusata nozione di "globale" non sia un esempio paradigmatico di una visione del bene pubblico che, nata nel secondo dopoguerra, si è trasformata nella giustificazione ideologica di molti aspetti del neocolonialismo. Un'ampia letteratura dimostra infatti come gli approcci globali allo sviluppo delle politiche sanitarie abbiano sistematicamente fallito l'obiettivo di rispondere ai bisogni delle comunità locali (Thomas e altri 2005)¹.

L'associazione della salute globale al concetto di sviluppo resta, infatti, un enunciato *politically correct* che non si traduce in un'associazione effettiva di interventi integrati per la salute e la riduzione della povertà e delle disuguaglianze: se la questione dei diritti è entrata nel grande dibattito globale, giuridico, morale e politico tuttavia il godimento reale dei diritti stenta a divenire parte integrante delle pratiche della salute globale.

GLOBALE E LOCALE, UNA CONVERGENZA NECESSARIA

I limiti del discorso globale sono palesi: una epistemologia medica universale ma fragile, una presenza pervasiva degli interessi dell'industria farmaceutica, un'egemonia culturale delle *lobby* professionali, un universalismo culturale delle agenzie globali che si limita a enunciazioni di principio o a indicazioni normative e stenta a confrontarsi con la realtà di Paesi molto differenti tra loro, nei quali l'applicazione di tali misure risulta critica. Un limite drammatico che si ritrova analizzando l'impatto reale della OMS nei Paesi e, in generale, la frattura sistematica fra il "discorso" delle Nazioni Unite e la realtà degli Stati membri.

Vi è un possibile *bridging* di locale e globale che faccia sì che «*the global and the local can become reciprocal instruments in the deepening of democracy*» (Appadurai 2002)²? Il quesito è cruciale per comprendere i tanti fallimenti dei programmi di salute globale, concepiti per soccorrere le fallimentari politiche locali dei Paesi a basso e medio reddito. Dunque, fallimenti locali e fallimenti globali.

Stewart, Keusch e Kleinman³ osservano che il proverbiale fallimento dei modelli di *primary health care* nei Paesi poveri è imputabile alla verticalità dei programmi che si concentrano su singole malattie, al modello biomedico tradizionale di controllo delle ma-

lattie che ignora il contesto culturale e i determinanti sociali e, infine, alle gravi disuguaglianze nell'accesso al sistema sanitario. La distanza fra la comprensione del locale e la logica dei programmi globali è immensa e finché i soggetti locali saranno esclusi dalla concezione, produzione, assemblaggio e diffusione dei programmi di intervento, tale lontananza sarà un ostacolo per implementare gli interventi. La nozione di "locale", inoltre, sembra essere solo rituale, coinvolgendo i soggetti locali principalmente come recipienti passivi più che come protagonisti attivi.

DEEP DEMOCRACY: UNA CHIAVE DI LETTURA POSSIBILE?

La *deep democracy* potrebbe essere la dimensione indispensabile alla comprensione dei contesti in cui i programmi di salute dovrebbero essere sviluppati? «La democrazia profonda è la democrazia più prossima, più a portata di mano, la democrazia del quartiere, della comunità, delle relazioni di sangue e dell'amicizia, che si esprime nelle pratiche quotidiane della condivisione delle informazioni, della costruzione delle abitazioni e dei servizi igienici» (Appadurai 2013)⁴.

La dimensione personale della moralità, ossia dei singoli che operano nei progetti di costruzione della salute collettiva, e la dimensione collettiva dei diritti, ossia l'insieme delle garanzie politiche, sociali e giuridiche che ogni comunità locale o nazionale esprime costituiscono i vettori della costruzione di salute collettiva e dell'incontro fra strumenti globali e strumenti locali. La ratio tecnologica della medicina non può costituire di per sé un vettore ma soltanto un complemento tecnico dei vettori principali: i diritti collettivi e la moralità individuale.

SE L'ECONOMIA INDIRIZZA LA SALUTE

Scriva Gianni Tognoni: «L'influenza crescente delle variabili economiche (che si traducono nelle prescrizioni del FMI restrittive di diritti sociali, educativi e sanitari), l'assunzione da parte della Banca Mondiale dei ruoli della OMS nel definire le priorità della salute in termini di compatibilità economiche dei costi delle malattie... hanno portato alla scomparsa della salute come diritto

in favore della sanità come insieme di prestazioni ossia come beni commerciali»⁵.

Questa "influenza crescente" ha un impatto fattuale sulle scelte dei sistemi sanitari e permea la cultura e i linguaggi della sanità, che diluisce e stempera la forza morale e tecnica della visione di salute pubblica trasformando la salute in merce anziché in bene pubblico. La salute viene derubricata da diritto assoluto a diritto relativo: le politiche sanitarie e l'organizzazione dei servizi si occupano sempre di più di *management* e di *cost containment* e vivere anziché morire o stare bene anziché stare male divengono variabili dipendenti dalle logiche economiche invece che variabili indipendenti.

Da tutto questo si possono trarre alcune riflessioni provvisorie.

1. La salute globale non è globale.

Globale, piuttosto, è la disuguaglianza: le grandi campagne globali della OMS sono state grandi sconfitte: alcol, vaccini sono esempi recenti. Basti pensare alla potente *lobby* della industria dell'alcol che non solo ha sabotato la *Global Strategy on Harmful Use of Alcohol* della OMS (2010) ma la ha vanificata attraverso politiche aggressive che hanno prodotto significative defezioni dei governi dalla battaglia per la salute pubblica e hanno conseguito un aumento anziché una diminuzione del consumo di bevande alcoliche.

2. Le grandi vittorie della salute globale pubblica non sono state quelle delle istituzioni internazionali e delle agen-

zie specializzate delle Nazioni Unite ma piuttosto quelle dei movimenti di base e di paesi *low e middle income*, come India, Brasile e Sud Africa.

Basti pensare alla battaglia storica e vittoriosa per i brevetti e i prezzi dei farmaci antiretrovirali e alle relative modifiche delle normative della Organizzazione Mondiale del Commercio (OMC) sui brevetti dei farmaci e sulle loro possibili deroghe.

3. I determinanti sociali ci interrogano e ci sfidano.

I determinanti sociali non possono essere considerati come un'interessante componente eziologica delle malattie e delle condizioni di disabilità. Al contrario, andrebbero inseriti nei protocolli standard degli interventi sanitari tutte le azioni di "poverty alleviation" e di modificazione dei fattori di rischio causati dai determinanti sociali.

4. La questione resta quella di sempre ossia se il diritto alla salute sia, in quanto diritto, una variabile indipendente oppure, in quanto merce, sia una variabile dipendente.

I diritti devono riconquistare un ruolo e una collocazione centrali nella concezione, pianificazione e organizzazione dei sistemi sanitari: è urgente e necessario smettere di considerare i diritti come "contesti desiderabili" dell'offerta di salute da parte dei sistemi sanitari ma cominciare a trattarli come indicatori della politica, della pianificazione e dell'erogazione di salute e sanità.

NOTE

¹ Thomas P., Bracken P., Cutler P., Hayward R., May R., Yasmeen S. (2005). Challenging the globalisation of biomedical psychiatry. *Journal of Public Mental Health*, 2005, 4,3, 23-32.

² Appadurai A., «Deep Democracy: Urban Governmentality and the Horizon of Politics» in *Public Culture*, 2002, 14 (1), pp. 21-47.

³ Stewart K.A., Keusch G.T., Kleinman A., «Values and moral experience in global health: bridging the local and the global», in *Global Public Health*, 2010, 5:2, pp. 115-121.

⁴ Appadurai A., «Cosmopolitismo dal basso», in *SouQuaderni*, 2013, 7, http://www.souqonline.it/default_souq.

⁵ Tognoni G. La dominanza del fattore economico contro salute, diritti e beni comuni. In: *Rapporto sui Diritti Globali*, p. 1132-1136, Ediesse, Roma, 2012.