

Carlo De Pietro e Igor Francetic

Carlo De Pietro è Professore presso il Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale (DEASS). Svolge attività di ricerca-intervento per organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie, nonché

valutazioni di politiche sanitarie e sociali per l'Amministrazione cantonale e federale. Insegna nella formazione di base e continua.

Igor Francetic è dottorando presso il DEASS. Di formazione economista, segue un PhD in Epidemiologia e Salute Pubblica presso l'Istituto svizzero di Medicina Tropicale e Salute Pubblica (Swiss TPH)

dell'Università di Basilea occupandosi di governance del sistema sanitario in Tanzania. È inoltre attivo nella formazione base del Dipartimento.

Aiuto allo sviluppo in ambito sanitario: bisogni locali e iniziative globali

[1] Disponibile da: www.parlament.ch/it/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20173362

[2] Sachs, J. D. (2005). *La fine della povertà. Come i paesi ricchi potrebbero eliminare definitivamente la miseria dal pianeta*. Milano: Mondadori.

[3] Easterly, W. (2015). *La tirannia degli esperti. Economisti, dittatori e diritti negati dei poveri*. Roma: Laterza.

[4] Banerjee, A., Duflo, E. (2012). *L'economia dei poveri. Capire la vera natura della povertà per combatterla*. Milano: Feltrinelli.

[5] Deaton, A. (2015). *La grande fuga. Salute, ricchezza e le origini della disuguaglianza*. Bologna: Il Mulino.

[6] Bendavid, E., Bhattacharya, J. (2014). The Relationship of Health Aid to Population Health Improvements. *JAMA Inter Med*, 174(6), 881-887. Disponibile da: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.292>

[7] Riddell, A., Niño-Zarazúa, M. (2016). The effectiveness of foreign aid to education: What can be learned?. *International Journal of Educational Development*, 48, 23-36. Disponibile da: <https://doi.org/10.1016/j.ijedudev.2015.11.013>

I progetti di aiuto allo sviluppo in ambito sanitario sono da sempre tra i più apprezzati. In tutte le sue diverse forme, la cooperazione nella sanità cela però alcuni ostacoli che ne possono limitare l'effetto sulla salute nonché gli impatti positivi sui sistemi sanitari dei paesi riceventi. Nuove modalità stanno quindi emergendo nel mondo della *global health*.

Luci e ombre dell'aiuto allo sviluppo

In quest'epoca di emergenze umanitarie legate a guerre, migrazioni, carestie e catastrofi, l'aiuto allo sviluppo è un tema attuale, capace tanto di unire quanto di dividere. Il tema è stato dibattuto di recente anche in Svizzera, quando nel settembre 2017 il Consiglio Nazionale ha respinto una mozione^[1] che proponeva di cambiare il meccanismo di definizione dell'importo dedicato alla cooperazione pubblica allo sviluppo (inclusa l'accoglienza di richiedenti l'asilo), giudicato troppo elevato e pericolosamente slegato dal bilancio dell'Amministrazione federale. Negli anni e nel mondo, il dibattito sull'aiuto allo sviluppo si è esteso dall'arena politica a quella accademica, contraddistinto fondamentalmente da due fazioni contrapposte.

Da un lato c'è chi ritiene che l'aiuto allo sviluppo sia un dovere nei confronti di paesi con un passato di sfruttamento coloniale, perlopiù svantaggiati dal clima tropicale e bloccati in quella che è nota come "trappola della povertà", dalla quale potrebbero uscire con un aiuto esterno che li porti nella condizione di avviare un processo di crescita (e sviluppo, appunto) autonomo.^[2] Dall'altra parte dello schieramento si trova chi è convinto che l'aiuto tecnocratico e paternalistico offerto prevalentemente dalle agenzie internazionali non risponda alle necessità di questi paesi e non permetta loro di

sviluppare meccanismi endogeni di crescita, contribuendo a mantenerli poveri e dipendenti dagli aiuti stessi.^[3] Nel mezzo, abbiamo un numero crescente di ricercatori che cercano di distinguere tra gli interventi efficaci e quelli inefficaci in termini di impatto, anche sottoponendo le iniziative a rigorose procedure sperimentali (*Randomized Controlled Trial*, RCT) analoghe per esempio agli studi clinici condotti per testare l'efficacia di un medicinale.^[4] Guardando alla situazione da una prospettiva geopolitica, ci si potrebbe poi chiedere in quale misura gli investimenti in aiuto allo sviluppo siano legati alle strategie geo-economiche, post- o neocoloniali. Chi ha avuto modo di conoscere il mondo delle agenzie e delle Organizzazioni Non Governative (ONG) impegnate nell'aiuto allo sviluppo, potrebbe infine trovarsi nella sgradevole condizione di non riuscire a distinguere la sottile linea che separa la necessità di questo settore di autoalimentarsi per sopravvivere dalla sincera volontà di aiutare. A discapito di questi interrogativi, due tipologie di interventi hanno raccolto consensi quasi unanimi^[5], contribuendo in misura sostanziale ad alleviare la situazione dei paesi del Sud del mondo^[6-7]; si tratta degli interventi nei campi della sanità e dell'istruzione. La popolarità di questi interventi è intimamente connessa all'idea oramai condivisa da gran parte delle persone, che salute e istruzione rappresentino veri e propri diritti fondamentali dell'umanità. Nel seguito del presente contributo, ci si focalizzerà sull'aiuto allo sviluppo diretto alla sanità.

Le forme di aiuto allo sviluppo in ambito sanitario

La promozione e la tutela della salute sono obiettivi comuni a tutti gli uomini e a tutte le società. Per questo, anche l'aiuto allo sviluppo ha da sempre

considerato la sanità un ambito d'intervento prioritario. Ma tale intervento può assumere forme molto diverse, che qui di seguito descriviamo con riferimento alla tradizionale cooperazione Nord-Sud.

“ [...] due tipologie di interventi hanno raccolto consensi quasi unanimi, contribuendo in misura sostanziale ad alleviare la situazione dei paesi del Sud del mondo; si tratta degli interventi nei campi della sanità e dell'istruzione.”

Un primo campo d'intervento è quello originato da crisi o urgenze temporanee. Guerre, carestie, terremoti, inondazioni: si tratta in tali casi di rispondere ad emergenze umanitarie, in cui il focus è sull'erogazione diretta di servizi sanitari alla popolazione e sulla logistica (approvvigionamento). Un esempio recente è quello della popolazione Rohingya che ha lasciato la Birmania per essere ospitata in campi profughi sovraffollati in Bangladesh.^[8] In questi casi la leadership negli ultimi decenni è stata affidata alle grandi agenzie internazionali (Organizzazione mondiale della sanità, Alto commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati, ecc.), spesso supportate da grandi e piccole ONG. Un secondo tipo di interventi riguarda la messa a disposizione di beni (farmaci, apparecchiature mediche, ecc.) in modo più duraturo agli operatori locali. È un ambito in cui è molto presente l'azione di piccole ONG o anche di collaborazioni dirette, ad esempio tra singoli ospedali europei e omologhi nei paesi in via di sviluppo. Accanto a tale azione, per lo più poco coordinata e poco visibile alla politica sanitaria dei diversi paesi ma spesso utile a livello locale, vi è poi quella – ben più visibile e rilevante per la politica sanitaria – di grossi *donors* o dei cosiddetti “programmi verticali”, che focalizzano la propria azione sul controllo di patologie specifiche (es. HIV/AIDS, tubercolosi – TBC, malaria), con obiettivi di eradicazione molto precisi e ambiziosi, mettendo in campo mezzi finanziari notevoli.

Un altro ambito d'intervento consiste nell'erogazione diretta di servizi sanitari. In alcuni casi i servizi possono essere forniti da professionisti del Nord che, solitamente per brevi periodi, prestano la propria opera nei paesi del Sud a titolo volontario. Nella maggioranza dei casi l'aiuto consiste però nel finanziamento, da parte dei *donors*, di servizi erogati da operatori locali secondo direttive imposte dall'alto e con obiettivi molto specifici e di breve termine. In questo ultimo caso, un ruolo importan-

te è giocato dai programmi verticali sopra citati. All'erogazione di servizi ai pazienti spesso si affianca la formazione di personale sanitario locale. Infine, un ultimo e più recente ambito di aiuto è il cosiddetto *institutional building*, in generale volto a rafforzare l'azione delle pubbliche amministrazioni locali, a rendere più efficace la *governance* pubblica e incrementare la resilienza dei sistemi sanitari locali. In ambito sanitario tale azione, promossa per lo più dalle agenzie internazionali ma anche da programmi di aiuto bilaterali, ha come obiettivi quelli di rafforzare le competenze degli operatori dei ministeri, delle agenzie governative e delle istituzioni di ricerca locali, di riprogettare i processi amministrativi e legali per renderli più efficienti ed efficaci, oppure di valutare l'impatto delle politiche pubbliche.

Caratteristiche e difficoltà della cooperazione sanitaria

Qualunque sia la forma specifica dell'aiuto allo sviluppo in ambito sanitario, esso condivide alcuni elementi comuni che spiegano buona parte delle difficoltà incontrate in tante esperienze. A rischio di un'eccessiva semplificazione, tali elementi possono essere raggruppati in due principali ambiti. Il primo ha a che fare con la dimensione propriamente antropologica della salute. Il secondo ambito riguarda invece l'architettura istituzionale e organizzativa del sistema sanitario e il ruolo che l'aiuto allo sviluppo vi svolge.

Il concetto di salute è profondamente radicato nel contesto culturale e sociale di una data comunità. Si pensi all'impatto dei credi religiosi sul significato stesso di malattia, dolore e morte, oppure all'influenza che le diverse concezioni di famiglia, comunità o villaggio possono avere sulla risposta alla malattia e all'invalidità. Si tratta di elementi che influenzano, con intensità diversa, gli esiti e l'efficacia stessa dell'aiuto allo sviluppo in ambito sanitario ma che rimangono del tutto sconosciuti (o conosciuti solo superficialmente) ai *donors*, ai cooperanti ed agli altri attori del Nord. La mancanza sistematica di una sufficiente considerazione di tali elementi culturali e sociali, o la loro deliberata esclusione dai piani di implementazione come spesso accade nel caso dei programmi verticali di eradicazione, pone numerosi problemi agli attori locali e alla popolazione stessa. L'altro aspetto che qui vogliamo considerare riguarda il ruolo giocato dal Nord nell'assetto istituzionale e nell'organizzazione del sistema sanitario dei paesi riceventi. In particolare, ci riferiamo ad almeno tre elementi.

[8] Si veda la raccolta fondi della Catena della Solidarietà: www.catena-della-solidarieta.ch/raccolte-fondi/rohingya

Il primo si riferisce all'importanza che l'aiuto allo sviluppo ricopre nel finanziamento del sistema sanitario locale. Nel 2014 in ben 30 paesi al mondo più di un quarto della spesa sanitaria è stata finanziata da fonti esterne.^[9] In Malawi tale percentuale era del 74%. In Tanzania e Ghana, di cui diremo sotto, era rispettivamente del 36% (in forte crescita dal 9% del 1995 e dopo aver raggiunto un picco del 54% nel 2012) e del 15% (dall'8% del 1995 e dopo aver raggiunto il 23% nel 2005). È evidente che in tali casi la politica sanitaria sia fortemente influenzata da condizioni e obiettivi posti dai *donors*.

Un secondo elemento chiave dell'aiuto allo sviluppo in ambito sanitario è la presenza dei già citati programmi verticali, il cui forte sviluppo negli ultimi venti anni ha profondamente influenzato i rapporti Nord-Sud in questo settore, sovrapponendosi all'azione delle agenzie internazionali e dei programmi bilaterali, ma soprattutto alla politica sanitaria dei governi locali. Esempi rilevanti di iniziative nate parallelamente al sistema dell'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) sono la *Bill & Melinda Gates Foundation*, la *Gavi*, la *Clinton Health Access Initiative* e il *Global Fund*. I finanziamenti annui di quest'ultimo, attivo su HIV/AIDS, TBC e malaria, ammontano a 4 miliardi di dollari all'anno; per riprendere il caso della Tanzania, i finanziamenti al grande paese africano negli ultimi cinque anni (2013-2017) sono stati di 367 milioni di dollari.^[10]

Infine, un terzo elemento riguarda lo scollamento tra i bisogni prevalenti dei paesi in via di sviluppo e le preferenze e gli interessi di chi gestisce i programmi di aiuto allo sviluppo. Da un lato, gli interventi più urgenti dovrebbero potenziare la rete di cure primarie diffusa sull'intero territorio e in particolare in ambito rurale. Dall'altro lato, anche se autoctona, l'élite responsabile di gestire gli aiuti è quasi esclusivamente concentrata nelle grandi città e il più delle volte non usa i servizi sanitari pubblici, preferendo rivolgersi al settore privato che quasi sempre si sviluppa in modo completamente autonomo rispetto alla politica sanitaria governativa e ai programmi di aiuto internazionali.

Rafforzare il legame tra ricerca e aiuto allo sviluppo

Nell'ambito delle loro politiche per lo sviluppo sostenibile, la Direzione dello sviluppo e della cooperazione (DSC) della Confederazione e il Fondo nazionale svizzero per la ricerca scientifica (FNS) hanno recentemente unito le forze in

un programma di ricerca associato allo sviluppo noto come "Swiss Programme for Research on Global Issues for Development" (r4d).^[11] Il programma si prefigge l'obiettivo di coinvolgere partner sia svizzeri sia locali nello sviluppo di soluzioni olistiche e integrate, supportate da evidenza scientifica, che permettano la riduzione della povertà e di altre condizioni sfavorevoli nei paesi a basso reddito. Il programma presenta alcuni elementi distintivi, in particolare:

- a) supportare le iniziative di aiuto allo sviluppo, con riferimento alla DSC, con i punti di forza della ricerca scientifica quali ad esempio le conoscenze approfondite e aggiornate, l'attenzione ai metodi di analisi e l'indipendenza della valutazione;
- b) far interessare sempre più ricercatori basati in Svizzera a temi di grande rilevanza in ottica globale e a paesi in cui l'utilità marginale degli interventi è maggiore che nei paesi ad alto reddito;
- c) contribuire allo sviluppo di una comunità di ricerca internazionale, rafforzando il ruolo della Svizzera nei network internazionali e creando legami preferenziali e opportunità di sviluppo bilaterali con i paesi riceventi.

Un coprodotto fondamentale di questo processo dovrebbe essere lo sviluppo in loco di competenze scientifiche e pratiche di cui possano beneficiare i paesi interessati.

In questo quadro si inserisce il progetto al quale contribuiamo direttamente come DEASS, intitolato "Health systems governance for an inclusive and sustainable social health protection in Ghana and Tanzania"^[12], che si concentra sul tema della governance e quindi del cosiddetto *institutional building*. Il progetto ambisce a valutare l'efficacia degli schemi di protezione sociale attivi in ambito sanitario, verificando l'impatto di alcuni strumenti specifici di governance di recente promossi in molti ambiti diversi, come ad esempio migliorie nelle pratiche manageriali, i sistemi di incentivi (finanziari e non-finanziari) e il coinvolgimento delle comunità nel monitoraggio e nella gestione delle strutture sanitarie. Il progetto interessa due paesi dell'Africa subsahariana comparabili nell'architettura dei sistemi sanitari, offrendo la possibilità di formare due dottorandi locali (uno per paese). I partner sono la School of Public Health dell'Università del Ghana di Accra e l'Ifakara Health Institute di Dar Es Salaam in Tanzania. Il consorzio di ricerca svizzero è diretto dallo Swiss Tropical and Public Health Institute dell'Università di Basilea e completato dalla SUPSI e dall'istituto NADEL del Politecnico federale di Zurigo.

[9] Disponibile da: data.worldbank.org

[10] Disponibile da: www.theglobalfund.org

[11] Per maggiori informazioni si rimanda al sito del programma: www.r4d.ch

[12] Il sito web del progetto offre una panoramica sulle attività di ricerca promosse: www.outsidethecube.net