

Sanità & Globalizzazione – Torino 13-09-2008

**Le politiche di cooperazione
per lo sviluppo nel settore
sanitario – Il ruolo del
volontariato internazionale**

Ugo Marchisio

Ringraziamenti ...

Gavino Maciocco

(Dipartimento di Sanità Pubblica Università di Firenze)

Presidente dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale

gavino.maciocco@unifi.it



CCM - C.so G. Lanza 100

10133 TORINO

Tel: 011-660.27.93

Fax: 011-383.94.55

Il nostro percorso

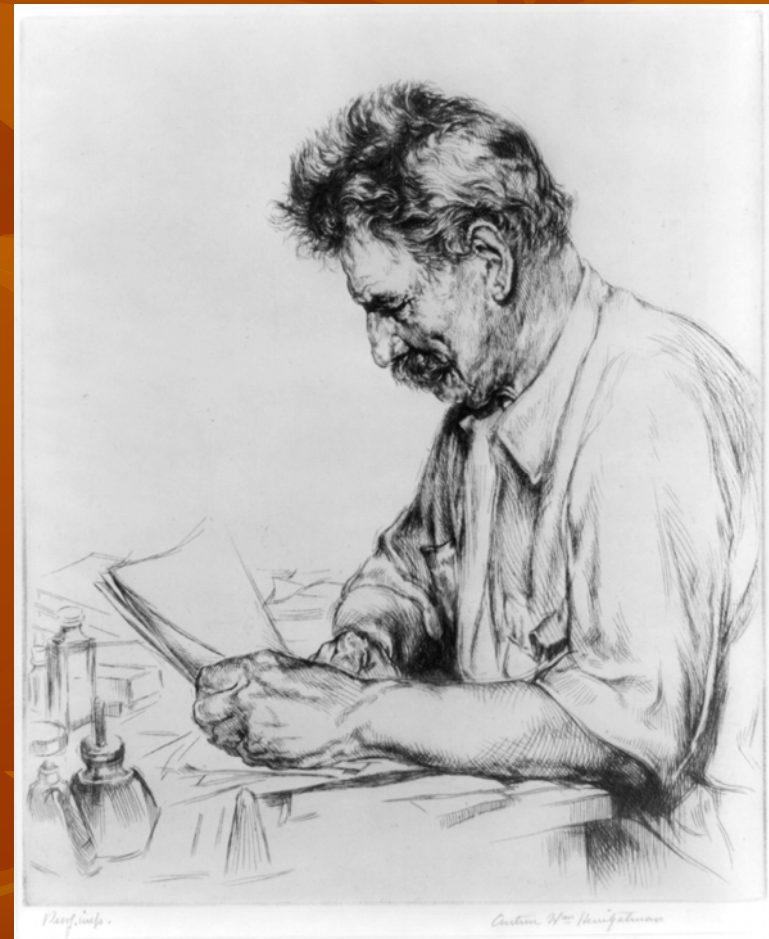
- Gli attori della cooperazione internazionale per lo sviluppo
- **L'evoluzione delle politiche di sviluppo nel settore sanitario a livello mondiale**
- L'evoluzione legislativa in Italia ed il ruolo delle Organizzazioni Non Governative (ONG)
- Valori e nodi etici del volontariato internazionale

Gli attori della cooperazione internazionale

- Istituzioni Internazionali (UN => OMS/WHO, UNICEF; Comunità Europea - EC; Banca Mondiale - WB)
- Organismi Governativi (Ministero della Cooperazione; MAE => Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo – DGCS; Agenzia specializzata)
- **Organismi Non Governativi (ONG/NGO)**
- Altri: Enti Locali (“cooperazione decentrata”); Associazioni economiche e di categoria (Confindustria, Artigianato ecc.); Università e “Centri di eccellenza”

L'inizio pionieristico

- Interventi filantropici isolati
- Appoggiati prevalentemente alle Missioni
- Grande tensione etica, religiosa o ideologica
- Contesto coloniale e di lotta per l'indipendenza



Dr Albert Schweitzer



10 dicembre 1948

Diritto alla Salute

Il dopoguerra

- Grandi interventi “verticali” progettati e realizzati dall'esterno (p.e. eradicazione della malaria con il DDT)
- Indipendenza di quasi tutti i PVS => coinvolgimento dei Governi locali _ Blocchi contrapposti e “Non allineati”



ALMA-ATA 1978

PRIMARY HEALTH CARE

La rivoluzione
copernicana



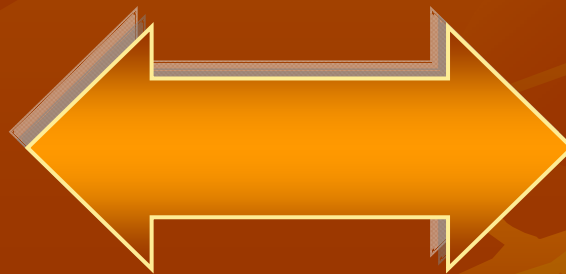
WHO UNICEF





“L’assistenza sanitaria di base è quella assistenza sanitaria essenziale, fondata su metodi pratici e tecnologie appropriate, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile agli individui e alle famiglie nella collettività, ...

... attraverso la loro piena partecipazione, a un costo che la collettività e i paesi possono permettersi ad ogni stadio del loro sviluppo nello spirito di responsabilità e di autodeterminazione”



PHC: componenti essenziali

Alma-Ata
1978
Primary
Health
Care

- **Educazione** sanitaria (prevenire e controllare i principali problemi di salute)
- **Alimentazione** adeguata, **acqua** potabile, condizioni **salubri** di vita
- Assistenza **materno-infantile**
- **Vaccinazioni**
- Appropriato **trattamento** delle comuni malattie ed approvvigionamento dei **farmaci essenziali**



***“I grandi cambiamenti
nella sanità sono
atti politici intrapresi
per fini politici”***

Victor R. Fuchs

(Docente di Politica Sanitaria alla Stanford University)

**The government is not the
solution.**

It is the problem !

1980



1979

Selective PHC

J.A. Walsh & K.S. Warren [Rockefeller Foundaion]
“Selective PHC: an interim strategy for disease
control in developing countries” – **NEJM (1979)**

La Comuna
Honduras

**Comprehensive
Primary
Health Care**



**Selective
Primary
Health Care**

OMS Alma-Ata

World Bank



Rockefeller Found.

UNICEF

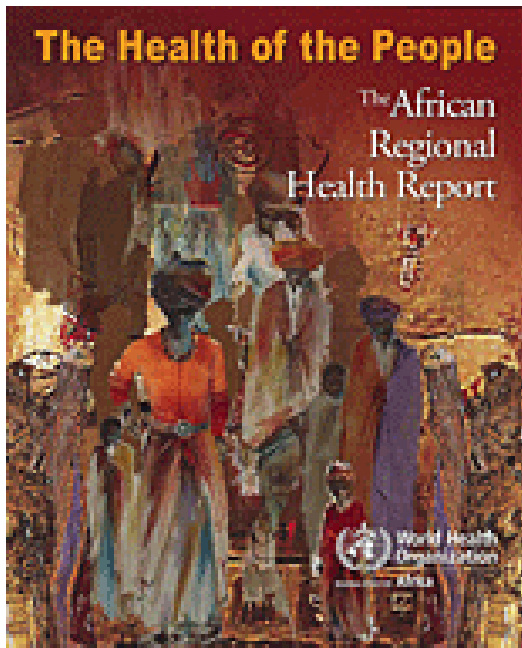
The World Bank logo, featuring the text "World Bank" in white on a blue background with a stylized globe pattern.

World Bank

Working for a World Free of Poverty

“ Financing Health Services in Developing Countries ” (1987)

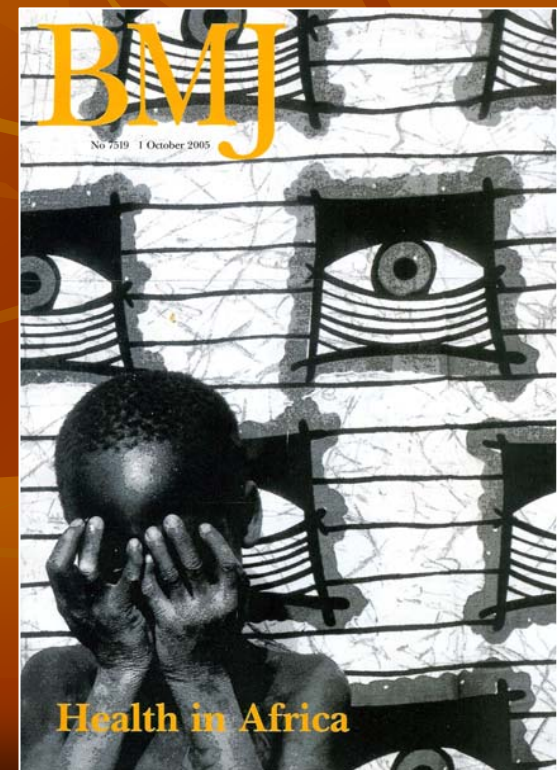
- Introdurre il pagamento dei servizi pubblici da parte dei cittadini (**“user fees”**)
- Favorire la **privatizzazione** dei servizi sanitari
- Promuovere le **assicurazioni**
- **Decentrare** il governo della sanità



Libero mercato: la pillola magica?

W.C. Hsiao (Docente di Health Policy ad Harvard) –
“Marketization: The illusory magic pill – Health
Economics – vol 3 - 1994:

*“L’evidenza che deriva dall’analisi dei sistemi
sanitari basati sul mercato dimostra
chiaramente che le forze del mercato non
hanno migliorato l’efficienza complessiva del
sistema, né contenuto i costi”*



Medical poverty trap



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.

“La responsabilità della povertà fu scaricata integralmente sugli stessi poveri.

Negli anni Ottanta e Novanta gli aiuti allo sviluppo crollarono: per esempio, nell’Africa sub-Sahariana passarono dai 32 dollari pro capite nel 1980 ai 22 del 2001”



J. D. Sachs, La fine della povertà, Mondadori, 2005

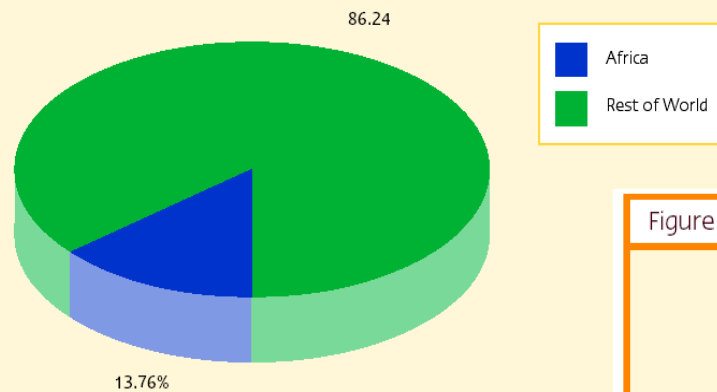
Conseguenze della “trappola della povertà”



1. Malattie non trattate
2. Ridotta accessibilità all'assistenza
3. Irrazionale uso dei farmaci
4. Impoverimento a lungo termine

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.

Figure 6.5c Africa's share of world's population



**Nei PVS
mancano i
professionisti**

Figure 6.5a Africa's share of world's health workforce

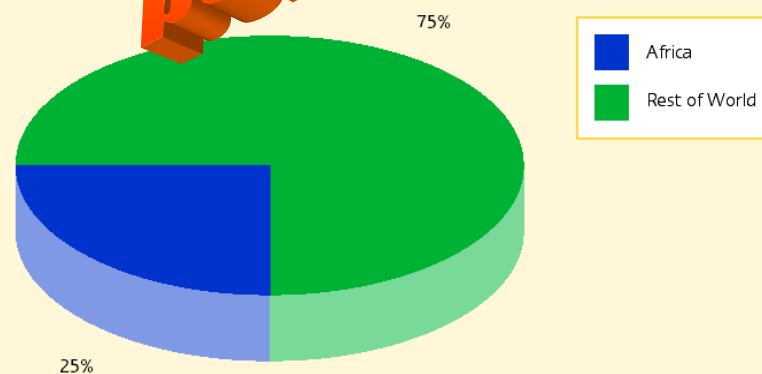
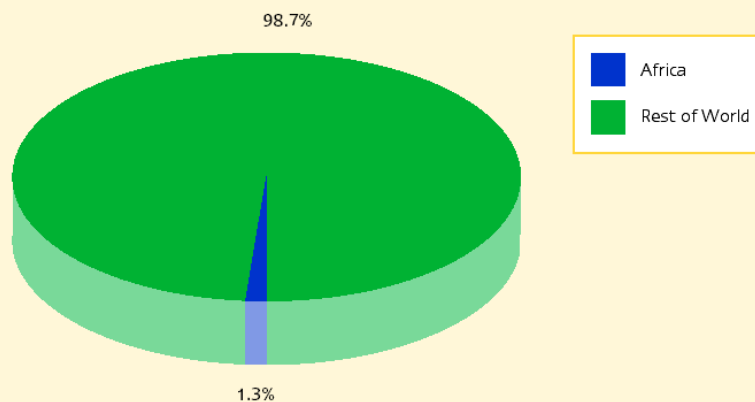


Figure 6.5b Africa's share of world's health workforce



**Emigrano
nei Paesi
ricchi**

AIDS e Global Fund



2001: 148 Accademici della Harvard University denunciano che, nell'Africa Subsahariana, su 25 milioni di persone affette dall'HIV, con 2,2 milioni di morti l'anno, < 40.000 ricevono un trattamento antiretrovirale ...

In occasione del G8 2001 viene
deliberata la nascita del

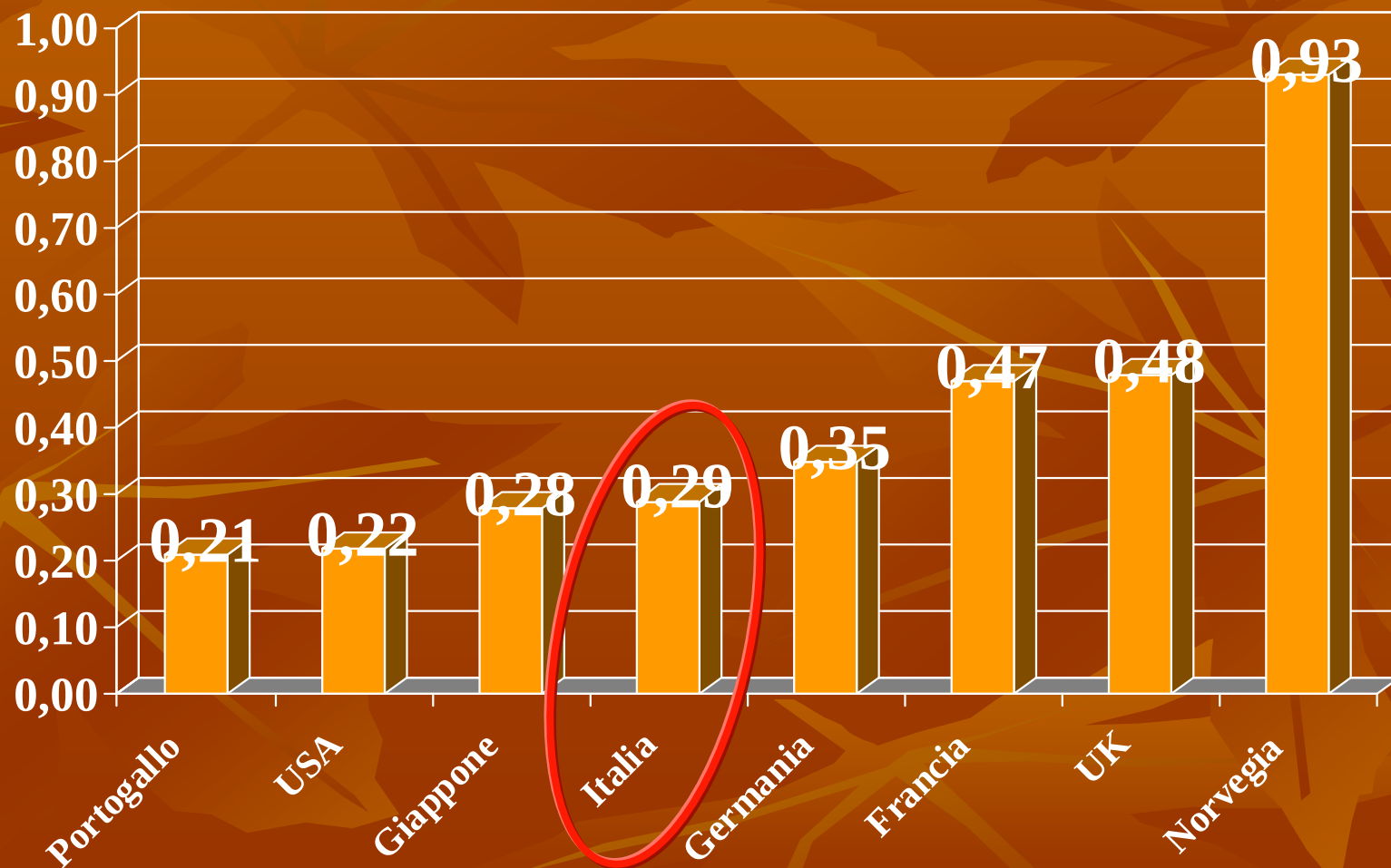


Ginevra 29 gennaio 2002

E in Italia ...

- Fase “**pionieristica**” di volontariato puro
- “**Legge Pedini**” (1222/1971): servizio civile internazionale (alternativo al militare)
- **L.38**/1979: le ONG tra gli “attori” della cooperazione
- L.73/1985: Fondo Aiuti Italiano (**FAI**) per la fame nel mondo => 1.900 miliardi £ in 18 mesi
- L.**49**/1987: personale delle ONG => “volontari” e “cooperanti”
- **DDL 1537** (licenziato dal Governo ed ora all’esame delle Commissioni Parlamentari) + decine di altre proposte di legge

APS/PIIL di alcuni Paesi



Working *together* for health

The World Health Report 2000

Il ruolo del volontariato

Che cosa è il volontariato internazionale ?

- Una parentesi nella vita?
- Un'attività extra che si affianca al lavoro?
- Una dimensione intrinseca del proprio modo di essere e di pensare il mondo?

Fare o essere ?

Volontariato internazionale: quale ruolo ?

- **INTEGRATIVO**: la dimensione di gratuità non sarà mai garantita dal lavoratore dipendente (neanche con gli incentivi, le normative ecc...)
- **ALTERNATIVO**: il volontariato riesce a intuire e a sperimentare nuovi modelli di medicina mentre i “professionisti” spesso non sanno uscire dall’unica visuale del progresso tecnico-scientifico
- **INNOVATIVO**: valorizza lo spirito di volontariato se vuoi dinamizzare la tua professione e il sistema!

Nodi etici del volontario “sul campo”

- **La filosofia del progetto**
- **I promotori del progetto: MAE, EU, altre ONG, Agenzie varie private o internazionali**
- **La controparte locale: governi, missioni, ONG locali ecc.**
- **Le realtà “difficili”: isolamento, rischio, violazione diritti umani, barriere “culturali” (MGF ecc.)**

Nodi etici delle ONG

- **Priorità di valori (chiara ed esplicita) nelle scelte strategiche di intervento**
- **Margini di mediazione: il fine non giustifica i mezzi, ma l'intransigenza è sterile ...**
- **Struttura interna dell'ONG: da volontari "liberi" a "dipendenti"**
- **Personale espatriato: da dilettanti a professionisti – risorsa e rischio**

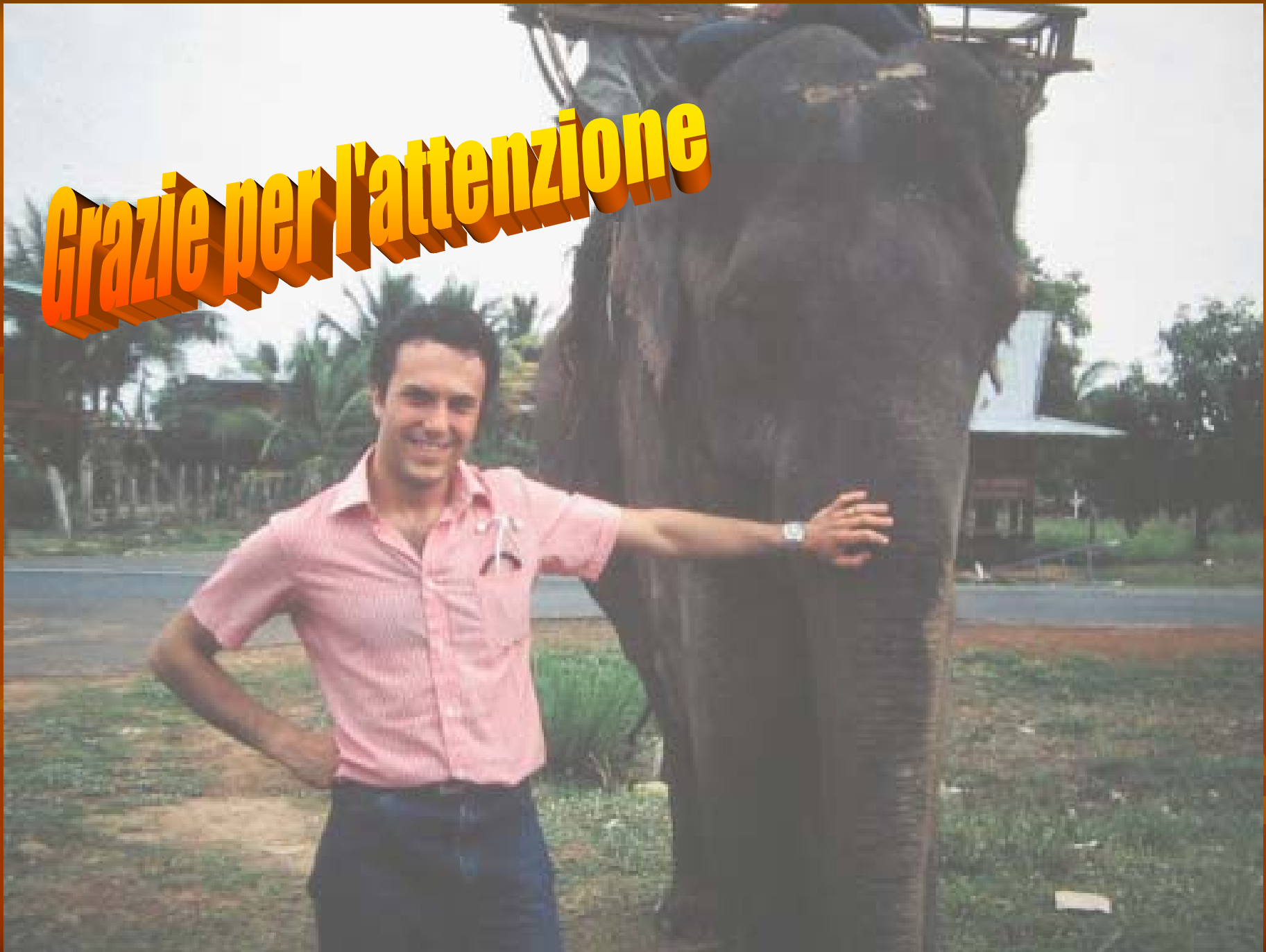
Il volontariato internazionale deve essere

- **ATTENDIBILE** (perché motivato)
- **QUALIFICATO** (formazione ed esperienza)
- Ma sempre **DISINTERESSATO**
- ...e per questo

libero !



Grazie per l'attenzione



Bibliografia

- Gavino Maciocco, *Dove vanno i sistemi sanitari: dal liberismo al liberismo- la parabola del diritto alla salute dall'Ottocento al Duemila*, Università Firenze – Dipartimento di Sanità Pubblica _ 2002
- R Labonté and T Schrecker, *globalization and social determinants of health (part 1, 2 and 3)*, www.globalizationandhealth.com/content/3/1/5-7
- Gavino Maciocco, *Da Alma-Ata al Global Fund (la ricostruzione delle politiche mondiali in campo sanitario dal 1978 ad oggi)*, Osservatorio Italiano sulla Politica Globale _ 2007
- WHO/UNICEF, *Alma-Ata 1978 Primary Health Care*, "Health for all" Series #1, WHO (Geneva) _ 1978
- K.W.Newell, *Selective Primary Health Care: the counter revolution*, Soc.Sci.Med. Vol.26, #9 (1988) 903-6
- K.Buse G.Walt, *Role conflict? The World Bank and the world's health*, Social Science & Medicine, 50 (2000) 177-9
- M.Whitehead G.Dahlgren T.Evans, *Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap?*, Lancet 2001;358:833-6
- W.C.Hsiao, "Marketization" – *The illusory magic pill*, Health Economics, Vol.3 (1994) 351-7
- D.Coburn, *Income inequality, social cohesion and health status of populations: the role of neo-liberalism*, Social Science & Medicine 51 (2000) 135-46
- Pietro Gatti, *Il Fondo Aiuti Italiano (FAI): 18 mesi che sconvolsero la cooperazione allo sviluppo*, www.democrazialegalita.it/Fai_pietrogatti
- www.globalizationandhealth.com ; www.saluteglobale.it
- www.ccm-italia.org ; www.mediciconlafrica.org