

*Globalizzazione e salute globale**

Giovanni Berlinguer

presidente del Comitato nazionale di bioetica (Roma) / professore ordinario di fisiologia e igiene del lavoro nella Università degli studi di Roma "La Sapienza"

Quale globalizzazione?

Si parla molto, oggi, di globalizzazione. Si globalizzano le finanze, l'informazione simultanea, le migrazioni di popoli, la criminalità organizzata, le conoscenze scientifiche e le tecnologie, i sistemi di potere, le produzioni e il lavoro umano. La globalizzazione può essere esaltata come opportunità per la crescita economica e culturale dei popoli, oppure criticata in considerazione del come è controllata, del chi lo fa e in quali direzioni. Essa è però irrefrenabile, soprattutto perché corrisponde alla fase attuale dello sviluppo storico del mondo, e perché può rispondere a molte esigenze degli esseri umani.

Questa affermazione si presta a due obiezioni fondamentali. La prima è che la globalizzazione dell'economia significa oggi l'accumulazione di capitale e di potere nelle mani di pochi attori con il predominio degli interessi della finanza internazionale su ogni altro; questo comporta: «un aumento della disuguaglianza senza precedenti.» (NAVARRO V. 1998: 742-743). La seconda è che il concetto e la cultura della globalizzazione sono stati creati e diffusi dalle forze neoliberale determinate a far credere che non ci sono alternative praticabili e quindi negando le funzioni della politica e della democrazia: «Nei dibattiti accademici, non meno che nella politica e nei media, l'idea della globalizzazione è stata intrecciata dall'inizio con l'idea della intensa competizione tra gli stati per l'accrescimento del capitale volatile e con la conseguente stretta subordinazione di molti stati ai dettati delle agenzie capitalistiche.» (ARRIGHI G. 1998).

Ambedue le obiezioni si basano su fatti reali. Si può anche aggiungere che il capitalismo, per la sua natura, non conosce confini (la vita umana, la

salute, e perfino le parti del corpo umano si vanno trasformando in merce); e che il credo neoliberista viene imposto ai popoli con le regole del fondamentalismo monetario, che non ammette eresie. Lo dimostra il fatto che la Banca mondiale e il Fondo monetario internazionale subordinano i loro aiuti all'impegno dei governi di smantellare i loro sistemi di sanità pubblica e di welfare (CHOSSUDOVSKY M. 1997). Ciò costituisce, probabilmente, il più importante "esperimento sugli umani" della storia, quasi sempre realizzato senza il "consenso informato" e senza l'analisi dei costi-benefici. Le conseguenze di questa scelta (e più ancora dei crescenti dislivelli di reddito, di sapere e di potere tra le differenti classi, gruppi etnici, generi e popoli) si sono tradotte negli ultimi vent'anni, quasi ovunque, in un aumento delle disuguaglianze nei livelli di salute, documentate da eloquenti statistiche che sono traducibili in milioni di esistenze umane stroncate o logorate.

Si deve aggiungere però che gli ultimi anni testimoniano una sconosciuta ondata di reazioni a questa situazione e di iniziative per l'equità a proposito della salute. Il progetto *Global equity in health*, che ha avuto inizio nel febbraio del 1996 ora comprende quindici Paesi. Altri incontri, progetti di ricerca e dichiarazioni hanno fatto seguito, in un insospettabile effetto a "palla di neve", tanto da porre il tema all'ordine del giorno delle politiche sanitarie in molte nazioni. La questione ha assunto una fisionomia precisa per la World Health Organization (WHO) e per altre agenzie internazionali. Anche questa è globalizzazione, che ha potuto essere avviata non solo per ragioni specifiche, relative alla salute, ma perché il clima culturale e morale del mondo sta cambiando.

Vent'anni fa, prevalevano speranze e illusioni verso il potere risanatore del mercato. L'ideologia neoliberale aveva trasformato il mercato da quel che è stato sempre, cioè un opportuno stimolo e regolatore dell'economia, in un dio onnipotente e benevolo, che si è rivelato, invece, capriccioso e crudele. Nubi oscure si addensano infatti sull'economia mondiale, e nei pensieri della gente domina la preoccupazione.

Ci si interroga ora su quali siano le implicazioni, sul piano morale, dell'aumento delle disuguaglianze; e ci si chiede se, oltre certi limiti, queste non possano rendere problematica la convivenza nelle nazioni e tra le nazioni. Sul piano politico, si ricercano e si costruiscono nel consenso popolare, soprattutto in Europa, quelle alternative di governo che sembravano precluse per sempre.

Le vere domande, perciò, non sono rivolte a chiedere se la moltiplicazione dei rapporti internazionali e la maggiore interdipendenza siano un bene o

un male, se ciò deve essere favorito o contrastato, ma piuttosto verso altre questioni: quale globalizzazione? per quali scopi? con quale guida?

Globalizzare la salute

Io cercherò di dare una risposta parziale a queste domande, guardando la realtà attraverso l'osservatorio costituito dal concetto di salute, intesa come benessere individuale, come interesse collettivo, e come condizione essenziale per vivere liberi. La "libertà sostanziale" è, infatti, menomata quando predomina la malattia: a) perché l'individuo viene solitamente impedito nelle sue facoltà di decidere e di agire; b) perché la sua sorte è affidata ad altri poteri e non è più considerato nel suo status di cittadino avente diritti; c) perché la malattia, quando è persistente o cronica, spinge spesso l'individuo (come le nazioni), verso una degradazione, verso il circolo vizioso di una regressione che rischia di essere irreversibile.

Finora, molte analisi del rapporto fra globalizzazione e salute hanno guardato alla salute come a un sottoprodotto, come a una conseguenza spontanea – positiva secondo alcuni, negativa secondo altri – di forze globalizzatrici estranee a questa esigenza, che si sono mosse motivate soltanto da altri interessi. Io suggerisco invece un altro approccio, inizialmente descrittivo, e poi normativo. Enfatizzerò perciò il fatto che la salute deve essere affrontata oggi come un problema globale, e che la sua globalizzazione è un bene, per il quale lavorare in modo esplicito e programmato.

Aggiungo che le tendenze in atto devono essere corrette e guidate: è un paradosso non piccolo che un bene così essenziale come la salute globale sia negletto o deteriorato quando la globalizzazione diventa preminente e pervasiva. La salute globale è uno scopo sociale desiderabile, oggi trascurato o stravolto dall'influenza del fondamentalismo monetario, che bisogna invece porre in evidenza primaria sia per il suo valore intrinseco, sia come simbolo del prevalere di valori umani su altri interessi.

La lotta contro le inequità è un forte stimolo verso questo obiettivo. Ma vale altrettanto, e forse più sul piano pratico, la consapevolezza, che la salute è un bene indivisibile, e che il genere umano è collegato da un comune destino. Gli ultimi anni hanno fatto crescere, nel mondo, la coscienza ambientalista, basata sulla constatazione elementare che viviamo in un unico pianeta. Non è successo altrettanto per la coscienza sanitaria. Quanto hanno pesato, per favorire questa passività diffusa, i silenzi interessati di

chi sa, l'opportunità di chi può (a partire dall'Organizzazione mondiale della sanità), le complicità della politica, e infine le distorsioni delle scienze mediche, fortemente restie a riconoscere che l'origine delle malattie sta fondamentalmente nell'intreccio fra biologia e società?

L'unificazione microbica del mondo

Il mio punto di partenza è la minaccia della malattia in un schizzo di alcuni aspetti della storia moderna. Accennerò ai risultati ottenuti, e alla regressione (relativa) degli ultimi decenni. Descriverò alcuni fra i danni e i rischi che si stanno accumulando su scala globale: infezioni, degrado ambientale, droghe, violenze. Concluderò con alcune osservazioni di carattere prevalentemente morale.

La trasmissione delle epidemie tra paesi e continenti, specialmente tra l'Asia e l'Europa, è vecchia come la storia del genere umano. La globalizzazione delle malattie, cioè la diffusione degli stessi quadri morbosi in ogni parte del mondo, comincia nell'anno 1492. La scoperta (o conquista) dell'America, un punto di svolta nella storia, significò anche l'unificazione microbica del mondo: il passaggio dalla separazione dei popoli (e delle malattie) alla loro comunicazione (BERLINGUER G. 1992, MORSE S. S. 1992). Prima di allora, diverse condizioni dell'ambiente, dei modelli nutrizionali, dell'organizzazione sociale e culturale, di presenza o assenza di agenti e vettori biologici delle malattie trasmissibili avevano creato quadri epidemiologici assai differenti, nel vecchio e nel nuovo mondo.

Non esisteva per esempio nelle Americhe il vaiolo, il morbillo, la febbre gialla, né in Eurasia e in Africa la sifilide. La sifilide si manifestò in forma epidemica, per la prima volta nel vecchio mondo, nell'anno 1495, con la conquista di Napoli da parte delle truppe francesi di Carlo VIII. Gli italiani la chiamarono perciò "mal francese", e i francesi "mal napolitain"; e quando arrivò in Oriente, i giapponesi la definirono "mal portoghese", e così via stigmatizzando. La tendenza a incolpare gli "altri" per le epidemie è una costante della storia: gli ebrei furono biasimati come portatori della peste nera in Europa, gli irlandesi per il colera a New York, gli italiani per la poliomielite a Brooklyn. Si deve, inoltre, ricordare che la prima definizione dell'Aids, formulata dallo statunitense *Center for disease control* (Cdc) di Atlanta quando identificò la malattia, fu quella di immunodeficienza acquisita degli omosessuali; poi, in molti attribuirono la malattia agli haitiani.

Dopo il 1492 l'impatto delle nuove malattie, in popolazioni in cui non

esisteva alcun grado di immunità naturale, fu devastante, soprattutto nel continente americano, e rappresentò una delle cause del maggior genocidio avvenuto in tutta la storia della specie umana. Non l'unico fattore, ma certamente una delle massime cause. Molti storici ritengono però che l'enfasi esclusiva su questo fattore, derivante da un fenomeno allora incontrollabile, come era il rapporto fra microrganismi e difese biologiche umane, ponga in ombra le altre cause colpevoli dello sterminio. Esse vanno ricercate nella perdita di identità, di sicurezza e di potere dei popoli del nuovo mondo, e quindi nello sterminio deliberato, nell'imposizione del lavoro schiavistico e letale nelle miniere, nella rottura dei modelli alimentari, e nel collasso psicologico e culturale che ridusse la resistenza alle malattie e causò perfino epidemie di suicidi.

A partire dal secolo XVI si realizzò quindi l'unificazione microbica del mondo. Dovevano però trascorrere tre secoli prima che l'umanità (popoli, governi, cultura e scienza) prendesse coscienza dei rischi comuni, affermasse l'esistenza di diritti fondamentali di ogni essere umano, e cominciasse ad affrontarli con un impegno che va oltre le frontiere.

La globalizzazione della salute nei secoli XIX e XX

Soltanto nel XIX secolo si consolidò l'idea che, pur essendo il libero mercato un fattore di progresso nell'economia, qualcosa dovesse rimanervi estraneo: gli esseri umani, innanzitutto, perché altrimenti la sicurezza e la dignità di tutti ne sarebbero state compromesse. Su questa base si cominciarono a formulare regole e divieti contro la schiavitù, che in seguito divennero universali. Solo nel XIX secolo, soprattutto, si verificarono i tre presupposti di un'azione efficace contro le malattie trasmissibili che erano in tutti i paesi, di gran lunga, la causa fondamentale di morte: la conoscenza delle loro cause, l'individuazione di rimedi preventivi e terapeutici, e la volontà di agire contro di esse sul piano internazionale.

Il primo esempio di questa azione fu, già alla fine del Settecento, la vaccinazione contro il vaiolo. Essa era praticata da lungo tempo in Asia, con l'uso di siero tratto dalle pustole vaiolose guarite; l'Europa ne venne a conoscenza attraverso la Turchia, dove le curatrici empiriche riuscivano a provocare nei bambini la malattia in forma attenuata, e a creare in loro un'immunità permanente. Tale sistema non si era diffuso in Europa, probabilmente per la "cecità epistemologica" e per l'arroganza professionale dei medici europei, che pensavano di non aver nulla da apprendere da persone che i loro pregiudizi spingevano a considerare, sotto il profilo

intellettuale, tre volte sottosviluppate: perché donne, perché curatrici empiriche e perché turche. La vaccinazione si diffuse in Europa, e da qui nel mondo, quando Jenner (attingendo anche lui dall'esperienza popolare femminile) la reinventò, la perfezionò e ne dimostrò su larga scala l'efficacia.

I decenni che comprendono la fine del XIX secolo e l'inizio del XX furono l'epoca di maggior progresso nella lotta contro le malattie epidemiche. Si scoprirono molti microbi, agenti di infezioni diffuse e letali come la tubercolosi, la peste, il colera, e i modi della loro trasmissione, attraverso artropodi vettori o attraverso i cibi e le acque contaminate. Si introdussero sieri e vaccini. Si risanarono molte città. Si votarono leggi per ridurre la giornata lavorativa da 12-14 fino a 8 ore, garanzie per le donne in gravidanza e limitazioni per il lavoro dei minori. Si diffusero le assicurazioni sociali e altre forme di tutela collettiva della salute. Si decisero accordi fra nazioni contro il passaggio di malattie da una parte all'altra del mondo; e si creò, con l'Ufficio internazionale delle epidemie, il primo embrione di un organismo mondiale per la sanità.

È di rilevante interesse storiografico ricordare che molte scoperte di agenti biologici e di vettori di malattie epidemiche furono fatte da medici o da commissioni scientifiche militari, che lavoravano al seguito di eserciti coloniali: nel Nord Africa il plasmodio della malaria; in India il ruolo delle pulci e dei ratti nella trasmissione della peste; in America centrale, nel periodo della realizzazione del canale di Panama, quello di *Aedes aegypti* come vettore della febbre gialla. Queste ricerche furono incentivate perché le malattie colpivano gli eserciti e i coloni, oltre che le popolazioni locali, e nuove conoscenze erano indispensabili per stabilizzare le conquiste e lo sfruttamento. Ma tutti ne beneficiarono, comprese (in misura minore) le popolazioni locali.

Come risultato di molteplici fattori, e anche della convergenza di interessi diversi, in quei decenni si ebbe per la prima volta una stabile regressione di flagelli "eterni" dell'umanità, e si aprì il cammino all'aumento della speranza di vita della specie umana. Questo fatto, sebbene sia avvenuto in modo assai diverso nel tempo storico e nello spazio geografico del globo, mantenendo sostanziali inequità fra i popoli e fra le classi, preparò la strada all'affermazione di una diversa aspettativa di vita. Esso rappresenta indubbiamente uno straordinario progresso sociale e biologico del nostro secolo.

Il nostro secolo ha portato due guerre mondiali, innumerevoli guerre locali, genocidi e violenze. Ma, per esso, è anche valido il giudizio dello

storico inglese Arnold J. Toynbee per cui il secolo XX sarà ricordato principalmente non come un'epoca di conflitti politici e di invenzioni tecniche, ma come l'epoca nella quale la società umana osò pensare alla salute dell'intera specie umana come a un obiettivo pratico raggiungibile.

La regressione degli ultimi decenni

Non sono però sicuro che gli ultimi decenni saranno ricordati allo stesso modo. Questa diffusa sensazione deriva innanzitutto dai fatti: dalla caduta di molte speranze, dal rallentamento del progresso sanitario, dall'accrescimento delle differenze e delle iniquità nel livello di salute e nel grado di sicurezza tra le nazioni, e all'interno di gran parte delle nazioni. Ma deriva anche dagli orientamenti culturali che stanno prevalendo in gran parte dei paesi, e che si possono riassumere in quattro punti connessi con la globalizzazione:

1. L'idea che la salute è un fondamento, come moltiplicatore delle risorse umane, e soprattutto una finalità primaria della crescita economica, è stata sostituita quasi universalmente da un'idea opposta. I servizi pubblici di salute e l'universalità delle cure sono un ostacolo, e spesso l'ostacolo principale, per la finanza pubblica e per lo sviluppo della ricchezza; a ciò consegue che la riduzione (non la razionalizzazione, che è indispensabile in tutti i paesi!) della spesa sanitaria è il maggiore imperativo di ogni governo.

2. L'Organizzazione mondiale della sanità ha perso, per i suoi difetti e per il disimpegno dei governi, la sua funzione di guida nelle politiche sanitarie del mondo. I poteri e le influenze, in questo campo, si sono spostate verso la Banca mondiale e il Fondo monetario internazionale, che sono diventati (non per sempre spero) i leader sanitari essenziali soprattutto per i paesi meno sviluppati. In un editoriale dell' "American Journal of the Public Health" che ha aperto un dibattito sullo stato della salute a livello internazionale, G.A. Silver ha scritto: «Il ruolo della World health organization è passato alla molto più ricca e influente World bank. E gli scopi della WHO sono stati dispersi tra altre agenzie delle Nazioni Unite [...] tuttavia senza che una struttura delle Nazioni Unite abbia la supervisione o che esista un piano organico di campagna sanitaria» (SILVER G.A. 1998). Questa deriva e questo vuoto è stato documentato da Koivusalo e da Olilla e definito "politica sanitaria in contumacia" (KOIVUSALO M. - OLILLA E. 1998).

3. Il modello che assegnava alla *primary health care* la funzione preventiva e terapeutica essenziale, è stato sostituito in molti paesi dalla tendenza a

smantellare i meccanismi di intervento pubblico. Anche in Paesi con risorse minime viene assegnata priorità alle tecnologie costose e riservate a pochissimi privilegiati. I servizi comunitari sono sostituiti dalle assicurazioni private – che negli Stati Uniti si sono rivelate il sistema più costoso e meno equo di assistenza sanitaria – e allo Stato si riserva soltanto la cura dei poveri. Questo è esattamente ciò che accadeva in Europa nel secolo XIX.

4. L'idea che la salute del mondo è indivisibile, che è stata cruciale al principio del secolo e ha costituito il fondamento dell'Oms, è stata sostituita dalla convinzione, molto diffusa in Europa e negli Stati Uniti, che questi popoli possano godere del massimo di salute isolati dalle sofferenze degli altri popoli. La medesima illusione si è diffusa, all'interno di ogni nazione, tra i gruppi sociali sani e ricchi che hanno un atteggiamento di irresponsabilità verso quei gruppi che non hanno gli stessi livelli di privilegio.

Io non sono pessimista sul futuro. Penso però che i medici e gli infermieri, gli scienziati, le associazioni, gli enti governativi e non governativi, tutti coloro che operano nel campo della salute abbiano di fronte alla società un obbligo nuovo. A quello del segreto professionale, che vale per i medici verso le malattie di chi affida loro la sua vita, si aggiunge il dovere sociale, per tutti quelli che sanno, di parlare, di informare le popolazioni e le istituzioni sulle minacce che incombono sulla salute e sulla sicurezza della comunità.

Perciò voglio menzionare alcuni fenomeni – la scelta può essere arbitraria, e mi auguro che altre analisi suppliscano ai limiti di questa – che sono indirizzati a lasciarci come eredità non soltanto il rischio, ma danni crescenti riguardo la salute e la integrità individuale e collettiva. Gli esempi che seleziono sono malattie, o problemi di “patologia sociale” che producono conseguenze distruttive simili negli esseri umani: la recrudescenza di vecchie infezioni, e la comparsa di nuove; le implicazioni per la salute del degrado ambientale; la mondializzazione delle droghe; la violenza distruttive e autodistruttive.

Vecchie e nuove infezioni

Lo straordinario risultato della riduzione della mortalità per malattie infettive in tutti i paesi del mondo ha alimentato, negli ultimi decenni, la speranza di un mondo senza epidemie. Purtroppo la persistente vulnerabilità dei popoli di fronte ai microbi e ai virus (GARRET L. 1995) si è resa

evidente, negli anni Settanta e Ottanta, con la comparsa e la identificazione del virus dell'Aids, che si è diffuso rapidamente quasi dovunque. A questo hanno fatto seguito altri eventi: la comparsa di nuovi agenti virali, finora fortunatamente confinati in specifiche aree geografiche; la trasmissione da un continente a un altro di malattie che si pensavano persistenti solo in alcuni paesi, come il colera; la endemizzazione della malaria, che fa ogni anno milioni di vittime in Africa e in altre aree del Sud del mondo – e che si è estesa fino allo stato USA della Virginia – la recrudescenza e la crescita di virulenza di microbi come il *Mycobacterium tuberculosis*, con un aumento dei casi che si verifica anche in Europa e negli Stati Uniti d'America.

La spiegazione più frequente di questi fenomeni è l'aumento esponenziale e la rapidità dei viaggi di uomini e donne fra tutte le parti del mondo. Questa è vero, ma è soltanto una parte della verità.

L'encefalopatia spongiforme bovina (BSE) si è diffusa nella popolazione umana della Gran Bretagna semplicemente perché gli allevatori avevano nutrito le mucche con carne, visceri e cervelli di ovini. Trasformando, per sete di guadagno, nobili erbivori in carnivori, hanno aperto la via alla trasmissione interspecifica dei prioni e messo a rischio gli umani.

La tubercolosi aumenta non solo perché è un'infezione opportunista nei malati di Aids, ma anche perché crescono la povertà e la marginalità urbana, come le carenze nutritive e il lavoro minorile. Inoltre, l'uso inappropriato e indiscriminato di farmaci antimicrobici ha provocato la selezione di organismi resistenti ai medicinali.

La persistenza di malattie microbiche e parassitarie, come la malaria, dipende anche dalla carenza di investimenti verso la ricerca di vaccini. Dal confronto tra ciò che si spende contro la malaria e contro l'Aids emerge un rapporto di uno a dieci. L'unica differenza oggettiva è che la prima può uccidere ricchi e poveri.

E i viaggi internazionali? Non avvengono soltanto per turismo, per cultura, per necessità di lavoro. Negli ultimi dieci anni, 50 milioni di uomini, donne e bambini si sono dovuti spostare da un paese all'altro, come risultato della fame, di disordini civili, di colpi di stato e di guerre: tragedie che sono sempre state, nella storia, prodromi di malattie.

Questi fenomeni ci inducono a riflettere sulla cosiddetta "transizione epidemiologica". Si ritiene solitamente che essa consista nel passaggio, come fenomeno nosologico dominante, dalle malattie infettive a quelle cronico-degenerative, o meglio non-infettive. Questa considerazione, valida relativamente alle statistiche di mortalità, richiede però alcune integrazioni.

La prima è che essa non si può applicare alle statistiche di morbosità, che sono tuttora rilevanti in molte parti del mondo.

La seconda è che la ricomparsa di vecchie e la comparsa di nuove infezioni deve indurci a non distogliere l'attenzione dal fatto che prioni, virus, microbi e parassiti viaggiano senza passaporto e senza visto attraverso le frontiere. Come ha scritto Henry Sigerist in *Civilization and Disease*, nel 1943 – cioè 55 anni fa –: «Da quando il mondo è divenuto più piccolo come risultato degli attuali mezzi di comunicazione [...] la solidarietà umana nel campo della salute non può essere impunemente trascurata» (SIGERIST H. 1943).

La terza è che la transizione epidemiologica, se si vuole cercare oltre la pura descrizione anche una spiegazione causale, rappresenta anche – o soprattutto – il passaggio da malattie “fisiogene”, che avevano origine prevalentemente naturale, a malattie prevalentemente “antropogene”. Per queste ultime, l'origine va ricercata in noi stessi, esseri umani, nelle nostre azioni e/o omissioni, nella mancanza di un pensiero previsionale e solidale. Essendo fenomeni antropogeni, queste malattie non sono né fatali né irreversibili: siamo in condizione di modificarli e di tenerli sotto controllo.

Allarme medico per l'ambiente

Il rischio di irreversibilità esiste, invece, per il degrado ambientale.

Molte trasformazioni dell'ambiente hanno migliorato la salute: il risanamento urbano, per esempio, è stato decisivo per la lotta contro le malattie trasmesse dall'acqua e dagli alimenti; l'aumento della produttività agricola, ottenuto attraverso un uso appropriato della chimica e delle biotecnologie, è stato essenziale a liberare molte persone dalla fame.

Negli ultimi decenni si sono però accentuati i danni immediati, che colpiscono tutti, sia pure con un gradiente diverso fra le classi e i popoli. Essi derivano dalla contaminazione dell'aria, delle acque, del suolo e del sottosuolo; dall'impoverimento delle risorse naturali; dalla riduzione della qualità di vita nei grandi agglomerati urbani, dove si sta addensando la maggioranza della popolazione mondiale (WORLD HEALTH ORGANIZATION 1998). Soprattutto nelle megalopoli dei paesi poveri, il contrasto fra ricchezze esibite e povertà diffusa è uno dei fattori che alimentano la criminalità.

Ancora più preoccupanti sono i rischi per il futuro. “The New York Times”

ha pubblicato, il 1 dicembre 1997, un appello di medici che sottolinea i possibili effetti del *global warming*:

- «1. Malattie e morti crescenti, derivanti da ondate di calore e di inquinamento atmosferico, particolarmente nelle aree urbane, con rischio soprattutto per gli anziani, i bambini, i poveri, e gli affetti da malattie croniche cardiache e polmonari.
2. Aumento di lesioni e morti derivanti da eventi climatici estremi.
3. Esplosione e diffusione di alcune malattie infettive trasmesse dalle zanzare, compresa l'encefalite virale, la febbre dengue, la febbre gialla, la malaria.
4. Propagazione di alcune malattie connesse allo stato delle acque potabili come le diarree infantili e il colera.
5. Minore disponibilità di acqua potabile per effetto delle siccità, delle inondazioni e dell'aumento del livello dei mari.
6. E infine, forse la preoccupazione maggiore, effetti dannosi agli organismi viventi nelle terre e negli oceani, che potrebbero compromettere la produzione di cibo e alterare il funzionamento dell'ecosistema che rende possibile la vita nel nostro pianeta.» (“The New York Times”, 1 dicembre 1997).

Gli scienziati firmatari dell'appello riconoscono esplicitamente che “vi sono molte incertezze in queste previsioni, e alcuni effetti descritti sulla salute possono essere meno gravi delle attese”. Due considerazioni tuttavia si impongono. Una è dettata motivi di ordine pratico. Anche se la gravità dei danni è imprevedibile, molti di essi sono già percepibili. E soprattutto, la domanda cruciale è questa: si può evitare di agire quando, pur essendovi incertezza su alcuni sviluppi, si ha la certezza che in caso di inazione essi saranno sicuramente irreversibili?

L'altra considerazione è di carattere morale. Le conseguenze dei danni già noti e i rischi delle trasformazioni ambientali ricadono spesso in luoghi distanti da chi le provoca, e su esseri umani non ancora nati. Le analisi danni/benefici e rischi/benefici sono assolutamente improponibili, in questi casi, per la totale asimmetria dei soggetti: alcuni (pochi) hanno i benefici, altri (moltissimi) i danni e i rischi. Appaiono anche insufficienti le regole auree dell'etica, che hanno come base i rapporti con il prossimo. Può valere piuttosto il “principio responsabilità”, enunciato da Hans Jonas (JONAS H. 1979), che comprende oltre all'etica della prossimità un'etica della distanza, e che ha perciò come cornice da un lato lo spazio mondiale e dall'altro il tempo delle generazioni future. Esso implica una capacità di previsione e di prevenzione che può manifestarsi soltanto a livello globale e che richiede mutamenti profondi anche nell'etica pubblica e nel diritto.

Due circuiti delle droghe: dal Sud al Nord e dal Nord al Sud

Per le generazioni attuali, soprattutto per quelle giovanili, un rischio fondamentale è costituito dalle droghe. Al danno psicofisico, che consegue al loro abuso, si intreccia la presenza di una criminalità, organizzata spesso in forme multinazionali, che spinge al consumo e che usa gli ingenti profitti, riciclati attraverso sistemi bancari conniventi o compiacenti, per intervenire in imprese economiche legali, e in qualche caso per alimentare la corruzione politica.

Le discussioni più controverse, che impegnano coloro che sono consapevoli dei rischi delle droghe per la salute e per la sicurezza, riguardano innanzitutto il modo di convertire le produzioni, nei paesi esportatori di oppio e di coca. Riguardano, inoltre, la strategia di "limitazione del danno", allo scopo di evitare che agli effetti intrinseci della tossicodipendenza si associno da un lato l'incremento delle attività criminali, e dall'altro conseguenze irreparabili sulla salute, come la diffusione dell'Aids attraverso siringhe infette usate per l'eroina. Un terzo argomento di discussione riguarda infine l'eventuale legalizzazione delle "droghe leggere", e la somministrazione controllata dell'eroina.

In queste discussioni si intrecciano il bisogno di sicurezza individuale e collettiva, con il desiderio di solidarietà verso i tossicodipendenti; e le esigenze pratiche, i pregiudizi ideologici e i sistemi di valori risultano spesso difficilmente componibili.

Desidero soltanto sottolineare un fatto scarsamente rilevato. Le Nazioni Unite hanno creato un'agenzia specializzata per affrontare il problema. È però paradossale, e spiegabile solo in base ai rapporti di potere esistenti nella comunità internazionale e nel controllo dei mezzi di informazione, che tutto l'allarme e tutte le azioni siano concentrate esclusivamente contro la coca, l'oppio e i loro derivati: droghe sicuramente nocive e letali, che crescono nei paesi poveri del Sud, e che minacciano i paesi ricchi del Nord (UNITED NATIONS INTERNATIONAL DRUG CONTROL PROGRAM 1998). Si trascurano e si dimenticano l'alcool e soprattutto il tabacco, la cui produzione e soprattutto la cui diffusione avvengono tramite il Nord, e il cui consumo sta invadendo, tramite le imprese multinazionali, i paesi del Sud (ESCUDERO J.C. 1997).

Il rapporto 1996 dell'OMS rende pubblico che la preoccupazione maggiore riguardo al consumo di tabacco nel mondo è attualmente il suo aumento nei paesi meno sviluppati. Mentre il mercato del tabacco diminuisce dell'uno per cento annuo nell'Occidente, il fumo nel Sud aumenta ogni anno del due per cento (WORLD HEALTH ORGANIZATION 1996). Gli esperti preve-

dono che il cancro e le altre malattie correlate al fumo compariranno in questi paesi prima che siano controllate le malattie trasmissibili: l'abisso tra paesi ricchi e poveri crescerà ulteriormente.

E che fanno i governi, e le organizzazioni internazionali?

L'Unione Europea, per esempio, ha deciso di investire due milioni di dollari, con grande enfasi pubblicitaria, nella lotta contro i tumori, in particolare contro il cancro del polmone. Contemporaneamente ha stanziato oltre due miliardi di dollari per incentivare la coltivazione del tabacco in Europa e la sua esportazione verso altre parti del mondo.

Gli Stati Uniti, per loro conto, negli ultimi decenni hanno "donato" a paesi poveri 700 milioni di dollari in semi di tabacco, con l'impegno di acquistare poi le foglie, nel quadro dei programmi di aiuto chiamati "alimenti per la pace". Hanno inoltre minacciato sanzioni commerciali contro quattro nazioni asiatiche, le quali non volevano consentire l'accesso alle sigarette prodotte negli USA. Anche la *World trade organization* considera che limitare la vendita internazionale del tabacco e delle sigarette sarebbe una grave violazione delle regole del libero commercio. Ben diverso è il suo atteggiamento verso la coca, l'oppio e i suoi derivati.

Non aggiungo altri commenti a questi fatti, perché essi sono di per sé evidenti e amari, ma ho tre domande in proposito:

1. Quando noi lavoriamo all'educazione sanitaria e alla promozione della salute, o ci preoccupiamo della vita dei cittadini, possiamo dimenticare che – probabilmente per la prima volta nella storia, sicuramente su scala così globale – vi sono poderose organizzazioni internazionali che, per i propri interessi, promuovono attivamente comportamenti che sono riconosciuti sicuramente nocivi e spesso letali?
2. Dobbiamo pensare che la diffusione delle droghe merita attenzione e richiede intervento solo quando è intrecciata con organizzazioni criminali, e merita invece protezione commerciale e impunità penale quando, pur essendo globalmente più distruttiva per la salute e la vita, è intrecciata con organizzazioni industriali riconosciute dalla legge?
3. Che cosa fanno, infine, le Nazioni Unite, la Organizzazione mondiale della sanità, la *World trade organization*, i governi dei paesi ricchi e dei paesi poveri, per affrontare queste assurde distorsioni, e per evitare o almeno ridurre questo massacro annunciato?

La violenza e le violenze

Non presenterò, in questa sede, un “quadro epidemiologico” della violenza. Ricorderò soltanto che le varie forme di violenza sono la causa principale di morte, in quasi tutti i paesi, degli adolescenti e dei giovani, soprattutto di sesso maschile; che tormentano e distruggono l'integrità corporea e mentale e la vita di milioni di donne e bambini; che turbano la coscienza collettiva e la convivenza sociale.

Vi sono molte statistiche in questo campo, che spesso sono soltanto parziali, anche perché è difficile costruire una tassonomia delle violenze. Vi sono violenze reali e virtuali, esiste cioè una realtà della violenza che si rispecchia – e ne viene ingigantita – nelle violenze rappresentate o immaginate nella realtà virtuale, le quali stanno ogni giorno e ogni ora sotto gli occhi dei tele e cinespettatori di tutto il mondo, soprattutto dei bambini.

Esistono violenze che in sede penale si giudicano colpose, come gli infortuni sul lavoro, gli incidenti stradali e quelli della vita domestica, nelle quali però i concetti di “negligenza”, “imprudenza”, “imperizia”, “inosservanza di leggi e di regolamenti” appaiono insufficienti. Entrano infatti in gioco eventi statisticamente misurabili e prevedibili, provocati da interessi economici, come la produzione di autoveicoli progettati e promossi con le caratteristiche precipue di viaggiare oltre il limite di velocità consentito in tutti i paesi.

Esistono, e suscitano la maggiore indignazione, le violenze dolose: le violenze contro i deboli e quelle dei deboli; le violenze e anche le molestie sessuali, quasi sempre contro le donne, che sono state finalmente riconosciute come reato in molte leggi nazionali; le violenze contro i bambini e contro gli anziani; le violenze negli stadi; le violenze contro gli animali, che si cominciano a considerare come portatori di diritti, o almeno come degni di rispetto. Inoltre, una tassonomia comprensiva delle varie forme di violenza dovrebbe poter comprendere anche le origini e le motivazioni delle violenze, collettive o sociali.

L'analisi delle violenze non può prescindere dal fatto che il nostro secolo è stato caratterizzato, oltre che da straordinari progressi umani, da guerre e genocidi che per certi aspetti non hanno uguali nella storia, e dovrebbe aiutarci a comprendere che nell'intolleranza e nel disprezzo per il valore della vita stanno molte delle radici e delle le motivazioni delle violenze individuali e collettive.

Questi fenomeni non devono essere medicalizzati, anche se la medicina è chiamata più volte in causa, per diversi e opposti motivi. Anche, a volte,

come artefice o complice di violenze. Nell'Unione sovietica la psichiatria fu usata per decenni come strumento di repressione politica; nell'America latina delle dittature militari sono emerse complicità diffuse di medici nella tortura dei prigionieri; e le notizie sulle sterilizzazioni forzate in Svezia, compiute fino agli anni sessanta, e sulle lobotomie ancora praticate in vari paesi europei fino a epoche recenti, ci hanno fatto capire che l'applicazione non solo del Codice di Norimberga, ma del principio ippocratico *Primum non nocere*, non è ancora universale.

Più spesso la medicina è chiamata a rimediare alle violenze: per curare le sue vittime, ma anche i suoi colpevoli. Ha suscitato ampie discussioni la decisione di alcuni giudici – ma anche la richiesta di qualche autore di reati sessuali – di ricorrere alla castrazione fisica o chimica per prevenire la reiterazione del reato. Vengono chiamate anche in causa le scienze biologiche e quelle del comportamento, per spiegare le spinte alla criminalità e all'aggressività. Da queste ricerche possono derivare conoscenze importanti, ma non penso che le violenze possano essere interpretate esclusivamente con la categoria sociobiologica della "aggressività umana". Essa può forse consentire basi scientifiche per comprendere i singoli casi, o può fornire un punto di vista di cui occorre tenere conto, ma non può spiegare le oscillazioni spazio-temporali – spesso tendenti all'aumento – della violenza globale e dei singoli tipi di violenze.

È difficile accettare che quando vi è violenza in una parte del mondo, contro un sesso o un'etnia, contro un'idea che sta nel cervello o un colore che distingue la pelle, per motivi ideologici o nazionali o religiosi o per vendicarsi del mondo, quando vi è violenza come forma di criminalità organizzata o diffusa, o come oppressione politica, o come azione e come reazione, qualunque persona possa pensare: non è problema mio. Che possa isolarsi, anche se protetta da una doppia corazza di insensibilità.

Come le droghe sono trasmissibili per induzione al consumo, le violenze sono trasmissibili non solo per l'azione delle organizzazioni criminali e a volte degli apparati statali, ma anche per vie materiali e culturali: per imitazione, per suggestione, per spettacolarizzazione, per le tensioni che creano negli individui, nei gruppi sociali e nei popoli. Le violenze sono trasmissibili come le infezioni. La differenza principale è che non esistono per esse farmaci o vaccini, e che esse richiedono soprattutto anticorpi sociali e culturali.

Ho l'impressione che di fronte alle violenze – come alle droghe – oltre alla tendenza a isolarsi prevalga a volte una reazione o accettazione selettiva, che varia secondo le sue tipologie, o le sue cause, o le caratteristiche dei

suoi artefici o delle sue vittime. Nel nostro animo approviamo o rimuoviamo, allontanandole dall'affiorare alla coscienza critica, quelle forme di violenza che non ci toccano direttamente, oppure che corrispondono alle cristallizzazioni e alle deformazioni del nostro sistema mentale o dei valori e degli interessi dominanti. Credo che modificare questo atteggiamento sia la condizione preliminare per affrontare globalmente il problema delle violenze.

Alcune conclusioni

Questo articolo rappresenta un primo abbozzo, un *work in progress* senza pretese di organicità, suscettibile di integrazioni successive; e anche le tesi esposte, vista la complessità dell'argomento, sono passibili di modifiche e aggiornamenti in base a fatti, riflessioni proprie o suggerimenti altrui.

La selezione dei quattro fenomeni che spingono a porre in primo piano la salute globale è discutibile, non è esclusiva, e richiede molte altre specificazioni. I fenomeni individuati hanno comunque alcune caratteristiche comuni. In primo luogo che il danno colpisce in modo selettivo, anche se non esclusivo, le persone, le classi e i popoli, in rapporto diretto con il censo, l'istruzione e il potere, introducendo o rafforzando le condizioni di inequità. La seconda caratteristica è che le minacce diventano sempre più globali, e che esistono perciò nuove e maggiori motivazioni empiriche per associare l'interesse immediato degli individui e dei popoli a un diritto morale universale. La terza, che enuncio in modo ancor più schematico delle altre, è che da questi fenomeni, quasi sempre, qualcuno trae profitto. La quarta – che ho già esposto nelle sue linee generali parlando della transizione epidemiologica – è che le infezioni, ma anche gli inquinamenti, le droghe e le violenze, sono oggi in gran parte antropogene, non dovute alla natura o al caso bensì a scelte umane, e come tali modificabili in base ad atti volontari, che sono dettati oggi dalla coscienza e della necessità.

I seguenti punti conclusivi possono essere considerati quali auspicabili orientamenti per le politiche. Metto ancora in rilievo chetali punti non sono esclusivi, e richiederebbero ciascuno ulteriori argomentazioni e specificazioni.

1. Riequilibrare i poteri e le finalità

La globalizzazione non è una brutta parola, un'invenzione perversa del neoliberalismo. La globalizzazione è una tendenza positiva della specie

Homo sapiens sapiens giunta all'attuale grado di conoscenze e di sviluppo. La percezione negativa della globalizzazione è legata al fatto che essa è fortemente squilibrata in termini di potere e di finalità. Sono queste le caratteristiche che occorre modificare.

Sul terreno del potere, occorre limitare l'arbitrio di alcune nazioni – i sette o otto paesi più ricchi – che si attribuiscono il diritto di decidere per tutti, e delle istituzioni monetarie che pretendono di subordinare ogni attività umana ai loro interessi. In senso positivo, aprendo il cammino a una “democrazia universale” in cui si faccia sentire maggiormente la voce di tutti i popoli e di tutti gli interessi, attraverso le organizzazioni intergovernative – come l'ONU e l'OMS – e non governative.

Sul terreno delle finalità occorre porre in primo piano – o più modestamente, riportare almeno alla ribalta – i diritti umani fondamentali e il tema dell'equità dopo che questi erano quasi usciti di scena. È in questo campo che si collocano la salute e la sicurezza, come diritto alla vita e come condizione per l'esercizio di ogni libertà.

2. Solidarietà e convenienza

L'umanitarismo è una forza importante; ma ne esiste un'altra, la convenienza, che non sempre le è opposta. Questo concetto è stato espresso in termini di «convergenza dell'interesse egoistico e altruistico» (YACH D. - BETTCHER D. 1992). Anche l'utilitarismo e il contrattualismo, interpretati come “altruismo conveniente”, possono convergere perché la salute non è soltanto un bene individuale ma anche un bene indivisibile, come dimostra il fatto che i cittadini di società coese e giuste sono mediamente anche i più sani. Per di più, la salute non è un risultato “a somma zero”, un bene che si deve soltanto distribuire più equamente: la maggiore equità in salute è infatti un moltiplicatore di questo bene. La salute globale non richiede solo misure di carattere scientifico e sociale: essa non può essere conseguita senza che vi sia anche progresso culturale e morale. La riflessione bioetica si è sviluppata negli ultimi decenni tumultuosamente, affrontando soprattutto i casi posti alle frontiere più avanzate della scienza ma trascurando l'esistenza e le sofferenze delle grandi moltitudini umane. A volte, si è perfino trasformata in una bioetica giustificativa, solerte nel fornire argomenti filosofici a posteriori per legittimare scelte avverse ai diritti umani: perfino la compravendita di organi umani e il “razionamento delle cure”. Il presidente dell'Associazione Internazionale di Bioetica, Alastair Campbell, ha paragonato crudamente i bioeticisti che sostengono queste tesi a «Vescovi che battezzano navi da guerra» (CAMPBELL A.V. 1998); e ha sottolineo-

ato come sta già accadendo che la bioetica deve essere sempre più impegnata sul tema delle salute umana, individuale e collettiva.

Come stimoli atti a favorire gli scopi appena dichiarati, si parla giustamente di valori morali come l'universalità, la solidarietà, la giustizia: stimoli necessari, ma non sufficienti. Si deve parlare anche di interesse reciproco, di mutuo vantaggio. Quindi l'umanitarismo e l'interesse, che si sono spesso contrapposti, possono anche congiungersi, e rendere più rapido e consistente il cammino.

Questo è ciò che è successo all'inizio del secolo. E tuttavia, dopo la "unificazione microbica" del mondo e la comunicazione tra i continenti ci sono voluti più di tre secoli perché la globalizzazione della salute e della sicurezza fossero considerate in termini di mutua dipendenza. Di fronte ai rischi sottolineati nei quattro punti chiave che ho proposto, non possiamo permetterci di aspettare ancora tre secoli o anche soltanto tre decenni. Questo è l'interesse vitale delle popolazioni, della convivenza civile, e anche di tutti coloro che lavorano nel campo della salute, della sicurezza, della qualità della vita. Se non si inverte la tendenza, si approfondirà per tutti noi e per le società in cui viviamo un duplice conflitto tra la morale e l'attività pratica quotidiana. Da un lato, essere chiamati e obbligati a riparare, in modo tardivo e insufficiente, i danni prevedibili e prevenibili causati alla salute e all'integrità umana. Dall'altro, il doverlo fare con mezzi tecnico-scientifici più perfezionati, ma in condizioni socialmente ed economicamente più difficili, con risorse e sostegni pubblici minori; e perfino dover essere chiamati a decidere, tra le singole persone, chi può vivere e chi no. Un abisso morale, per professioni e attività nate e cresciute per lavorare a favore di ogni vita umana, e un dramma per chi dovrebbe governare in tali condizioni le sorti della propria

3. I sistemi di welfare

Il fondamentalismo monetario tende a imporre l'idea che questa esperienza dello stato sociale rappresenti solo una parentesi storica, prima della quale le incognite della vita (il nascere, il crescere, l'ammalare, il lavorare e il perdere il lavoro, il modo di crescere e di invecchiare) erano affidate solo al caso e al censo; e dopo il quale devono tornare le regole della selezione selvaggia e del "si salvi chi può".

Nella realtà storica, lo stato sociale non è stato certo un impedimento alla crescita economica, al contrario l'ha accompagnata e sostenuta. Esso ha rappresentato, soprattutto in Europa ma anche altrove, una felice sintesi fra democrazia politica, libero mercato, progresso scientifico e giustizia

sociale. Esso ha anche prodotto migliori condizioni di salute dei cittadini di ogni altro sistema. Nella realtà attuale, dopo vent'anni di egemonia neoliberale, non vi è alcuna dimostrazione che le sue promesse di miglioramenti nella salute e nell'assistenza sanitaria si siano realizzate; anzi, il progresso che vi era stato nei decenni precedenti è stato rallentato e sono cresciute tutte le inequità.

I sistemi di welfare sono stati però logorati, oltre e forse più che dall'assedio esterno, dalle loro contraddizioni. Per esempio, dal non aver saputo creare un equilibrio di diritti e di sostegni fra le generazioni e fra i generi – a danno, quasi sempre, dei giovani e delle donne –; dal non aver garantito sufficiente equità nella salute e sufficiente priorità alle cure primarie e alla prevenzione delle malattie; dal non aver associato alla tutela statale il contributo della società civile e la responsabilità dei singoli individui. Non c'è perciò difesa possibile dello stato sociale senza una sua profonda trasformazione.

4. Governo globale

Non può esservi salute globale senza governo globale. L'idea del governo globale fu proposta da Immanuel Kant, e ripresa più volte nei secoli successivi, a volte con intenti egemonici, a volte con fini umanitari. Fu riformulata, per esempio, da Albert Einstein nel novembre 1945, per lo scopo di porre sotto controllo il potere distruttivo delle bombe nucleari (EINSTEIN A. 1945). Oggi vi sono pressanti esigenze di un "potere democratico universale" per governare fenomeni, dai flussi monetari agli inquinamenti ambientali al commercio delle armi, che travalicano barbaramente le frontiere degli stati; ancora maggiore è la sua necessità quando si pensi a guidare lo sviluppo verso finalità umane.

La salute delle persone sin dal XIX secolo, e il diritto alla salute nel XX sono state precorritrici degli accordi internazionali e delle iniziative mondiali in questa direzione. Nonostante il "terreno perduto a livello morale", lo rileva Wait: «[...] ci sono ancora, in ogni nazione, significativi e influenti gruppi che considerano la necessità di una cooperazione globale come guida per le organizzazioni internazionali, sedi per il dibattito e la difesa e lo scambio e il monitoraggio delle informazioni» (WAIT G. 1998). Possiamo sperare che: «[...] dopo un decennio di declino, guide incerte, asserzioni di corruzione ad ogni livello e paranoide linee di difesa opposte ad ogni inchiesta [...] l'era di Brundtland mostri la *World health organization* come il rappresentante leader per la salute pubblica» (*The Brundtland era begins* 1998: 381) in una struttura di sinergie con altre agenzie internazionali e

organizzazioni non-governative in una crescente capacità di pressione della pubblica opinione (CHEN L.C. - EVANS T.G. - CASH R.A. in corso di stampa). Uno degli scopi principali è quello di fare della salute una priorità politica e una conferenza mondiale promossa dalle Nazioni Unite come quelle organizzate sulla popolazione, l'ambiente, le donne e altri problemi chiave del nostro tempo potrebbe invertire la tendenza. La *World health assembly*, che riunisce i ministri alla sanità, non è sufficiente soprattutto perché i reali ministri della salute sono quelli che hanno competenza sull'economia – anche questo il segno e la causa degli attuali tempi duri –.

Note

* Il testo qui pubblicato costituisce una versione ampliata e definitiva della relazione presentata da Giovanni Berlinguer nella seduta di apertura della X Conferenza della Associazione internazionale per le politiche sanitarie (International Association for health policies – IAHP), tenutasi a Perugia dal 23 al 26 settembre 1998 e dedicata al tema “*Equità e salute nel mondo: neoliberalismo o nuovo welfare?*”: più precisamente esso è il risultato di una collazione, da noi realizzata redazionalmente e poi rivista dall'Autore, tra l'originale italiano e la sua edizione in inglese. L'originale italiano viene anche pubblicato negli atti ufficiali della Conferenza (supervisione di Giovanni Barro, raccolta dei testi ed editing di Vania Sabatini, Regione dell'Umbria, Perugia, 1999, XVIII+360 pp., cfr. pp. 5-12) e nella rivista diretta dallo stesso Berlinguer “Qualità Equità. Rivista del welfare futuro” (Roma), mentre un ampio riassunto esce nella rivista “Salute e Territorio”. La versione inglese (*Globalization and global health*) è pubblicata nella rivista “International Journal of Health Services”, vol. 29, n. 3, 1999, pp. 579-595. Per un resoconto informativo sui lavori della Conferenza – promossa dalla International Association for health policies di intesa con la Regione dell'Umbria e la Fondazione “Angelo Celli” per una cultura della salute (Perugia) e organizzata dalla stessa Regione dell'Umbria – si possono vedere in questo stesso fascicolo di AM, n. 7-8, 1999, nella rubrica *Osservatorio*, sezione 03. *Resoconti*, le pp. 287-299.

Riferimenti bibliografici

- ARRIGHI G. (1998), *Globalization and the rise of East Asia. Lessons from the past, prospects for the future*, “International Sociology”, vol. 13, n. 1, 1998, pp. 59-77.
- BERLINGUER Giovanni (1992), *The interchange of disease and health between the Old and New Worlds*, “American Journal of Public Health”, vol. 82, n. 10, 1992, pp. 1407-1413.
- CAMPBELL A. V. (1998), *Panorama internacional da bioética* [paper presentato al “Second national Congress on bioethics”, São Paulo, 25 marzo 1998], in corso di stampa.
- CHEN Lincoln C. - EVANS T.G. - CASH R.A., *Global health as a public good*, in corso di stampa.
- CHOSSUDOVSKY M. (1997), *The globalization of poverty and ill-health. Assessing the IMF-World Bank structural adjustment program* [paper presentato a “The international Conference ‘Lighten the Burden of Third World Health’”, Cape Town, 29-31 gennaio 1997].
- EINSTEIN Albert (1945), *Atomic war or peace*, “Atlantic Monthly”, novembre 1945.
- ESCUDERO José Carlos (1997), *Drogas legales, enfermedades y muerte*, pp. 38-40, in SOROKIN P. (curatore), *Drogas: mejor hablar de ciertas cosas*, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 1997.

- GARRET L. (1995), *The coming plague. Newly emerging disease in a world out of balance*, Penguin Books, New York, 1995.
- JONAS Hans (1979), *Das Prinzip Verantwortung*, Insel Verlag, Frankfurt am Main, 1979.
- KOIVUSALO M. - OLILLA E. (1998), *Health policies by default. The changing scene of international health policies* [paper presentato al "World Congress of Sociology", luglio-agosto 1998], in corso di stampa.
- MORSE S.S. (1992), *Global microbial traffic and the interchange of disease* [editoriale], "American Journal of Public Health", vol. 82, n. 10, 1992, pp. 1326-1327.
- NAVARRO Vicente (1998), *Comment. Whose globalization?*, "American Journal of Public Health", vol. 88, n. 5, 1998, pp. 742-743.
- SIGERIST H. (1945), *Civilization and Disease*, Cornell University Press, Ithaca - New York.
- SILVER G. A. (1998), *International health services need an interorganizational policy*, "American Journal of Health Policy", vol. 88, n. 5, 1998, pp. 727-729.
- The Brundtland era begins* [editoriale], "Lancet", n. 351, 1998, p. 381.
- UNITED NATIONS INTERNATIONAL DRUG CONTROL PROGRAM (1998), *A world without drugs: it is possible. United Nations Special Assembly (New York, 8-10 giugno 1988)*.
- WAIT G. (1998), *Globalization of international health*, "Lancet", n. 351, 1998, pp. 434-437.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1996), *Tobacco alert: the tobacco epidemics. A global public health emergency*, World Health Organization, Geneva.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1998), *The world health report 1998*, World Health Organization, Geneva.
- YACH D. - BETTCHER D. (1992), *The globalization of public health, II. The convergence of self-interest and altruism*, "American Journal of Public Health", vol. 88, n. 5, 1992, pp. 738-741.

Scheda sull'Autore

Giovanni Berlinguer è nato a Sassari il 9 luglio 1924 e si è laureato in medicina e chirurgia nella Università degli studi di Roma (1952). Assistente di igiene e di parassitologia in quella Università ottiene la libera docenza in medicina sociale (1958) e in igiene (1964). È stato professore di medicina sociale nella Università degli studi di Sassari tra il 1964 e il 1974. È attualmente professore ordinario di fisiologia e igiene del lavoro presso il Dipartimento di biologia animale e dell'uomo nell'Università degli studi di Roma "La Sapienza", e vi è anche direttore del Corso di perfezionamento in bioetica. Ora professore emerito della Facoltà di scienze matematiche, fisiche e naturali della Università degli studi di Roma "La Sapienza".

È professore onorario della Universidad Autónoma de Santo Domingo (1982) e Doctor honoris causa della Université de Montréal (1996) e della Universidade Federal de Brasilia (1998).

I suoi interessi di ricerca sono molto ampi e riguardano l'igiene, generale e del lavoro, il welfare, le politiche della salute, la storia delle malattie e della medicina, la demografia e la bioetica.

Parallelamente a quella universitaria ha percorso le tappe di una lunga militanza

politica. Iscritto al Partito comunista italiano dal 1944, vi è stato segretario regionale del Lazio e vi ha diretto la Sezione sicurezza sociale e poi la Commissione scuola ambiente e ricerca scientifica della Direzione. È stato consigliere provinciale di Roma. È stato eletto più volte al Parlamento italiano sia alla Camera dei Deputati (nel 1972, nel 1976 e nel 1979) sia al Senato (nel 1983 e nel 1987), e ha partecipato ai lavori di varie commissioni parlamentari: Sanità, Pubblica istruzione, Ambiente.

Presidente del Comitato nazionale di bioetica, organismo consultivo della Presidenza del Consiglio (1999-2001).

Ha ricoperto numerose cariche a livello internazionale: vicepresidente della International Association for the study of living conditions and health (1971-1978) e della Mediterranean medical Society (1992-1995), esperto della Commissione ambiente e salute del Parlamento europeo, presidente onorario della European Association for health policy (1997), membro della Global equity in health initiative (1997), speaker al World Forum for health su *Globalization and health* (1998). È membro del Comitato direttivo della International Association for health policies (IAHP). È direttore della rivista "Qualità Equità. Rivista del welfare futuro" (Editrice Liberetà, Roma).

Ha scritto più di 200 articoli pubblicati sia in Italia sia in riviste internazionali su storia delle malattie, sociologia urbana, politica sanitaria, rapporto tra politica e scienza, rapporto tra salute e società, tra scienza e ambiente.

Ha diretto con Alessandro Seppilli la collana di politica sanitaria "Società e Salute", edita da Il Pensiero Scientifico (Roma, 28 volumi pubblicati tra il 1976 e il 1990).

Fra i suoi libri più importanti ricordiamo: *La macchina uomo*, Editori Riuniti, Roma, 1961 / *La salute nelle fabbriche*, De Donato, Bari 1969 / *Medicina e politica*, De Donato, Bari, 1973 / *Psichiatria e potere*, Editori Riuniti, Roma, 1974 / *Malaria urbana: patologia delle metropoli*, Feltrinelli, Milano, 1976 / *Donna e salute*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1978 / *La malattia*, Editori Riuniti, Roma, 1984 / *Le malattie e gli infortuni degli artigiani*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1990 / *Storia e politica della salute*, Franco Angeli, Milano, 1991 / *Questioni di vita. Etica, scienza e salute*, Einaudi, Torino, 1991 / *Etica della salute*, Il Saggiatore, Milano, 1994 / *La milza di Davide. Viaggio nella malasanità tra ieri e domani*, Ediesse, Roma, 1994 / con Volnei Garrafa, *La merce finale. Saggio sulla compravendita di parti del corpo umano*, Baldini & Castoldi, Milano, 1996 / con Marco Geddes, *La salute in Italia. Rapporto 1997*, Ediesse, Roma, 1997 / curatore con Bruno Morcavallo, *Nascita cura e morte. Lezioni di bioetica*, Edizioni Università La Sapienza, Roma, 1997 / con Marco Geddes, *La salute in Italia. Rapporto 1998. Coniugare risparmio e qualità*, Ediesse, Roma, 1998 / con Marco Geddes, *La salute in Italia. Rapporto 1999. L'integrazione socio-sanitaria*, Ediesse, Roma, 1999.

Riassunto

Globalizzazione e salute globale

La salute globale si può considerare, con le conseguenze positive o negative della globalizzazione della salute, una meta che corrisponde sia ai diritti umani sia agli interessi collettivi. La storia dimostra che dopo la “unificazione microbica” del mondo, che è cominciata nel 1492, sono trascorsi più di tre secoli prima che la percezione del rischio comune rappresentato da questa si organizzasse in un tentativo internazionale di contenimento. Nel XIX e nel XX secolo la lotta contro le epidemie unì le nazioni, la salute mondiale divenne una meta comune e furono raggiunti risultati considerevoli. Invece, negli ultimi decenni, la nozione della salute come pietra angolare dello sviluppo economico è stata sostituita dall’idea che i servizi di sanità pubblica rappresentano un ostacolo per la ricchezza degli stati. Contemporaneamente si stanno sviluppando nuove minacce tra cui: l’acuirsi di infezioni conosciute e l’emergere di nuove, l’impatto dei cambiamenti ambientali, il traffico di droga su scala mondiale, la violenza distruttiva e autodistruttiva. Nuovi e più forti motivi empirici collegano gli interessi dei popoli con il diritto universale e con la salute globale. L’Autore conclude formulando alcune proposte politiche.

Résumé

Globalisation et santé globale

On peut considérer la santé globale – avec les conséquences positives ou négatives de la globalisation de la santé – un but correspondant aux droits humains aussi bien qu’aux intérêts collectifs. L’histoire montre qu’après l’ “unification microbienne” du monde, commencée en 1492, il aura fallu plus de trois siècles avant que la perception du risque représenté par ce processus ne donne lieu à une tentative d’enrayement, organisée à niveau international. Dans le XIX^{ème} et le XX^{ème} siècle la lutte contre les épidémies allia les nations, la santé mondiale devint un but commun et des résultats considérables furent atteints. Au contraire, dans les dernières décennies, la notion de santé comme pierre angulaire du développement économique a été remplacée par l’idée que les services de santé publique représentent un obstacle pour la richesse des états. En même temps, de nouvelles menaces se développent, dont l’aggravation des infections connues et la formation de nouvelles infections; l’impact des changements dans l’environnement; le trafic de la drogue à l’échelle mondiale; la violence destructive et auto-destructive. De nouveaux et plus forts motifs empiriques relient les intérêts des peuples avec le droit universel et la santé globale. L’auteur conclut avec des propositions de type politique.

Resumen

Globalización y salud global

La salud global puede considerarse, con las consecuencias positivas o negativas de la globalización de la salud, una meta correspondiente ya sea a los derechos humanos que a los intereses colectivos. La historia demuestra que después de la “unificación microbica” del mundo, a partir de 1492, han pasado más de tres siglos antes de que la percepción del riesgo común, representado por esta, se organizara en un tentativo internacional para frenarlo. En los siglos XIX y XX la lucha contra las epidemias unió a las naciones, la salud mundial se volvió una meta común y se lograron considerables alcances. En cambio, en las últimas décadas, la noción de salud como sostén del desarrollo económico ha sido substituida por la idea que los servicios de sanidad pública constituyen un obstáculo para la riqueza de los estados. Contemporaneamente se están desarrollando nuevas amenazas, entre las cuales: la agudización de infecciones conocidas y la insurgencia de nuevas, el impacto de los cambios ambientales, el narcotráfico a escala mundial y la violencia destructiva y autodestructiva. Nuevas y reforzadas motivaciones empíricas relacionan los intereses de la población con el derecho universal y la salud global. El Autor concluye formulando algunas propuestas políticas.

Abstract

Globalization and global health

Along with the positive or negative consequences of globalization of health, we can consider global health as a goal, responding to human rights and to common interests. History tells us that after the “microbial unification” of the world, which began in 1492, over three centuries elapsed before the recognition of common risks and attempts to cope with them in a cross-boundary effort. In the 19th and 20th centuries, the struggle against epidemics united countries, world health became a common goal, and considerable results were achieved. However, in recent decades the notion of health as a cornerstone of economic development has been replaced by the idea that public health services are an obstacle to the wealth of nations. Meanwhile, new common threats are growing: among them, the exacerbation of old infections and the emergence of new ones, the impact of environmental changes, drug traffic on a world scale, and destructive and self-destructive violence. New and stronger empirical motives relate the interests of peoples to universal rights and to global health. The Author concludes with some proposals for policies.