

# **Il diritto fondamentale alla salute e la cooperazione internazionale: uno sguardo sulla regione *Nordeste* del Brasile.**

## **Introduzione**

L'Organizzazione Mondiale della Sanità è nata sull'onda delle idee di controllo della diffusione delle epidemie per garantire il buono stato di salute delle popolazioni dei paesi più avanzati, secondo la logica europea della gestione della salute pubblica del XIX e dell'inizio del XX secolo. Ciononostante, tra le agenzie internazionali mirate alla tutela e promozione della salute come strumento di sviluppo dei popoli e delle nazioni, tutt'oggi é l'organizzazione che ha tentato in modo più completo e ampio di costruire una definizione di salute aperta e culturalmente inclusiva, in modo da poter rappresentare al contempo tutte le popolazioni e tutte le diversità, nonostante sia culturalmente e storicamente determinata visto il chiaro riferimento al diritto alla salute che emerge dall'articolo 25 della Carta del 1948 e nonostante abbia poi incorporato le specifiche che sono state elaborate nei Patti di New York del 1966. In queste pagine si cercherà di mettere in luce l'evoluzione che tale nozione di salute, capace di considerare determinanti non solo gli aspetti fisici, ma anche quelli sociali, economici, psicologici, ha avuto negli anni.

La proposta dell'OMS si è scontrata con interessi e idee profondamente lontani dal concetto culturalmente relativo e socio-economicamente rilevante che l'Organizzazione ha cercato di imporre. Ad agire nel settore della salute, infatti, ed in particolare nella cooperazione con i paesi in via di sviluppo, non è più soltanto l'OMS ma anche l'Unicef e la Banca Mondiale. Questi, che possiamo considerare i tre attori multilaterali più rilevanti nell'area della cooperazione internazionale per la salute, negli anni hanno modificato profondamente le loro tipologie d'azione.

La parabola dell'Unicef, da fondo d'emergenza a agenzia di sviluppo passando per la stretta collaborazione con l'OMS negli anni di Alma Ata, racchiude efficacemente il percorso e la traiettoria della cooperazione per la salute. Partendo dalle utopiche affermazioni contenute nella Costituzione dell'OMS poi ribadite e approfondite ad Alma Ata; passando per le sfide poste dai documenti e dalle posizioni estremamente liberiste della Banca Mondiale e da quelle spesso contraddittorie dell'Unicef, la cooperazione in tema di salute ha visto affermarsi un'idea di intervento selettivo e verticale, mirato all'ottenimento rapido di risultati rilevanti in termini epidemiologici e sociali da presentare alla comunità internazionale come modello da seguire, ed ai donatori come efficace ed efficiente strategia d'intervento a basso costo.

La salute, storicamente campo d'azione degli Stati nazionali, si è trasformata in terreno delle organizzazioni internazionali specializzate e della cooperazione internazionale fino ad entrare nel raggio d'azione dei gruppi d'interesse internazionali, che erodono spazi di sovranità statale non più

a vantaggio di strutture sopranazionali nelle quali vi sia una loro rappresentanza, ma di associazioni di interessi ed organizzazioni di lobby internazionali.

Una volta che la Banca Mondiale si è affermata nell'arena della cooperazione internazionale nel settore della salute, è stata in grado di orientare le politiche pubbliche del settore tanto dei paesi beneficiari dei prestiti che delle altre agenzie di aiuto internazionale impegnate nell'area della salute, come l'Unicef e, in alcuni casi, anche l'OMS. E' in questo senso che Ruben Mattos ha definito la capacità della Banca di offrire idee di politiche pubbliche e di assicurarsi la loro accettazione e il loro perseguimento non solo da parte dei governi dei paesi ma anche dagli altri attori della cooperazione internazionale del settore.

### **Salute: un diritto fondamentale?**

La salute si è affermata come *public issue* nell'agenda sociale e politica a partire dalla Carta fondativa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1948, quando essa ne dava per la prima volta una definizione comprensiva come “stato di completo benessere fisico, psichico e sociale”. La storia della salute in quanto tema di interesse pubblico è caratterizzata, secondo Gorge Rosen, “da due componenti principali: da un lato vi è lo sviluppo della scienza medica e della tecnologia medica che hanno permesso di comprendere la natura e le cause delle malattie e hanno quindi fornito la base per azioni preventive e di controllo; dall'altro l'effettiva applicazione di queste conoscenze è dipesa da elementi non scientifici, basati soprattutto su fattori economici, politici e sociali, che rappresentano la seconda importante componente della salute pubblica.”<sup>1</sup>

Di fatto, le idee e definizioni moderne di salute sono costruite all'interno di questi due campi scientifici, quello della medicina e della salute pubblica, che pur essendo differenti sono strettamente legati fra loro. Semplificando molto un discorso che, è estremamente vario e complesso, possiamo dire che la salute degli individui è stata la preoccupazione della medicina, cui tuttavia è attribuibile soltanto una ridotta frazione della variabilità nello stato di salute delle popolazioni<sup>2</sup>; mentre la salute pubblica si è occupata di assicurare le condizioni per cui le persone possano vivere in modo sano<sup>3</sup>, che sono determinate da un gran numero di fattori, generalmente considerati estranei ai confini della medicina.

L'OMS è nata nel 1947 come agenzia specializzata dell'Organizzazione delle Nazioni Unite in materia di salute, con lo scopo di offrire cooperazione tecnica ai paesi membri dell'Organizzazione. La sua fondazione, così come le organizzazioni sanitarie internazionali che l'hanno preceduta, si deve soprattutto alla necessità del controllo e della lotta alle epidemie, che con

---

<sup>1</sup> Rosen, G., *A history of Public Health*, Baltimore and London, The John Hopkins University Press, 1993, p. 85. Traduzione mia.

<sup>2</sup> The International Bank for Reconstruction and Development, *World Development Report 1993, Investing in Health*, New York, Oxford University Press, 1993.

<sup>3</sup> Institute of Medicine, *Future of Public Health*, Washington DC, National Academy Press, 1988.

l'aumentare del movimento di persone e merci provenienti da zone extraeuropee, supera la dimensione dei territori sottoposti alla sovranità statale e richiede l'intervento di un'entità sovrastatale. L'OMS, però, rispetto alle organizzazioni e agli uffici sanitari internazionali che l'hanno preceduta, si impegna a sostenere lo sviluppo delle nazioni attraverso la promozione e la tutela della salute, ed a contribuire al raggiungimento della pace.

Nel Preambolo dell'atto costitutivo dell'Organizzazione, infatti, lo sviluppo è visto come la chiave per la diffusione e la promozione della salute in tutti i paesi del mondo, affinché le differenze nello stato di salute delle popolazioni non finiscano per costituire un pericolo per la pace e la sicurezza. Tanto è che, dopo il celebre enunciato che recita "la salute è lo stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplice assenza di malattia. [...] Il godimento del più alto livello possibile di salute è un diritto umano fondamentale senza distinzione di razza, religione, opinione politica, condizione sociale o economica", si trova:

La salute di tutti i popoli è fondamentale per il raggiungimento della pace e della sicurezza e dipende dalla piena cooperazione degli individui e degli Stati. Il raggiungimento da parte di tutti gli Stati della promozione e protezione della salute è un valore per tutti. Lo sviluppo diseguale nella promozione della salute e nel controllo delle malattie, specialmente nelle malattie infettive, da parte dei diversi paesi, è un pericolo per tutti. [...] L'estensione a tutti gli individui dei benefici del progresso in campo medico, psicologico e in campi di conoscenze correlati, è essenziale al pieno raggiungimento della salute.<sup>4</sup>

La salute è presentata come pre-condizione per lo sviluppo e la sicurezza delle nazioni; e la medicina come lo strumento principale per la loro piena realizzazione, come si legge più approfonditamente nel secondo capitolo della Costituzione dell'OMS, all'articolo 2, in cui sono descritte le funzioni dell'Organizzazione, orientate a collaborare alla pace e allo sviluppo attraverso la promozione della salute nel mondo, individuando standard di salute e strategie/politiche per raggiungere quegli standard, in particolare attraverso la cooperazione tecnica con i paesi in via di sviluppo<sup>5</sup>.

Se da un lato l'OMS, attraverso la definizione degli standard di salute, delle metodologie adeguate e delle politiche pubbliche necessarie per l'ottenimento di quegli standard, si può considerare come uno strumento attraverso si esercita il controllo sulle vite delle persone; dall'altro lato, ha compiuto l'importante tentativo di elaborare una nuova e molto ampia nozione di salute. nella Costituzione dell'OMS la salute non è definita come la mera assenza di malattia ma come il completo stato di benessere fisico, mentale e sociale, superando la prospettiva focalizzata sul controllo epidemico e quindi sulla riduzione delle persone a corpo e del corpo a oggetto.

---

<sup>4</sup> Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. La traduzione è mia. [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)

<sup>5</sup> I principali compiti dell'OMS sono (1) Dirigere e coordinare la salute internazionale; (2) sviluppare politiche e standard di salute applicabili in tutto il mondo; (3) diffondere informazioni scientifiche, ivi incluse ricerche innovative; (4) aumentare la cooperazione tecnica in salute tra gli Stati membri ed altre agenzie, incluse le ONG.

Da una idea concentrata sul controllo delle epidemie, l'OMS si è sforzata di promuovere una visione più completa della salute che tenesse sì conto degli aspetti biologici ma anche di quelli psicologici e sociali nel processo che produce il benessere complessivo degli individui, a partire dalla considerazione che vi sono un numero importante di determinanti sociali che concorrono alla creazione delle condizioni necessarie alla promozione della salute. Fu necessario, però, attendere circa trenta anni, ossia la Dichiarazione di Alma Ata del 1978, perché a questa apertura fosse affiancata l'idea che gli strumenti per ottenere il più alto livello di benessere fisico, mentale e sociale e per promuovere la salute potessero non coincidere con quelli della biomedicina. Anche e soprattutto nelle iniziative di cooperazione internazionale con i paesi in via di sviluppo sostenute dall'OMS, fino alla fine degli anni Settanta era promosso l'uso quasi esclusivo degli strumenti biomedici.

Le pratiche di cooperazione allo sviluppo, sin dalla fondazione dell'OMS, sono state la negoziazione di strategie per la messa in opera delle politiche pubbliche in materia di salute con i governi dei paesi che hanno ricevuto aiuti tecnici e finanziari oppure mediante la realizzazione di programmi sul campo. In questo quadro, si inseriscono le collaborazioni dell'OMS con altre agenzie delle Nazioni Unite, come ad esempio la Food and Agricultural Organization (FAO), il Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia (Unicef)<sup>6</sup>, ed in epoca più recente il Fondo delle Nazioni Unite per la Lotta all'AIDS (UNAIDS).

La collaborazione con l'Unicef si deve da un lato all'attenzione che, sin dalla sua costituzione, l'OMS aveva dedicato alla salute infantile, anch'essa intesa come condizione essenziale per la realizzazione delle condizioni di prosperità, pace e sviluppo dell'umanità, affermando che “lo sviluppo sano del bambino è di vitale importanza; la capacità di vivere in armonia con l'ambiente in continuo cambiamento è essenziale per tale sviluppo<sup>7</sup>. Dall'altro lato, vi sono ragioni più legate al favore internazionale ed allo spazio che l'Unicef, sin dagli anni della Seconda Guerra Mondiale e poi della ricostruzione post bellica, si era guadagnato. Soprattutto su alcuni temi specifici come la diffusione di vaccini per alcune malattie infettive e la campagna mondiale di lotta alla tubercolosi, l'Unicef si è posto sin dalla fine degli anni Quaranta come alternativo alle operazioni dell'OMS.

La collaborazione fra OMS e Unicef ha avuto il suo culmine nel 1978, con l'organizzazione e la realizzazione della Conferenza di Alma Ata, capitale del Kazakistan, pensata per proporre

---

<sup>6</sup> L'Unicef fu istituito nel dicembre 1946 dalle ceneri dell'Agenzia per l'Assistenza e la Responsabilità Amministrativa delle Nazioni Unite (UNRRA), per l'emergenza immediata del secondo post guerra e la distribuzione di cibo e di cure primarie ai cittadini dei diversi paesi europei coinvolti nel conflitto mondiale. Nel 1947, l'Assemblea Generale della Nazioni Unite decide di prolungare a tempo indeterminato il mandato del Fondo, ancora essenzialmente legato alla tutela della salute dei minori attraverso campagne di massa.

<sup>7</sup> Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. La traduzione è mia. [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)

strategie concrete per la realizzazione dell'obiettivo "Salute per tutti entro il 2000" (*Health For All - HFA*), contenuto nella risoluzione WHA30.43 adottata nella trentesima Assemblea Generale della Sanità, nel maggio del 1977. La Dichiarazione di Alma Ata del 1978, voleva segnare un cambiamento importante per la salute pubblica mondiale inaugurando una nuova visione della salute globale che avrebbe dovuto costituire una "rivoluzione sociale nel campo della salute."

Le proposte contenute nella Dichiarazione di Alma Ata prevedevano un ingente intervento degli Stati per garantire l'accesso alle cure primarie da parte delle popolazioni, ed inoltre la collaborazione fra l'OMS, l'Unicef e i governi di tutti gli Stati per l'elaborazione di programmi ad hoc per i singoli paesi. Alma Ata traduceva in pratica alcuni aspetti significativi del dibattito sul diritto alla salute: la necessità della educazione e dell'informazione come componente essenziale di qualsiasi intervento strategico e operativo perché l'adesione agli stessi fosse quanto più possibile libera ed informata; e la promozione, insieme ai livelli di salute, di condizioni sociali ed economiche di base .

La traduzione in pratica di questo ambizioso obiettivo doveva avvenire attraverso la strategia della Assistenza Sanitaria di Base (*Primary Health Care - PCH*)<sup>8</sup>. La proposta è raccolta nella Dichiarazione conclusiva della conferenza, nota come Dichiarazione di Alma Ata, e prevedeva equità di accesso all'assistenza sanitaria di base, partecipazione delle comunità coinvolte alla elaborazione delle scelte sulla salute, diffusione di tecnologie e metodi pratici, scientificamente corretti e socialmente accettabili, utilizzo di un approccio intersettoriale e che sia parte integrante del sistema sanitario (e di salute) e dell'intero sviluppo sociale ed economico della collettività. Le proposte contenute nella Dichiarazione di Alma Ata prevedevano un ingente intervento degli Stati per garantire l'accesso alle cure primarie da parte delle popolazioni, ed un grande sforzo di collaborazione fra l'OMS, l'Unicef e i governi di tutti gli Stati per l'elaborazione di programmi *ad hoc* per il superamento delle principali difficoltà nei singoli paesi.

Eduardo Missoni e Guglielmo Pacileo<sup>9</sup> hanno evidenziato come le proposte contenute nella Dichiarazione di Alma Ata, pur rispondendo in modo soddisfacente all'idea di salute enunciata nella costituzione dell'OMS e pur rispettando le differenze storiche, istituzionali e culturali dei diversi paesi, abbiano incontrato forti resistenze da parte dei governi degli Stati che avrebbero dovuto trasformarle in politiche pubbliche in materia di salute, e da parte dei direttori delle agenzie internazionali che avrebbero dovuto facilitare e sostenere questo processo. Secondo gli autori,

---

<sup>8</sup> Sono considerati elementi essenziali dell'assistenza sanitaria di base l'educazione relativa ai principali problemi di salute e relativi metodi di cura, promozione di una sana alimentazione, approvvigionamento di acqua potabile e igienizzazione, protezione della salute materno infantile compresa la pianificazione familiare, la vaccinazione contro le principali malattie infettive, la prevenzione ed il controllo delle principali endemie locali, il trattamento delle dissenteria, fornitura di farmaci essenziali.

<sup>9</sup> E. Missoni, G. Pacileo, *Elementi di salute globale. Globalizzazione, politiche sanitarie e salute umana*, Edizioni Franco Angeli, Milano 2005.

queste resistenze si devono principalmente alla complessità delle proposte contenute nella Dichiarazione che, per la costruzione di servizi sanitari in grado di offrire assistenza e cure di base di qualità a tutte le popolazioni, prevedevano riforme in senso universalistico e equo dei sistemi sanitari e sociali nazionali. La maggiore difficoltà, scrivono Missoni e Paciolo, è stata quella di modificare i sistemi sanitari nazionali proprio a causa della distribuzione del potere negli Stati, della loro struttura e organizzazione sociale. Laddove la forza delle classi dominanti è tanto forte da impedire cambiamenti radicali nel sistema di gestione dello stato, e laddove le esigenze di queste *élites* sono strutturalmente distanti da quelle delle classi lavoratrici, povere, escluse dalla ricchezza, le riforme necessarie a garantire l'assistenza e le cure di base per tutti non hanno potuto realizzarsi.

Come molti hanno sottolineato, l'assistenza di base è stata avversata dalle *élites* "economica, politica ed intellettuale che spingeva per servizi curativi di tipo ospedaliero, ad alta specializzazione, cari e non sostenibili. (...) Di fronte alla complessità di mettere in atto le trasformazioni richieste, si sviluppò una corrente di pensiero, divenuta poi dominante, che tradusse quella innovativa visione in un approccio riduttivo, denominato Selective Primary Health Care, consistente nell'applicazione selettiva di misure dirette a prevenire o trattare le poche malattie che sono responsabili della maggiore morbosità o mortalità nelle aree meno sviluppate e per le quali esistano interventi di provata efficacia."

L'assistenza di base non ha rappresentato, infatti, un obiettivo interessante per le *élites* che hanno premuto per lo sviluppo e la realizzazione di servizi tecnologicamente avanzati, specializzati e competitivi sul piano internazionale, avendo esse già risolto i propri bisogni di salute primari, grazie all'accesso tanto alle strutture esistenti nel settore pubblico quanto, più probabilmente, in quello privato. Le grandi difficoltà politiche incontrate e la mancanza di omogeneità all'interno delle stesse agenzie che l'avevano proposta hanno portato al fallimento della strategia. L'Unicef, infatti, l'ha abbandonata sin dagli inizi dell'anno successivo alla conferenza di Alma Ata, preferendogli quella che è stata chiamata *assistenza di base selettiva*, ossia la promozione di interventi di carattere selettivo (campagne di informazione e prevenzione, anche in collaborazione con l'OMS) centrati sulla risoluzione di un ristretto numero di problemi per il maggior numero di persone possibile, ottenendo un significativo impatto negli indicatori statistici di mortalità, con costi relativamente bassi<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> A consolidare l'approccio selettivo, all'inizio degli anni ottanta l'Unicef ha lanciato un'iniziativa conosciuta come *Child Survival and Development Revolution* (CSDR), basata sulla scelta di quattro interventi a basso costo per la riduzione della mortalità infantile: il monitoraggio della crescita (*growth monitoring*), per l'identificazione precoce dei sintomi di malnutrizione; la re-idratazione orale (*oral rehydration*), per la prevenzione della morte da disidratazione, principale conseguenza della diarrea; l'allattamento al seno (*breast-feeding*), per ridurre fino all'eliminazione altre forme insalubri e a volte mortali di nutrizione dei neonati; e l'immunizzazione attraverso la vaccinazione anti-polio, morbillo, tubercolosi, pertosse, tetano, e difterite.

L'assistenza di base non ha rappresentato, infatti, un obiettivo interessante per le *élites* che hanno premuto per lo sviluppo e la realizzazione di servizi tecnologicamente avanzati, specializzati e competitivi sul piano internazionale, avendo esse già risolto i propri bisogni di salute primari, grazie all'accesso tanto alle strutture esistenti nel settore pubblico quanto, più probabilmente, in quello privato. Le grandi difficoltà politiche incontrate e la mancanza di omogeneità all'interno delle stesse agenzie che l'avevano proposta hanno portato al fallimento della strategia. L'Unicef, infatti, l'ha abbandonata sin dagli inizi dell'anno successivo alla conferenza di Alma Ata, preferendogli quella che è stata chiamata *assistenza di base selettiva*, ossia la promozione di interventi di carattere selettivo (campagne di informazione e prevenzione, anche in collaborazione con l'OMS) centrati sulla risoluzione di un ristretto numero di problemi per il maggior numero di persone possibile, ottenendo un significativo impatto negli indicatori statistici di mortalità, con costi relativamente bassi<sup>11</sup>.

Gli esperti del Comitato di Collaborazione Medica del Ministero della Salute italiano schematizzano come segue il problema dell'abbandono degli obiettivi di Alma Ata da parte della comunità internazionale.

La Banca Mondiale (BM) ha calcolato che i costi della sua applicazione sono troppo alti (da 5.4 a 9.3 miliardi di dollari da allora al Duemila); 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 - pubblicato nel 1979 sul *New England Journal of Medicine* titola: "Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries" - 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", 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).<sup>12</sup>

E' così che a partire dagli anni ottanta anche all'interno dell'OMS si sono affermate le politiche selettive di salute (*selective health care*) che prevedevano l'approntamento di misure dirette al controllo di singole malattie, con ricorso alle "campagne". Politiche che risultano più economiche, di maggiore visibilità, funzionali a rendere meno visibile l'eventuale mancanza di volontà politica poiché non implicano modifiche sostanziali nei sistemi sanitari nazionali, come invece avrebbe previsto la strategia indicata da Alma Ata.

---

<sup>11</sup> A consolidare l'approccio selettivo, all'inizio degli anni ottanta l'Unicef ha lanciato un'iniziativa conosciuta come *Child Survival and Development Revolution* (CSDR), basata sulla scelta di quattro interventi a basso costo per la riduzione della mortalità infantile: il monitoraggio della crescita (*growth monitoring*), per l'identificazione precoce dei sintomi di malnutrizione; la re-idratazione orale (*oral rehydration*), per la prevenzione della morte da disidratazione, principale conseguenza della diarrea; l'allattamento al seno (*breast-feeding*), per ridurre fino all'eliminazione altre forme insalubri e a volte mortali di nutrizione dei neonati; e l'immunizzazione attraverso la vaccinazione anti-polio, morbillo, tubercolosi, pertosse, tetano, e difterite.

<sup>12</sup> Economia della salute, Quaderni del Comitato di Collaborazione Medica, n. 4, aprile 2007

L'attenzione si sposta dalla salute alle malattie. La proposta a tutti i paesi membri ed in particolare ai paesi in via di sviluppo che ricevono aiuti e cooperazione è la riorganizzazione dei sistemi sanitari per "programmi verticali". Si perde l'idea di salute intesa nel senso generale e aperto di cui parlano il preambolo della costituzione OMS e i patti internazionali, che rimandava ad un campo interdisciplinare che coinvolge tanto l'area strettamente fisica – e quindi le discipline mediche, nelle loro diverse espressioni culturali, quanto l'area sociale, l'area psichiatrica e psicologia, l'area economica. Con lo spostamento dell'attenzione dalla salute alle malattie, attraverso la promozione e applicazione di programmi e politiche selettive, si restringe anche lo spettro degli attori coinvolti nella tutela di quel che resta dell'idea di salute. Ciò che ha comportato, ad esempio, la disarticolazione delle azioni in sanità pubblica da quelle in altri settori, come ad esempio l'educazione, l'urbanistica, lo sviluppo economico, l'equità sociale.

Nella sua tesi di dottorato, il brasiliano Ruben Mattos<sup>13</sup> discute i processi di formazione delle idee e delle strategie in materia di salute non solo all'interno delle singole agenzie ma *tra* le agenzie, affermando che oltre alle relazioni tra l'agenzia e lo Stato che riceve cooperazione, è necessario considerare il tessuto di rapporti che s'intrecciano tra le agenzie, bilaterali, multilaterali, e le grandi ONG internazionali presenti nei diversi paesi. Vale a dire, esiste una stretta relazione tra la capacità di un'agenzia di influenzare le politiche pubbliche in materia di salute di uno Stato che riceve aiuti e quella di orientare l'azione delle altre agenzie che agiscono nello stesso campo. Questa tesi ci interessa nella misura in cui l'Unicef e l'OMS cambiano le rispettive strategie in un periodo di tempo molto ravvicinato e questa coincidenza non sembra casuale.

A partire dagli anni Ottanta, come si è visto più sopra, nuovi attori entrarono a far parte della scena della cooperazione internazionale nel settore della salute, ossia le istituzioni finanziarie internazionali. La Banca Mondiale, che oggi è generalmente considerata una delle principali agenzie per la cooperazione in tema di salute, non aveva un peso tanto rilevante sul piano internazionale. Con l'ingresso della Banca Mondiale in campo sanitario, si realizza un importante mutamento di linguaggio e di valori ossia il passaggio ad un'idea di salute come bene di consumo e investimento, risultato di una scelta consapevole del consumatore che controlla la valutazione del suo capitale di salute e decide come incrementarlo, più che di una risposta a dei bisogni.<sup>14</sup> Fino alla metà degli anni Ottanta, nonostante le difficoltà della messa in opera delle strategie elaborate dagli esperti dell'Organizzazione, l'OMS rappresentava il principale forum di discussione delle metodologie nell'area della salute, era l'organismo capace di produrre conoscenza medica valida

---

<sup>13</sup> Mattos, Ruben A. de. 2000, *Desenvolvendo e ofertando ideias: um estrudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial*. Tese de doutorado, Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, UERJ.

<sup>14</sup> MANIFESTO COSTITUZIONE DELLA SEZIONE DI SOCIOLOGIA DELLA SALUTE DELLA ASSOCIAZIONE ITALIANA DI SOCIOLOGIA

universalmente e in grado di valutare e orientare le scelte in tema di salute dei paesi membri e dei paesi beneficiari di programmi di cooperazione.

Il documento che segna l'affermazione della Banca Mondiale nel campo della cooperazione internazionale nell'area della salute, intitolato *Financing Health Services in Developing Countries: an agenda for reform* è uno studio settoriale realizzato e pubblicato nel 1987 che rappresenta l'inizio di quella che Mattos definisce "l'offerta di idee per la salute" da parte della Banca; essa non si limita più a definire le proprie linee d'azione interne, ma presenta proposte di politiche per la salute. E' la proposta di un'agenda di riforma dei meccanismi di finanziamento dei servizi di salute, che include la diminuzione della presenza dello Stato, il decentramento dei sistemi sanitari pubblici, il rafforzamento del privato sociale legato alla prestazione di servizi nel campo della salute, l'identificazione di ristrette misure essenziali per il miglioramento della salute della popolazione dei singoli Stati<sup>15</sup>. Il documento esprimeva una proposta che sembrava andare nel senso opposto a quello indicato da Alma Ata, che si basava proprio sull'idea di sostenere riforme dei sistemi sanitari nazionali perché gli Stati rendessero universali ed equi i servizi di assistenza e di cure di base per le loro popolazioni. *Financing Health Services*, invece, criticava l'eccessiva presenza dello Stato nei settori produttivi dei paesi, incluso il settore sanitario, e presentava l'ipotesi di realizzare politiche pubbliche in materia di salute basate su pacchetti minimi di interventi legati alla risoluzione di singoli problemi chiaramente individuati.

Questo documento rappresenta, nell'ambito della cooperazione internazionale in materia di salute, il superamento della visione olistica della salute contenuta nella costituzione dell'OMS e ribadita nella Dichiarazione di Alma Ata e dando per risolto l'altro grande nodo affrontato durante la Conferenza del 1978: la necessità di confrontarsi con le tradizioni locali dei diversi Stati riguardo alle differenti concezioni della salute, delle medicine e delle terapie alternative al sapere biomedico. Riprendendo la tesi di Mattos, possiamo affermare che l'ascesa – da molti considerata supremazia<sup>16</sup> – della Banca Mondiale, ha condizionato il campo della cooperazione internazionale nel settore salute al punto da modificarne non solo gli equilibri di potere, ma anche gli obiettivi e le strategie.

L'aumento dei settori d'intervento della Banca Mondiale e l'autorevolezza che ha acquisito nell'arena della cooperazione hanno collocato l'OMS su un piano di subalternità, e di fatto l'Organizzazione è oggi considerata principalmente come agenzia tecnica e non più come interlocutore politico. Il grande aumento di credibilità e spazio che la Banca Mondiale ha

---

<sup>15</sup> World Bank, *World Development Report: investing in health*, Oxford University Press, New York, N.Y., 1993

<sup>16</sup> La rivista medica britannica *The Lancet* nel 1987 ha pubblicato un editoriale nel quale dava per avvenuto il superamento dell'OMS in salute da parte della Banca Mondiale consacrata dalla pubblicazione di *Financing Health Services*. James Grant, allora direttore generale dell'Unicef, ha difeso la superiorità dell'OMS e la necessità che tutte le agenzie internazionali attive nel campo della salute ne riconoscessero l'autorevolezza.

conquistato dalla fine degli anni Ottanta fece sì che la *leadership* dell'OMS fosse messa in discussione non solo dalla Banca, ma da tutta la comunità internazionale per lo sviluppo, dalle agenzie di cooperazione, dalle ONG internazionali, dagli stessi paesi riceventi aiuti. Gli anni Novanta, infatti, sono stati caratterizzati da proposte di cooperazione nell'area della salute più orientate a favore di concezioni e politiche nell'area della salute elaborate dalla Banca Mondiale, lasciando da parte la strategia di Alma Ata. L'ascesa della Banca ha comportato anche l'adozione di una nuova prassi nel dialogo politico. Se l'OMS aveva caratterizzato la sua azione nel tentativo di adeguare le proprie proposte alla realtà dei paesi con cui instaurava rapporti di cooperazione, la Banca introduce la pratica di elaborare proposte formulate nell'ambito ristretto delle agenzie internazionali e presentarle ai governi dei paesi in via di sviluppo come pacchetti di soluzioni già pronti che includono la realizzazione di riforme di vari settori dello Stato per il miglioramento delle loro condizioni economiche. L'adozione di questi pacchetti, nella maggior parte dei casi, si doveva alle pressioni della Banca ed ai suoi meccanismi d'induzione, come i prestiti condizionati all'adozione di determinate misure economiche<sup>17</sup>.

In questo quadro acquista una nuova luce il fatto che, partire dagli anni Ottanta, l'Unicef ed anche l'OMS abbiano cominciato a privilegiare interventi verticali a carattere selettivo. Questi hanno mostrato due vantaggi significativi dal punto di vista della visibilità e del risparmio: i costi relativamente contenuti e l'impatto significativo tanto sulle popolazioni beneficiarie quanto sull'opinione di paesi ed enti donatori. Individuando problemi specifici e strategie d'azione delimitate si è dimostrato meno difficile ottenere risultati in tempi relativamente brevi contenendo i costi. Ciò ha reso questo tipo d'interventi particolarmente graditi ai donatori internazionali ed alle stesse organizzazioni che hanno potuto facilmente esibire i risultati ottenuti. Anche in merito all'importanza della sostenibilità delle politiche per la salute e dei servizi sanitari è evidente l'influenza della Banca<sup>18</sup>. L'Unicef, più dell'OMS limitata dallo statuto che non le dà la stessa libertà di raccogliere fondi da privati, ha infatti puntato sullo sviluppo della capacità di attirare finanziamenti indipendenti dai contributi degli Stati Membri attraverso la dimostrazione della rilevanza e dell'incidenza delle azioni promosse e realizzate. Fondandosi su studi epidemiologici che hanno mostrato la rilevanza dei programmi di re-idratazione orale e immunizzazione nella lotta per l'abbassamento degli indici di mortalità infantile e focalizzando l'attenzione sulla necessità di garantire la sopravvivenza dei bambini, con azioni immediate su aspetti critici e facilmente determinabili della loro vita, ha attirato l'interesse dei donatori nazionali ed internazionali (imprese,

---

<sup>17</sup> Mattos, Ruben A. de. 2000. As agencias internacionais e as politicas de saude nos anos 90: um panorama geral da oferta de ideias. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 6 , n. 2, p. 377-389

<sup>18</sup> Si pensi al già citato *Financing Health Services* e il rapporto annuale del 1993 dedicato alla salute che ampliava e approfondiva le tesi espone nella pubblicazione del 1987, *Investing in Health*.

multinazionali, aziende, singoli...). Persino l'adozione della formula *child survival* per mostrare l'importanza delle azioni realizzate dal Fondo si è mostrata uno strumento utile per attirare risorse finanziarie extra budgetarie da impiegare in programmi focalizzati alla eliminazione di determinate malattie, i quali sono in breve diventati il principale strumento di salute pubblica del Fondo.

Dalla fine degli anni Novanta, la missione della Banca Mondiale è stata quella di contribuire al raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio<sup>19</sup> attraverso la diminuzione della povertà e la crescita economica. Se si tiene a mente che la salute è un tema ricorrente in molti degli Obiettivi di Sviluppo (quali lo sradicamento della povertà e della fame - obiettivo 1, la riduzione della mortalità infantile - obiettivo 4, il miglioramento della salute materna - obiettivo 5, la lotta all'HIV/AIDS ed alla malaria - obiettivo 6), sarà chiaro perché la presenza della Banca Mondiale nel settore della salute ha continuato ad essere determinante.

Allo stesso modo, l'Unicef ha sempre più puntato alla realizzazione di programmi che traducessero in pratica i principi espressi negli otto Obiettivi di Sviluppo del Millennio, cioè, nel campo della salute, ha significato la realizzazione di politiche ma anche campagne ed interventi sul territorio in collaborazione con ONG locali ed internazionali.

L'OMS, dopo l'abbandono sostanziale della proposta di Alma Ata, ha sviluppato una serie di politiche differenziate, alcune più vicine alle strategie dell'Unicef e della Banca, altre più fedeli all'enunciato dell'atto costitutivo in cui la salute veniva definita come stato di benessere non solo fisico ma anche sociale e mentale. Esempio di questa seconda linea di attività è la creazione, a Ginevra, della Commissione per le determinanti sociali della salute, fondata nel 2005 e dotata di mandato triennale. La Commissione ha una struttura complessa che prevede varie commissioni tematiche e nove *network* relativi a altrettanti temi specifici legati alle determinanti sociali della salute che tengono insieme istituti di ricerca, associazioni, organizzazioni non governative, gruppi d'interesse. Il tentativo messo in atto dagli undici commissari che ne compongono il direttivo, di cui fa parte fra l'altro anche l'italiano Giovanni Berlinguer, è di elaborare una visione completa di salute che, partendo dalla definizione contenuta nel Preambolo dell'Atto Costitutivo dell'OMS, sviluppi in modo incisivo la tesi che a determinare lo stato di salute degli individui siano una serie di variabili che molto hanno a che fare con l'ambiente economico e sociale in cui essi si formano. La Commissione rappresenta solo una delle molte attività e politiche promosse dall'Organizzazione che è sempre meno presente nell'implementazione di progetti e programmi sul campo<sup>20</sup>.

## **Il nord-est del Brasile**

---

<sup>19</sup> <http://development-goals.org/>

<sup>20</sup> Un segnale interessante di ricezione delle proposte dell'OMS da parte del Brasile è stata la creazione della Commissione Nazionale per le Determinanti Sociali della Salute per decreto presidenziale, il 13 marzo 2006.

Uno sguardo più approfondito sulla realtà del nord-est brasiliano può aiutare a cogliere quelle che possono sembrare solo differenze di approccio, e non elementi che contribuiscono sostanzialmente a determinare l'idea di salute che si afferma attraverso i programmi di cooperazione. Quel che si cerca di mostrare è che l'influenza della Banca Mondiale non ha solo provocato un cambiamento di impostazione e di priorità, bensì ha anche influito sulla concezione della salute che si è imposta tanto nell'arena della cooperazione internazionale quanto nelle relazioni tra agenzie attive sul campo nei vari paesi ed i governi di quei paesi.

In Brasile, dalla fine degli anni Ottanta, l'OMS sostituisce la messa in opera di programmi con la realizzazione di campagne informative promosse in collaborazione con il Ministero della Salute e, dal momento della sua istituzione nel 2003, con il Ministero per lo Sviluppo Sociale e la Lotta alla Fame, in particolare realizzando attività dirette alla formazione delle risorse umane<sup>21</sup>. Come pure la Banca Mondiale e l'Unicef, l'OMS ha continuato a riservare particolare attenzione alla regione nord-est, considerata storicamente l'area più povera e arretrata del paese<sup>22</sup>. Per questo, la direzione del monitoraggio e della valutazione del Ministero dello Sviluppo Sociale e della Lotta alla Fame, attualmente coordinata da Leonor Pacheco<sup>23</sup>, ha promosso una serie di studi e attività di formazione sulla malnutrizione e sull'educazione alimentare<sup>24</sup>, che hanno costituito parte della base scientifica per la messa in opera di programmi governativi quali *Fome Zero* o *Programa Leite*, gestiti dal Ministero dello Sviluppo Sociale e della Lotta alla Fame in coordinamento con l'OMS. Queste attività sono state originate dalla collaborazione tra Ministeri e OMS, ma sono state finanziate, messe in opera e gestite dal governo brasiliano. Il ruolo dell'OMS è stato soprattutto quello di agenzia tecnica di consulenza in grado di costituire il nesso di collegamento tra i funzionari dei vari ministeri referenti dei diversi programmi ai quali essa collabora.

La Banca Mondiale è presente in Brasile attraverso i prestiti del BIRD (Banca di Ricostruzione e Sviluppo) in vari settori dell'amministrazione dello Stato e si è affermata come referente anche del settore salute, per la capacità di proporre politiche e di farle recepire alle agenzie nazionali ed internazionali di aiuto allo sviluppo e di cooperazione in materia di salute, e per la

---

La storia dei rapporti tra OMS e Ministero della Salute in Brasile è stata efficacemente descritta nel recente libro di Fernando Pires-Alves e Carlos Henrique Asunção Paiva, *Recursos Críticos: História da Cooperação Técnica Opas-Brasil em Recursos Humanos para a Saúde (1975-1988)* pubblicato dalla Fondazione Fiocruz nel 2006.

<sup>22</sup> Vi sono numerosi studi a riguardo, citiamo qui una recente rassegna realizzata dal responsabile dell'area di sviluppo regionale e urbano e delle politiche pubbliche della Fondazione Joaquim Nabuco di Recife, Pernambuco. R. Duarte, *Seca, pobreza e políticas públicas no nordeste do Brasil*, consultabile sul sito della Biblioteca Virtuale delle Scienze Sociali in America Latina <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/pobreza/duarte.pdf> (accesso in data 29 novembre 2007).

<sup>23</sup> Professoressa di Nutrizione presso la Facoltà di Medicina dell'Università Federale della Paraíba, João Pessoa, Brasile.

<sup>24</sup> I risultati delle attività e ricerche coordinate dalla dott.ssa Pacheco sono presentati nei *Cadernos de Estudos*, pubblicazione della Segreteria di Valutazione e Gestione delle Informazioni del Ministero dello Sviluppo Sociale brasiliano, in particolare nei numeri 2 edito a Brasilia nel 2005 e edito a Brasilia nel 2007 <http://www.mds.gov.br/sagi/estudos-e-pesquisas/publicacoes/cadernos-de-estudo>

capacità capillare di verificare la messa in opera delle politiche negoziate con il Ministero della Salute, a livello locale. La collaborazione alla realizzazione delle politiche governative ha previsto, negli ultimi dieci anni, tanto il finanziamento delle migliorie (in termini di infrastruttura e di risorse umane) dei sistemi sanitari (e di igiene pubblica) statali, quanto la realizzazione di attività per la promozione della salute e la prevenzione delle principali epidemie (HIV/AIDS, malaria, TBC). La presenza capillare sul territorio è stata garantita alla Banca attraverso la messa in opera di programmi in co-gestione con il Ministero, tuttavia la realizzazione di programmi indipendenti a partire dalla seconda metà degli anni Novanta ha occupato sempre meno spazio all'interno delle sue strategie. Con la chiusura del *Progetto Nordeste*<sup>25</sup>, realizzato in due spezzoni, e rimasto in vigore dal 1986 al 1997, dal valore complessivo di 320 milioni di dollari statunitensi, uno dei principali esempi di intervento indipendente, è mutata la tipologia di azione della Banca Mondiale che ha dato più spazio all'offerta di idee ai governi dei paesi, proposta come *best practice*, abbandonando - con alcune eccezioni - il dialogo diretto con i responsabili politici e amministrativi locali dei diversi Paesi. La capacità di negoziazione a partire dal 1994 si è tradotta nella discussione sul Programma Salute per la Famiglia (PSF), punta di diamante delle politiche in materia di salute del governo brasiliano, elaborato dal governo dell'ex presidente Fernando Henrique Cardoso e ancora in vigore<sup>26</sup>.

L'Unicef è l'unica fra le tre agenzie considerate a mantenere un forte legame con il territorio nel senso classico del termine. Pur negoziando le proprie strategie e le proposte di intervento con il governo, ed in particolare con il Ministero dell'Educazione, la maggior parte dei suoi sforzi e delle sue attività sono sul campo, in relazione con i governatori di stato e ancor di più, con i funzionari dei municipi e gli attori non governativi presenti nelle diverse realtà in cui il Fondo opera. È interessante osservare, a questo proposito, che né la Banca Mondiale né l'OMS hanno uffici territoriali al di fuori dell'ufficio centrale di Brasilia e che l'Unicef, invece, è presente con otto uffici territoriali (a Belem, Manaus, Sao Luis, Fortaleza, Recife, Salvador, Rio de Janeiro, Sao Paulo) oltre che con l'ufficio di rappresentanza a Brasilia.

In Brasile, come in tutte le sue aree d'intervento, l'Unicef agisce attraverso la collaborazione con organizzazioni non governative locali ed internazionali che condividano le aree d'azione prioritarie del Fondo e raggiungano in modo efficace le comunità ed i gruppi vulnerabili che

---

<sup>25</sup> E' possibile consultare le pagine web delle due fasi del programma sul sito della Banca Mondiale relativo al Brasile ai seguenti indirizzi:  
<http://web.worldbank.org/external/projects/main?pagePK=64283627&piPK=73230&theSitePK=40941&menuPK=228424&Projectid=P006403>  
<http://web.worldbank.org/external/projects/main?pagePK=64283627&piPK=73230&theSitePK=40941&menuPK=228424&Projectid=P006365>

<sup>26</sup> Vedi Presentazione ufficiale del PSF sul sito del Sistema Unico di Salute brasiliano - SUS, Ministero della Salute.  
<http://www.datasus.gov.br/cns/programas/PROGFHC.htm>

costituiscono i *target* delle azioni Unicef. In particolare, nel post Alma Ata ha concentrato l'azione sulla riduzione della mortalità infantile attraverso strategie di azione a basso costo (come le campagne d'informazione e le campagne di vaccinazione), discostandosi dal principio di raggiungere quell'obiettivo attraverso il miglioramento del funzionamento dei sistemi sanitari nazionali, specialmente nell'area della salute materna e infantile.

L'arretratezza della regione del nord-est è alla base della scelta del Fondo di stabilire il primo ufficio nazionale brasiliano<sup>27</sup> a João Pessoa, capitale dello Stato della Paraíba, nel 1950. Proprio in quell'area è stata realizzata la prima campagna per l'abbassamento degli indici di mortalità infantile. Il successo che, in particolare nel nord-est, ha avuto la campagna per la lotta alla mortalità infantile attraverso l'uso di tecniche specifiche come la re-idratazione orale, l'incentivo all'allattamento materno, l'immunizzazione, ha prodotto grandi consensi durante tutto il corso degli anni ottanta, collocando l'Unicef in una posizione di rilievo nell'ambito della comunità internazionale per lo sviluppo. Nonostante abbiano contribuito al miglioramento delle condizioni di vita dei neonati ed al rialzo del tasso di mortalità, non si è mai chiuso il dibattito sulla sostenibilità di questo tipo di interventi. Recentemente si è tornati a parlare dell'incidenza delle campagne del Fondo nel miglioramento degli indicatori in particolare nello Stato del Ceará, nel nord est brasiliano. José Gomes Bezerra-Filho e Lígia Regina Sansigolo Kerr-Pontes, e Lima Barreto<sup>28</sup>, hanno pubblicato un articolo sulla riduzione della mortalità infantile in Ceará, e sull'intervento dell'Unicef in questo processo. L'argomento in discussione non è, in realtà, l'incisività della campagna nella riduzione del tasso di mortalità infantile in sé, quanto piuttosto la mancanza, all'interno della strategia Unicef, di una visione più ampia che tenesse in considerazione i fattori non medici che la determinano. Questo, in primo luogo perché i programmi selettivi non contemplano lo spirito di complessità che la Costituzione dell'OMS, la Dichiarazione di Alma Ata e, infine, la modernissima Commissione per le Determinanti Sociali della Salute hanno cercato di imprimere alla definizione di salute. In secondo luogo perché non contribuiscono alla individuazione delle cause del problema finendo per allungare i tempi di una sua risoluzione definitiva. Nel caso del Ceará, per esempio, come gran parte della regione del nord-est del Brasile, le campagne focalizzate per diminuire la mortalità materna e infantile hanno sì prodotto l'abbassamento del tasso di mortalità, tuttavia è stato registrato l'aumento, nella fascia di età dai 2-5 anni, dei tassi di morbosità e un tasso di mortalità elevata. Solo interventi significativi sulle condizioni economiche e la sicura sostenibilità delle politiche sociali, di educazione, di igiene e generazione di reddito (*incombe generation*) –

---

<sup>27</sup> Le informazioni sulla cronistoria dell'Unicef sono contenute nella pagina web <http://www.unicef.org/brazil/historico.htm>

<sup>28</sup> Mortalidade infantil e contexto socioeconômico no Ceará, Brasil, no período de 1991 a 2001, Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil, Recife, 7 (2): 135-142, aprile/giugno 2007

concludono gli autori – possono provocare un impatto significativo sulle condizioni di salute della popolazione e, di conseguenza, sul tasso di mortalità infantile.

E' esattamente nello Stato del Cearà che, con la collaborazione del governo dello Stato, Unicef ha proposto un significativo cambiamento nelle proprie attività. Dalla fine degli anni novanta, il Fondo abbandona gradualmente sia la politica di sostegno a progetti e programmi singoli e non coordinati tra loro promossi da ONG locali e internazionali, che l'idea di mettere in opera campagne massicce di vaccinazione e informazioni sulla prevenzione e l'igienizzazione, a favore di macro-azioni elaborate insieme ai governi degli Stati e determinate in termini tematici e geografici. Queste azioni si concentrano nelle periferie dei maggiori centri urbani del paese (Rio de Janeiro e Sao Paulo), in Amazzonia e nell'area nota come Semiarido (ossia i nove Stati del nord-est con l'aggiunta degli Stati di Minas Gerais e di Espirito Santo).

Apparentemente, questa strategia è in linea con quella adottata dalla Banca Mondiale e dall'OMS di lasciare i programmi sul campo in favore dell'appoggio e l'orientamento delle scelte nelle programmazioni di politica per la salute elaborate dal governo brasiliano. Tuttavia, l'Unicef mantiene, rispetto alle altre due agenzie, un contatto molto forte con il territorio.

Nel 2003 l'Ufficio regionale per il nord-est situato a Recife (responsabile degli Stati di Paraíba, Pernambuco e Alagoas), allora diretto dal dott. Fabio Morais, ha prodotto e pubblicato una ricerca<sup>29</sup> sullo stato dei minori brasiliani ed in particolare sullo stato dei minori residenti nella regione del Semiarido. Questo studio è alla base della strategia dell'Unicef, concordata con il governo federale, per gli anni 2007 – 2011<sup>30</sup>. La strategia raccoglie le azioni prioritarie per l'Unicef e indica in che direzione il Fondo intende dirigere i propri sforzi.

Le priorità indicate prevedono di garantire il diritto di ogni bambino e bambina a:

1. sopravvivere e svilupparsi
2. imparare
3. proteggersi dall'HIV/AIDS
4. crescere in ambienti non violenti
5. essere priorità assoluta delle politiche pubbliche del municipio, stato, nazione di residenza.

Questi obiettivi, estremamente ampi, sono la base di partenza per la collaborazione tra il Fondo ed i diversi Stati della federazione brasiliana. La proposta elaborata dall'Unicef è di agire attraverso macroazioni che supportino l'implementazione delle politiche pubbliche elaborate dai ministeri di competenza (della salute, dell'educazione, dello sviluppo). Questa nuova strategia del Fondo si può inserire nel quadro dell'offerta di idee in quanto la definizione di priorità geografiche e tematiche negli ambiti della salute e dell'educazione tra Fondo e rappresentanti dei governi statali e federale si

---

<sup>29</sup> Sintetizzata nella pagina internet: <http://www.unicef.org/brazil/situacao.htm>

<sup>30</sup> <http://www.unicef.org/brazil/programa200711.htm#priori>

è affiancata alla realizzazione di attività sul territorio per la promozione ed il sostegno delle politiche pubbliche nazionali e statali (nel senso di stati confederati). Le attività che l'Unicef si propone di realizzare rappresentano interventi sul campo che però siano coordinati con il potere pubblico federale, statale e municipale in modo da favorire lo sviluppo e la crescita delle strategie locali (brasiliane) per il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio ed il rispetto dei diritti alla salute, all'educazione ed alla protezione di tutti i minori.

Nel nord-est (e negli altri due Stati del Semiarido che non ne fanno parte, Espírito Santo e Minas Gerais) in collaborazione con i governatori degli Stati e i sindaci delle città coinvolte, l'Unicef realizza un programma di durata biennale e rinnovabile almeno fino all'elaborazione di nuove strategie d'intervento, denominato *SELO Unicef Municipio Aprovado* che prevede la realizzazione di varie attività nelle aree di salute, educazione e protezione dei diritti dei minori. Il Programma è stato testato in Cearà, a partire dal 1999, ed è stato esteso alla Paraíba nel 2002 (in forma ridotta, con la denominazione di *Municipio amigo da criança*, che prevedeva la realizzazione di meno attività ed in un'area geografica limitata alle città principali dello stato) ed a tutto il Semiarido nel 2004.

Il *Selo UNICEF - Município Aprovado* è un riconoscimento internazionale per i municipi che partecipano alle attività proposte dall'Unicef che può essere conquistato attraverso l'impegno per il miglioramento della qualità della vita dei minori. Il tentativo del Fondo è di rafforzare le politiche governative contribuendo ad incentivare i municipi a garantire accesso a un'istruzione di qualità, accesso all'assistenza sanitaria e garantendo lo spazio di ricreazione per i minori. In questo senso, il *Selo - UNICEF* è considerato dai suoi fondatori e implementatori, come uno sforzo per la costruzione di spazi di cittadinanza.

Come già anticipato, di fatto, gli obiettivi che il *Selo - UNICEF* propone sono una traduzione in termini concreti degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, e gli indicatori elaborati per la valutazione dei progressi nei relativi settori di intervento<sup>31</sup> sembrano essere molto vicini alle priorità del Fondo nella decade durante negli Ottanta, cioè la riduzione della mortalità infantile, l'accesso alle vaccinazioni, l'assistenza al parto ed alla gravidanza, l'allattamento al seno. Rispetto agli Obiettivi che riguardano il settore della salute non sembra che abbiano avuto spazio le critiche relative al carattere selettivo e focalizzato degli interventi dell'Unicef. Dietro la retorica sulla

---

<sup>31</sup> La campagna per il raggiungimento degli otto Obiettivi di Sviluppo del Millennio (Millennium Development Goals) è stata lanciata nel settembre del 2000 dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite. Gli Obiettivi, che sono stati concordati da tutti gli Stati del mondo e dalle istituzioni internazionali più rilevanti del pianeta, prevedono, entro il 2015, l'eradicazione della povertà e della fame, il raggiungimento dell'alfabetizzazione e dell'educazione di base per tutti, la promozione della parità di genere e dell'*empowerment* delle donne in tutti i paesi, la riduzione della mortalità infantile, il miglioramento della salute materna, la lotta all'HIV/AIDS, alla malaria ed altre malattie perniciose, la promozione della sostenibilità ambientale delle politiche pubbliche, lo costruzione di una rete globale per lo sviluppo. Per maggiori informazioni consultare il sito <http://www.un.org/millenniumgoals>

complessità delle pratiche e sull'appoggio alle politiche pubbliche locali, sembrano emergere vecchi obiettivi e vecchi indicatori enunciati in modo da renderne meno visibile l'approccio selettivo e l'assenza di una prospettiva più compiutamente sociale.

### **Breve nota conclusiva**

La concezione olistica della salute presentata nella costituzione dell'OMS mirava a tenere insieme concetti chiave come la percezione individuale rispetto al completo stato di benessere fisico, mentale e sociale e la possibilità di scelta rispetto alla promozione della propria salute; o come l'incidenza delle condizioni sociali ed economiche sullo stato di benessere delle persone imponendo di considerarli come elementi inscindibili per la piena realizzazione della salute. Questi aspetti fondamentali della definizione di salute dell'OMS, tuttavia, non entravano nell'idea economicista e di efficienza dei sistemi di salute proposta dalla Banca che, grazie alla autorevolezza conquistata, ha creato lo spazio in cui si sono affermate le strategie selettive e focalizzate che hanno imposto una visione settoriale e biomedica della salute, impedendo qualsiasi legame strutturale con le condizionanti sociali, economiche, psicologiche che la determinano.

Le strategie ed i programmi verticali, infatti, mirano all'ottenimento rapido di risultati quantitativamente rilevanti e impediscono l'identificazione dei processi che generano patologia e disagio. Non agiscono sulle condizioni sociali ed economiche che determinano la malattia, mantenendo lo *status quo ante*. Impongono, inoltre, l'accettazione da parte delle popolazioni coinvolte nei programmi e nelle attività di cooperazione degli strumenti biomedici proposti per il rapido raggiungimento di obiettivi predeterminati – elaborati, generalmente, in seno alle agenzie di cooperazione e raramente legati alla percezione dei problemi delle persone coinvolte nelle attività.

Lungi dal permettere di affrontare in modo più efficiente ed efficace la soluzione di problemi e specifiche patologie, lo spezzettamento della salute, la verticalizzazione dei problemi e delle soluzioni attraverso l'eliminazione dei nessi di causalità permette un efficiente controllo della salute (e quindi, della vita) da parte di chi implementa e gestisce questo genere di politiche. Gli organi che esercitano questo potere sulla salute (e quindi, sulla vita) sono le agenzie internazionali che elaborano, nel chiuso delle loro sedi centrali, idee e proposte (*pacchetti minimi di salute*) da applicare indistintamente nelle diverse aree geografiche del pianeta, che condizionano e modificano le idee di salute costruite culturalmente e socialmente attraverso il mutamento degli interventi sul campo e della strategia di dialogo con i governi dei paesi che ricevono aiuti tecnici o finanziari di cooperazione.

La retorica della partecipazione sociale, dell'appoggio alle politiche pubbliche attraverso la formazione dei funzionari delle amministrazioni locali, della completezza di interventi basati sul raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio cela il ripetersi di interventi con priorità ed esigenze che prescindono dalla complessità dei bisogni delle popolazioni coinvolte nelle diverse iniziative. Prevale il risultato sul processo, il raggiungimento dell'obiettivo sull'opportunità di innescare meccanismi critici sulle strutture socialmente ed economicamente ingiuste della società ed il loro impatto sullo stato di salute – fisica, mentale e sociale, delle popolazioni.

L'evoluzione delle strategie di cooperazione ed il mutare dell'equilibrio nel settore della cooperazione internazionale a favore della Banca Mondiale e di una concezione di salute legata alla riduzione dei costi ed alla perdita di coscienza e di critica degli individui coinvolti nei programmi, è avvenuta attraverso l'affermazione di politiche basate sul raggiungimento di risultati rapidi da applicare a campi sempre più ristretti e semplificati della salute, e quindi della vita umana.

Da un lato, quindi, prevale l'astrazione di interventi e politiche pensate per essere replicate in diverse aree del mondo mutandone appena alcune caratteristiche generali per renderli – almeno apparentemente – culturalmente adeguati all'area ed al paese in oggetto. Dall'altro, si afferma la tecnica dello spezzettamento, della frammentazione dei programmi d'intervento e delle politiche pubbliche per la salute, in modo tale da contribuire alla perdita di controllo da parte tanto degli Stati che implementano, concretamente, le politiche per la salute, quanto dei singoli sul proprio stato, sulle sue cause profonde, sulla possibilità di intervenire.

Raffaella Greco Tonegutti  
(Università di Pisa)