

Guido Benedetti



Nel web è sicuramente da segnalare il (quasi) neonato blog Globalhealthpolicy.net che, come ci ricorda la sua home page, vuole “bloggare” sul tema della salute globale - *blogging about global health*.

Non riesco a trovare un numero abbastanza preciso dei “diari di rete” (web-log, poi contratto in blog) esistenti; dovrebbero essere qualche centinaio di migliaia, in crescita. Nel mondo ci sono blog per ogni argomento immaginabile e quindi anche di salute globale. SaluteInternazionale.info festeggerà tra poche settimane il secondo anno di post in materia d’innovazione e gestione della salute, migrazione e salute, salute globale e servizi sanitari nel mondo.

Nel web è sicuramente da segnalare il (quasi) neonato blog Globalhealthpolicy.net[1] che, come ci ricorda la sua home page, vuole “bloggare” sul tema della salute globale - *blogging about global health*.

Dal suo primo post nel maggio 2010, Andrew Harmer e Devi Sridhar, rispettivamente ricercatori della London School of Hygiene and Tropical Medicine e del All Souls College di Oxford, sono gli autori del blog; stile informale e politica internazionale ne sono gli ingredienti principali.

Tra i post più recenti due titoli saltano agli occhi:

- Classic global health debate: Attaran vs Sachs - Is the world better off without the MDGs?[2]
- Who’s really fighting hunger? [3]

Il primo muove da un articolo che Amir Attaran scrisse nel 2005 su *Public Library of Science*[4], rilevando la difficoltà nel misurare i *Millennium Development Goals* (MDGs). Ad esempio, il Target 8 del MDG 6, per la diminuzione dell’incidenza della malaria, sconta la mancanza di dati di partenza omogenei.

Allo stesso modo, il tasso di mortalità materna -Target 6 del MDG 5 - risulta più alto proprio là dove il dato di partenza è più debole, il tutto finendo per rendere queste misure soltanto delle stime più o meno plausibili.

Il *Millennium Project Team* rispose ad Attaran che stava confondendo la sfida di spingere i governi a darsi degli obiettivi di sviluppo con la sfida tecnica di misurare tali obiettivi. Andrew Harmer, autore del post, finisce per domandarsi se non sia proprio il fatto che gli indicatori non sono misurabili (come si sapeva fin dall'inizio) che crea così tante difficoltà nel raggiungimento dei obiettivi.

Il secondo, di Devi Sridhar, descrive un recente report di ActionAid[5] sulla fame nel mondo e sulle strategie necessarie al raggiungimento del MDG 1: misure di protezione sociale per chi opera nell'agricoltura (per difendersi da carestie o fluttuazioni del mercato), impegno dei governi per contrastare i cambiamenti climatici (riduzione delle emissioni e aumento degli investimenti in programmi di compensazione), infine, impegno a rallentare la produzione ed eliminare i sussidi per i biocarburanti da parte della Comunità Europea e degli Stati Uniti.

Sridhar, sottolinea come tali strategie vadano al di là del tradizionale approccio alla fame (povertà, cultura e inefficienza dei governi locali), siano in relazione con la salute, rappresentino ancora un caso in cui migliorare la salute ha a che fare con settori non direttamente sanitari (*comprehensive approach*).

Globalhealthpolicy.net si dimostra uno spazio di riflessione ampio e ragionato su numerosi aspetti della salute globale.

Nel recente post *Falling to replenish the Global Fund*, Andrew Harmer descrive i tre scenari proposti dal Global Fund (GF) per i suoi partner finanziatori (periodo 2011-2013)[6]:

1. Continuare a finanziare i programmi esistenti (13 miliardi di dollari).
2. Finanziare i programmi esistenti e finanziarne di nuovi in modo da garantire i progressi in corso (17 miliardi di dollari).
3. Finanziare i programmi esistenti, i nuovi e allargare quelli meglio performanti per avere più rapidi progressi nei confronti dei MDGs relativi alla salute (20 miliardi di dollari).

Nel post si cita un articolo di J. Sachs - tra coloro che auspicano di riunire i GF relativi alla salute in uno generale, a *Global Fund for Health* - dove l'economista stima che 12 miliardi di dollari all'anno (6 per il controllo di malattie specifiche e 6 per il rafforzamento dei sistemi sanitari) per un GF generale rappresenterebbero ancora un impegno minimo per i paesi donatori (circa lo 0,033% del loro Prodotto Interno Lordo).

Tra le promesse dei paesi donatori e le reali prospettive di sviluppo si desume dalla conclusione di Harmer che la “vecchia” scommessa di Health for All resta ancora sfavorevole.

A proposito del GF, il partenariato pubblico-privato varato nel 2001 al G8 di Genova con lo scopo di raccogliere e distribuire finanziamenti addizionali per la lotta contro l'AIDS, la tubercolosi e la malaria, SaluteInternazionale.info ha dedicato un post [Il Global Fund e il rafforzamento dei sistemi sanitari](#) nel gennaio 2010 a firma di Enrico Materia e Guglielmo Riva[7].

In quel post si ricorda come l'approccio del GF miri “ad agire su componenti del sistema sanitario (risorse umane, formazione, infrastrutture ed equipaggiamenti, pianificazione e gestione) che possano contrastare una o più delle tre malattie”.

Tuttavia, ricordano gli autori, il GF non prevede una finestra per il finanziamento dei sistemi sanitari indipendente dalle tre malattie, né si occupa di priorità globali urgenti quali la gestione delle emergenze ostetriche o la mortalità infantile e perinatale. A questo si è risposto trasformando l'approccio verticale per avere una rinnovata attenzione su temi quali la salute materno-infantile, le malattie tropicali dimenticate e il rafforzamento dei sistemi sanitari.

Il post termina ricordando la richiesta di J. Sachs di trasformare il GF in un Global Fund for Health che si occupi di sistemi sanitari e di altre priorità per la salute globale.

In *From Alma Ata to the Global Fund*[8], un articolo di Gavino Maciocco e Angelo Stefanini, pubblicato nel 2007, viene fatta un'ampia disamina sul significato (e sugli effetti) dell'approccio verticale alla salute e di come esso abbia pervaso le politiche internazionali della storia recente quando queste si siano confrontate in materia sanitaria. Tale approccio, di cui le partnership globali pubblico-private sono una versione “rimodernata”, risulta fallimentare, **mancando di riconoscere i determinanti distali delle malattie e “dimenticando” il vero carico di malattie e mortalità** (10 milioni di bambini sotto i 5 anni e mezzo milione di donne durante il parto e la gravidanza morti ogni anno nel mondo).

Considerando tutto questo, due cose mi vengono in mente:

1. Parlando di MDGs, non è forse miope continuare a distinguere quelli relativi alla salute da quelli “non relativi” alla salute, dal momento che salute e sviluppo vanno assieme? A proposito mi ricordo le parole di Gregorio Monasta in *Infant mortality and integrated human development*: “Development [...] is only possible if there is an accumulation of energy, calories and capital. All these factors are equivalent to each other and equivalent to the concept to have more time to think, i.e. equivalent to living more humanly” [9].

2. A che cosa potrà mai servire un Global Fund for Health, quand'anche fosse omnicomprensivo, se già esiste un organismo internazionale con l'autorità e il mandato di dirigere e coordinare la salute a livello internazionale, di aiutare i paesi a rafforzare i propri sistemi sanitari, di occuparsi da solo o con altre agenzie di nutrizione, abitazioni, igiene ambientale, acqua, condizioni di vita e di lavoro, in una parola, di determinanti socio-economici di malattia?

Sicuramente continuerò a seguire GlobalHealthpolicy.net. Potrei anche trovarci la risposta... Buona lettura!

Guido Benedetti. Odontoiatra. Osservatorio Italiano sulla Salute Globale

Bibliografia

1. Harmer A, Sridhar D. Globalhealthpolicy.net. 2010 [cited 2010 Oct 10]
2. Harmer A. [Classic global health debate: Attaran vs Sachs - Is the world better off without the MDGs?](#). GlobalHealthpolicy.net, 01 ottobre 2010 [cited 2010 Oct 10]
3. Sridhar D. [Who's really fighting hunger?](#) [Internet]. GlobalHealthpolicy.net, 10 settembre 2010 [cited 2010 Oct 10]
4. Attaran A. An Immeasurable Crisis? A Criticism of the Millennium Development Goals and Why They Cannot Be Measured. PLoS Med 2005;2(10)
5. [ActionAid](#). 2010 [cited 2010 Oct 10]
6. Harmer A. [Falling to replenish the Global Fund](#). GlobalHealthpolicy.net, 05 ottobre 2010 [cited 2010 Oct 10]
7. Materia E, Riva G. [Il Global Fund e il rafforzamento dei sistemi sanitari](#). Saluteinternazionale.info 18.o1.2010 [cited 2010 Oct 10]
8. Maciocco G, Stefanini A. From Alma-Ata to the Global Fund: the history of international health policy. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 2007;7(4):479-86
9. Monasta G. Children and human development. Colpo di Fulmine Ed. 1998, Verona, Italy