

Una pozzanghera
e qualche dito di fango.
Da bambino
gli stessi giochi
del creatore.
Per addestrare
il tatto
alla polvere.

Valentino Zeichen

storia e antistoria

MA QUANTI SONO I TOGLIATTI?

Bruno Bongiovanni

In tema di pacifismo si è riudita la voce stonata di chi continua - in modo oggi insostenibile - a riproporre la dicotomia tra riformisti e massimalisti. Ed allora mi sono ritornati in mente alcuni versi di un canto nobile e antico. Eccoli: «I confini scellerati / cancelliam dagli emisferi; / i nemici, gli stranieri / non son lungi ma son qui. / Guerra al regno della Guerra, / morte al regno della morte; / contro il dritto del più forte, / forza amici, è giunto il dì». Questi versi fanno parte del celeberrimo *Inno dei Lavoratori*, composto nel 1886 dal maestro Amintore Galli. L'autore dei versi è Filippo Turati, caposcuola indiscusso del socialismo riformista italiano. Ho ascoltato cantare l'inno nel corso di diverse campagne elettorali. Spesso prima dei comizi di partiti notoriamente sovversivi come il Psdi di Saragat e il Psi di Craxi. Il pacifismo, che può essere declinato (lo so) in modi diversi, fa del resto integralmente parte del

bagaglio morale e politico del riformismo socialdemocratico. Non voglio qui entrare nel merito della discussione attuale, pur esprimendo, per quel che la cosa può valere, il mio apprezzamento per le posizioni espresse da Piero Fassino. Voglio solo sottolineare ancora una volta l'odierna inconsistenza, e la natura strumentale, del termine «massimalismo». Rileggetevi poi bene i versi di Turati. Erano assai più radicali, pur essendo Turati riformista, di quel che dice oggi Bertinotti. Riformista anche lui, ma meno radicale di Turati.

Altro tema. Il dibattito sul libro di Victor Zaslavsky su *Lo stalinismo e la sinistra italiana* (Mondadori) mi ha a sua volta fatto venire in mente quanti Togliatti ci sono stati nel discorso storico-politico. Quello consonante in pieno con l'Urss e insieme teorico della democrazia progressiva. Quello, della storiografia comunista post-1956, che fa della democrazia progressiva il



primo incunabolo dell'autonomia via italiana al socialismo. Quello delle opposizioni «storiche», che ne fecero l'esecutore italiano, a partire dal 1926, della controrivoluzione staliniana (i bordighiani) e della svolta reazionaria staliniana (i trockisti). Mutava il giudizio su Gramsci: affine a Togliatti per i bordighiani, tradito da Togliatti per i trockisti. Vi fu anche il Togliatti degli azionisti, alleato antifascista, cui si dava credito al fine di detotalizzare il comunismo, e poi complice clerico-staliniano della Dc. E anche il Togliatti dei gruppi degli anni '70, traditore e affossatore della Resistenza, subalterno al duopolio normalizzatore Usa-Urss e vero inventore del compromesso storico. E infine il Togliatti degli anticomunisti democratici, sempre e comunque agli ordini, e sul libro paga, di Stalin.

Vi è però chi ha visto in Togliatti un insurrezionalista costretto da Stalin alla moderazione. E chi un realista costretto a discostarsi da Stalin. Chi un disciplinatore delle antiche pulsioni anarchoidi delle masse italiane. Chi un leninista piegato al riformismo dalle masse italiane stesse. E altri Togliatti ancora. La questione è aperta.

L'Anomalo Bicefalo

Dario Fo e Franca Rame

in edicola
con l'Unità
a € 12,90 in più

orizzonti

idee | libri | dibattito

La musica delle donne del mondo

Domani edicola
con l'Unità
a € 7,00 in più

Pietro Greco

DOSSIER

L'apartheid della salute



Sudafrica, un'infermiera trasporta un malato di Aids

Un cittadino degli Stati Uniti spende, in media, 4.187 dollari ogni anno per garantirsi la propria salute. Un tedesco, 2.713 dollari. Un cittadino dell'Etiopia ogni anno spende, in media, 4 dollari. In Germania tutti hanno accesso al sistema sanitario nazionale. Negli Stati Uniti 40 milioni di poveri, più o meno il 15% della popolazione, ne sono sostanzialmente esclusi. In Etiopia, tranne una ristretta élite, nessuno ha accesso a un sistema sanitario che assicuri almeno le prestazioni minime.

In Sierra Leone l'età media della popolazione non supera i 39 anni. In Svizzera l'età media supera gli 82 anni. In alcuni quartieri ricchi di New York e delle grandi metropoli americane l'aspettativa di vita sfiora gli 85 anni. In alcuni quartieri poveri di quelle medesime città l'aspettativa di vita supera di poco i 40 anni.

In Occidente malaria e tubercolosi, le malattie dei poveri, sono sostanzialmente sparite. Nel Terzo Mondo mietono almeno 5 milioni di vittime ogni anno. In nessuna parte del mondo dall'Aids si guarisce. Ma in Occidente la malattia può essere curata, nell'Africa sub-sahariana l'Aids sta spazzando via un'intera generazione.

Non c'è dubbio, la salute è diventata l'emblema e, insieme, la cuspidale della disuguaglianza crescente del mondo globalizzato. Tra i paesi e nei paesi. La malattia è, troppo spesso, causa e stigma della povertà. E la povertà è, troppo spesso, causa e stigma della malattia. Mentre, sempre più spesso, salute e ricchezza coincidono. «Non c'è mai stata tanta salute nel mondo e mai tante malattie e tante morti prevenibili, evitabili e curabili», rileva Giovanni Berlinguer, nel saggio introduttivo al *Rapporto 2004. Salute e globalizzazione* appena uscito per i tipi della Feltrinelli (pagine 276, euro 16,00) a cura dell'Osservatorio italiano sulla salute globale (OSG).

Il quadro statistico proposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) è chiaro fino alla brutalità: un adulto povero di età compresa tra 15 e 59 anni ha dieci volte più probabilità di morire in questa fascia di età di un coetaneo ricco. Un bambino povero di età compresa tra 0 e 4 anni ha 100 volte più probabilità di morire in questa fascia di età di un coetaneo ricco. Una donna povera ha 300 volte più probabilità di morire mentre dà alla luce un figlio di una partoriente ricca. Il 60% degli 11 milioni di decessi tra i bambini sotto i cinque anni nel Terzo Mondo è causata dalla denutrizione, ovvero direttamente dalla povertà.

D'altra parte, l'intero sistema biomedico mondiale è sempre più tarato verso le esigenze dei paesi ricchi. Meno del 10% della spesa in ricerca medica al mondo è indirizzata verso la cura di malattie che interessano il 90% della popolazione mondiale. A investire in ricerca sono i paesi ricchi. E i ricchi investono quasi unicamente per risolvere i propri problemi di salute. Dei 1233 nuovi farmaci immessi sul mercato tra il 1975 e il 1999 solo 13 riguardano malattie tropicali.

L'insieme di queste e di altre disuguaglianze sanitarie - o, per dirla con l'Oms «delle differenze sanitarie non necessarie ed evitabili; e che sono allo stesso tempo inaccettabili e ingiuste» - sono ormai tali, rileva *Le Monde Diplomatique* in un numero speciale, *Apartheid Medical*, pubblicato nelle scorse settimane, da aver creato una nuova e grave



Osservatorio italiano sulla salute globale
Rapporto 2004.
Salute e Globalizzazione
a cura di Eduardo Missoni
Feltrinelli, pagg. 272, euro 16,00

forma di discriminazione: la discriminazione medica. L'*aphartheid medical*, appunto.

Le differenze sanitarie sono certamente ingiuste, perché ledono quel «diritto universale alla salute» che, dal 7 aprile del 1948, giorno in cui fu firmato l'atto costitutivo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, costituisce un caposaldo morale, se non legale, nella regolazione dei rapporti tra i popoli. Ma costituiscono, rileva Giovanni Berlinguer, una minaccia

anche per gli stessi ricchi, in «un'epoca di crescente globalizzazione dei rischi». Come dimostrano il virus dell'Aids e un'altra trentina di virus e batteri a diffusione globale.

Il «rapporto 2004» dell'Osservatorio italiano sulla salute globale organismo che riunisce medici, scienziati e operatori

Un cittadino Usa spende per il proprio benessere oltre 4.000 dollari all'anno un etiope soltanto 4 E se in Svizzera l'età media supera gli 82 anni in Sierra Leone si ferma a 39 Ecco il mondo diviso in ghetti sanitari dalla globalizzazione neoliberista e in cui lo star bene non è più un diritto ma una merce da comprare

In altri termini, occorre rimuovere l'inaccettabile apartheid sanitaria, perché è iniqua e perché è conveniente. Per realizzare questa urgente rimozione, occorre cercare le cause che determinano la nuova forma di apartheid e proporre delle azioni concrete.

Per l'Osservatorio italiano sulla salute globale la causa principale che, negli ultimi due decenni, ha determinato il massimo di discriminazione sanitaria nel mondo proprio mentre il mondo

raggiungeva il massimo della ricchezza assoluta è chiara: la trasformazione concettuale della salute da diritto a merce operata dal pensiero neoliberista imperante negli anni '80 e '90 del secolo scorso.

Nel 1978, con la Conferenza di Alma Ata, ricorda Gavino Maciocco, l'umanità raggiunge il massimo della consapevolezza che la salute è un diritto e che il governo della salute è una delle priorità della governance mondiale. Questa con-

sapevolezza teorica aveva riscontri concreti. Con le grandi campagne di vaccinazione, l'Oms aveva contribuito a contrastare e, talvolta, a eradicare pericolose malattie in tutto il mondo. Clamoroso il caso del vaiolo. Ad Alma Ata i paesi di tutto il mondo acconsentirono sulla necessità di proseguire lungo questa strada e costruire in tutto il mondo le condizioni di un'assistenza sanitaria di base universale. Dopodiché...

Dopodiché si impose una nuova (vecchia) scuola di pensiero, quella neoliberista. E molti economisti iniziarono a sostenere che gli investimenti in sanità non devono «avvenire per decisione degli esperti sulla base di un bisogno, ma attraverso la scelta del consumatore, che controlla la valutazione del suo capitale di salute e decide di incrementarlo». Sulla spinta della necessità di far quadrare i bilanci pubblici, la salute viene trasformata da diritto in merce e l'ammalato da paziente a consumatore.

La nuova filosofia si impone negli Stati Uniti e conquista le grandi istituzioni finanziarie globali: la Banca Mondiale e il Fondo monetario internazionale.

Tra i suoi obiettivi quello di rafforzare l'intervento pubblico il ruolo regolatore dello Stato e il rilancio dell'Oms

Occorre, si dice, introdurre forme di partecipazione alla spesa sanitaria anche nelle strutture pubbliche (*user fees*); promuovere programmi di assicurazione; privatizzare i servizi sanitari; decentrare il governo della sanità.

Gli effetti della nuova filosofia sanitaria sono devastanti, soprattutto nel Terzo Mondo. Mentre l'Europa, infatti, riesce sostanzialmente a difendere il suo welfare sanitario (neppure Margaret Thatcher riesce a imporre la filosofia neoliberista in Inghilterra, perché il 70% dei suoi elettori *tories* non ci sta a smantellare il sistema sanitario nazionale), nei paesi in via di sviluppo più esposti ai programmi (che somigliano molto a dei diktat) delle grandi organizzazioni finanziarie è il disastro. Nei paesi più poveri, soprattutto dell'Africa sub-sahariana, la quota del Prodotto interno lordo destinata alla sanità diminuisce, anziché aumentare. Disincantati dalle *user fees*, insomma dai ticket, gli ammalati evitano di rivolgersi ai medici e agli ospedali. L'assistenza sanitaria in molti paesi subisce una drastica riduzione. Negli anni '90 questa riduzione diventa drammatica anche nei paesi ex comunisti. Nel Kirgizistan il 50% delle persone che si rivolgono a un ospedale vengono respinte perché non hanno di come pagare. In Russia l'età media dei maschi crolla da 65 a 58 anni. Persino nei paesi ancora formalmente comunisti, ma esposti alle richieste della Banca Mondiale, le condizioni sanitarie peggiorano. In Vietnam il 60% delle famiglie povere è costretto a indebitarsi: per un terzo di quelle famiglie la causa principale dell'indebitamento risiede nell'accesso al sistema sanitario. A Phnom Penh, in Cambogia, il 20% dei pazienti si rivolge agli usurai per potersi curare.

E tutto questo mentre la deregulation nella vendita dei farmaci - smerciati ormai sulle bancarelle in molti paesi del Terzo Mondo - ne rende inutile se non pericoloso, in ogni caso irrazionale, l'uso. È stato calcolato che in India il 70% delle spese per farmaci è non necessaria. Ed è stato calcolato, dalla Banca Mondiale, che nei prossimi anni per i soli diritti brevettuali un flusso di denaro pari a 40 miliardi di dollari passerà dai paesi poveri ai paesi ricchi.

Come uscire dalla trappola? Gavino Maciocco propone quattro tipologie d'azione: rafforzare i servizi sanitari pubblici, perché senza questi servizi i poveri non sanno come curarsi (e persino i ricchi si curano male); sostituire le *user fees*, il pagamento diretto, con sistemi (assicurativi o statali) che socializzano la spesa; rafforzare il ruolo regolatore dello stato e, a livello internazionale, trovare fonti di finanziamento per creare il primo nucleo di un sistema sanitario globale.

Occorre, ancora, rafforzare il ruolo dell'Organizzazione Mondiale di sanità, magari individuando in essa quel nucleo di sistema sanitario globale di cui parlavamo sopra. Bisogna rafforzare la cooperazione. Riproporre i grandi progetti (come, per esempio, il 3 per 5 dell'Oms - curare 3 milioni di sieropositivi entro il 2005). E riproporre l'intervento pubblico.

In altre parole, per rimuovere la più grande e, forse, la più grave forma di apartheid nel mondo, l'apartheid sanitaria, occorre realizzare il programma di Gro Harlem Brundtland, segretaria dell'Oms dal 1998 fino allo scorso dicembre 2003, e imporre il diritto alla salute in testa all'agenda politica internazionale. Come elemento assolutamente prioritario della *governance* (ma non sarebbe meglio dire del governo democratico) globale.

Ma occorre anche ritornare alla antica definizione di salute: non più merce, ma diritto. E all'antica definizione di paziente: non più consumatore, ma persona. In fondo, la salute e il benessere psico-fisico dei cittadini sono precondizioni essenziali per qualsiasi tipo di sviluppo. Compreso lo sviluppo economico.