

Tratto da SaluteInternazionale.info

La salute al centro dell'agenda post 2015

2014-09-08 10:09:40 Redazione SI



Osservatorio Italiano sulla Salute Globale

La comunità internazionale è chiamata a definire l'impostazione dei nuovi Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (Sustainable Development Goals, SDGs). Cosa fare, perché questo decisivo passaggio possa evitare gli errori commessi in passato? La definizione dell'agenda post 2015 è senza dubbio una sfida esigente. Ma è anche un'occasione irripetibile per un salto concettuale e operativo, nel segno di politiche capaci di affrontare la realtà, nel sud e nel nord del pianeta.

Quando nel 2000, 189 paesi adottarono la Dichiarazione del Millennio che poneva le basi e l'impegno verso la realizzazione dei Millennium Development Goals, l'idea di concentrare gli interventi su un numero limitato di condizioni e di malattie fu considerata la giusta strategia per migliorare lo stato di salute della popolazione mondiale, in primis quella delle aree più povere del pianeta. Tale strategia corrispondeva alla modalità tipica della stagione della globalizzazione, fin dall'inizio, quella dei "programmi verticali". Qualche risultato è stato ottenuto, ma siamo ancora lontani dagli obiettivi posti nel 2000, in particolare nell'Africa sub-Sahariana che, a differenze delle altre aree del mondo, rimane indietro anche nel primo obiettivo, quella della riduzione della percentuale di popolazione che vive in condizione di estrema povertà (56% nel 1990, 48% nel 2010). Questa attenzione selettiva ad alcune categorie di interventi ha esacerbato la frammentazione dei sistemi sanitari, già in condizione di dissesto a causa della povertà di risorse, delle privatizzazioni, e della fuga del personale più qualificato.

Quando nel 2015 le Nazioni Unite saranno chiamate a fissare gli obiettivi di sviluppo per gli anni a venire dovranno tenere conto di tutto ciò e anche dell'emergere di nuovi problemi globali di salute, come

l'epidemia delle malattie croniche e i cambiamenti climatici.

In realtà gruppi di esperti e rappresentanti della società civile[a,b] su mandato delle Nazioni Unite stanno già lavorando a un'agenda che avrà come principio fondamentale lo sviluppo sostenibile, secondo le conclusioni della conferenza di Rio+20[c]svoltasi in Brasile nel giugno del 2012, con le sue sette priorità: creazione di posti di lavoro, sicurezza alimentare, acqua, energia, città sostenibili, oceani e prevenzione dei disastri[d]. I Millennium Development Goals (MDGs) si trasformeranno in Sustainable Development Goals (SDGs).

a cura di Gavino Maciocco

Riferimenti

- a. The Report of the High-Level Panel of Eminent Persons on the Post-2015 Development Agenda. A new global partnership: eradicate poverty and transform economies through sustainable development, United Nations, 2013.
- b. Sustainabledevelopment.un.org
- c. United Nations Conference on Sustainable Development 2012/
- d. [Global health in 2012: development to sustainability. Lancet 2012; 379. doi:10.1016/S0140-6736\(12\)60081-6](http://Global health in 2012: development to sustainability. Lancet 2012; 379. doi:10.1016/S0140-6736(12)60081-6)

Di seguito riportiamo sul tema il contributo dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale.

Il semestre italiano di presidenza dell'Unione Europea (UE) si colloca in un momento strategico del negoziato che determinerà l'agenda globale per lo sviluppo dopo il 2015. A chiusura del ciclo teso al raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (Millennium Development Goals, MDGs), la comunità internazionale è chiamata a definire a settembre, a New York, l'impostazione dei nuovi Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (Sustainable Development Goals, SDGs). Cosa fare, perché questo decisivo passaggio della comunità internazionale possa evitare gli errori commessi in passato? E come impedire che gli SDGs finiscano per diventare solo la reiterazione di un percorso intergovernativo ammaccato dalle difficoltà del multilateralismo?

Gli MDGs, che pure hanno inaugurato un'ondata di impegno senza precedenti da parte della comunità internazionale, hanno avuto non pochi limiti. Tra quelli riconosciuti, la strutturale settorialità imposta dai rigidi criteri di misura (senza peraltro la possibilità di misurare l'attendibilità dei dati nei singoli paesi), lo statuto normativo uguale per tutti i paesi ma non vincolante (*soft norm*), e l'istituzionalizzazione del ruolo delle partnership tra settore pubblico e privato nell'agenda per lo sviluppo. Oggi, la mobilitazione che gli MDGs hanno prodotto necessita di una profonda rivisitazione, se si vogliono affrontare

adeguatamente le sfide di un pianeta appesantito da sette anni di contrazione finanziaria ed economica globali, dalla crisi del clima e dell'ambiente, dall'aumento delle disuguaglianze tra Paesi e all'interno degli stessi Paesi e dall'acuirsi di guerre e conflitti. Scenari che hanno tra l'altro alterato in misura significativa le regole della democrazia e della *governance* globale.

L'UE, per la capacità dimostrata in passato di saper tradurre i diritti universali in un originale patto sociale tra cittadine e cittadini all'interno dei suoi stati membri, ha le carte in regola per esercitare un ruolo di leadership nella definizione delle dimensioni di un futuro sostenibile. Ha il bagaglio di conoscenza e la tradizione di esperienze che servono per imprimere la giusta direzione politica agli orizzonti futuri dello sviluppo umano, in un'ottica di equità intergenerazionale.

La salute, prima di tutto

L'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale (OISG)[1] ritiene che per avviare un percorso di vero sviluppo umano si debba partire dalla salute. La salute incrocia fattori diversi e decisivi in tutte le fasi dell'esistenza di una persona: educazione, lavoro, equilibrio di genere, distribuzione delle ricchezze e accesso alle risorse, protezione sociale, capacità di autodeterminazione e qualità di una democrazia. La salute richiede di mettere in atto politiche intersettoriali e di verificare il grado di integrazione tra settori. La salute è un rilevatore drammatico e precoce dell'andamento di altri indicatori, e l'equità in salute misura la qualità e l'estensione della titolarità di cittadinanza attribuita agli individui in una società.

La disuguaglianza in salute, per contro, racconta di tutte le altre disuguaglianze. I dati epidemiologici ormai acquisiti sulla Grecia[2,3] rimandano alla necessità di valutare con estrema attenzione l'impatto e la sostenibilità delle politiche di controllo della spesa[4]. In particolare, mettono in guardia i decisori politici dalla tentazione di misurare la performance degli stati sulla base di meri criteri finanziari, intervenendo con gravi sanzioni contro i Paesi che violano gli indicatori di stabilità economica assunti a riferimento.

Per l'agenda post 2015, OISG propone tre pilastri su cui costruire l'impianto degli SDGs.

1. Più anni di vita sana per tutte e tutti

La buona salute di un individuo e di una popolazione è il risultato di una vita in cui tutti i determinanti di salute (biologici, sanitari, ambientali, economici e sociali) contribuiscono in maniera positiva a prevenire e a controllare disagio, malessere e malattia. L'indicatore che meglio rileva il perseguimento di una vita sana è l'aspettativa di vita in buona salute (Healthy Life Expectancy, HLE),[5] una misura indiretta di tutte le altre dimensioni dello sviluppo che influenzano la salute e le opportunità reali per le persone: educazione, lavoro, salario, abitazione, clima, nonché il rispetto dei diritti umani.

OISG raccomanda l'uso dell'HLE dalla nascita come indicatore centrale per la determinazione del raggiungimento degli SDGs. L'obiettivo "più anni di vita sana per tutte e tutti" comprende una componente di miglioramento della salute (più anni di vita sana) e una di riduzione delle iniquità (per tutte e tutti, inteso come diminuzione del divario tra poveri e ricchi e tra maschi e femmine).

L'HLE, come qualsiasi altro indicatore di salute, varia da Paese a Paese e all'interno dei Paesi, per area geografica, per distribuzione differenziale delle risorse, ma soprattutto per classe sociale. Perché possa servire a diminuire il gradiente di disuguaglianza, l'HLE deve essere sempre misurato, e presentato, in base a uno stratificatore di equità: a una variabile, cioè, che misuri le differenze sociali, come per esempio la distribuzione per livello di istruzione o per quintile di reddito. Il livello di reddito è lo stratificatore di equità più usato a livello globale, perché più fattibile. Si può comparare, per esempio, l'HLE del 20% più povero rispetto al 20% più ricco in una popolazione.

A questo obiettivo centrale, se ne possono aggiungere altri su aspetti specifici di salute che contribuiscono a migliorare l'HLE per tutte e tutti. Questi altri obiettivi possono essere diversi da Paese a Paese e si incrociano in maniera diversa all'interno dei Paesi, ove vi siano aree geografiche disomogenee in termini di sviluppo umano. Per esempio, nelle popolazioni a reddito basso o molto basso, il maggiore contributo al miglioramento dell'HLE è dato dalla riduzione della mortalità materna, neonatale, infantile e sotto i cinque anni. Nelle popolazioni ad alto reddito può essere più importante concentrarsi sulle cause di disabilità negli ultra cinquantenni. In tutti i Paesi, indipendentemente dal loro grado di sviluppo, ci dovranno essere obiettivi specifici riguardanti la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili e il rafforzamento dei sistemi sanitari. Sono tutte scelte che devono essere formulate tenendo conto dei diversi contesti, in un'ottica di grande concretezza, misurabilità e adattabilità, senza occultare i fattori che pesano in una data società.

Porsi come obiettivo primario, con adeguati obiettivi secondari, più anni di vita sana per tutte e tutti non esime i singoli governi e la comunità internazionale tutta dalla responsabilità e dall'impegno a garantire una vita degna alle persone che hanno una vita sana più breve o che trascorrono periodi della loro pur lunga vita con disagio, malessere e malattia.

2. I primi anni durano tutta la vita

La strategia migliore per assicurare più anni di vita sana sulla base dell'equità, anche intergenerazionale, consiste nell'occuparsi delle primissime fasi della vita, dal concepimento ai primi tre anni. Questo è il periodo fondamentale per la salute, la nutrizione e lo sviluppo cognitivo, emotivo e sociale di una persona, con effetti prolungati per tutto il corso dell'esistenza. Povertà, mancanza di accesso a cure adeguate a partire da gravidanza e nascita, e carenze di opportunità di crescita e sviluppo, da quelle di una nutrizione

adeguata a quelle educative e socio-relazionali, contribuiscono a determinare, durante questo periodo fondamentale, il circolo vizioso tra povertà e malattia. I primi anni costituiscono quindi una finestra senza eguali di opportunità di intervento per la prevenzione dei rischi e la promozione della salute e dello sviluppo[6].

L'investimento dei genitori sui figli dipende dalla loro situazione occupazionale e patrimoniale, dallo stato di salute, dal grado di istruzione e, in buona sostanza, dalla capacità di autodeterminazione. Dipende anche dal tipo di solidarietà che una comunità nazionale riesce a mettere in campo. Politiche di protezione sociale, di piena occupazione e di sostegno al reddito[7], politiche universalistiche che riguardano la salute e l'educazione dei figli, tramite servizi che raggiungano i singoli e le famiglie a partire dal periodo pre-concezionale, con particolare riguardo per nuclei in situazioni difficili e bambini con bisogni speciali, sono riconosciute ormai come la strada maestra per garantire sviluppo umano.

OISG raccomanda di assicurare a ogni bambino il miglior inizio possibile alla vita, in quanto ciò rappresenta una delle più lungimiranti ed efficaci politiche che i governi possano adottare per costruire scenari di equità e sostenibilità. “Investire nei bambini: rompere il circolo vizioso dello svantaggio socio-culturale” è una raccomandazione della Commissione Europea del febbraio 2013[8]. Gli investimenti nella salute, nella nutrizione e nello sviluppo cognitivo, emotivo e sociale nei primissimi anni di vita, sono quelli che garantiscono infatti il più alto ritorno economico per gli individui e per la società. In ultima analisi è un imperativo etico, oltre che un diritto riconosciuto sul piano internazionale, cui corrisponde un dovere vincolante per gli stati[9].

3. L'indispensabile condizione della responsabilità

La sfida forse più dirimente per gli obiettivi post-2015 è quella di non riprodurre la dissociazione tra la suggestione delle proposte globali (i risultati promessi e i termini per raggiungerli) e l'incertezza e limitatezza, quando non addirittura assenza, di obiettivi raggiunti quantitativamente e misurabili in modo attendibile.

A questa nota e profonda dissociazione, si aggiunge oggi, nel negoziato post-2015, un dato ancor più preoccupante perché assai poco discusso in ambito intergovernativo: non è previsto, né in fase di programmazione né, ancor meno, di valutazione di risultati, alcun regime di responsabilità e di obbligo vincolante per gli stati e la comunità internazionale. Ancora una volta, rischia di prevalere la logica che concepisce gli SDGs come oggetto di raccomandazioni non cogenti. Una logica erroneamente data per acquisita da una comunità globale nella quale si intrecciano, con modalità assai poco rigorose, attori pubblici e interessi privati. La sanità e la salute coincidono strettamente con la difesa, la garanzia e la promozione dei diritti umani e delle popolazioni; appartengono perciò all'area dell'obbligatorietà[10,11]. La loro violazione, per commissione o per omissione, coincide in questo senso

con una responsabilità rispetto al diritto inviolabile a una vita degna.

OISG raccomanda una formulazione di obbligatorietà degli SDGs, a partire dagli obiettivi relativi alla salute, a livello individuale e collettivo, con un rendiconto che sia specifico e non generico. In questa formulazione è imprescindibile nominare in modo chiaro:

- a chi fanno capo le responsabilità di prevedere, programmare e rendere attuabile una normativa sanitaria che sia garante di copertura universale concreta;
- dove e in che misura si decidono queste responsabilità, a livello di Paesi, Regioni e Agenzie Internazionali;
- le rigide regole economiche e commerciali, che devono essere interpretate ed attuate secondo parametri flessibili laddove siano in contrasto con la fruibilità dei diritti umani universali (per esempio, il diritto di proprietà intellettuale rispetto all'accessibilità a farmaci salvavita e vaccini);
- le clausole di salvaguardia che devono orientare i comportamenti e le scelte dei governi, specialmente in relazione ai trattati commerciali bilaterali e multilaterali, il cui potenziale impatto sullo sviluppo sostenibile post-2015 deve essere oggetto di seria analisi;
- le aree da monitorare formalmente per ridurre il rischio concreto di dipendenza del pubblico da interessi e investimenti (molto spesso illegittimi oltre che illeciti) di attori privati, incluse agenzie finanziarie regionali e globali e gruppi attivi nei servizi sociali e sanitari a livello transnazionale.

La definizione dell'agenda post 2015 è senza dubbio una sfida esigente. Ma è anche un'occasione irripetibile per un salto concettuale e operativo, nel segno di politiche capaci di affrontare la realtà, nel sud e nel nord del pianeta.

In una società globale immersa in un senso di precarietà diffusa, la nozione di sviluppo sostenibile richiede coraggio e lungimiranza. La comunità internazionale deve saper mettere in campo il cambiamento critico che serve a superare gli acuti contrasti del tempo presente e a restituire priorità di attuazione alle politiche universalistiche e agli spazi di democrazia, fondamentali entrambi a garantire una vita degna di essere vissuta.

Mettere la salute al centro del percorso è il primo passo. Perché nessuno rimanga indietro.

Bibliografia

1. Saluteglobale.it
2. Kondilis E et al. Economic crisis, restrictive policies and the population's health and health care: the Greek case. Am J Public Health 2013;103:973-9
3. Karanilolos M et al. Financial crisis, austerity and health in Europe. Lancet 2013;381:1323-31

4. Stuckler D, Basu S. *The Body Economy: Why Austerity Kills*. Basic Books, New York, 2013
5. La HLE è tipicamente inferiore di circa 10-20 anni rispetto all'aspettativa di vita (Life Expectancy, LE). Entrambe si possono stimare dalla nascita oppure dopo aver raggiunto una certa età.
6. Walker SP et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *Lancet* 2011;378:1325-38
7. United Nations Development Programme (UNDP). *Sustaining human progress: reducing vulnerabilities and building resilience*. Rapporto sullo Sviluppo Umano 2014, pp. 9-12.
8. Commissione Europea. *Investire nei bambini per rompere il circolo vizioso dello svantaggio*. Bruxelles, 2013
9. [Convenzione sui Diritti dell'Infanzia](#)
10. [International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights](#). New York: United Nations, 1966.
11. World Health Organization. [25 questions and answers on health and human rights](#) [PDF: 751 Kb]. Geneva: WHO, 2002