

La cooperazione decentrata allo sviluppo: riflessioni teoriche e spunti dall'esperienza della Toscana nel campo della salute globale

*Maria José Caldes Pinilla, Nicolò Bellanca, Elena Como,
Renato Libanora e Andrea Rapisardi*

Ottobre 2010

INDICE

1. Introduzione	3
2. Co-sviluppo e cooperazione decentrata: concetti chiave e riflessioni di fondo	4
3. La cooperazione decentrata nelle pratiche concrete: l'interpretazione italiana.....	6
4. La cooperazione decentrata sanitaria: nuova via per la realizzazione di Alma Ata?	8
5. La CSI toscana: un'esperienza concreta di cooperazione decentrata finalizzata alla promozione della salute e del co-sviluppo.....	10
6. Principi della CSI toscana: uno scenario possibile	14
7. Dieci principi per la Cooperazione Sanitaria Internazionale della Regione Toscana	14
Riferimenti bibliografici	15

M.J. Caldes Pinilla è Dirigente Medico di Presidio dell'AOU Meyer di Firenze e Responsabile della Cooperazione Sanitaria Internazionale della Regione Toscana

N. Bellanca, R. Libanora sono ricercatori del laboratorio ARCO (Action-Research for CO-development) del PIN s.c.r.l. – Polo Universitario Città di Prato dell'Università di Firenze. **E. Como** e **A. Rapisardi** fanno parte di LAMA Development and Cooperation Agency, società cooperativa co-fondatrice di ARCO.

1. INTRODUZIONE

L'antropologo Jean-Pierre Olivier de Sardan (1995, p. xi) propone una delle più stimolanti definizioni di “sviluppo” come «l'insieme dei processi sociali indotti da operazioni volontaristiche di trasformazione di un ambiente sociale, intraprese per mezzo di istituzioni o di attori esterni a questo ambiente, i quali cercano tuttavia di mobilitarlo mediante un innesto di risorse e/o tecniche e/o conoscenze». Le due peculiarità, rispetto ad altri percorsi di cambiamento sociale, consistono nell'*intento volontaristico* e nell'*intervento di soggetti esogeni*. Si tratta di caratteristiche tipiche dell'aiuto pubblico allo sviluppo (ODA, *Official Development Assistance*), il quale non è dunque un aspetto accessorio dei percorsi di sviluppo, bensì «la forma primaria della politica internazionale al livello della periferia geo-politica» (Macrae e Leader, 2000, p.31).

Finché rimane centrale la coppia “sviluppo-aiuto”, tuttavia, vale il proverbio africano secondo cui “la mano che riceve sta sempre sotto a quella che dà”. Questa impostazione è stata criticata sul piano politico, scientifico e, soprattutto, su quello delle pratiche di cooperazione internazionale (Bellanca, 2008; Canitano e Bellanca, 2010). Una nuova triade di concetti è quindi emersa nei dibattiti recenti: si tratta dei concetti di *partecipazione*, *empowerment* e *co-sviluppo*. I tre termini fanno riferimento a dibattiti scientifici e professionali in parte indipendenti ma, dal nostro punto di vista, particolarmente significativi se messi in relazione all'interno di precise cornici analitiche ed operative. In questa sede la specifica “cornice” di riferimento che intendiamo adottare è quella della cooperazione decentrata allo sviluppo. Attraverso i tre concetti sopraelencati ed altri che andremo via via a definire nelle pagine che seguono, vorremmo quindi proporre alcune riflessioni sulla cooperazione decentrata e più in generale sulle trasformazioni che ormai da un paio di decenni stanno investendo le relazioni tra Nord e Sud del mondo, aprendo nuove vie per la promozione dello sviluppo su scala globale.

La tesi che andiamo a sostenere è che la cooperazione decentrata, come innovativa forma delle relazioni internazionali, ha le potenzialità necessarie per superare almeno in parte l'approccio vettoriale della cooperazione allo sviluppo tradizionale (il trasferimento unidirezionale dalle società più ricche a quelle più povere), per attivare invece una serie di scambi materiali ed immateriali tra territori che prendono le mosse dalla consapevolezza di un comune destino e si orientano nella direzione – a nostro avviso desiderabile – del co-sviluppo.

Abbiamo già citato alcuni dei concetti chiave della nostra riflessione quali la partecipazione, l'*empowerment*, il co-sviluppo. Dopo averli meglio specificati e discussi, richiameremo brevemente i principali tratti della cooperazione decentrata e proporremo l'esempio del settore socio-sanitario, che a nostro avviso si presta particolarmente bene alla dimensione decentrata della cooperazione internazionale. Infine, riporteremo alcune riflessioni relative all'esperienza concreta della Cooperazione Sanitaria Internazionale (CSI) della Regione Toscana, tratte da uno studio in corso realizzato dal Laboratorio ARCO del PIN S.c.r.l. di Prato.¹

¹ “La Salute come Motore di Co-Sviluppo. Idee progettuali e strategie operative per il rafforzamento del Sistema Toscano di Cooperazione Sanitaria Internazionale (ST-CSI)” è un programma di ricerca triennale iniziato il 01/03/2009 e finanziato dalla Regione Toscana come Progetto di Iniziativa Regionale (approvato e finanziato per la prima annualità con DGR n. 1071 del 15/12/2008 e per la seconda annualità con DGR n. 1305 del 28/12/2009).

2. CO-SVILUPPO E COOPERAZIONE DECENTRATA: CONCETTI CHIAVE E RIFLESSIONI DI FONDO

Cominciamo quindi col definire per primi i tre concetti che abbiamo enunciato sopra, ovvero i concetti di partecipazione, *empowerment* e co-sviluppo.

Con partecipazione intendiamo quel processo per il quale un individuo, una comunità o un'agenzia governativa coinvolti in una relazione di cooperazione internazionale sviluppano le attitudini – e si costruiscono gli strumenti analitici, i canali comunicativi e le condizioni operative – necessarie per riflettere criticamente sulla progettazione, attuazione e valutazione del progetto stesso.

Per *empowerment* intendiamo la capacità del “beneficiario” di un progetto di cooperazione di progredire verso l'agenzia che effettua l'intervento di “aiuto” e verso il donatore che lo finanzia, ponendosi così in una reale condizione di partenariato. Le asimmetrie di potere che si vogliono ridurre attraverso l'*empowerment* non sono solo quelle verticali (tra Nord e Sud), ma anche quelle orizzontali (tra gruppi sociali, per esempio donne, bambini, disabili, minoranze etniche).

Infine, per co-sviluppo intendiamo quei percorsi di innovazione (di processo e di prodotto) che investono, e in cui sono interessati simultaneamente e consapevolmente, soggetti e sistemi locali del Nord e del Sud del mondo. Alla base di un tale concetto di co-sviluppo, vi è una precisa chiave di lettura della globalizzazione contemporanea, la quale, a nostro avviso, è concepibile come un processo di competizione/collaborazione tra territori. Nel contesto contemporaneo, in cui sempre di più sono i *territori* (o sistemi socio-economici locali, SSL), e non gli Stati-nazione, la dimensione più rilevante per lo sviluppo, possiamo infatti intendere la cooperazione decentrata come una forma di relazione internazionale che nasce quando un SSL già affermato ed un SSL potenziale decidono di esplorare le reciproche sinergie con l'obiettivo di generare co-sviluppo. Solitamente, ma non sempre, il primo SSL è collocato al Nord ed il secondo al Sud. Le sinergie tra territori implicano transazioni bi-direzionali: persone, risorse e conoscenze fluiscono in modo continuo da un SSL all'altro, in entrambe le direzioni anche se in misure e in forme diverse.

Se si abbraccia questa interpretazione, si vede subito che rispetto alla forma classica dell'aiuto allo sviluppo la cooperazione decentrata cambia radicalmente l'approccio metodologico. La cooperazione tradizionale (l'aiuto allo sviluppo) procede mediante un armamentario strumentale basilare, il quadro logico e il ciclo di progetto, con cui si cala un sapere aprioristico e teleologico in una (lontana ed estranea) realtà concreta. Il progetto di cooperazione tradizionale è deduttivamente sequenziale: prima lo si elabora, poi si trovano i fondi, quindi lo si realizza e monitora, infine lo si valuta. La cooperazione decentrata, al contrario, attiva processi di comune interesse ed esplora le sinergie puntando al co-sviluppo. Il sapere è stavolta induttivo e processuale, poiché nasce dalle stesse pratiche messe in campo e dalle riflessioni dei vari attori. La forma in cui esso si organizza non è più il “progetto *ex ante*”, bensì – se così lo vogliamo chiamare – il “partenariato *in itinere*”.

La riflessione sul co-sviluppo (e sul partenariato come forma privilegiata per la sua realizzazione concreta), ci porta quindi a definire altri tre concetti fondamentali.

Il primo di questi è il *comune destino*, che lega tra loro anche i più distanti popoli del Sud e del Nord, in quanto abitanti di un unico pianeta ormai fortemente globalizzato. L'esistenza di un comune destino costringe i territori a quel rapporto di continua competizione/collaborazione che abbiamo richiamato sopra, e giustifica la loro scelta di “cooperare”. Per comprendere meglio le implicazioni di un comune destino, si pensi agli abitanti di un condominio: ognuno vive a casa propria, ma tutti condividono parti comuni e interessi collettivi. Affrontare un comune destino può non significare un miglioramento per tutti (come accade nel caso del mutuo vantaggio), ma è preferibile sia al procedere ciascuno per conto proprio, sia al litigare. Nel contesto della cooperazione internazionale, è fondamentale osservare che l'idea del comune destino è assai diversa da quella della solidarietà caritatevole che, seppure in maniera mimetica, rimane alla base

dell'ideologia che giustifica le forme tradizionali di aiuto allo sviluppo. Mentre la solidarietà caritatevole scaturisce da un senso di iniquità che si desidera ridurre, se non dal un senso di colpa che il Ricco Bianco prova verso il Povero Nero, l'idea del comune destino riflette un'attitudine collaborativa tendenzialmente paritaria e bi-direzionale.

Dal riconoscimento del comune destino e quindi la scelta della collaborazione invece che l'aiuto caritatevole, segue un altro concetto chiave che vogliamo richiamare nel quadro della cooperazione decentrata: l'*innovazione organizzativa*. Anche qui, possiamo contrapporre il modello del co-sviluppo a quello tradizionale dell'aiuto, mettendone subito in luce le maggiori potenzialità. Nel consueto modello degli aiuti allo sviluppo vi è il Donatore del Nord, che possiede le risorse, le conoscenze e il potere; costui non ha motivi per mettersi in gioco mentre effettua l'intervento caritatevole al Sud, anzi ne è il regista, proprio in quanto è l'unico soggetto che controlla ogni tappa del processo. Di converso, nel modello basato sul co-sviluppo un presupposto fondamentale è proprio la volontà di mettersi in gioco, per imparare e crescere in entrambi i territori, così al Nord così come al Sud del mondo. Attraverso i rapporti di cooperazione decentrata si attivano infatti processi di scambio in cui ogni organizzazione coinvolta viene spinta dalla nuova partnership a cambiare ed adattarsi. Nulla garantisce che il cambiamento prodotto costituisca di per sé un Progresso (in qualche accezione), né che porti rapida crescita economica o incrementi di welfare in uno o ambedue i territori coinvolti. L'unica importante certezza è che un rapporto basato sulla partnership tra due territori (o sistemi locali) spinge entrambi ad apprendere: ad imparare ed innovare.

L'ultimo concetto che vogliamo richiamare prima di passare a discutere le esperienze concrete della cooperazione decentrata è la *peer review*, ovvero il controllo tra pari. La *peer review*, strettamente connessa al principio di mutua *accountability*, indica un sistema di sorveglianza multilaterale nel quale ogni organizzazione sottopone le proprie azioni al vaglio delle altre, permettendo a ciascun partner di valutare la convergenza o meno degli altri agli obiettivi condivisi. In assenza di un meccanismo gerarchico di controllo e sanzione, gli esercizi di monitoraggio e valutazione partecipativa attivati dalla *peer review* sono dei potenti generatori di informazioni pertinenti e di reciproco posizionamento. L'unica efficace sanzione, espressa endogenamente dallo stesso rapporto tra pari, è l'espulsione dal gruppo (in questo caso dal partenariato) dei soggetti e le organizzazioni che non collaborano.

Nel contesto della cooperazione decentrata, la *peer review* può essere usata per effettuare un controllo *in itinere* dei processi e dei partenariati e quindi per attenuare le tradizionali asimmetrie di potere, per le quali da una parte vi è il Nord che "sorveglia" e dall'altra vi è il Sud che tenta di "allinearsi". Inoltre, accanto all'innovazione organizzativa, la *peer review* contribuisce significativamente a generare percorsi di apprendimento per le organizzazioni implicate.

Per concludere questa prima parte, usando i concetti fin qui definiti, possiamo quindi sostenere che quando si stabiliscono impegni e relazioni – quanto più possibile vincolanti – tra soggetti e territori del Nord e del Sud, in cui le dimensioni della partecipazione e dell'*empowerment* sono continuamente presenti e rinnovate, in cui l'idea di un comune destino è riconosciuta e condivisa, e in cui la bi- (o multi-) direzionalità tanto dell'innovazione quanto del "controllo" (la *peer review*) è accettata e valorizzata da tutti i soggetti coinvolti, allora è possibile attivare processi virtuosi che possiamo definire di "co-sviluppo".

La tesi sostenuta qui è che una simile dinamica possa essere attivata e resa sostenibile dalla cooperazione decentrata più facilmente che da altre forme di cooperazione o di relazioni internazionali. A nostro avviso, questo salto di qualità della cooperazione internazionale contribuirebbe anche a rafforzarne la legittimità e la sostenibilità nel tempo.

3. LA COOPERAZIONE DECENTRATA NELLE PRATICHE CONCRETE: L'INTERPRETAZIONE ITALIANA

Abbiamo fin qui illustrato il quadro teorico e concettuale di riferimento in cui collochiamo la cooperazione decentrata. Tuttavia, per rimanere vicini alla sua realtà concreta dobbiamo guardare come essa viene interpretata e messa in pratica dai diversi soggetti e organizzazioni tradizionalmente coinvolti nell'aiuto allo sviluppo.

Ad una prima analisi, si vede che il termine “cooperazione decentrata” viene interpretato ed utilizzato in modo diverso da diverse organizzazioni ed istituzioni, e manca in generale una definizione operativa condivisa (Hafteck, 2003).² Ciononostante, sembra comunque esistere un “minimo comun denominatore” tra le diverse definizioni, e questo è il ruolo pro-attivo assunto dalle autonomie locali sia nel finanziare che nel promuovere e realizzare le iniziative, in un'ottica di partenariato con i territori del Sud del mondo (Stocchiero, 2007, p.5).

Nella definizione italiana,³ aggiornata dalla Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo del Ministero degli Affari Esteri (DGCS/MAE) nel 2010, per Cooperazione Decentrata s'intende:

l'azione di cooperazione realizzata dalle Regioni e dagli Enti Locali nell'ambito delle relazioni di partenariato territoriale con istituzioni locali (per quanto possibile omologhe) dei paesi con i quali si coopera. Tali azioni sono finalizzate a stabilire e consolidare lo sviluppo reciproco equo e sostenibile. Per la loro realizzazione ci si avvale della partecipazione attiva degli attori pubblici e privati nei rispettivi territori.” (DGCS/MAE, 2010, p.13)

Partendo da questa definizione, possiamo brevemente richiamare i principali aspetti concreti in cui la cooperazione decentrata introduce elementi di novità. Questi sono principalmente tre: gli *attori* della cooperazione allo sviluppo, i *processi* su cui essa si fonda (e che concorre a determinare), e infine la centralità acquisita dal *territorio* rispetto alle altre forme di cooperazione internazionale.

Per quanto riguarda gli attori, la cooperazione decentrata innova rispetto alla cooperazione allo sviluppo “tradizionale” poiché, contrariamente a quest'ultima (che si basa principalmente sull'azione di governi centrali, agenzie internazionali, ed enti privati non-profit quali ONG ed associazioni), essa segnala l'entrata in scena o l'accrescimento di ruoli e responsabilità di altri attori. Secondo la definizione italiana, questi sono in primo luogo le Regioni e gli Enti Locali (REL), ma come si legge più oltre nelle stesse Linee Guida, possono essere anche altri soggetti, tra cui le Università e i centri di ricerca e formazione, i servizi pubblici, le organizzazioni sindacali, le associazioni di migranti, addirittura le piccole e medie imprese ed altri soggetti *for profit*.⁴ Va

² Le definizioni dell'Unione Europea (UE), della International Union of Local Authorities (IULA), dell'UNDP, della Francia, della Banca Mondiale e dell'Italia sono riprese e commentate nei loro elementi comuni e divergenti da Hafteck (2003). Si noti che alcune di queste, per esempio quella della UE, sono cambiate dal momento in cui Hafteck scriveva il suo articolo. In particolare, la definizione italiana è stata aggiornata nel marzo 2010 dalle nuove Linee Guida della D.G.C.S. sulla Cooperazione Decentrata. Sui diversi significati di “decentralizzazione” e sulle sfide della *governance* multi-livello si vedano anche Desmet e Develtere (2002).

³ La definizione italiana, oltre ad essere ovviamente la più rilevante nel contesto in cui scriviamo, sembrerebbe essere un buon punto di partenza per un'analisi che volesse essere significativa anche a livello internazionale. Infatti, già con riferimento alle precedenti Linee Guida della DGCS/MAE del 2000, Hafteck (2003) osservava che la definizione italiana era particolarmente completa rispetto a quelle di altre istituzioni. L'autore notava in particolare che la definizione italiana poneva notevole enfasi sul ruolo della società civile come soggetto attivo (seppur sotto la guida delle autorità pubbliche locali), invece che come beneficiaria della cooperazione, e menzionava esplicitamente i consorzi di autorità locali.

⁴ Questi sono alcuni dei soggetti citati nelle Linee Guida italiane (DGCS, 2010, p. 10) come “partecipanti attivi”, in varie funzioni, della cooperazione decentrata. Inoltre, se la normativa locale lo consente, possono avere un ruolo anche altri attori come gli enti del territorio, gli enti strumentali e le strutture *in house* delle REL, che “possono essere da queste incaricati della gestione di tutto o parte dell'iniziativa da parte della REL esecutrice” (ibidem). Le entità *for profit*, secondo le Linee Guida, sono incluse “a condizione che non si creino fenomeni di distorsione della concorrenza e secondo i vincoli sull'aiuto di stato enunciati dalla UE” (ibidem).

ricordato che, come abbiamo già richiamato sopra, altre istituzioni impegnate nello sviluppo intendono la cooperazione decentrata in maniera diversa e quindi mettono anche l'accento sul ruolo di altri attori.⁵ Questa variabilità degli attori "riconosciuti" nelle diverse definizioni di cooperazione decentrata, che talvolta la porta a concretizzarsi in forme empiriche anche assai diverse fra loro, ci porta a ritenere che sono i criteri di territorialità, pluralità ed eterogeneità degli attori il vero elemento innovativo della cooperazione decentrata – la quale tende spesso a caratterizzarsi come modalità aperta a vari attori piuttosto che sceglierne rigidamente alcuni – e che la maggiore mobilitazione e inclusione di una certa tipologia di attori piuttosto che di un'altra è in ultima analisi una specificità locale, e probabilmente uno dei tratti che permettono di distinguere tra di loro i diversi modelli di cooperazione decentrata preferiti dai diversi Stati e autorità locali nelle proprie legislazioni in materia.

Per quanto riguarda i processi, la definizione italiana richiama direttamente l'idea di partenariato, che viene poi ripresa anche nelle pagine successive delle Linee Guida, dove si enunciano i principi della cooperazione decentrata (DGCS/MAE 2010, p.4). Come abbiamo argomentato sopra, la scelta del partenariato come modalità di relazione tenta di superare le forme tradizionali dell'aiuto bi- e multi-laterale (spesso rigide, verticali, basate su rapporti asimmetrici tra paesi donatori del Nord e dei paesi beneficiari del Sud), e di sostituirle con l'idea della mutua *accountability* e dello sviluppo reciproco. In questo modo, pur non essendo sostitutiva o alternativa a quella tradizionale, la cooperazione decentrata cerca di innovare fortemente il modo di intendere le relazioni e i processi alla base dello sviluppo, di rispondere meglio alle esigenze locali, e infine di restituire alla cooperazione internazionale quella legittimità democratica ormai in crisi da almeno 20 anni (si veda anche Stocchiero, 2009).

Infine, tra le maggiori novità introdotte dalla cooperazione decentrata, troviamo la centralità del territorio, che assume concretamente una doppia valenza di "fine" e di "mezzo" per lo sviluppo locale. Nella cooperazione decentrata, infatti, l'obiettivo centrale è il soddisfacimento delle esigenze locali e quindi lo sviluppo equo e sostenibile del territorio; allo stesso tempo il territorio è anche la principale fonte di reperimento delle risorse umane, sociali, economiche, naturali e simboliche necessarie per realizzare le iniziative e concretizzare il progetto dello sviluppo locale. Per questo motivo, la cooperazione decentrata deve ricercare la partecipazione attiva e coerente dei vari soggetti locali, senza che però questo riduca le possibilità di interazione e coinvolgimento degli altri livelli. Infatti, oltre alle relazioni tra soggetti locali, nella cooperazione decentrata si costruiscono anche importanti sinergie con attori nazionali e sopranazionali, nel contesto di una complessa *governance* multi-livello che si fa quindi sempre più caratterizzata dalla pluriattorialità e il policentricismo delle relazioni. La sfida operativa diventa quindi quella di trasformare gradualmente questa immensa mole di relazioni e di flussi in un vero e proprio partenariato tra territori del Nord e del Sud del mondo basato sulla condivisione di obiettivi e principi relativi allo sviluppo.

Nelle pagine che seguono, ci concentreremo su uno specifico ambito di cooperazione internazionale, la cooperazione sanitaria, e cercheremo di mettere a fuoco il valore aggiunto che la cooperazione decentrata può offrire, grazie al suo focus sul livello locale e alle potenzialità per il co-sviluppo che abbiamo discusso sopra. Quindi innanzitutto introdurremo alcune questioni centrali per la cooperazione sanitaria decentrata nel suo complesso, e poi proporremo delle riflessioni più specifiche tratte dall'esperienza della Cooperazione Sanitaria Internazionale della Regione Toscana, che recentemente ha iniziato ad interrogarsi sui propri risultati e potenzialità future. La riflessione sull'esperienza della Regione Toscana, prodotta all'interno del già citato studio di ARCO, offre numerosi spunti perché entra nel cuore della questione che a noi interessa, ovvero la possibilità di avviare processi di co-sviluppo tra Nord e Sud del mondo e quindi di superare la logica caritatevole ed assistenziale dell'aiuto allo sviluppo classico, per attivare invece scambi che siano originali e in grado di produrre innovazione e sviluppo in *tutti* i territori coinvolti, compresa la Toscana stessa.

⁵ Si vedano in merito Hafteck (2003) o OECD (2005).

4. LA COOPERAZIONE DECENTRATA SANITARIA: NUOVA VIA PER LA REALIZZAZIONE DI ALMA ATA?

Nel contesto dello sviluppo, la salute occupa un posto di notevole rilievo. Innanzitutto, la salute, intesa non solamente come mera assenza di infermità ma bensì come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale⁶ è stata più volte definita un diritto umano fondamentale.⁷ In secondo luogo, è ormai riconosciuto che la salute è un fattore fondamentale e imprescindibile per lo sviluppo socio-economico di ogni stato e per il raggiungimento dell'obiettivo globale dell'eradicazione della povertà, ed è quindi una delle principali capabilities per lo sviluppo umano secondo l'approccio del Premio Nobel Amartya Sen (Sen 2000). Inoltre, con l'aumento della mobilità e delle migrazioni globali, è sempre più riconosciuto che la salute è ormai diventata un vero e proprio bene pubblico globale e quindi che la promozione della salute nei paesi poveri non è solo una questione di giustizia sociale, ma contribuisce a proteggere l'umanità intera (M. Murru e F. Tediosi, 2008).

A riconferma di ciò, quando nel settembre del 2000 l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha individuato otto Obiettivi di Sviluppo del Millennio (OSM)⁸ da raggiungere entro il 2015, tre di questi sono stati dedicati interamente alla salute:

- OSM 4: Ridurre la mortalità infantile;
- OSM 5: Migliorare la salute materna;
- OSM 6: Combattere HIV/AIDS, malaria e altre malattie.

Inoltre, a ulteriore dimostrazione del forte nesso tra il miglioramento della salute e lo sviluppo nel suo complesso, anche altri Obiettivi e del Millennio e rispettivi targets fanno riferimento a elementi di una vita salutare, ad esempio:

- OSM 1, target 1c: Dimezzare la proporzione di persone che soffrono la fame;
- OSM 7, target 7c: Dimezzare la proporzione di persone senza accesso sostenibile all'acqua potabile e all'igiene di base.

In riconoscimento della centralità della salute nello sviluppo, le risorse destinate dalla cooperazione internazionale al settore sanitario hanno visto un notevole aumento negli ultimi decenni (M. Murru e F. Tediosi, 2008).⁹ Tuttavia, nonostante questo aumento di spesa (che in ogni caso è stato molto diseguale tra paesi)¹⁰ in alcune zone, soprattutto in Africa Sub-Sahariana, gli indicatori sanitari non sono migliorati o hanno addirittura visto un peggioramento (M. Murru e F. Tediosi, 2008). Le ragioni di questo “insuccesso” della cooperazione sanitaria internazionale probabilmente risiedono nella difficoltà a gestire efficacemente le risorse, in particolare a definire e applicare coerentemente un approccio condiviso alla promozione della salute nel Sud del mondo, e a coordinare ed armonizzare fra loro le diverse azioni dei numerosissimi soggetti e istituzioni attive nella cooperazione sanitaria internazionale. Murru e Tediosi (2008) hanno infatti osservato che il settore

⁶ È questa la definizione dello Statuto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 1946 (WHO, 2006).

⁷ Si vedano ad esempio lo Statuto dell'OMS del 1946 (WHO, 2006), la Dichiarazione Universale dei Diritti dell' Uomo del 1948 (United Nations, 1948) e la Dichiarazione di Alma Ata del 1978 (WHO, 1978).

⁸ Per il contenuto, gli indicatori e il progresso compiuto verso gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio si veda il sito delle Nazioni Unite (in particolare le pagine dedicate <http://www.un.org/millenniumgoals/bkgd.shtml> e <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/>).

⁹ Murru e Tediosi (2008) riportano che le risorse destinate dai paesi del Nord alla cooperazione sanitaria internazionale sono aumentate da circa 2,5 miliardi di dollari nel 1990 (ovvero il 4,6% degli aiuti ufficiali allo sviluppo) a circa 13 miliardi di dollari nel 2005 (ovvero quasi il 13% degli aiuti), contribuendo a un raddoppiamento in termini assoluti del volume della spesa sanitaria nei paesi in via di sviluppo dal 1990 al 2002.

¹⁰ Mentre la spesa sanitaria totale per i paesi in via di sviluppo è aumentata, in alcuni di essa, specialmente i cosiddetti “stati fragili” essa è addirittura diminuita (M. Murru e F. Tediosi, 2008).

sanitario è quello con il maggior numero di attori del cosiddetto sistema degli aiuti, cui partecipano una moltitudine di piccole e grandi organizzazioni: mentre le prime tendono ad aumentare la confusione e gli sprechi, le seconde promuovono più omogeneità ma tendono a fare pressioni sulle istituzioni dei paesi riceventi e a influenzarne fortemente le politiche, spesso promuovendo pacchetti standard di misure e politiche che male si adattano alla variabilità di contesti e di sfide che ogni paese presenta. A complicare la situazione c'è poi la molteplicità di attori interni ai paesi in via di sviluppo destinatari dell'aiuto che influiscono in vari modi sul sistema sanitario nazionale, per esempio i vari ministeri che possono avere responsabilità sulla formazione degli operatori sanitari, la gestione delle strutture, i centri di ricerca, gli eventuali sistemi di assicurazione sanitaria.

In questo quadro così complesso, assume una valenza fondamentale il richiamo fatto recentemente dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, la quale nel World Health Report del 2008 (WHO, 2008) ha voluto rilanciare con forza l'approccio della *Primary Health Care*, già proposto a partire dalla fine degli anni '70 come guida per le istituzioni che si occupano di cooperazione sanitaria. La Primary Health Care (PHC) venne definita nella Dichiarazione di Alma Ata del 1978 come

“essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-reliance and self-determination”. (WHO, 1978)

Tale approccio è stato fortemente marginalizzato nei tre decenni successivi a causa del crescente protagonismo nella cooperazione sanitaria internazionale di attori, quali la Banca Mondiale, che si sono fatti portatori di approcci diversi e più selettivi (OISG, 2008). La scelta recente dell'OMS di rilanciare con forza la strategia di *Primary Health Care* è stata accompagnata anche dall'enfasi posta sulla sua dimensione locale, e quindi dalla raccomandazione di orientare gli sforzi futuri verso la promozione della salute delle comunità, per il soddisfacimento delle loro aspettative e bisogni reali. Per meglio rispondere a queste esigenze, l'OMS raccomanda che le strategie e le azioni siano sempre più integrate a livello locale, e puntino quindi alla creazione di reti locali di servizi sanitari di base pianificati localmente e realizzati utilizzando al meglio le risorse disponibili sul territorio (WHO, 2008).¹¹ Inoltre, il World Health Report 2008 sottolinea l'importanza di promuovere una leadership locale inclusiva e partecipativa, mobilitando tutti gli attori della sanità in senso lato: le autorità locali, la società civile, il settore privato, le professioni mediche, la comunità scientifica, la comunità globale della salute. In particolare, il report sottolinea il ruolo fondamentale che le autorità locali possono svolgere nel supportare l'azione di altri attori locali (WHO 2008).

D'altra parte, la rilevanza della dimensione locale era già stata riconosciuta in passato, a partire dal 1986 quando, con la risoluzione WHA37.9, la World Health Assembly aveva raccomandato agli stati di concentrarsi sul rafforzamento dell'assistenza sanitaria di base a livello di distretto (Missoni e Pacileo, 2008).¹² L'anno successivo, alla Conferenza di Harare sul decentramento¹³ vennero indicate più nello specifico le seguenti azioni prioritarie (WHO 1987):

- l'adozione di politiche nazionali in supporto del decentramento;

¹¹ Per tutti e quattro i gruppi di riforme proposte nel WHR 2008 nell'ambito di un moderno approccio di PHC, la dimensione locale diventa una componente chiave: pensare ed agire localmente permette infatti di (i) identificare i gruppi più svantaggiati e meno serviti e quindi di promuovere equità e universalità di accesso ai servizi, (ii) offrire servizi di primary care che rispondano alle reali esigenze delle popolazioni locali, (iii) mettere in atto una strategia intersettoriale che intervenga su quei fattori sociali e materiali che più spesso sono alle origini di disegualianze e iniquità, e infine (iv) promuovere una leadership locale per la salute che sia inclusiva, partecipativa e basata sulla concertazione (WHO, 2008). Si veda anche ARCO (2010).

¹² Nella risoluzione WHA37.9, il distretto sanitario veniva definito come un “segmento delimitato del sistema sanitario nazionale comprendente una popolazione ben definita che vive in un'area amministrativa e geografica ben delimitata, sia essa urbana o rurale. Esso include tutte le istituzioni e gli individui che forniscono assistenza sanitaria nel distretto, siano essi governativi, previdenziali, non governativi, privati o tradizionali. Un sistema sanitario di distretto consiste quindi in un'ampia varietà di elementi interrelati che contribuiscono alla salute nelle case, le scuole, i posti di lavoro e le comunità, sia attraverso il settore sanitario che attraverso altri settori.” (traduzione degli autori da WHO 1995)

¹³ Interregional Meeting on Strengthening District Health Systems, Harare, 3-7 August 1987.

- il decentramento, nella misura appropriata, della responsabilità per la gestione delle risorse umane e finanziarie per la salute;
- lo sviluppo della programmazione locale dei servizi sanitari;
- il rafforzamento del coinvolgimento e dell'autonomia delle comunità in relazione alle problematiche di salute e di sviluppo;
- la promozione dell'azione intersettoriale e la prioritizzazione della salute in tutte le politiche pubbliche;
- lo sviluppo di una leadership locale e lo sviluppo delle capacità e conoscenze di tutti per garantire la primary health care;
- la mobilitazione più ampia possibile delle risorse per la salute;
- la promozione della sostenibilità delle azioni e dei programmi;
- la ridefinizione del ruolo e il funzionamento degli ospedali nel sistema sanitario locale;
- lo sviluppo della ricerca come strumento per dare soluzioni ai problemi incontrati dai sistemi sanitari locali;
- la promozione dell'equità tra distretti di uno stesso stato;
- la mobilitazione di risorse internazionali, multilaterali e bilaterali in supporto dello sviluppo dei sistemi sanitari locali basati sulla PHC, senza che questo sottragga responsabilità alle comunità e gli stati interessati per le azioni sopra elencate.

Data la rilevanza dei processi di decentramento dei sistemi sanitari, ci sembra quindi naturale osservare che la cooperazione decentrata può certamente giocare un ruolo chiave per la promozione della salute secondo un approccio di PHC. Non a caso, molte regioni europee si sono mosse negli ultimi anni per finanziare e implementare programmi e progetti di cooperazione sanitaria decentrata con le regioni del Sud del mondo.¹⁴ Tra queste, la Regione Toscana ha dimostrato un forte interesse ed impegno nella cooperazione sanitaria internazionale, ed è di questa esperienza che andiamo a discutere nel paragrafo successivo.

5. LA CSI TOSCANA: UN'ESPERIENZA CONCRETA DI COOPERAZIONE DECENTRATA FINALIZZATA ALLA PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL CO-SVILUPPO

Dopo aver brevemente discusso la cooperazione decentrata e la cooperazione sanitaria internazionale e dopo aver suggerito la presenza di un forte nesso tra le due argomentando la centralità della dimensione locale nella promozione della salute, possiamo concludere commentando un'esperienza concreta di cooperazione sanitaria decentrata che a nostro avviso è di particolare interesse: quella della Regione Toscana.

Le riflessioni che proponiamo di seguito sono il frutto delle analisi prodotte dal Laboratorio ARCO – Action Research for CO-development, nell'ambito del programma di ricerca “La Salute come Motore di Co-Sviluppo. Idee progettuali e strategie operative per il rafforzamento del Sistema Toscano di Cooperazione Sanitaria Internazionale (ST-CSI)”, attualmente in corso alla sua seconda annualità. La ricerca di ARCO si compone di una parte teorica e documentaria in cui si

¹⁴ Alcuni casi studio sono stati affrontati da ARCO nel programma di ricerca “La salute come motore di co-sviluppo” e sono discussi in ARCO (2010).

approfondiscono i temi della salute globale e del co-sviluppo, e di una parte più applicata in cui si analizza il Sistema Toscano di Cooperazione Sanitaria Internazionale (ST-CSI).

Il Sistema Toscano di CSI è un sistema giovane, nato circa 5 anni fa dalla volontà della Regione Toscana di valorizzare e mettere a sistema le diverse risorse ed esperienze presenti sul territorio nel campo della Cooperazione Sanitaria Internazionale (CSI). Negli ultimi anni, la Toscana ha infatti iniziato un percorso che ha portato al progressivo stabilizzarsi dei flussi e delle modalità di finanziamento, alla crescente convergenza degli attori rispetto ad approcci e strategie di intervento condivise, alla creazione di strumenti di coordinamento e infine anche all'introduzione di un sistema sperimentale di monitoraggio e valutazione continui per le iniziative finanziate. In particolare, per favorire l'efficacia e il coordinamento degli attori e degli interventi, la Toscana ha voluto costruire un vero e proprio sistema regionale (il ST-CSI) composto dal Sistema Sanitario Toscano ai vari livelli (la Direzione Generale Diritto alla salute e Politiche di solidarietà della Regione Toscana, le tre Aree Vaste, le Aziende Sanitarie Locali, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer come ente attuatore della strategia regionale), il mondo Universitario della formazione e della ricerca, gli Enti Locali, la Croce Rossa Toscana e le organizzazioni del Terzo Settore. Il Sistema è coordinato a livello centrale dalle Linee Guida regionali di CSI e attraverso l'approvazione e implementazione una strategia biennale di Cooperazione Sanitaria Internazionale.¹⁵

Lo studio del ST-CSI è realizzato dal Laboratorio ARCO secondo una metodologia di ricerca-azione (svolta in parte in Toscana e in parte in paesi del Sud scelti come casi studio)¹⁶ ed ha come obiettivo quello di mettere a fuoco le potenzialità e i limiti della cooperazione sanitaria toscana, fornendo all'ente regionale strumenti analitici e suggerimenti strategico-operativi per il rafforzamento interno del Sistema di CSI e per la costruzione di partenariati (locali ed internazionali) capaci di avviare processi sostenibili di co-sviluppo. La metodologia di ricerca-azione, che implica il diretto coinvolgimento degli attori stessi che compongono il Sistema oggetto di studio, è a nostro avviso doppiamente utile perché, oltre a generare conoscenza condivisa e prodotta in modo partecipativo, sviluppa anche la consapevolezza e la capacità autocritica del Sistema stesso, rendendolo sempre più in grado di agire sui propri limiti e potenzialità, e quindi di superare i primi e sviluppare le seconde.

In questa sede ci sembra particolarmente interessante riportare alcune riflessioni emerse dalle interviste realizzate con i referenti della CSI, ovvero le persone responsabili, all'interno delle Aziende Sanitarie Locali Toscane, delle attività di cooperazione sanitaria internazionale. Nel corso delle interviste¹⁷ abbiamo chiesto loro di mettere a fuoco e discutere il "valore aggiunto" prodotto sia in Toscana che nei territori partner dal rapporto di cooperazione sanitaria. Di seguito proponiamo una sintesi di alcune loro osservazioni, che ci sembrano particolarmente interessanti in una prospettiva di co-sviluppo, in quanto richiamano fortemente alcune delle idee e dei concetti che abbiamo discusso prima. In particolare, il comune destino e l'innovazione organizzativa sembrano assumere forma e concretezza nell'esperienza e nelle aspettative dei referenti di CSI della Toscana.

I referenti hanno individuato diverse classi di benefici che la CSI toscana porta ai paesi e territori di intervento. Questi sono di varia natura; innanzitutto, ci sono i benefici materiali: i territori partner ricevono risorse finanziarie, arredi, tecnologie sanitarie, farmaci, materiali consumabili, veicoli, impianti elettrici e altro ancora che permette loro di ampliare o rafforzare l'infrastruttura fisica dei propri sistemi sanitari. Queste risorse materiali si rivelano di grande valore per i sistemi sanitari

¹⁵ Per le Linee Guida si veda Regione Toscana (2008), per le strategie si veda ad esempio quella adottata per il biennio 2009-2010 (Regione Toscana, 2009).

¹⁶ Nel primo anno di ricerca è stato affrontato il caso studio del Burkina Faso, nel secondo anno verrà affrontato il caso dell'Uganda e nel terzo un'area da definire nella regione dei Balcani ed Europa dell'Est. Ciascun studio di caso prevede ricerca sia in Toscana che nel territorio interessato. In Burkina Faso ARCO ha svolto uno studio di campo della durata di 2 mesi (ottobre-novembre 2009).

¹⁷ ARCO ha realizzato interviste approfondite con 9 referenti di CSI di ASL Toscane nel mese di luglio 2009. Per un'analisi completa si veda ARCO (2010).

locali del Sud, che spesso mancano per motivi strutturali delle risorse minime necessarie a garantire livelli essenziali di assistenza sanitaria. In secondo luogo, grazie anche alla prestazione diretta di servizi, spesso i progetti di CSI garantiscono (o migliorano) nell'immediato l'offerta e l'accessibilità alle cure essenziali, altrimenti negata di fatto ad ampie sezioni delle popolazioni locali. Nonostante si tratti essenzialmente di un beneficio di breve periodo - quindi non sufficiente da solo a risolvere problemi più strutturali - i referenti intervistati hanno sottolineato che in certe condizioni anche la componente assistenziale degli interventi ha un grande valore, soprattutto quando interessa le persone e i gruppi più emarginati ed esclusi dal diritto alla salute, quando interviene sulle malattie portatrici di stigma, le malattie con elevato impatto sociale o quelle in altro modo centrali per la salute e la sanità pubblica.

Dall'altra parte, tra gli effetti della CSI che hanno maggiori potenzialità di produrre benefici di lungo periodo, i referenti hanno sottolineato fortemente il contributo della CSI (già significativo anche se sempre migliorabile) alla formazione degli operatori sanitari dei territori partner, e il prezioso supporto organizzativo che i progetti possono dare alle strutture e i sistemi sanitari locali, dando loro continui spunti perché essi possano funzionare al meglio date le limitate risorse umane e materiali di cui dispongono. Va in questo senso anche l'osservazione fatta da alcuni dei referenti rispetto al potenziale ruolo della CSI nel sostenere gli attori locali del Sud nella costruzione e rafforzamento di sistemi e servizi appropriati ai loro specifici contesti (si pensi per esempio a possibili schemi di sanità comunitaria), e più in generale nel mettere in pratica i principi di Alma Ata e le soluzioni concrete più vicine all'idea di *Primary Health Care* richiamata sopra. Se volessimo usare il linguaggio che abbiamo usato finora, potremmo dire che i referenti hanno individuato nella CSI una grande potenzialità per generare *innovazione organizzativa* nei territori e sistemi sanitari dei paesi partner.

Infine, alcuni referenti hanno fatto presente che il coinvolgimento in rapporti di cooperazione internazionale dà visibilità, prestigio e potere contrattuale agli ospedali e alle altre strutture partner dei progetti nel Sud, aumentando quindi la loro capacità di *advocacy* nei confronti dei propri governi, le opportunità di collaborazioni internazionali future e, non ultimo, lo stimolo e la motivazione degli operatori locali che lavorano al loro interno. Alcuni referenti hanno anche osservato che il rapporto tra attori in qualche modo "omologhi" o comunque di pari livello (un ospedale toscano con un ospedale distrettuale del Sud, un comune toscano con un comune del Sud, e così via) pone le basi per una cooperazione più paritaria e democratica, oltre che più vicina alle esigenze locali. Anche questa osservazione è, a nostro avviso, una riconferma delle potenzialità specifiche della cooperazione decentrata, che può aspirare a promuovere rapporti Nord-Sud più simmetrici e basati sullo scambio paritario e la mutua *accountability*.

Spinti a riflettere sulle ricadute della CSI in Toscana, i referenti hanno sollevato un gran numero di effetti positivi che la cooperazione produce anche nel territorio italiano, mettendo a fuoco potenzialità a nostro avviso molto significative e meritevoli di ulteriori approfondimenti.

Anche in questo caso, i referenti hanno messo a fuoco prima di tutto i benefici più diretti e visibili nel breve periodo della CSI sulla Toscana. Essi infatti hanno commentato per primi gli effetti positivi sugli operatori del SST che partecipano ai progetti. Secondo l'esperienza diretta dei referenti, gli operatori impegnati nei progetti sviluppano fortemente le proprie capacità tecniche (e la propria motivazione) quando incontrano patologie e casistiche assenti in Toscana, e quando sono costretti a confrontarsi con le difficoltà e le sfide del lavorare in contesti di scarsità di risorse in cui sono richiesti elevata flessibilità e dinamismo. In più, nei paesi in via di sviluppo gli operatori si confrontano con la necessità e l'opportunità di relazionarsi (sul piano sia professionale che umano) con operatori e pazienti locali, e questo sembra aiutarli enormemente a gestire l'utente straniero in Toscana, di cui rispetto ai propri colleghi questi operatori sembrano capire meglio il background, le aspettative, le paure, il modo di affrontare la malattia e la cura. Secondo alcuni referenti, l'esperienza di cooperazione è tanto formativa ed importante per il singolo professionista sanitario quanto per il Sistema Sanitario Toscano (SST) nel suo complesso, tanto da ritenere che la

partecipazione degli specializzandi della Facoltà di Medicina e Chirurgia ai progetti sarebbe da incoraggiare ulteriormente. Inoltre, i referenti hanno sottolineato che per gli operatori toscani (medici, infermieri, tecnici sanitari, personale amministrativo o altro) la cooperazione internazionale può diventare un forte elemento di appartenenza, un fattore di motivazione e di legame con il proprio lavoro, e quindi anche una sorta di “antidoto” contro il *burn-out*, un incentivo a lavorare in team, uno stimolo a confrontarsi e ad aggiornarsi continuamente.

Oltre ai benefici legati alla crescita e alla motivazione dei singoli operatori, i referenti hanno messo in luce anche una serie di benefici che la CSI potrebbe apportare al SST come sistema, soprattutto nel lungo periodo. In questo senso, nelle riflessioni dei referenti colpisce di nuovo il frequente riferimento a quella che noi abbiamo chiamato *innovazione organizzativa*. Infatti, spesso i referenti hanno suggerito che la Cooperazione Sanitaria Internazionale potrebbe rivelarsi un potente strumento di cambiamento e crescita per il Sistema Sanitario Regionale (SST). Infatti, i rapporti e i progetti di cooperazione internazionale “costringono” il SST a confrontarsi con sistemi socio-sanitari e quindi modelli organizzativi e schemi di assistenza diversi dal nostro, e forniscono continui spunti critici ed autocritici che se colti e valorizzati potrebbero spingere il sistema a migliorarsi continuamente. Ad esempio, attraverso il contatto con i Paesi in via di sviluppo il sistema sanitario toscano (così come gli altri sistemi sanitari del Nord del mondo) potrebbe rivalutare criticamente la propria tendenza all’iper-medicalizzazione e considerare invece approcci alla salute più basati sulla prevenzione e la promozione della salute pubblica. Una simile crescita “culturale”, che il SST può maturare come sistema, potenzialmente avrebbe ricadute anche sulla popolazione e gli utenti toscani, e potrebbe spingerli a ridimensionare alcune proprie aspettative, spesso eccessive, rispetto al servizio sanitario pubblico. Per esempio, gli utenti più informati e sensibilizzati sui paesi in via di sviluppo e sui temi della salute globale potrebbero rivalutare le proprie aspettative sulla distribuzione delle strutture sanitarie sul territorio (la pretesa di avere ogni servizio sempre disponibile e a pochi metri da casa), sui tempi di attesa (la fretta di ottenere immediatamente anche le prestazioni meno urgenti), sui livelli tecnologici (la tendenza a giudicare la qualità del servizio dalla “complessità” della tecnologia impiegata), e così via.

Inoltre, così come il singolo operatore può imparare a conoscere e gestire le malattie tipiche dei paesi del Sud, anche il sistema sanitario nel suo complesso, attraverso il confronto con le realtà e le problematiche del Sud, può imparare come rispondere più efficacemente alle malattie di importazione e prepararsi a gestire eventuali emergenze sanitarie future, affrontando apertamente ed insieme le sfide di quello che prima abbiamo chiamato un *comune destino*. Nella stessa direzione va l’osservazione dei referenti che il SST, conoscendo i territori partner e sperimentando la cooperazione con loro, può, deve e in buona parte già fa, accrescere la propria capacità e volontà di assistere i cittadini immigrati.

Infine, i referenti hanno osservato che, se rafforzata nelle sue capacità comunicative, la CSI rappresenta anche uno stimolo per i cittadini toscani a diventare più aperti culturalmente, più tolleranti e solidali, e maggiormente sensibili ai temi della salute globale. La cooperazione sanitaria, infatti, potrebbe far capire meglio agli utenti toscani il senso della salute come diritto universale, e quindi spingerli a condividere e supportare la cooperazione internazionale (dando quindi consenso alla politica regionale), il diritto alla salute degli immigrati e in generale il principio solidaristico che sta alla base tanto del Sistema Sanitario Toscano quanto della sua scelta di impegnarsi sullo scenario internazionale.

6. PRINCIPI DELLA CSI TOSCANA: UNO SCENARIO POSSIBILE

Abbiamo argomentato le ragioni per le quali la cooperazione decentrata rappresenta un'innovazione nel panorama della cooperazione internazionale, e perché la cooperazione sanitaria tra sistemi socio-economici locali potrebbe rivelarsi uno strumento particolarmente adeguato alla promozione del co-sviluppo. Abbiamo anche accennato alla concretezza dell'esperienza toscana di CSI, raccontando come alcuni suoi operatori strategici ne percepiscono il "valore aggiunto" bidirezionale, tanto in Toscana quanto nei territori partner.

Concludiamo questa riflessione riportando alcuni principi che vorremmo proporre alla Regione Toscana per guidare la sua azione nel campo della Cooperazione Sanitaria Internazionale. I dieci principi che riportiamo sotto sono stati formulati da ARCO a partire dalle riflessioni emerse nel corso della ricerca "La Salute come Motore di Co-Sviluppo", e sono stati presentati alla Regione Toscana nel Rapporto Conclusivo del 1° anno di Ricerca (ARCO 2010) e al pubblico nel corso della Conferenza di presentazione e discussione dei risultati che si è svolta a Prato il 23 febbraio 2010.

I principi sono stati formulati prendendo in considerazione sia gli spunti dati dalla ricerca documentaria,¹⁸ sia gli attuali indirizzi della CSI toscana¹⁹ e le percezioni e aspettative degli attori del Sistema Toscano.²⁰ Si tratta di principi frutto di una riflessione in corso, che proponiamo alla discussione con la Regione Toscana e con tutti gli *stakeholders* (Toscani e non) della CSI Toscana, oltre che con tutti i professionisti, operatori ed esperti del settore che volessero criticarli o arricchirli con il loro contributo.

7. DIECI PRINCIPI PER LA COOPERAZIONE SANITARIA INTERNAZIONALE DELLA REGIONE TOSCANA

- I. **La promozione della salute** nella sua accezione più completa ("completo stato di benessere fisico, sociale e mentale") attraverso l'azione sui determinanti sociali (lotta alla povertà e miglioramento delle condizioni di vita), attraverso la promozione dell'accesso universale ed equo ai servizi preventivi (compresa la comunicazione/educazione sanitaria), ai servizi curativi e ai servizi di supporto (compreso il supporto psico-sociale e del reddito), e attraverso l'accrescimento della qualità di tutti questi servizi.
- II. **Il rafforzamento dei sistemi sanitari pubblici e delle istituzioni locali**, nel rispetto delle loro priorità e a partire dalle loro specificità e potenzialità, con azioni mirate che nel tempo conducano i sistemi di sanità pubblica del SSL oggetto di intervento verso gradi maggiori di adeguatezza ai bisogni e alle opportunità locali.

¹⁸ Nella ricerca sono stati affrontati i temi della salute, la cooperazione decentrata e il co-sviluppo, e sono state analizzate le esperienze di CSI di altre regioni europee.

¹⁹ Così come enunciati nelle Linee Guida per la Cooperazione Sanitaria Internazionale della Regione Toscana: ovvero, per un'etica della cooperazione (Regione Toscana, 2008), e nelle strategie annuali o biennali (si veda ad esempio la Strategia Regionale di Cooperazione Sanitaria Internazionale biennio 2009-2010, Regione Toscana, 2009).

²⁰ Le percezioni e opinioni dei vari attori sono state rilevate da ARCO con un dettagliato questionario rivolto a tutti gli enti finanziati dalla CSI Toscana nel 2007 e/o nel 2008, con le interviste già menzionate ai referenti di CSI delle Aziende Sanitarie Locali, e attraverso il confronto in varie occasioni (in particolare i seminari di presentazione dei risultati di ricerca) con la responsabile regionale della CSI.

- III. **La valorizzazione e il rafforzamento del sistema sanitario toscano** in una prospettiva di co-sviluppo e di relazioni istituzionali ed operative vincolanti ad altri sistemi sanitari, sociali ed economici di SSL partner.
- IV. **La centralità degli interventi inter-settoriali ed integrati**, dove la progettualità partecipativa si qualifichi soprattutto per la capacità di identificare azioni, attori politici, sanitari e sociali, organizzazioni non governative e associazioni locali in grado di collocarsi all'interno di un partenariato strategico per gli SSL di riferimento.
- V. **La sostenibilità sociale, economica ed ambientale**, ovvero l'attenzione per l'autosufficienza locale e l'appropriatezza delle conoscenze, delle tecnologie, delle risorse e dei processi di innovazione rispetto ai contesti nel quale si svolge l'intervento di cooperazione sanitaria decentrata.
- VI. **Il rispetto e il rafforzamento dei diritti umani e dell'equità di genere** come elementi trasversali agli interventi della CSI, senza i quali è difficile immaginare scenari di partecipazione, *empowerment* e co-sviluppo che sappiano produrre effetti di sistema nelle strutture politiche e socio-economiche degli SSL di riferimento.
- VII. **La creazione di reti di scambio, apprendimento e capitalizzazione delle esperienze** che qualifichino i partenariati come strutture organizzative e processi decisionali realmente partecipativi, nei quali le ragioni per la collaborazione siano il frutto di un confronto continuo tra pari.
- VIII. **L'efficacia degli aiuti, o meglio, il ruolo dei partenariati nella promozione di partecipazione, empowerment e co-sviluppo negli SSL di riferimento**, misurato in un periodo di tempo medio-lungo (5-10 anni), in uno spazio geografico e politico ben definito (territori/comunità/unità amministrative degli SSL), tra attori ben identificati (istituzioni, aziende ospedaliere, associazioni, imprese, cooperative e i gruppi dei beneficiari-utenti).
- IX. **L'innovazione nei processi e nei prodotti** della cooperazione sanitaria internazionale, intesa come un laboratorio permanente di buone pratiche da trasferire ad altri campi della cooperazione decentrata ed altri livelli della cooperazione internazionale.
- X. **La trasparenza e l'*accountability*** ampia delle iniziative intese come modelli di gestione e comunicazione democratici, aperti al confronto tra gli attori della partnership e i gruppi di beneficiari-utenti in cerca delle proprie fonti di legittimità "sul campo" e non solo nelle retoriche "sviluppiste" o negli accordi formali.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- ARCO (2010), *La salute come motore di co-sviluppo. Idee progettuali e strategie operative per il rafforzamento del sistema toscano di cooperazione sanitaria internazionale*. Rapporto Conclusivo del 1° anno di Ricerca, prodotto nell'ambito del Progetto di Iniziativa Regionale "La salute come motore di co-sviluppo. Idee progettuali e strategie operative per il rafforzamento del sistema toscano di cooperazione sanitaria internazionale", Firenze.
- Becattini, G. (2009), *Ritorno al territorio*, Il Mulino, Bologna.
- Bellanca, N. (2008), "Umanitarismo competitivo. Le ONG nei processi dell'aiuto e dell'emergenza", *Jura Gentium Journal*, settembre.
- Caldes Pinilla, M.J., Cadri, S., De Luca, M. (2010), "La Cooperazione Sanitaria Regionale", *Salute e Territorio*, n. 178, Anno XXXI, Gennaio-Febbraio.

- Canitano, G., Bellanca, N. (2010), "Incentivi e governance nel sistema di erogazione degli aiuti" in M. Biggeri e G. Canitano, a cura di, *Temi avanzati di economia e politica della cooperazione allo sviluppo*, Angeli, Milano.
- Cereghini M. e Nardelli M. (2008), *Darsi il tempo. Idee e pratiche per un'altra cooperazione internazionale*, EMI, Bologna.
- Desmet A. e Develtere P. (2002), *Sub-national authorities and development cooperation in the OECD-DAC member countries*, Katholieke Universiteit Leuven, Leuven.
- DGCS/MAE (2000), *Linee di indirizzi e modalità attuative della cooperazione decentrata*, Roma.
- DGCS/MAE (2009), *Salute Globale: Principi Guida della Cooperazione Italiana*, Roma.
- DGCS/MAE (2010), *Linee Guida della D.G.C.S sulla Cooperazione Decentrata*, Roma.
- Easterly, W. (2003), "The cartel of good intentions: the problem of bureaucracy in foreign aid", *Journal of Policy Reform*, Vol. 5, No. 4, pp. 1-28.
- Easterly, W. (2006), *I disastri dell'uomo bianco. Perché gli aiuti dell'Occidente al resto del mondo hanno fatto più male che bene*, Bruno Mondadori, Milano.
- Florida, R., Gulden, T., Mellander, C. (2008), "The rise of the mega-region", *Cambridge Journal of Regions, Economy and Society*, n. 1, pp. 459-476.
- Hafteck P. (2003), "An introduction to decentralized cooperation: definitions, origins and conceptual mapping", *Public Administration and Development*, vol. 23, pp. 333-335.
- Ianni V. (2004), "La messa in opera della cooperazione decentrata: spazi e strutture per una partecipazione multiattoriale. L'esperienza delle autonomie locali italiane", in Ianni V., a cura di, *Verso una nuova visione dell'aiuto*, ANCI-MAE/DGCS, Pomezia.
- Kaul, I., Conceicao, P., Le Gouvel, K., Mendoza, R. U. (eds.) (2003), *Providing global public goods: managing globalization*, Oxford University Press, New York.
- Libanora, R., Como, E., Rapisardi, A. (2010), "L'efficacia dei partenariati", *Salute e Territorio*, n. 178, Anno XXXI, Gennaio-Febbraio.
- Macrae J., Leader N. (2000) "Shifting sands: the search for 'coherence' between political and humanitarian responses to complex emergencies", *Humanitarian Policy Group Report*, n. 8, Overseas Development Institute, London.
- Missoni, E. e Pacileo, G. (2008) "A trent'anni da Alma Ata: l'evoluzione delle politiche globali in sanità", in *Salute globale e aiuti allo sviluppo. Diritti, ideologie, inganni*, 3° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, Edizioni ETS, Pisa.
- Murru, M. e Tediosi, F. (2008) "L'aiuto pubblico allo sviluppo e la cooperazione sanitaria", in *Salute globale e aiuti allo sviluppo. Diritti, ideologie, inganni*, 3° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, Edizioni ETS, Pisa.
- OECD (2005), "Aid extended by local and state governments", *DAC Journal*, vol.6, no.4.
- Ohmae, K. (1995), *La fine dello Stato-nazione. L'emergere delle economie regionali*, Baldini&Castoldi, Milano, 1996.
- OISG (2008) "From Alma Ata to the Global Fund. The History of International Health Policy", *Social Medicine*, vol.3, no.1.
- Olivier de Sardan, J.P. (1995), *Antropologia e sviluppo*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2008.
- Regione Toscana (2008) *Linee Guida per la Cooperazione Sanitaria Internazionale della Regione Toscana: ovvero, per un'etica della cooperazione*. Allegato B alla Delibera della Giunta Regionale n. 520 del 07/07/2008
- Regione Toscana (2009) *Strategia Regionale di Cooperazione Sanitaria Internazionale biennio 2009-2010*. Delibera della Giunta Regionale n. 695 del 03/08/2009. Bollettino Ufficiale della Regione Toscana, n. 32 del 12/08/2009.
- Scott, A. J. (1998), *Le regioni nell'economia mondiale*, Il Mulino, Bologna, 2001.
- Sen, A. (2000), *Lo sviluppo è libertà*, Mondadori, Milano.
- Stocchiero A. (2007), "I nodi dell'evoluzione della cooperazione decentrata italiana", *CeSPI Working Papers* no. 37, Roma.

- Stocchiero A. (2009), “La cooperazione decentrata tra crisi italiana e riconoscimento europeo”, *CeSPI Working Papers* no. 58, Roma.
- United Nations (1948), *The Universal Declaration of Human Rights*, adottata dall’Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 10 dicembre 1948, consultabile all’indirizzo web www.un.org/en/documents/udhr/.
- WHO (1978), *Declaration of Alma Ata*, International Conference on Primary Health Care, Alma Ata 6-12 settembre 1978.
- WHO (1987), *Declaration on Strengthening District Health Systems Based on PHC*, Interregional Meeting on Strengthening District Health Systems, Harare 3-7 agosto 1987.
- WHO (1995) *District Health Systems: Global and regional review based on experience in various countries*, Geneva.
- WHO (2006) Constitution of the World Health Organisation, in *Basic Documents*, 45th Edition, Supplement, Geneva.
- WHO (2008), *World Health Report 2008. Primary Health Care. Now more than ever*, Geneva.