

### 03. Resoconti

In questa sezione dell'Osservatorio vengono pubblicati, sotto forma di resoconti, brevi quadri informativi su manifestazioni di diverso tipo che hanno avuto luogo recentemente in riferimento più o meno diretto a questioni di antropologia medica: congressi e convegni, tavole rotonde o seminari, corsi speciali, cicli di conferenze, mostre o rassegne di materiali audio-visuali.

#### *X Conferenza internazionale della Associazione internazionale di politiche per la salute (IAHP) "Equità e salute nel mondo: neoliberalismo o nuovo welfare?"*

Perugia, 23-26 settembre 1998

*promozione*: International Association of health policies (IAHP) di intesa con la Regione dell'Umbria e la Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) /*organizzazione*: Regione dell'Umbria / *patrocinio*: Ministero della sanità - Ministero degli affari esteri - Ministero degli affari sociali - Ministero per le pari opportunità / *accreditamento*: Associazione italiana di epidemiologia (AIE) - Associazione per la ricerca sulla efficacia della assistenza (AREAS) - Centro Cochrane italiano - Società italiana di antropologia medica (SIAM) - Società italiana di igiene e medicina preventiva (SIFI)

#### **Cronaca della X Conferenza**

##### *L'evento*

Ha avuto luogo a Perugia, dal 23 al 26 settembre la Conferenza internazionale su "Equità e salute nel mondo", indetta dalla Associazione internazionale politiche per la salute – IAHP, ed organizzata dalla Regione dell'Umbria d'intesa con la Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia). Avevano assicurato il proprio patrocinio il Ministero della Sanità e quelli degli Affari esteri, della Solidarietà sociale e delle Pari opportunità. L'accreditamento all'iniziativa era stato espresso dalla AITI (Società italiana di igiene), dalla AIE (Associazione italiana di epidemiologia), della AREAS (Associazione per la ricerca sulla efficacia della assistenza - Centro Cochrane Italiano), e dalla SIAM (Società italiana di antropologia medica).

Decima della serie dei congressi internazionali dell'IAHP, la conferenza di Perugia ha trattato il tema "equità e salute" sotto la domanda centrale "Neoliberalismo o nuove politiche di welfare?", intendendo con ciò mettere sotto riflettore vent'anni di politiche avviate agli inizi degli anni Ottanta dietro la svolta neoliberalistica dell'amministrazione Reagan.

Era quindi un congresso dedicato sia alla denuncia dei riflessi sulla salute e sull'equità conseguenti allo spalancamento delle porte al mercato e alla concorrenza (nonché alla privatizzazione) nel campo dei servizi sanitari, sia alla individuazione di strade alternative allo smantellamento del *welfare*.

### ***I partecipanti***

Il tema è stato affrontato nel corso di quattro giornate di intenso dibattito che hanno visto impegnati oltre 200 partecipanti provenienti da tutti i continenti, con una prevalenza dell'America Latina (Brasile, Argentina, Messico, Cuba, Venezuela, Colombia), ma anche con una impegnativa rappresentanza dei Paesi della Comunità europea (tra cui Gran Bretagna, Francia, Spagna, Svezia, Grecia, Germania), e poi dall'India, Sud-Est asiatico, Nuovi Stati dell'ex URSS, Croazia, Israele, Stati Uniti, Canada, Kenya ed altri, oltre naturalmente che dall'Italia.

Tra i partecipanti, numerosi i nomi di rilievo (oltre a Marc Renaud presidente uscente dell'Associazione e del Consiglio federale del Canada per le scienze sociali e umane): tra di essi Giovanni Berlinguer dell'Università degli studi di Roma "La Sapienza", Lincoln Chen della Fondazione Rockefeller di New York, Maria Urbaneja, presidente dell'Associazione latino-americana di medicina sociale (ALAMES), Vicente Navarro e Moyses Szklo della John Hopkins University di Baltimora, Sebastião Loureiro dell'Istituto di salute collettiva di Salvador de Bahia, Finn Diderichsen dell'Istituto di medicina sociale dell'Università Karolinska di Stoccolma, Margaret Whitehead, Alan Williams dell'Università di York, il colombiano Saul Franco Agudelo, Madhavi Bajekal del Dipartimento per la ricerca sociale e comunitaria di Londra, Hans Ulrich Deppe dell'Università Johann Wolfgang Goethe di Francoforte e presidente dell'Euro-IAMP, Alexis Benos dell'Università Aristotele di Salonicco, Debabar Banerji del Dipartimento di politiche e programmazione sanitaria di Nuova Delhi, Gianfranco Domenighetti del Dipartimento delle opere sociali del Canton Ticino, Andrea Caprara della Università Federale del Ceara (Brasile), Dov Chernikowski dell'Università Ben Gurion del Negev, Francisco Rojas Ochoa della Società cubana di sanità pubblica, Marciano Sanchez Bayle della Federazione spagnola per la difesa della sanità pubblica, José Carlos Escudero della Università nazionale di Luján (Argentina).

Numerose anche le personalità italiane tra cui, oltre a Giovanni Berlinguer, l'organizzatore della conferenza Giovanni Barro, della Regione dell'Umbria, Roberto Bertolini del Centro europeo ambiente e salute dell'OMS, Marco Biocca del Centro di documentazione per la salute di Bologna, Lamberto Briziarelli del Centro sperimentale per l'educazione sanitaria interuniversitario, Massimo Buscema del Centro ricerche di scienze della comunicazione, Giuseppe Costa dell'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente del Piemonte, Alberto Donzelli dell'USL di Milano, Irene Figà Talamanca dell'Università degli studi di Roma "La Sapienza", Marco Geddes, vice-presidente del Consiglio superiore di sanità, Donato Greco del Laboratorio di epidemiologia dell'Istituto superiore di sanità, Carlo Hanau dell'Università degli studi di Modena, Edoardo Missoni dell'Ufficio per la cooperazione del Ministero per gli affari esteri, Maria Antonia Modolo e Maurizio Mori del Dipartimento di igiene della Università degli studi di Perugia, Giampiero Ravagnan del CNR, Tullio Seppilli dell'Istituto di etnologia e antropologia culturale della Università degli studi di Perugia (presidente della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Angelo Stefanini del Dipartimento di medicina e sanità pubblica dell'Università degli studi di Bologna, Gianni Tognoni dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri (Milano).

### ***Il percorso***

Le problematiche della Conferenza sono state articolate in sessioni plenarie e parallele, che si sono succedute dopo la seduta inaugurale e i saluti delle autorità.

Il percorso della Conferenza iniziava quindi con la presentazione del tema generale:

- Equità e salute nell'era della globalizzazione

proseguiva con la trattazione dei sottotemi:

- Sistemi di sicurezza sociale ed evidenze epidemiologiche
- Sistemi di sicurezza sociale ed in-equità: i casi al di là delle statistiche
- I determinanti politico-economici per un nuovo *welfare*

e si concludeva con due panel rispettivamente dedicati (i) alla domanda “*Che cosa si è fatto per l'equità*” e (ii) a una panoramica sulle *politiche sociali e sanitarie in Europa e in Italia*.

Bisogna aggiungere che nella programmazione iniziale della Conferenza il primo dei due panel dell'ultima giornata si sarebbe dovuto intitolare: *Che cosa avete fatto per l'equità nella salute?*, interrogativo per un confronto sugli scenari di fine secolo, rivolto ai “protagonisti” delle politiche mondiali rappresentanti l'OMS, la World bank, il Fondo monetario internazionale, la World trade organisation, l'Unione Europea e altri organismi sopranazionali, nonché al Bureau della IAHP e all'ALAMES (Associazione di medicina sociale dell'America Latina) e alle organizzazioni non governative, in grado di portare le voci degli interessi pubblici e le rivendicazioni in direzione di un nuovo *welfare state*.

Tale confronto non ha potuto essere sviluppato per l'assenza di molti dei “protagonisti” sopra citati. Un'assenza in parte spiegata con la concomitanza di altri impegni istituzionali (ad esempio, era in corso negli stessi giorni il congresso mondiale delle ONG, mentre il quadro dirigente dell'OMS era impegnato nelle riunioni degli uffici regionali, anch'esse più meno contemporanee). Di conseguenza il titolo del primo dei panel è stato riformulato nella forma indicata in precedenza.

Il tutto veniva approfondito in otto sedute parallele, nel corso delle quali i partecipanti hanno portato circa un centinaio di comunicazioni e una trentina di poster.

- Approcci metodologici alla epidemiologia per l'equità nella salute
- Programmazione sanitaria ed epidemiologia
- Disuguaglianze nell'accesso alle risorse ambientali
- Differenze di genere e salute della donna
- Orientamenti internazionali e globalizzazione
- Politiche ed esperienze nazionali
- Teorie, modelli e formazione
- I sistemi sanitari a confronto

### ***Le conclusioni operative***

Al termine della Conferenza è stato eletto il nuovo comitato esecutivo dell'IAHP, che vede il colombiano Saul Franco Agudelo come Presidente e l'italiano Giovanni Barro come vice-Presidente con delega al coordinamento delle attività scientifiche e culturali.

È stato anche deciso che la prossima Conferenza si svolgerà a Cuba dal 26 al 30 giugno 2000.

### **Ragionando sui risultati...**

#### *Il filo rosso della Conferenza*

La X Conferenza della IAHP – International Association of health policies – si è tenuta al termine di due decenni particolarmente significative per le sorti del *welfare state* nel mondo. Decisioni importanti sono state infatti assunte che hanno influito profondamente (i) sulla equità nella salute intesa come pari opportunità di accesso alle misure di promozione e tutela sanitaria delle popolazioni e più in generale (ii) sulle prospettive degli ordinamenti della sicurezza sociale.

L'ipotesi da verificare nella X Conferenza Internazionale era che il ventennio che si conclude con l'anno 2000 è stato caratterizzato da due parabole, entrambe avviate intorno al 1980:

- la parabola delle *politiche controwelfariane* degli Stati che hanno promosso le strategie neoliberalistiche o che vi hanno aderito;
- la parabola del *welfare state post-bellico* al cui interno si è consumata anche la parabola delle *politiche welfariane* dell'OMS.

Così che nello scegliere il tema centrale della X Conferenza (*Equità e salute nel mondo: neoliberalismo o nuovo welfare?*) si era ritenuto che al termine di questo ventennio e in coincidenza con la svolta del nuovo secolo, fosse maturo un bilancio per capire fino a che punto quelle due strategie avessero raggiunto i risultati attesi sui rispettivi versanti e quali fossero i punti nodali della crisi che le aveva colpite con tanta evidenza.

#### *Flash sulla IAHP*

Il tutto andava collocato nella storia della IAHP, una associazione che riunisce operatori, ricercatori e politici accomunati dall'interesse verso la promozione di politiche attive per la tutela della salute e per l'abbattimento delle diseguglianze sociali, etniche, di genere etc. nelle opportunità di accesso ai servizi sanitari.

Va ricordato che l'Associazione fu costituita nel 1975 ad Amsterdam per offrirsi come tribuna per confronti internazionali, ai fini della documentazione sulle condizioni di salute esistenti nel mondo di fronte all'obiettivo dell'equità, per la conoscenza e la diffusione delle ricerche in corso nelle varie regioni del pianeta, per lo studio delle interrelazioni tra possibilità teoriche di avanzamento nelle condizioni di salute e stato dell'arte delle politiche sanitarie, e per la promozione e qualificazione di ordinamenti sanitari pubblici orientati secondo finalità di interesse sociale.

Sviluppando queste premesse l'IAHP si è qualificata convocando, ogni due-tre anni, un confronto internazionale. Due di questi furono tenuti in Italia, ad Ariccia (Roma) nel 1979 e a Castel San Pietro (Bologna) nel 1992. Altri incontri si svolsero a San Miguel de Regla nel 1981, Barcellona nel 1983, Medellin nel 1988, Tenerife nel 1990, Guadalajara nel 1994.

L'ultimo congresso prima di quello di Perugia si è svolto a Montréal (Québec) nel giugno 1996, e ha affrontato il tema "Oltre le cure mediche, politiche per la salute". Il congresso ha segnato un passaggio importante verso la elaborazione in positivo di

strade alternative alle tendenze che con forza andavano manifestandosi in senso contrario al *welfare state* sulla scia delle politiche reaganiane.

Nel corso di queste manifestazioni la IAHP è venuta raccogliendo soci in tutto il mondo, non solo nel continente americano e in Europa, ma anche in tutti gli altri continenti. Oggi l'associazione ha due importanti articolazioni regionali, una per l'America Latina e l'altra per l'Europa.

L'articolazione per l'America Latina si chiama Associazione Latino-Americana de medicina social (ALAMES). È presente in quasi tutti i Paesi dell'America Centrale e Meridionale, ed esercita una discreta influenza in termini culturali e politici: diversi suoi membri hanno rivestito anche incarichi governativi nei loro paesi d'origine.

L'articolazione europea (Euro/IAHP), fondata nel 1976, ha svolto una intensa attività congressuale, dalla I conferenza (Francoforte 1982) in poi: Vienna (1984), Stoccolma (1986), Visegrad (1986), Parigi (1988), Lovanio (1990), Berlino (1991), Bishop's Stortford (Inghilterra), Salonicco (1995) e di nuovo Berlino (1997). L'attuale Presidente è il prof. Hans Ulrich Deppe, dell'Istituto di sociologia medica dell'Università Johann Wolfgang Goethe di Francoforte sul Meno. A partire dalla IX Conferenza tenutasi a Berlino, è parte dell'Ufficio di coordinamento (al quale partecipa anche il prof. Giovanni Berlinguer) il prof. Giovanni Barro dell'Università degli studi di Perugia.

### ***La Conferenza di Perugia tra tradizione e innovazione***

Innestandosi sulle conclusioni di Montréal, la Conferenza di Perugia ha voluto affrontare direttamente le questioni problematiche e le prospettive delineate attraverso un bilancio dal quale è emersa una situazione complessa e diversificata. Le articolazioni e le difformità nelle varie aree del mondo, riconducibili alle caratteristiche socio-demografiche ed economiche predominanti, lasciano però trasparire una comune condizione unificante e caratterizzante: la globalizzazione dei problemi e la conseguente impossibilità di isolarne i singoli aspetti locali trascurando il contesto generale.

La questione è stata affrontata a Perugia con un taglio culturale, caratterizzato dalla consapevolezza dei rischi provenienti dall'appiattire tutte le condizioni del pianeta sotto un semplicistico e acritico giudizio di condanna del ciclo storico trascorso, etichettandole sotto il segno del neoliberismo. La conferenza ha echeggiato un dato di fondo sostanziale: ci avviamo alla fine del secolo con forti preoccupazioni per il futuro, che contrastano con il clima euforico nel quale si erano concluse le vicende dell'umanità sotto l'influenza dei successi della medicina e delle scienze biomediche nel corrispondente periodo di cent'anni fa. Se allora le certezze, più ancora che le speranze, erano per un avanzamento illimitato delle capacità di controllare le malattie (grazie agli avanzamenti della scienza dell'Ottocento che sopra tutto nella seconda metà aveva esteso enormemente le conoscenze sulle malattie infettive e da deficit alimentari che erano all'epoca il nemico da battere, e con le conoscenze anche le capacità di controllarle), ci avviamo al tornante del secolo con un bilancio ancora più straordinario di conoscenze e di capacità di controllo (le une e le altre estese ben al di là dei confini delle malattie da agente infettivo o da carenza nutrizionale), ma con il timore e non raramente l'incubo (i) dei rischi che un progresso non governato secondo gli interessi e i diritti primari dell'umanità può comportare, nonché (ii) delle probabilità che in presenza di un governo mondiale della salute egemonizzato dalle logiche del mercato, la cesura tra chi può servirsi del progresso e chi non può è

destinata ad ampliarsi ulteriormente, e non per frange marginali del Pianeta ma per svariati miliardi di uomini e donne.

Su queste basi è stato possibile costruire un bilancio sia del neoliberismo che del suo antagonista storico, il *welfare state*.

### **Per un bilancio del neoliberismo...**

Quanto al neoliberismo la conferenza ha fatto emergere un quadro con luci ed ombre, documentando come ci si interroghi un po' dappertutto per valutare le une e individuare le altre.

- Ci si interroga nei *Paesi sviluppati* che dopo essere stati colpiti alla base dei loro meccanismi di crescita per vari fattori che hanno nelle crisi del petrolio del 1973 e del 1979 la punta dell'iceberg, e dopo aver visto cadere le precedenti speranze/illusioni sulla possibilità di espandere senza limiti le loro economie, si sono trovati di fronte alla necessità di agire dentro un quadro di *risorse limitate*. Da cui il tentativo di superare la crisi affidando la crescita economica ai meccanismi di mercato, in un quadro di *deregulation* e di forti restrizioni dell'area della sicurezza sociale. Una strategia, dunque, ad *alto rischio di perdita dei grandi valori di universalismo, equità, libertà dal bisogno, giustizia, solidarietà*, affermati nello Statuto dell'ONU e nella Dichiarazione dei diritti dell'Uomo. È un interrogativo scandito anche dalla crescente opposizione delle popolazioni, come testimoniano gli arretramenti elettorali degli schieramenti neoliberistici negli Stati Uniti d'America e in molte aree cruciali del capitalismo mondiale (Gran Bretagna, Francia, ultimamente Germania e in parte anche Giappone, e prima ancora Italia) e la contestuale formazione di governi più attenti alle domande dei ceti popolari che si aspettano una inversione di tendenza nel campo delle garanzie e delle opportunità della sicurezza sociale.
- Ci si interroga nei *Paesi già socialisti dell'Europa centro-orientale* e negli *Stati nati dalla frantumazione dell'Unione Sovietica*, che subito dopo il 1989 aprirono con entusiasmo le frontiere all'economia di mercato e alla *deregulation*, ma nei quali è in corso un processo revisionistico che prende le mosse dallo sfacelo di alcune situazioni nazionali, da molti paragonato alla crisi della Germania di Weimar.
- Alla *periferia delle aree trainanti*, ci si interroga per capire in che misura l'espansione economico-produttiva di cui una parte di quei Paesi ha goduto abbia modificato effettivamente i livelli di vita e di salute delle popolazioni e quale solidità abbiano avuto quei risultati: anche qui gli interrogativi sono scanditi dalle violente bufere che hanno recentemente investito i Paesi del Sud-Est asiatico mettendo a repentaglio la loro presenza a livello dell'interscambio mondiale e gli equilibri finanziari interni.
- Analoghe domande investono l'*America Latina*, finalmente uscita dal tunnel dei fascismi e dei governi militari ma non dalle situazioni di rapina e sottosviluppo che, nelle grandi agglomerazioni metropolitane come nelle aree a prevalenza demografica indiana, fanno di questo subcontinente un tragico esempio di come un mercato lasciato senza regole possa evolvere seguendo brutali logiche di profitto sulla spinta delle grandi concentrazioni multinazionali.
- Così come è fonte di interrogativi la situazione nell'*Asia del sottosviluppo* e nel *continente africano* sopra e sotto il Sahara, dove avvenimenti di grande rilievo storico come la fine politica dell'apartheid in alcune aree subcontinentali, sono tragicamente controbilanciati dal susseguirsi di guerre e relativi massacri che non sono solo il retaggio

delle divisioni etniche e religiose alimentate dal vecchio colonialismo ma che rappresentano anche il frutto di una nuova subordinazione a centrali di sfruttamento collocate, oggi come ieri, nel cuore del capitalismo, con la piena aderenza da parte di ceti emergenti locali il cui ruolo è di impedire adeguate risposte strategiche.

Quanto sopra giustifica l'affermazione che le speranze riposte nella capacità razionalizzatrice di un mercato lasciato senza argini che impediscano straripamenti a danno degli interessi vitali delle popolazioni, non si sono avverate. Vi sono stati bensì incontestabili successi nella crescita delle condizioni economico-produttive, ma si tratta di successi a macchia di leopardo che non sono riusciti a realizzare la saldatura tra i risultati ottenuti e la possibilità di usufruirne da parte di tutti i gruppi sociali; anzi molti studi mettono in luce come la forbice tra i ceti favoriti e coloro che vivono al di sotto della soglia della povertà si sia ampliata dappertutto, anche nei Paesi a consolidata economia di mercato. Così che anche per effetto della crescente mondializzazione dell'economia con i suoi riflessi sul mercato del lavoro, sul commercio, sulle migrazioni etc., alla tradizionale divisione tra Nord e Sud del mondo e alle nuove divisioni createsi a livello di aree continentali (in particolare tra Ovest e Est europeo) si sono aggiunte o aggravate divisioni dello stesso segno all'interno delle singole realtà nazionali, di misura tale da rendere legittimo il giudizio che vi sia stato anche un processo di *globalizzazione delle iniquità sociali*.

#### *... del welfare state postbellico...*

Quanto agli esiti delle politiche del *welfare state*, si può affermare che si è concluso anche qui un ciclo di vita; quanto meno ciò vale per il *welfare state* nella forma postbellica, inteso come *contratto sociale* finalizzato a distribuire su area vasta i benefici prodotti dall'espansione produttiva degli anni Cinquanta e Sessanta. Come il *welfare state* degli anni 30 aveva assolto al compito di superare nell'area capitalistica la crisi mondiale del 1929 facendo intervenire direttamente lo Stato nell'economia per dirigere la ripresa (con misure peraltro orientate anche al recupero di cittadinanza sociale da parte delle classi deboli) il *welfare state* del dopoguerra, basato sull'ampliamento della forza-lavoro occupata, ha rappresentato sostanzialmente una strategia tipica dei Paesi "ricchi", che da un lato ha lasciato in posizione abbastanza marginale le altre realtà mondiali, e che dall'altro ha dovuto fare i conti con una crisi finanziaria originata dalla riduzione delle sue fonti di alimentazione a seguito della contrazione del lavoro dipendente.

#### *...e delle politiche welfariane dell'OMS*

Dal canto suo l'OMS ha vissuto quest'ultimo ventennio muovendosi dentro una crisi interna nella quale si riflettono le contraddizioni tra le proprie impostazioni di politica sanitaria, tradizionalmente ossia statutariamente marcate in senso welfariano, e gli orientamenti neoliberalistici adottati da buona parte dei suoi Paesi-membri, inizialmente nell'ambito delle economie di mercato consolidate e poi su tutta la scala mondiale, anche a seguito della caduta dei regimi socialisti dell'Europa centro-orientale. Una contraddizione resa più acuta da ricorrenti minacce di delegittimazione per l'affermarsi di strutture sopranazionali che sono venute man mano svolgendo ruoli integrativi e spesso concorrenziali rispetto all'ONU, di cui l'OMS è un'agenzia. Tipico è il caso dell'Unione Europea, le cui istituzioni, sorte allo scopo di integrare su scala vasta gli scambi commerciali, il mercato del lavoro, le valute etc., dal momento in cui queste misure sono confluite in un processo di integrazione economica a ventaglio aperto, sulla stra-

da dell'unificazione politica, si sono trasformate in un nuovo *soggetto politico* tendenzialmente autonomo nel concerto internazionale e con una prospettiva di allargamento del ventaglio delle competenze, come sta per accadere anche nella sanità per effetto dell'art 129 del trattato di Maastricht che prevede il passaggio all'UE di tutte le competenze salvo quelle relative alle cure mediche.

In questa fase del ciclo, allora, non possono preoccupare alcuni recenti (anche se non recentissimi) collegamenti tra l'OMS e la Banca Mondiale. Preoccupa in particolare il "sodalizio" con la World Bank intorno a un progetto di ricerca sul *Global burden of disease* e sull'indicatore complessivo di salute DALY che al di là della validità dello strumento dal punto di vista tecnico potrebbe creare qualche scricchiolio nella coerenza della politica dell'OMS, nella misura in cui dovesse aiutare a consolidare le strategie sulle quali la World Bank si è attestata subordinando il proprio sostegno nelle aree economicamente svantaggiate a condizioni di risanamento finanziario così rapido da risultare incompatibili con gli investimenti sull'uomo, come è noto lenti nei loro effetti positivi.

### **Le ricadute sui livelli di salute**

In questo quadro si comprende meglio anche la non felice sorte delle strategie "welfariane" dell'OMS impostate principalmente nei documenti sulla *Primary health care* (Conferenza di Alma Ata) e sulla *Health promotion* (Conferenze di Ottawa, Adelaide, Lubiana e Giakarta) e trasparenti in filigrana nel programma *Health for all 2000*, un appuntamento ora rilanciato al 2020. Merita di essere analizzato in particolare il sostanziale fallimento di *Salute per tutti al 2000* alla cui realizzazione è evidentemente venuto meno il motore di uno sviluppo economico diffuso a livello internazionale e capace di garantire nei Paesi ad economia consolidata margini finanziari da dedicare a grandi progetti di sostegno delle economie deboli.

Lo dimostrano gli ultimi documenti ufficiali dell'OMS nei quali viene riconosciuto come gli obiettivi di salute contenuti nelle grandi strategie decennali abbiano fatto registrare, accanto ad indubbi successi, anche gravi arretramenti rispetto alla situazione di partenza che hanno intaccato ancor più l'equità nel sistema mondiale. Echi di queste contraddizioni sono rimbalzati nelle relazioni e comunicazioni della X Conferenza IAHF:

- Importanti successi sono stati raggiunti nel controllo di alcune *piaghe storiche*, con l'eradicazione, acquisita o all'orizzonte, di malattie infettive pandemiche (vedere il vaiolo e la poliomielite) e una incoraggiante discesa della mortalità materno-infantile.
- Ma altre pandemie trasmissibili (si veda la malaria) non riescono ancora ad essere intaccate nonostante la disponibilità di efficaci mezzi farmacologici per combatterle.
- Preoccupa inoltre la riemergenza di malattie infettive che sembravano domate: è il caso, tra altri, della tubercolosi, per la selezione di ceppi batterici farmaco-resistenti e in connessione alla diffusione dell'Aids.
- L'Aids, che è per ora l'ultima pandemia in ordine di tempo, sta dilagando in particolare nelle aree del mondo dove alla povertà estrema si aggiunge un grado meno che sufficiente di organizzazione sanitaria: una spirale che va messa sul conto di quella *globalizzazione delle iniquità sociali* che rappresenta il tratto caratteristico della situazione sanitaria nel mondo.
- Significativi successi sono stati conseguiti sul versante della durata media della vita, che ha guadagnato molte posizioni anche nei Paesi meno sviluppati, con un andamento ancora più favorevole per le donne.

- Ciò ha però portato ad una distribuzione delle cause di morte e di disabilità ancora più squilibrata sul piano della dis-equità, in quanto per la diversa pressione della “transizione demografica” la popolazione di età intermedia, maggiormente a rischio di malattie non trasmissibili, aumenta molto di più proprio nelle aree che sono meno dotate di servizi sociosanitari occorrenti ad affrontarle.
- Anche la *pandemia da fumo di tabacco*, attivo e passivo, tende a non distribuirsi equamente man mano che i Paesi più sviluppati adottano misure per il controllo della pubblicità, con ciò spingendo le multinazionali del tabacco a intensificare i loro programmi promozionali nei Paesi del sottosviluppo o in via di sviluppo.
- In generale, risultano peggiorate le condizioni dell’ambiente, sia nei suoi parametri fisici (qualità delle acque superficiali, dell’approvvigionamento idrico, dell’aria atmosferica, degli alimenti etc.) sia nei parametri più prettamente sociali (la qualità delle abitazioni, delle condizioni urbane in genere, ma anche lo stato della salute mentale, le tossicodipendenze). Anche per queste condizioni valgono le pressioni verso la dis-equità già messe in rilievo.
- Nuove ed allarmanti dimensioni sono state assunte dagli eventi originati dalle ondate di violenza legate alla repressione politica e alle guerre, ai conflitti nazionali, etnici, religiosi etc., che si aggiungono a quella *violenza di fondo* che si esprime un po’ dappertutto nei confronti degli emarginati, delle donne, dell’infanzia fino a rappresentare una delle principali cause di morte e di disabilità nelle corrispondenti fasce di età; senza dimenticare né sottovalutare gli incidenti cosiddetti *involontari* (lavoro e traffico), che in ultima analisi sono espressioni di un stillicidio di prevaricazioni e violenze espresse nella vita di tutti i giorni.

## Riflettendo sulle prospettive

### *Una sintesi “planetaria”*

In conclusione, si può dire che le politiche neoliberistiche hanno consentito ai Paesi a consolidata economia di mercato di superare una parte delle loro difficoltà, ma a prezzo di un acutizzarsi delle distanze tra i ceti benestanti e gli altri. Valga in proposito la situazione dei Paesi europei, colpiti da una crisi occupazionale mai conosciuta prima d’ora. Lo stesso Paese che apparentemente ha meno risentito di questo fenomeno, gli Stati Uniti d’America, è anche quello che ha potuto meglio scaricare le proprie difficoltà globalizzandole sul piano internazionale ed emarginando quote ingenti della popolazione interna dai diritti di cittadinanza e perfino dal mercato.

Dal canto loro i Paesi meno sviluppati o sottosviluppati hanno vissuto anch’essi queste decenni tra la speranza/illusione di poter rapidamente colmare il gap con la faccia benestante del Pianeta, ma a prezzo di enormi sacrifici patiti dalle classi lavoratrici in termini di bassi salari, di sottoccupazione divenuta strutturale e aggiuntiva rispetto alla tradizionale disoccupazione; sacrifici non bilanciati dal ridimensionamento delle cause del sottosviluppo, che anzi hanno ricominciato a colpire una volta che il vento favorevole delle circostanze economico-produttive ha cambiato direzione.

Quanto al *welfare state* postbellico il suo ciclo si è chiuso perché le condizioni che lo avevano sostenuto (sviluppo dell’occupazione e marginalizzazione passiva delle economie subalterne) sono cessate e ne sono sorte altre che hanno risposto ad altre sollecitazioni (l’internazionalizzazione del mercato finanziario e del mercato dei consumi) spostando l’asse strategico delle politiche nazionali su un terreno completa-

mente nuovo, dominato dalle globalizzazione dei problemi e dalla mondializzazione delle strategie.

In particolare il divorzio che sembra ormai stabile tra la crescita quantitativa della produzione, dove, se e quando avverrà, e gli incrementi occupazionali, è il paradigma su cui inquadrare tanto la fine del ciclo postbellico del *welfare state* quanto le linee portanti per il nuovo contratto sociale attraverso cui ribadire l'obiettivo di un patto di solidarietà tra tutti gli inquilini del pianeta.

### ***Lo sviluppo sostenibile e il welfare possibile***

Questo panorama, se smentisce le previsioni circa la superiorità del modello di sviluppo basato sulla supremazia dei meccanismi di libero mercato, ammonisce anche che un ritorno alla situazione precedente le ultime crisi non è certamente né proponibile né rivendicabile. Occorre quindi disegnare una *nuova frontiera del welfare state*. Questa nuova frontiera non può che essere quella dello *sviluppo sostenibile*, strategia lanciata fin dal 1987 da Gro Harlem Brundtland, divenuta quest'anno il nuovo Direttore generale dell'OMS, e che offre un orizzonte di iniziative internazionali, regionali e locali tali da dare sostanza politica alla rivendicazione di un *welfare* possibile.

Si tratta innanzi tutto di una strategia che si basa sul termine "sviluppo" inteso se non in alternativa quantomeno in contrapposizione alla mera crescita quantitativa nella misura in cui presuppone un cambiamento di paradigma economico, sociale e politico e offre un approccio che si colloca a metà via tra le nostalgie dell'epoca della *crescita illimitata* e le ricette antistoriche dello *sviluppo zero*.

Così inteso, lo sviluppo non entra in collisione con la crescita ma ne fissa le condizioni, a cominciare da quella che le attività produttive e di consumo siano rese compatibili con una *dotazione finita di risorse* e con la *sopravvivenza di tutte le specie viventi a cominciare da quella umana*.

Sviluppo sostenibile è lo sviluppo che tende alla costanza del capitale naturale rinnovabile e all'uso equilibrato del capitale non rinnovabile, e ciò attraverso (i) il prelievo e la utilizzazione delle risorse rinnovabili entro limiti che ne consentano la riproduzione nel tempo lungo senza degrado di qualità, e (ii) il prelievo e la utilizzazione delle risorse non rinnovabili entro limiti subordinati al reperimento di nuove risorse che sostituiscano quelle consumate.

I nessi tra questa filosofia e la salvaguardia delle condizioni di vita e di salute dell'umanità in un quadro di rinnovato *welfare state* possono essere ricercati indietro nel tempo, per esempio nel *Rapporto sullo sviluppo umano* (ONU, 1990), un documento basato su *valori* che le vicende storiche degli anni Novanta rendono se possibile ancora più centrali.

### ***La globalizzazione sostenibile***

Tutti questi problemi si intrecciano con la questione della *globalizzazione* nei suoi due significati, quello *oggettivo* di una presa d'atto che ormai nessun problema ha più una dimensione locale, e quello *valutativo* per cui una parte considerevole degli economisti vede in essa le radici per un ulteriore aggravamento delle economie subalterne. E' difficile tenere distinti questi due aspetti, anche se un approfondimento del concetto non può non far risaltare che la globalizzazione non riguarda solo l'economia e i derivati rapporti di scambio, ma anche altre attività, come la cultura, l'informazione, la ricerca scientifica e lo sviluppo tecnologico, riguardo

ai quali il giudizio non può essere radicale: tutte attività che danno luogo a scambi il cui segno può essere positivo o negativo in dipendenza dei concreti contesti politici.

Questo è un motivo per cui accanto allo sviluppo sostenibile, e come sua condizione, è forse maturo parlare di *globalizzazione sostenibile*, con ciò assumendo un atteggiamento positivo verso il mercato e le sue leggi, a patto di non assolutizzarle. Si tratta, cioè, di non demonizzare il mercato, ma neanche di tradurre tutto nelle sue logiche perché vi sono alcuni beni collettivi (la salute è tra di essi) che debbono essere sottratti al dominio delle leggi del mercato.

La globalizzazione, allora, che è lo scenario nel quale vanno collocati correttamente tutti i problemi non solo sanitari della nostra epoca, deve essere affrontata non con il fatalismo di chi la identifica con il Male, ma in senso positivo, cioè come rivendicazione di un altro tipo di governo mondiale che garantisca regole del gioco tali da non consegnare la sanità e la salute al libero mercato, alla competizione per il profitto, insomma alla monetizzazione di beni (la salute *in primis*) che monetizzabili non sono o meglio non dovrebbero e non dovranno più essere.

### **Qualche occhiata al futuro**

Una questione finale riguarda le istituzioni di governo dell'Umbria, per verificare se esse possano continuare ad avere un ruolo nelle problematiche affrontate nella Conferenza, tenendo conto anche del fatto che per il prossimo biennio la vice-Presidenza sarà tenuta a Perugia, in abbinamento con la coordinazione delle attività scientifiche e culturali dell'Associazione.

La domanda riguarda in modo specifico la Regione dell'Umbria, che tanto ha contribuito alla riuscita della manifestazione sia in termini organizzativi che finanziari, come sarà meglio specificato nella relazione di accompagnamento al budget finale che l'Agenzia "General contractor" sta predisponendo.

### **L'Italia, Perugia e la X Conferenza**

Va ricordato che non è stato casuale avere localizzato la X Conferenza a Perugia. Al contrario, al termine del IX Congresso internazionale di Montréal (giugno 1996), quando fu espressa da parte del Comitato direttivo dell'Associazione la proposta di tenere il successivo incontro in Europa secondo lo schema di alternativa America/Europa che l'IAHP si era data, l'attenzione si appuntò sull'Italia che all'epoca costituiva nel continente il punto di riferimento più prestigioso per una linea di difesa attiva delle politiche sanitarie e sociali ispirate ai principi del *welfare*. Le elezioni generali del 1996 e la vittoria dell'Ulivo avevano infatti introdotto un varco nel blocco delle politiche neoliberiste esportate dal modello statunitense degli anni Ottanta. Sembrava questo un avvenimento "esemplare" e di buon auspicio per il futuro, un auspicio pienamente realizzato due anni dopo con i cambi di maggioranza in Gran Bretagna, Francia e Germania.

Fu accolta anche con favore la proposta della rappresentanza italiana di scegliere come sede della Conferenza l'Umbria e Perugia, la prima come Regione da sempre governata da una coalizione imperniata sulle forze di sinistra e per avere sempre svolto un ruolo di punta in seno al movimento per la riforma sanitaria ispirata ai principi del *welfare state*, la seconda per la sua monumentalità nella quale si esprime una storia culturale ed artistica che non ha molti eguali nel mondo.

### ***Nuovi ruoli dell'Europa...***

Ciò premesso, il secondo panel della giornata conclusiva della X Conferenza, dedicato alla prospettiva delle politiche welfariane nell'Unione Europea, ha messo in luce come il blocco dei Paesi a governo socialdemocratico o di centro-sinistra (che sono la stragrande maggioranza dell'UE) possa aprire la strada ad una trasformazione epocale dei sistemi di sicurezza sociale, che salvaguardando la sostanza del *welfare state* (consistenti nella triade universalismo, equità, solidarietà) ponga l'accento sui *valori* e sulle *opportunità*, ovviamente senza sbarazzarsi di quegli aspetti assistenziali che originano dalle situazioni di bisogno acuto. Questo sembra essere il modo migliore per venire incontro *in positivo*, ossia senza indulgere più di tanto sul versante delle proteste, ai diffusi ripensamenti e dubbi sul neoliberalismo, sul presunto ruolo razionalizzatore del mercato nel campo della salute e su un rapporto pubblico/privato imperniato sui principi della *deregulation* e sulla sostituzione del pubblico con il privato.

### ***... e dell'OMS***

Inoltre, vari segnali fanno intravedere una possibile correzione di rotta da parte dell'OMS, tanto nella sua espressione mondiale (Ginevra) quanto in quella europea (Copenaghen). Una iniziativa molto interessante dell'EuroWHO (alla quale la Regione dell'Umbria ha partecipato come componente del coordinamento degli assessori regionali) è stata recentemente tenuta a Verona di concerto con la regione Veneto sul tema degli investimenti *nella e per* la salute. In controtendenza rispetto a precedenti orientamenti dell'OMS definiti di concerto con la Banca Mondiale, sembra essere prevalsa nella iniziativa di Verona la linea di considerare le strategie per gli investimenti non solo in termini finanziari e di rapido rendimento, ma su un piano di risorse globali (e quindi di *valori*) il che presuppone piani di rientro cadenzati sul passo dello sviluppo umano e non solo su quello della redditività dei capitali.

### ***Un possibile ruolo per l'Umbria***

L'Italia ha superato la fase neoliberistica senza sostanziali perdite di valori welfariani. Ma in questo come in tutti gli altri comparti della politica non c'è nulla di definitivo, ma tutto va verificato nell'azione quotidiana di fronte all'evolversi delle situazioni perché accanto a forti elementi di innovazione contro-agiscono le scorie del passato, le resistenze (spesso vincenti) al cambiamento, e i tentativi mai sopiti di restaurazione del "vecchio" sistema.

In tal senso la Regione dell'Umbria potrebbe caratterizzarsi come centro di irradiazione di iniziative che mantengano in primo piano il discorso dell'equità e delle pari opportunità *nella e per* la salute, in network con i vari centri italiani europei ed internazionali che possono essere incentivati a supportare azioni positive in questo campo.

Questo ruolo potrebbe concretizzarsi iniziative capaci di dare voce a tutte le istanze che a livello politico, professionale e scientifico possono/vogliono interpretare le aspirazioni delle popolazioni alla conquista o al mantenimento di sistemi sociali che pongano al centro della loro azione l'obiettivo della salute per tutti, mantenendo aperta la prospettiva dell'equità.

Più in generale, il terreno potrebbe essere quello dei *confronti a largo raggio*, per dialogare con tutte le componenti della cultura del cambiamento, da un lato, e dall'altro per non spingere all'arroccamento quanti, seguendo percorsi culturali non sovrapponibili ma senza identificarsi con gli interessi della conservazione, sono contemporaneamente

critici verso il predominio delle leggi del mercato in campo sanitario e della sicurezza sociale, critici verso il “vecchio *welfare*”, e diffidenti o sfiduciati verso le possibilità di costruirne realisticamente uno *nuovo*.

Sono persone singole, che non possono non trovare giovamento dal dialogare a tutto campo con adeguati punti di riferimento.

Sono espressioni di correnti culturali e di scuole scientifiche, che seguono le interrelazioni tra equità, salute e politiche positive di *welfare state* mediante appropriate metodologie di ricerca.

Ma sono anche, come si è visto, istituzioni internazionali ed organismi di rappresentanza delle Nazioni i cui orientamenti non possono non risentire delle pressioni che filtrano dall'interno dei Paesi costituenti, da cui l'importanza di una presenza all'interno di queste realtà non isolata ma convergente con altre voci in modo da costituire un'opinione pubblica influente.

Giovanni Barro - Paola Casacci

Nota: in merito a questa manifestazione si può anche vedere la scheda sintetica in questo stessa rivista *AM*, n. 5-6, ottobre 1998, nella rubrica *Osservatorio*, sezione 04. *Segnalazioni*, p. 318.