



Università  
Ca' Foscari  
Venezia

Corso di Laurea Magistrale  
in  
Relazioni Internazionali Comparate

Tesi di Laurea

# **Il Ruolo del Settore Sanitario nel Processo di State-Building: il Caso della Palestina**

**Relatore**

Ch.ma Prof.ssa Marcella Simoni

**Correlatore**

Ch.mo Prof. Antonio Trampus

**Laureando**

Annamaria Minardi

Matricola 855600

**Anno Accademico**

2016 / 2017



# Indice

<b>Summary.....</b>	<b>7</b>
<b>Introduzione.....</b>	<b>16</b>
<b>I Capitolo - Il settore sanitario e il processo di state-building: ONG e società civile .....</b>	<b>20</b>
1.1 Gli stati fragili.....	20
1.2 Il processo di state-building .....	21
1.3 Il settore sanitario all'interno del processo di state-building.....	22
1.3.1 Il settore sanitario e la legittimità delle istituzioni statali.....	24
1.3.2 Migliorare il sistema sanitario attraverso la salute dei cittadini .....	29
1.4 Peace-building attraverso la salute .....	30
1.5 Il ruolo della società civile e delle ONG nel processo di state-building: il caso palestinese.....	33
1.5.1 La società civile .....	35
1.5.2 L'evoluzione delle Organizzazioni Non-Governative .....	35
1.5.3 Gli aiuti internazionali .....	37
1.5.4 Il ruolo delle ONG in ambito sanitario.....	38

<b>Il Capitolo - La nascita di un sistema sanitario palestinese autonomo .....</b>	<b>41</b>
2.1 Il sistema sanitario in Palestina prima del Processo di Oslo.....	41
2.1.1 Il mandato britannico .....	41
2.1.2 L'amministrazione egiziana e giordana .....	42
2.1.3 L'amministrazione israeliana .....	43
2.2 La creazione di un sistema sanitario palestinese autonomo .....	44
2.2.1 La prima Intifada.....	44
2.2.2 Il trasferimento dei poteri all'Autorità Nazionale Palestinese .....	46
2.2.3 Le basi del Processo di Oslo .....	47
2.3 La strada verso un sistema sanitario palestinese autonomo .....	49
2.3.1 Il Ministero della Salute Palestinese.....	50
2.3.2 L'UNRWA.....	52
2.3.3 Le Organizzazioni Non-Governative.....	53
2.3.4 Il settore privato.....	55
2.3.5 Il Piano Nazionale Sanitario Palestinese e il sistema di cure primarie .....	56
2.4 Il sistema di assicurazione sanitaria .....	57
2.4.1 Il sistema assicurativo privato.....	60
2.4.2 Il Sistema Assicurativo Pubblico.....	61
2.4.4 Vantaggi e svantaggi della copertura sanitaria governativa palestinese.....	64
2.5 La crisi del sistema sanitario palestinese .....	65
<b>III Capitolo - Il settore sanitario negli anni della seconda Intifada: L'Autorità Nazionale Palestinese e le Organizzazioni Non-Governative .....</b>	<b>67</b>
3.1 Il blocco israeliano e la costruzione della barriera di separazione.....	67
3.2 L'impatto della seconda Intifada sul sistema sanitario palestinese.....	72
3.3 Il ruolo delle ONG nel settore sanitario durante la seconda Intifada.....	77

<b>IV Capitolo - I due volti del sistema sanitario palestinese dal 2005 in poi: tra Hamas e l’Autorità Nazionale Palestinese.....</b>	<b>81</b>
4.1 Le condizioni del sistema sanitario palestinese dopo la seconda Intifada .....	81
4.1.1 Il sistema assicurativo sanitario palestinese.....	85
4.1.2 Il mercato farmaceutico .....	86
4.1.3 Il sistema dei trasferimenti dei pazienti all'estero .....	87
4.2 Il ruolo delle ONG e delle organizzazioni caritatevoli dopo il 2005 .....	88
4.3 La situazione dopo le elezioni del 2007.....	90
4.3.1 L’ascesa politica di Hamas: dalle organizzazioni caritatevoli all’amministrazione politica della Striscia di Gaza.....	90
4.3.2 Il ruolo di Hamas nel settore sanitario della Striscia di Gaza.....	94
<b>Conclusioni.....</b>	<b>98</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>102</b>
<b>Sitografia.....</b>	<b>109</b>
<b>Appendice.....</b>	<b>114</b>



## Summary

As expressed in the Alma Ata Declaration of 1978 “health” is not only a physical wellness but also a state of economic, social, mental and political well-being (WHO 1978, 1). According to this statement, the concept of health is not only related to the biological sphere that has to be cured by doctors with some treatments, but also a basic human rights that has to be respected, thanks to individuals can live in a condition of equality, wealth and freedom, that are the basic elements of democracy. As analyzed in the *Chapter I* of this work, health sector can represent a vehicle through which the part of civil society that is the most marginalized and vulnerable can found a place in the policy-making process, where the requests can pass to the political institutions that transform the demands into operative policies. This mechanism is the fundamental basis of the state-building process, where the social contracts between the civil society and the political élites is institutionalized (Pearson 2010, 24). This social contract is the way the expectations of the people encounter state institutions’ answer to problems (Pearson 2010, 24).

The health sector can help the civil society in expressing itself in the political arena thanks to giving the opportunity to the poorest, the children, the elder people and the women, that often do not have a place in the decision-making process, to be more aware of their own rights, asking for better conditions, equality, justice and freedom (Pearson 2010, 12). As regards, health system is considered the sector that is the closest to people’s needs, using Barghouthi’s words «mass-based organizations are the entry point - as actors - into society for those sectors of society that were most oppressed and disadvantaged» (Barghouthi 1989, 128). Furthermore, health facilities

can give the possibility to who is affected by non-communicable diseases, post-conflict traumas, victims of abuses to receive particular mental treatments, helping the creation of a social capital needed for the capacity building of the society. For this reason, helping the creation, the stabilization and the sustainability of this sector consequently all other sectors of social life can be influenced and be improved within a wider state-building process. As a matter of fact, in fragile states like the Palestinian territories the instability of the health system demonstrates the instability of all the political system, put it differently the health system reflects the inequalities and the disparities of the country as whole.

Certainly, the evolvement of this process depends on the characteristics of each country so that it appears differently in each of them (Pearson 2010, 12). The singularity of the political situation of Palestinian territories makes these considerations more complicated. In fact, the region is not considered as a state<sup>1</sup> even if during the Nineties the Palestinian National Authority was established as a result of the Oslo Peace Process. What is more, the long-lasting conflict with Israel and its restrictions of movement especially after the construction of the separation barrier, adding the strong dependency on external aids and the internal political instability above all after the 2006 elections which have seen the competitions between Hamas and Fatah, all these factors influence the state-building process.

According to the RAND corporation studies about state-building in fragile states, the authors assert that through a cooperation among all sectors of society, from economic to political one, especially with health sector, it is possible to start the path towards the creation of state institutions as they call *tipping point* where the sustainability and stability in time is reached (Jones et al. 2006, XXV). Worth mentioning, this study highlights the role of health sector in affecting the other components of state-building such as governance, education, economic stability, infrastructures and security as shown in the cases study of Afghanistan and Iraq (Jones et al. 2006, 187-271)<sup>2</sup>.

In many case study it is noticed that through the health system it was possible to gain the support of the civil society thanks to the “winning the hearts and minds” strategy in order to make the state apparatus closer to the people so that achieving a

---

<sup>1</sup> The Palestinian Authority achieved the non-member observer state status in United Nations in 2012.

<sup>2</sup> For further information about the case study see Jones, Seth G. et al. 2006. *Securing Health: Lessons from National-Building Missions*. Santa Monica: RAND Corporation.

stronger legitimacy which can be sustainable in time thanks to its roots in the community (Jones et al. 2006, XXI). For this reason, including the people in the political discourse means laying the basis for a more transparent and accountable state institutions. According to this, the political authority not only has to provide services to population but also guarantee an equal distribution of them.

Especially when the state is fragile, the role of the civil society becomes more important. In the light of these considerations, it is important to understand that when we talk about “civil society” we have to take into account that there is no univocal meaning, specifically regarding Arab society, avoiding orientalist conception (Challand 2009, 45). Therefore, the Arab civil society “al-mujtama’ al-madani” (Arabic translation for civil society) is not often mentioned in the political discourse, many people call it civil society organizations (CSOs) or community-based organizations (CBOs) meaning the public sphere where civic activism has its roots (Challand 2009, 25). On one hand, if international actors who promote civil society can help establishing the basis for democracy, on the other hand it can be seen as an imposition from outside, since many local actors, if we take the Palestinian case mostly during the Second Intifada, refuse the western discourse (Challand 2009, 25). Thus, it is necessary to consider the diversity of views that can help to better understand the state-building and civil society promotion in Arab countries.

Moving to the Palestinian case, the role of the health sector in promoting the civil society is crucial especially if we look at the position of the NGOs and charitable organizations in this context. The singular case of the Palestinian territories shows the importance of popular organizations operating in the health system which are connected not only to the civil society thanks to their grassroots origins but also to the political institutions since their linkages to political factions, secular, left-wings or religious ones. That is why in this paper it will be discussed the evolution of the health system from the total submission of external administration, to the autonomous Ministry of Health (MoH) in the Nineties and the emerge of the third sector during the Second Intifada moving towards the current political situation after the election of 2006.

As it will be discussed in *Chapter II*, the informal network in the Palestinian territories appears even before the creation of the Palestinian Authority. The presence of charitable associations, often religious both Christian and Islamic, fill the *vacuum* left by the absence of a concrete authority in the territories during the British

Mandate (1920-1948). In 1948, after the declaration of the Israeli state, the two regions of the Palestinian territories, West Bank and Gaza, moved under the administration of respectively Jordan and Egypt. In the Jordanian administration of West Bank there were four health providers: the Jordan Ministry of Health, the United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East (UNRWA), the non-governmental sector and the private one. Conversely, the Gaza Strip health sector was under the Egyptian jurisdiction which provided services through the Shifa hospital (Barnea and Hussein 2002, 135). This separation of the two different jurisdictions will affect the future conditions of the two regions that still now appear to be different, as it will be analyzed in the *Chapter IV*.

After the 1967 war, the political administration of the territories passed to the Israeli authority, as well as the health sector. Until 1980, there was a military government lead by the Israeli Defense Forces (IDF). Between 1980 and 1993 the health sector was managed by the Ministry of Defense under the professional supervision of the Israeli Ministry of Health (Barnea and Hussein 2002, 43). During this period, the first prototype of NGOs became to emerge in the form of popular committees with the dual purpose of distributing the health service, mostly emergency cure, and resisting the Israeli occupation replacing the absent Palestinian authority. Most of them were affiliated to political parties and sometimes they shared the leaders, such as the Union of Palestinian Medical Relief Committees (UPMRC) created in 1979 and affiliated to the Palestinian Communist Part (PCP) and the Health Service Council (HSC) created by Fatah (Challand 2009, 84). The development of these committees into professionalized NGOs will transform their role into real actors in the political arena in the Second Intifada, as we will examine in the *Chapter III*, even if they remain two separated spheres of social life.

In 1993, with the beginning of the Oslo Peace Process after the outbreak of the first Intifada in 1987, it was created the first Palestinian National Authority (PNA) considered from the international community up to the present time the main representative actor of the Palestinian territories. Therefore, the transfer of the responsibilities and the power to the PNA was the first step in the Palestinian state-building towards the creation of a Palestinian state. As a result, it was created in 1992 the Palestinian Health Council (PHC) which in coordination with the Palestinian Red Crescent Society and other health NGOs implemented the first National Health Plan (NHP) and it will be later become the Palestinian Ministry of Health in 1994.

Notwithstanding the steps forward, in this period there were many problems regarding the creation of a new leadership. In fact, the contrasts between the so called “inside”, those who remained in the Opt (Occupied Palestinian Territories) during the Israeli administration, and the “returnees”, those PLO (Palestine Liberation Organization) ex-members who were exiled during the same period and that now come back after the constitution of the PNA (Challand 2009, 86). The administration of the health sector became more and more difficult since the fragmentation of the territories as agreed during the Oslo process in three areas of control that also worsen the discrepancies between West Bank and Gaza Strip.

During the Oslo period there were four health providers following the Jordan administration of 1948-1967 period: the Palestinian Ministry of Health, the UNRWA, NGOs and charitable organizations and the private sector. In the *Chapter II* it will be examined the functioning of the public health sector because less space was left to the NGOs activities. In fact under this circumstance, with the creation of the PNA most of the external funding moved from NGOs to the governmental services, in fact NGOs saw their resources reduced (Challand 2009, 88). Despite of this, NGOs tertiary services remained the most used, in fact many patients were transferred to non-governmental facilities. The Ministry of Health implemented two Health National Plans in 1994 and 1999 which focused mostly on the Primary Health Care (PHC) services. In addition, it was set up the public health insurance system which promotes a sense of “social solidarity” among people (Alami, Hammad e Ismail 1994, 4).

The difficulties related to the fragmentation of the health system due to the many providers and also to the territorial divisions in three areas, were the first reasons of the crisis of the Palestinian health system at the end of the Nineties. Moreover, the financial crisis as a result also of the high percentage of the enrolled in the health insurance system (52% enrolled in 2000 and 70% 2001) due to the institution of the “Al-Aqsa Insurance” after the second Intifada. This worsened the financial budget of the MoH, already deteriorated by the health emergencies of the clashes during the Intifada, which could not afford to pay for the salary of the public employees so that the impoverishment and unemployment increased (Pfeiffer 2001, 29-31). Additionally, the increasing of the migration of many professionals creates a loss in the human resources necessary for the development of the health system. Furthermore, the construction of the separation barrier by the Israeli government as a

“security fence” and the restriction of movement due to the closure at the borders and the increasing in the construction of the settlements deteriorate the health conditions of the Palestinians and also the capacity of the political institutions to respond to the people’s needs.

In this period the role of NGOs became more important in supporting and sometimes substituting the government in providing social services, in particular health ones. The new face of non-governmental sector emerges in this moment as an alternative to the inefficiency of the public institutions. For this reason, the MoH attempted to coordinate the actions of the different stakeholders with the Palestinian National Health Strategy for the period 1999-2003, in order to avoid duplication of the activities and fragmentation of the health strategy which reduces the quality of the health services (ANP 1999, 92). In addition, the second Intifada has created a cooperation between NGOs and public sector through the regulation of the formers with the Law of Charitable Associations and Community Organization n. 1 of 2000 (Challand 2009, 89). In the same way, the Ministry of Health tried to develop a vaccination program, although it could not reach the rural areas, thus the NGOs and other charitable organizations had an important role in the distribution of health services in the peripheral zones. Furthermore, the delivery of medications and drugs was limited because of the restrictions of movements of people and goods on the boundaries.

Despite the attempts of the Palestinian National Authority in reacting at the emergency of the second Intifada, most of the criticism that emerged in this period against it derives from its incapacity in turning into a democratic institution due to the corrupted system and patronage which characterize its policies (Abdul-Rahim, Giacaman e Wick 2003, 63). The authoritarian government of PNA had limited the civil society action and therefore this situation made the PNA to drift apart from its social basis. Henceforth, the civil society tended to rely on non-governmental services which are closer to its needs. For this reason, Challand wrote about an “NGO-ization of the Palestinian social life” (Challand 2008, 234). The strong presence of the NGOs on the territories and the efforts of the public sector to include them in the wider state-building and advocacy process through their charitable activities transferred a lot of funds towards non-governmental sector instead of the previous period. The increase of the international funds was seen from the civil society in a positive way, in terms of improvement of the health services, but also in a

negative way. In fact most of the large and professionalized NGOs were criticized for their “donor-driven” policies due to their dependency from the external aids which make them really distant from the traditions and the culture of the local people (Challand 2009, 33). This situation on one side increased the inefficiency of the services delivered because of short-term projects implemented by these NGOs, on the other side another kind of non-governmental organizations such as the small charitable ones gained much popular support and legitimacy instead of the governmental institutions and the large NGOs close to the western view. According to Challand, there has been a *nahda*, meaning a reawakening, of the charitable organizations in opposition to the western discourse and the professionalized NGOs (Challand 2008, 1).

At the end of the second Intifada in 2005 the civil society had to choose the political administration in the administrative elections in 2005 and the following parliamentary elections of 2006. One further consideration has to be made accordingly the role of charitable organizations in this context. In fact, with the increasing of their role and perception among civil society that these organizations represented a concrete example of transparency, accountability and efficiency for the population, the Islamic movement Hamas, which won the both elections in 2005 and 2006, used their network in order to gain support. Indeed, relying on the informal network existing since the Muslim Brotherhood presence on the Palestinian territories, after Hamas began to take power, most of these Islamic charitable organizations fell under the umbrella of the Hamas control.

In 2007, when Hamas took power in the Gaza Strip, after a brief period of unity government with Fatah ended into clashes, the administration were split into two parts: West Bank with Fatah-PNA jurisdiction and Gaza Strip administered by Hamas. In the same way, also the health sector witnessed a division into two different ministries of health, one in Ramallah and the other in Gaza. In this period it can be observed a “re-politicization” of the NGOs thanks to their involvement into the political arena of the elections (Challand 2009, 213). In fact, Hamas exploited the strong legitimacy of these organizations and their closeness to the civil society in order to gain not only support and voters, above all from the most vulnerable and marginalized part of the population, but also a new leadership which can be linked to the population (Malka 2007, 1). Considering this new approach of Hamas, it could create a real alternative against the authoritative and corrupted PNA (Malka 2012, 8).

Despite the boycott from the international community to Hamas-affiliated organizations, in fact Hamas itself is included in the list of the terroristic organizations and entities by United States and European Union, Hamas health organizations network could face the emergency thanks to local donations and aids from many Arab countries such as Iran, Syria and Qatar, even if few data are available regarding this issue (Malka 2012, 8).

The future scenario is particularly disheartening, even now after ten years from the victory of Hamas. If we look at the Nineties, the Palestinian authority was close to the establishment of an independent Palestinian state within the Oslo context. Unsuccessfully, the failure of the Oslo Peace Process led to an institutional crisis. The particular conditions of the Palestinian territories make impossible to consider them in a conflict, post-conflict or recovering period, because of the instability of the political, economic and social conditions. For this reason, finding a way to the state-building becomes more difficult. Despite of this, what emerges from this analysis is the role of the NGOs in mobilizing the civil society in the political arena.

A more moderated approach from Hamas is desirable and could foster a coordination and cooperation with the other political faction that is Fatah-PNA. In fact, this situation can improve and make more efficient the health system thanks to the legitimacy from the civil society which grows together with the closeness of the political institutions to the social basis. However, the policy of Hamas is not close to become moderate. Furthermore, Fatah in the PNA has to change internal policies towards more transparency and accountability in order to gain more support and legitimacy from the population, opening the space to the dialogue with its counterpart, Hamas. Besides, Israel has to take the responsibility in the situation, above all the consequences in the health sector. In fact, it has to end the building of the settlement and the separation barrier as well as the restriction policies at the borders.

These improvements can lead to a more autonomous management from the Palestinian authority in the territories, which is the first step towards independence. In the final analysis considered all these things, the supposed future scenario towards a unified Palestinian state started with the cooperation between Fatah and Hamas in which the former can use the legitimacy and informal networks of Hamas and the latter can use the professionalized and experiences of the leadership of the PNA as well as its international recognition.



## Introduzione

L'obiettivo di questo lavoro è analizzare il ruolo dei diversi attori che operano nel settore sanitario palestinese al fine di esaminare il loro contributo nella mobilitazione della società civile nel più ampio processo di state-building. Le mie collaborazioni con l'associazione "Hogar Niño Dios" dell'associazione "Habibi" che si occupa di bambini disabili nella zona di Betlemme e i legami con l'ospedale non governativo pediatrico "Caritas Baby Hospital", mi hanno dato la possibilità di confrontarmi con il sistema sanitario palestinese.

Inoltre il mio interesse per gli studi sulla Global Health e in particolare del concetto di "Salute per tutti" affermato nella Dichiarazione di Alma Ata del 1978, mi ha portato ad analizzare le diverse sfumature del concetto di "salute". Tale dichiarazione infatti definisce la salute non solo come un benessere fisico e assenza di malattia, ma anche un diritto umano fondamentale che comprende uno stato mentale, politico, sociale ed economico altrettanto indispensabili (WHO 1978, 1).

Il concetto di "violenza strutturale" di Farmer (2006) che è un processo esercitato dall'organizzazione sociale e dalle sue disuguaglianze e che tacitamente limita la capacità d'azione degli individui, si manifesta attraverso la "sofferenza sociale" incorporata negli individui attraverso la malattia (Farmer 2006, 21)<sup>3</sup>. Questo tipo di violenza non è altro che il modo in cui i rapporti di potere istituzionalizzati attraverso le organizzazioni politiche ed economiche che si

---

<sup>3</sup> Per maggiori informazioni consultare *Farmer, Paul. 2006. "Un'Antropologia della Violenza Strutturale". *Annuario di Antropologia*, 8(6): 17-49.*

instaurano nella società esercitano indirettamente, nei confronti della società civile. Un modo attraverso il quale è possibile contrastare questo tipo di violenza è attraverso la resilienza della popolazione. La mobilitazione della società civile, infatti, risulta essenziale per raggiungere i cambiamenti politici. Le organizzazioni non governative e le associazioni caritatevoli e filantropiche soprattutto in ambito sanitario, possono rivelarsi indispensabili a questo obiettivo.

Con queste premesse, durante le mie ricerche ho avuto modo, con non poche difficoltà, di analizzare il modo in cui operano i vari attori del sistema sanitario palestinese. In particolar modo, come risulta evidente in questo lavoro, il ruolo delle ONG in ambito sanitario è stato essenziale nel mobilitare la società civile nei periodi di maggiore difficoltà distribuendo i servizi per sopperire alle mancanze del governo. Sia prima della costituzione dell'Autorità Nazionale Palestinese che durante la seconda Intifada e persino ancora oggi, le ONG e le varie associazioni caritatevoli hanno risposto ai bisogni della popolazione, rendendole quindi un veicolo importante per dar voce ai gruppi più emarginati e vulnerabili della società.

Difatti la presenza di numerose organizzazioni della società civile in diverse vesti sono state presenti nei territori palestinesi dai tempi dell'amministrazione israeliana e molte di loro erano affiliate a partiti e organizzazioni politiche, giacché spesso le ONG e le associazioni politiche condividevano gli stessi leader. Tuttavia queste rimangono due sfere separate, anche se interconnesse, infatti le ONG spesso sono un bacino nel quale una nuova leadership politica ha l'opportunità di emergere. La presenza di reti informali e di organizzazioni di questo tipo operanti nel settore ha quindi formato una nuova élite che ha avuto un ruolo cruciale durante il periodo post Intifada e soprattutto durante le elezioni del 2006. Questa nuova classe sociale potrebbe rappresentare un vero e proprio cambiamento sociale e politico grazie ai suoi legami con la società civile e questo cambiamento potrebbe porre le basi per la creazione di uno stato palestinese indipendente.

Le basi teoriche alle mie argomentazioni sono analizzate nel *I Capitolo* dove, grazie all'analisi del settore sanitario è stato possibile esaminare il più ampio processo di state-building. Infatti un settore sanitario che funziona adeguatamente risulta essere un pilastro essenziale nel favorire una mobilitazione sociale necessaria per avviare il processo di state-building. Per questa ragione tale settore è estremamente importante nella formazione di un capitale umano e sociale data la sua vicinanza alla popolazione, tale da essere un canale per

l'emancipazione della società civile. Esso quindi diventa un mediatore tra la capacità dello stato di rispondere ai bisogni della popolazione e le aspettative di quest'ultima. Inoltre il sistema sanitario può contribuire a rafforzare o al contrario contrastare le istituzioni statali. Nel caso della Palestina il ruolo delle ONG è stato cruciale in questo senso. Questo lavoro si concentra soprattutto nel periodo tra la seconda Intifada e le elezioni del 2006. Tuttavia al fine di esaminare il ruolo attuale del settore sanitario è stato necessario analizzare, nel *II Capitolo*, la sua evoluzione nel corso dei decenni in conseguenza ai cambiamenti economici e politici avvenuti nei territori palestinesi. Infatti, le ONG e le organizzazioni caritatevoli hanno avuto un compito essenziale nella mobilitazione della società civile a partire dalla seconda Intifada, ma sarebbe impossibile comprenderne il meccanismo senza esaminare le sue origini.

Durante il periodo dell'amministrazione britannica (1920-1948), il settore sanitario non era una priorità delle politiche inglesi ma, proprio per questo motivo è risultata importante la presenza di associazioni caritatevoli, soprattutto religiose sia cristiane che musulmane, che andranno a consolidarsi anche durante la successiva amministrazione giordana in Cisgiordania ed egiziana nella Striscia di Gaza. Infatti dopo il 1948 e la proclamazione dello stato d'Israele i territori palestinesi sperimentano una doppia giurisdizione che opera in modi differenti e che quindi porterà al differenziarsi delle condizioni sanitarie in queste due regioni successivamente. Dopo il 1967 subentra l'amministrazione israeliana. Durante questo periodo i primi prototipi di ONG giocano un ruolo fondamentale nella resistenza all'occupazione israeliana soprattutto in mancanza di un'autorità governativa palestinese che si avrà solo nel 1993 con il Processo di Oslo. Infatti con la Dichiarazione dei Principi si statuisce la creazione di un sistema amministrativo palestinese autonomo con l'Autorità Nazionale Palestinese (ANP).

Fu costituito quindi un Ministero della Salute palestinese, che opera accanto ad altri attori quali l'UNRWA, numerose ONG e il settore privato. Tuttavia in questo periodo il ruolo delle ONG è limitato, molte di loro hanno chiuso i battenti o non operano al massimo delle loro capacità in quanto, per favorire il rafforzamento dell'ANP, molti finanziamenti provenienti dall'estero si spostano dal settore non governativo a quello pubblico. Per questo motivo nel *II Capitolo* saranno analizzate maggiormente le politiche sanitarie e la gestione pubblica in questo settore.

Con la seconda Intifada il Ministero della Salute inizia ad incontrare delle difficoltà nel rispondere ai bisogni della popolazione. Perciò il *III Capitolo* esaminerà le precarie condizioni sanitarie ed economiche dei territori palestinesi che hanno portato alla crisi del settore pubblico. In questo periodo infatti il ruolo delle ONG risulta più efficace nel distribuire i servizi sanitari soprattutto d'emergenza, si parla infatti di "ONG-izzazione". Con il Piano Nazionale Strategico Sanitario (PNA 1999, 92) vi è stato un tentativo di coordinamento tra i diversi attori del sistema sanitario, in particolare con le ONG, per far fronte alla grande frammentazione del sistema sanitario che diminuiva le sue prestazioni e la qualità dei servizi. Alla fine della seconda Intifada, il nuovo ruolo assunto dalle ONG e dalle organizzazioni caritatevoli risulta essenziale per comprendere la forte mobilitazione della società civile che si è mostrata attraverso il cambiamento politico avvenuto con la vittoria di Hamas nelle elezioni amministrative del 2005 e parlamentari del 2006.

A questo proposito è necessario fare due considerazioni che verranno analizzate nel *IV Capitolo*. In questo periodo la professionalizzazione delle ONG attraverso un cambiamento nelle loro strategie operative, a causa della forte dipendenza dagli aiuti esteri e dalle loro politiche "donor-driven", le allontana dalla loro base sociale. Infatti a questo punto risultano emergere le piccole organizzazioni caritatevoli islamiche che, operando nelle zone rurali sono più attente ai bisogni di quella parte più vulnerabile e emarginata della società. Hamas quindi sfruttando la rete di organizzazioni caritatevoli islamiche che durante il periodo di Oslo si erano affiliate ad esso, ha potuto creare un bacino di elettori e sostenitori, nonché di professionisti e candidati con forti legami con la società civile.

Nonostante la strada per la costituzione di uno stato palestinese indipendente sia ancora lunga e difficile, il ruolo di ciascuno di questi attori è indispensabile nel processo di state-building. In particolare una maggiore indipendenza dell'amministrazione palestinese da Israele e dagli aiuti internazionali da una parte e una moderazione e avvicinamento tra le politiche di Hamas e Fatah dall'altra, potrebbero aiutare il processo di costituzione di uno stato palestinese unitario e indipendente.

# I Capitolo

## Il settore sanitario e il processo di state-building: ONG e società civile

### 1.1 Gli stati fragili

Gli stati s'intendono *fragili* quando «le strutture statali mancano di volontà e/o capacità politica di provvedere alle funzioni di base di cui si necessita per ridurre la povertà, per favorire lo sviluppo e per salvaguardare la sicurezza e i diritti umani della sua popolazione»<sup>4</sup> (OECD 2016, 16). Nella lista del 2016 degli stati definiti *fragili*<sup>5</sup> non compaiono i territori palestinesi, tuttavia il persistente conflitto e la mancanza di un riconoscimento internazionale impediscono di ritenere questi territori come un'entità statale ben costituita e consolidata.

Tuttavia i territori palestinesi possono essere ritenuti parte di questa categoria sia per il fatto che l'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) li include nei 56 paesi considerati fragili secondo cinque dimensioni della fragilità quali quella ambientale, economica, sociale, politica e della sicurezza, secondo diversi gradi (da “moderata” a “estremamente fragile”) (OECD 2016, 35). In tutte e cinque le direttrici i territori palestinesi sono ritenuti “fragili” soprattutto nel settore della sicurezza in cui sono “estremamente fragili”. Inoltre

---

<sup>4</sup> Traduzione mia

<sup>5</sup> OECD 2016. Documento consultabile online su <https://www.oecd.org/dac/conflict-fragility-resilience/docs/Fragile-States-highlights-2016.pdf>.

secondo il Fondo per la Pace, nell'elenco degli stati definiti secondo l'indice di fragilità 2016, i territori palestinesi non sono descritti in maniera autonoma ma all'interno della fascia Israele/Cisgiordania, e anche in queste condizioni rientrano tra gli stati con elevata allerta di fragilità<sup>6</sup> (Fund For Peace 2016). Quindi per questi motivi gli studi presi in considerazione da questo lavoro che si rivolgono agli stati fragili possono essere indirizzati e attuati anche al caso palestinese. Gli stati fragili sono caratterizzati da un basso livello di legittimità, nonché poche capacità di fornire e distribuire servizi pubblici come la sanità, e di sopperire a funzioni importanti quali in mantenimento della sicurezza (Pearson 2010, VIII).

## 1.2 Il processo di state-building

L'obiettivo degli studi rivolti agli stati fragili è avviare un processo di state-building e di resilienza che possa rendere le istituzioni statali abbastanza autonome da raggiungere quel punto di stabilità e sostenibilità definito *tipping point* in cui le istituzioni governative siano in grado di gestire autonomamente i vari settori statali. I territori palestinesi sono un caso particolare in quanto non è possibile inquadrarli all'interno di una situazione di conflitto, post-conflitto o anche di ricostruzione e consolidamento. Anzi l'andamento del persistente conflitto ha visto momenti di stabilità e ricostruzione all'inizio degli anni Novanta e una fase di scontri durante la seconda intifada nei primi anni Duemila e ora si potrebbe pensare a una nuova fase di consolidamento della ricostruzione iniziata negli anni Novanta, nonostante i continui attentati e scontri che, al tempo in cui si scrive, persistono e caratterizzano la situazione nella zona.

Per state-building s'intendono tutti gli sforzi intrapresi dopo un conflitto per favorire una transizione verso la pace e la democrazia (Jones et al. 2006, XV). All'interno del processo di state-building, secondo la RAND corporation, è compresa la ricostruzione del settore economico, politico, sanitario e di altri settori (Jones et al. 2006, XVI-XVII). Molti sono i pilastri che compongono un apparato statale e che in questo processo sono oggetto di ricostruzione e consolidamento quali la stabilizzazione economica, la costruzione di infrastrutture di base, la sanità, la sicurezza, l'educazione e il rafforzamento della governance.

---

<sup>6</sup> La lista dell'indice di fragilità per stato è consultabile su <http://fsi.fundforpeace.org>.

Il processo di state-building è innanzitutto un processo interno che riguarda l'istituzionalizzazione del contratto sociale tra le élite politiche e i cittadini, ovvero quel processo che pone le basi per una fiducia reciproca derivata dall'incontro tra le aspettative dei cittadini e la risposta delle istituzioni statali. Per cui, dal momento che tale processo dipende dalle circostanze interne a ciascun paese, risulta con caratteristiche differenti in ogni stato (Pearson 2010, 24). Il contratto sociale emerge dall'interazione e dall'incontro tra le aspettative che la società ha nei confronti dello stato, dalla capacità dello stato di rispondere a queste aspettative, dall'efficacia del processo politico attraverso il quale il contratto tra la società e lo stato è rafforzato e istituzionalizzato e il ruolo che gioca la legittimità nel formare le aspettative e facilitare il processo politico (OECD 2010, 17).

### **1.3 Il settore sanitario all'interno del processo di state-building**

Il processo di state-building prevede la ricostruzione di settori importanti dell'apparato statale di cui abbiamo appena discusso nel paragrafo precedente. Di particolare importanza ai fini di questo lavoro è la ricostruzione del sistema sanitario in quanto, secondo diversi studi che analizzeremo in questa sezione, è cruciale nel favorire il processo di state-building e di uno sviluppo che sia sostenibile nel tempo.

In generale i problemi relativi all'instabilità del sistema sanitario in uno stato fragile includono la mancanza di infrastrutture di base, del personale qualificato, di attrezzature e farmaci, la distribuzione dei servizi sanitari, la mancanza di un adeguato sistema di informazione, nonché dell'assenza di un coordinamento tra i diversi fornitori di cure sanitarie quali ONG, stati donatori stranieri e altre organizzazioni locali governative e non. Nel caso palestinese molti di questi problemi non sono così gravi come in altri paesi in quanto il processo di restaurazione è già iniziato negli anni Novanta con l'ANP e la costituzione del Ministero della Salute palestinese. Inoltre le precedenti amministrazioni, prima giordana ed egiziana e poi israeliana, hanno posto le basi per rendere più o meno stabile il sistema sanitario successivo. Il ruolo delle comunità locali è essenziale nel rafforzamento della fiducia nelle istituzioni statali in particolare grazie all'azione del Ministero della Salute nel regolare, monitorare e standardizzare l'azione dei diversi stakeholder e quindi di dare una risposta più efficace ed efficiente. Infatti il

settore sanitario dà l'opportunità di dar voce ai gruppi più emarginati della società come anziani, donne e disabili e rafforza il loro ruolo nel processo di policy-making dal lato della domanda, rendendoli più coscienti dei propri diritti e in grado di richiedere maggiore uguaglianza e rafforzare la propria advocacy<sup>7</sup> quindi migliorando non solo il sistema sanitario ma anche altri settori (Pearson 2010, 12).

Questa parte della popolazione può quindi diventare sostenitore di una mobilitazione delle risorse per una loro migliore allocazione al fine di ridurre l'ineguaglianza e la discriminazione e quindi a rendere più stabile l'interno sistema. Questi fautori possono non solo essere cittadini rappresentanti a livello locale o centrale, ma anche provenienti dalla diaspora. Tale processo di rafforzamento della società civile può essere avviato solo grazie all'investimento in risorse umane a lungo termine.

Anche il ruolo della comunità internazionale è essenziale nel rafforzamento del sistema sanitario in termini di aiuti esterni volti a interventi a lungo termine e a consolidare le istituzioni statali locali, in particolare alla costituzione di un sistema sanitario nazionale, rendendoli meno dipendenti dall'aiuto internazionale.

Quindi rafforzando il ruolo di coloro che si occupano della gestione sanitaria volti a sopperire a questi gap dovuti alla fragilità dello stato, si può non solo migliorare il sistema sanitario ma anche rafforzare la società civile stessa tanto è vero che, grazie al miglioramento della leadership e della gestione, si può contribuire anche al ripristino della legittimità nei confronti delle istituzioni statali da parte dei loro cittadini (Joyal 2012, 1). Infatti non solo in questo modo viene reso più stabile il sistema sanitario grazie alla maggiore efficacia dello stato di distribuire le cure e i servizi sanitari, ma anche si favorisce la stabilità delle altre istituzioni statali. Tuttavia le diverse caratteristiche degli stati fragili dipendono dalle circostanze locali, nel caso della Palestina dipendono dal persistente conflitto, dalla forte dipendenza dagli aiuti esteri e dall'instabilità interna soprattutto dopo le elezioni del 2006 che ha visto una separazione del governo tra l'Autorità

---

<sup>7</sup> Per «advocacy» s'intende quel processo civile con cui un gruppo o una persona appoggia una causa politica, sociale, economica, e di influenzare la relativa distribuzione delle risorse umane e monetarie. L'advocacy può anche indirizzare e influenzare l'opinione pubblica verso certe politiche a sostegno di un particolare interesse comune (<http://www.treccani.it/vocabolario/advocacy/>).

Nazionale Palestinese (ANP) e Hamas, e dalla perdita di legittimità dell'unica autorità riconosciuta internazionalmente quale l'ANP accusata di corruzione<sup>8</sup>.

D'altra parte, il miglioramento del settore sanitario può essere misurato attraverso un adeguato sistema d'indagine e misurazione statistica. Infatti un ultimo ma essenziale passo importante per la stabilizzazione di un sistema sanitario indipendente è avere a disposizione i dati che riguardano il tasso di aspettativa alla nascita, il tasso di natalità, tasso di mortalità, tasso di malattie infettive, tasso di malnutrizione, nonché il numero di ospedali o cliniche presenti sul territorio, di farmaci disponibili e di cure fornite. Questi elementi danno la possibilità di valutare empiricamente se il sistema sanitario sta funzionando in maniera efficace ed efficiente sia dal punto di vista degli output che dei veri e propri risultati sulla salute dei propri cittadini.

Questo lavoro opera su due direttrici, la prima prende in considerazione il ruolo del settore sanitario nel favorire il processo di state-building per rafforzare le altre istituzioni statali e la seconda invece riguarda il modo in cui il settore sanitario possa e debba concentrarsi a migliorare i meccanismi interni al sistema stesso come parte del più ampio processo di costituzione statale.

### **1.3.1 Il settore sanitario e la legittimità delle istituzioni statali**

Gli studi della RAND (Jones et al. 2006) si rivolgono agli stati fragili descritti nei paragrafi precedenti, e che hanno come obiettivo quello di consolidare questi stati e favorire una loro stabilizzazione in vista di una totale autonomia delle istituzioni statali che, al momento della ricerca, sono ritenuti fragili. Questo lavoro si occupa di attuare questi studi al caso palestinese, in particolare di analizzare un aspetto importante del processo di state-building che è la ricostruzione del settore sanitario. Infatti molti studi si sono soffermati nella ricostruzione degli altri settori della società, mentre poca attenzione è stata prestata al settore sanitario. Per questo motivo gli studi della RAND si focalizzano non solo sull'immediata risposta di soccorso umanitario, ma anzi e soprattutto sulla costruzione o ricostruzione di un sistema sanitario nazionale con un approccio a lungo termine.

---

<sup>8</sup> L'Autorità Nazionale Palestinese è stato osservatore non membro presso l'Onu dal 29 Novembre 2012, mentre Hamas non è riconosciuto da molti paesi e dal 2003 è considerato dall'Unione Europea un gruppo terroristico.

Gli sforzi che portano al successo del processo di state-building ricoprono sei aree quali la stabilizzazione economica, la presenza di infrastrutture di base, l'educazione, la governance, la sicurezza e la salute. Gli studi della RAND sulle missioni di state-building in diversi paesi fragili hanno dimostrato che un'attenzione particolare a sostegno dell'ultimo elemento, quello della sanità, può avere effetti sulle altre componenti del processo di state-building. Quindi il principale argomento dell'analisi è che il processo di state-building non può avere successo se non si esaminano le componenti del sistema sanitario che lo favoriscono, senza perdere di vista la forte interrelazioni tra la sanità e gli altri settori statali in un gioco di interdipendenza e influenza reciproca.

Amartya Sen (2000) afferma a questo proposito che

*«le libertà politiche (nella forma di libero discorso e libere elezioni) aiutano a promuovere la sicurezza economica. Le opportunità sociali (nella forma dell'educazione e delle strutture sanitarie) facilitano la partecipazione economica. Le strutture economiche (nella forma di opportunità di partecipazione al mercato e alla produzione) possono aiutare a generare personale in abbondanza così come le risorse pubbliche per le strutture sociali. Le libertà di diverso genere si possono rafforzare l'un l'altro» (Sen 2000, 11)<sup>9</sup>.*

Molti casi<sup>10</sup> hanno mostrato come sostenere un investimento nella sanità nei paesi fragili sia un mezzo per poter vincere i cuori e le menti della popolazione affetta dal conflitto ("winning hearts and minds" strategy) quale strategia per guadagnare il supporto della società civile e del paese fragile al fine di rendere più stabile gli altri apparati statali e quindi avviare un processo di state-building che abbia delle basi solide nella comunità locale (Jones et al. 2006, XXI). Quindi la ricostruzione del settore sanitario è essenziale a rafforzare la legittimità nei confronti dello stato in una situazione di post-conflitto.

---

<sup>9</sup> Traduzione mia.

<sup>10</sup> Per maggiori informazioni si veda il caso dell'Afghanistan e altri in Jones, Seth G. et al. 2006. *Securing Health: Lessons from National-Building Missions*. Santa Monica: RAND Corporation.

Sebbene il concetto di “winning hearts and minds” sia stato utilizzato spesso per giustificare la strategia di molte campagne degli Stati Uniti in paesi fragili, come dimostra lo studio di Thompson (2008) nel caso dell’Afghanistan, e che ha avuto successo nel dare una risposta immediata e a breve termine e sia riuscita quindi a conquistare la fiducia della popolazione, in questo lavoro ci soffermeremo su un altro modo attraverso il quale è possibile acquistare la fiducia della popolazione e quindi ottenere la legittimità dello stato attraverso una strategia a lungo termine che possa risultare sostenibile nel tempo.

Secondo Rubenstein (2007, 5) la legittimità ha due dimensioni. La prima è una conseguenza dell’incontro tra le aspettative della popolazione nei confronti dello stato nel fornire i servizi sanitari di base. In questo modo lo stato risulta reattivo e sensibile a rispondere alle esigenze della sua popolazione. Tuttavia è necessario sottolineare come la sanità non possa costituire un elemento per la costituzione della legittimità dello stato a breve termine in quanto gli stessi risultati delle politiche sanitarie richiedono molto tempo prima che i loro effetti siano visibili e riconosciuti dalla società civile.

La seconda dimensione della legittimità riguarda i valori e i principi sui quali si basa il contratto sociale tra la popolazione e il governo e sul rispetto dei diritti umani (Rubenstein 2007, 6). Includendo la comunità locale nel processo di decisione pubblica su temi che la interessano quali l’equità, la non discriminazione o i diritti umani in generale e la salute in particolare, si possono porre le basi per una maggiore trasparenza e affidabilità delle istituzioni statali nei confronti della società civile. In particolare la salute è intesa come un’istituzione sociale essenziale parte del contratto sociale, dal momento che offre ai gruppi più emarginati della società quali le donne, gli anziani e i malati, l’occasione di partecipare al discorso pubblico. Secondo questo approccio, non solo lo stato deve fornire i servizi essenziali di cui la gente ha bisogno, ma deve anche favorire una equa distribuzione di questi servizi nel rispetto dei principi di equità e non discriminazione, guardando piuttosto al rispetto di questi principi e quindi dei diritti umani che la misurazione dei risultati. Il motivo per il quale è importante la creazione di un sistema sanitario basato sui suddetti valori e sulla trasparenza e l’affidabilità, è che promuovono un impegno e un coinvolgimento delle comunità locali e la partecipazione della società civile che diminuisce il rischio di

discriminazione, iniquità e emarginazione, consentendo un sistema più stabile a lungo termine (Rubenstein 2007, 7).

Prendendo in considerazione le conseguenze che un conflitto ha sulla salute dei cittadini è facile comprendere come il ruolo dello stato nel rispondere ai bisogni della popolazione fornendo i servizi sanitari e il rispetto dei diritti umani è fondamentale per acquistare la fiducia dei propri cittadini e quindi ottenere quella legittimità che garantisce stabilità e sostenibilità a lungo termine del sistema. Secondo questo approccio, la fornitura dei servizi non può essere l'unico elemento che favorisce la legittimità, piuttosto deve essere accompagnata da una partecipazione della comunità locale nella gestione di tali servizi includendola nel processo di decision-making nel rispetto dei principi di trasparenza e affidabilità, equità e non discriminazione.

Rafforzare quel contratto sociale che s'instaura tra la società civile e le istituzioni statali è l'obiettivo principale nella fase di ricostruzione post-conflitto. Come abbiamo già accennato, applicando la strategia "winning hearts and minds" bisogna prestare attenzione e focalizzarsi non su approcci che abbiano un impatto, se pur positivo, ma a breve termine, piuttosto è necessario implementare programmi che mirino a una stabilizzazione a lungo termine. Infatti, vi è la tendenza ad accettare programmi che abbiano risultati visibili e immediati, invece la costruzione della capacity building necessita più tempo e spesso le percezioni e le aspettative della popolazione possono cambiare nel tempo, creando quindi una mancanza di legittimità nei confronti dello stato (Rubenstein 2007, 38). Per questo motivo, per evitare queste difficoltà è necessario non solo ricercare dei risultati concreti e visibili ma anche ancorarsi alla seconda dimensione della legittimità, quello che si basa sui valori e i principi e sul rispetto dei diritti umani.

Per quanto spesso sia difficile trovare prove a sostegno, il sistema sanitario «se ben strutturato in modo tale da rafforzare i principi del contratto sociale, può essere parte dell'architettura della legittimità dello stato»<sup>11</sup> (Rubenstein 2007, 39). Se i principi venissero rispettati la società civile e soprattutto i gruppi più emarginati risulterebbero rafforzati. Ad esempio il ruolo debole delle donne che spesso non hanno voce e non hanno il potere di prendere decisioni che riguardino la propria salute è causa di un alto tasso di mortalità materna o dell'alto tasso di

---

<sup>11</sup> Traduzione mia.

mortalità alla nascita. Rafforzando il ruolo delle donne nel processo decisionale che riguarda la propria salute, ad esempio con la creazione di cliniche che consentano l'accesso alle donne in particolari situazioni, anche le prestazioni sanitarie verrebbero migliorate. Lo stesso discorso vale anche per la parte più povera della società che è quella più vulnerabile soprattutto dopo un conflitto. Infatti attraverso un particolare sistema assicurativo che garantisca loro l'accesso alle cure mediche, è possibile creare opportunità per dar voce e includere questa parte della società civile nel processo decisionale politico (Rubenstein 2007, 40). Inoltre, il sistema sanitario può fornire luoghi attraverso i quali individui affetti da malattie non comunicabili, vittime di abusi o di particolari traumi post-conflitto, possano ricevere cure anche psicologiche che risultano essenziali per creare un capitale sociale che possa essere alla base della ricostruzione nel processo di capacity building.

Allo stesso modo è importante, come abbiamo già accennato, il ruolo della comunità internazionale che affianca quella locale non solo durante il conflitto ma anche successivamente, nelle prime fasi di ripresa. La presenza di ONG infatti è essenziale nel supportare e formare quella classe sociale di professionisti che non solo dovranno gestire il settore in maniera autonoma, ma potranno anche essere cruciali nel mobilitare la società civile nei confronti del governo per sollecitare richieste che promuovano il rispetto dei loro diritti, creando quindi basi locali di mobilitazione che possano garantire una partecipazione della comunità locale al più ampio processo democratico.

D'altra parte è innegabile che la presenza di ONG e diversi donatori stranieri e la loro interferenza nella ricostruzione post-conflitto possano essere controproducenti. Infatti, un approccio che miri a risultati e breve termine senza una strategia che renda la gestione delle comunità locali autonoma favorendo invece sempre più la dipendenza dagli aiuti esteri è un fattore spesso non preso in considerazione ed è l'altra faccia della medaglia della cooperazione internazionale. Perciò, accanto alla presenza di ONG e aiuti internazionali, è necessaria la presenza di ministeri, in particolare di quello sanitario, che possano incanalare gli aiuti secondo dei criteri standardizzati, regolati e coordinati anche per evitare duplicazione e frammentazione della distribuzione dei servizi sanitari. Questa strategia di ricostruzione del sistema sanitario infatti non può avvenire se non sotto la leadership di un ministero della salute che sia in grado di gestire e

implementare le politiche e che goda di una fiducia da parte della società civile attraverso meccanismi di partecipazione della comunità locali.

La comunità internazionale quindi dovrebbe applicare delle strategie di cooperazione volte non solo a supportare la società civile e la sua partecipazione nei processi decisionali, ma anche sostenere il rafforzamento delle istituzioni statali locali e renderli indipendenti di gestire le varie politiche, senza eliminare completamente il supporto estero soprattutto perché nei primi periodi di ricostruzione in cui i ministeri, instabili per via del conflitto, hanno bisogno dell'aiuto delle ONG nell'affrontare le difficoltà iniziali (Rubenstein 2007, 46).

Raggiungere il *tipping point* significa arrivare a quella sostenibilità che permette al governo locale di assumersi le responsabilità per gestire autonomamente il settore sanitario. Le difficoltà per raggiungere questo livello di sostenibilità non sono poche e riguardano soprattutto la manipolazione delle varie parti del conflitto delle istituzioni sanitarie e dei gruppi più emarginati della società, così come la mancanza dell'affidabilità iniziale delle istituzioni prive di legittimità da parte della popolazione (Jones et al. 2006, XXV). Infatti è anche vero che una ricostruzione sanitaria fatta senza seguire il rispetto dei diritti umani in generale può contribuire a «rafforzare le iniquità, le discriminazioni, ridurre la legittimità, allontanare la società civile dalle istituzioni statali e minare la stabilità a lungo termine dello stato»<sup>12</sup> (Rubenstein 2007, 42).

### **1.3.2 Migliorare il sistema sanitario attraverso la salute dei cittadini**

Il sistema sanitario non ha solo un importante ruolo nel processo di state-building ma deve avere come obiettivo anche il miglioramento dei risultati e della fornitura dei servizi in maniera adeguata per avviare una ricostruzione del settore che miri a una maggiore efficienza. La RAND nel suo studio sulla costituzione di uno stato palestinese indipendente, nella sezione in cui parla del settore sanitario sottolinea gli aspetti positivi e le tante mancanze. La descrizione e l'analisi di questi elementi aiuta a comprendere quanta strada c'è ancora da fare e su quali punti bisognerebbe soffermarsi per migliorare e rafforzare il sistema sanitario.

La costruzione del sistema sanitario palestinese nasce negli anni Novanta con diversi punti di forza. Innanzitutto la popolazione è in buona salute rispetto agli

---

<sup>12</sup> Traduzione mia.

standard di altri paesi che hanno le stesse caratteristiche economiche (Simon, Steven et al. 2007, 223-226), inoltre il personale sanitario è professionale e ben formato e gode del sostegno di numerose istituzioni locali. Nonostante questo punto di partenza, gli elementi principali che bisogna analizzare e migliorare per rafforzare maggiormente il sistema sanitario riguardano la creazione di un sistema di assicurazione sanitaria e di finanziamento alla sanità, un sistema sanitario integrato che sia maggiormente coordinato dal Ministero della Salute attraverso programmi e politiche implementate con la consultazione di altri stakeholder, la regolamentazione degli standard sanitari soprattutto per quanto riguarda la licenza di professionisti così come di servizi e strutture, programmi di aggiornamento e formazione del personale sanitario attraverso un maggiore investimento in capitale umano, avviare un programma di strategia nazionale per il miglioramento della qualità dei servizi e migliorare i sistemi di informazione sanitaria e di rilevamento dati (Simon, Steven et al. 2007, 224).

#### **1.4 Peace-building attraverso la salute**

Favorire un sistema sanitario efficiente e stabile significa anche promuovere un percorso favorevole alla pace. Rubenstein (2009) afferma che parlare di “peace through health” significa affermare che gli interventi sanitari contribuiscono alla stabilizzazione della pace, ma dal momento che la pace può essere raggiunta solo attraverso un processo politico è più corretto parlare di “peace-building through health” ovvero l’azione dei professionisti in ambito sanitario, migliorando la salute dei cittadini, creando un ambiente più favorevole alla pace e meno soggetto alle tensioni che contribuiscono al conflitto (Rubenstein 2009, 2).

Questa iniziativa è stata definita nel 1995 dalla World Health Organization come un valore per tutti che «fornisce le basi per portare insieme la gente ad analizzare, discutere e arrivare a un consenso accettabile da parte di tutti. Il potenziale della salute come meccanismo per arrivare al dialogo e anche alla pace è stato dimostrato in situazioni di conflitto. Interessi che riguardano la salute possono portare a confronti politici e porre i problemi su una prospettiva umanitaria che è più accettabile da tutte le parti in gioco» (WHO 1995, 19).

La cooperazione nell’ambito sanitario apre nuove possibilità di “andare oltre i confini del conflitto” (Rubenstein 2009, 2), infatti grazie alla figura dei professionisti

e alla loro collaborazione attraverso la condivisione di informazioni e ricerche, come avviene ad esempio tra i medici e i ricercatori palestinesi e israeliani, è possibile non solo ampliare la sorveglianza sanitaria ma anche aprire nuove vie di cooperazione. Inoltre un sistema sanitario efficiente può ampliare e diffondere il concetto di altruismo e solidarietà nella società civile ad esempio attraverso la presenza di personale sanitario che rischiano la loro vita in zone di guerra, può supportare il dissenso nei confronti di politiche non giuste anche del governo stesso, sostenendo ogni tipo di sforzo verso una risoluzione del conflitto. I programmi implementati devono rivolgersi alle comunità locali, infatti il ruolo dei professionisti dovrebbe essere quello di rafforzare il ruolo dei cittadini attraverso organizzazioni a base locale soprattutto quando il potere non è proporzionato tra la società civile e il governo. Le risorse sono importanti, infatti la formazione, il finanziamento e le ricerche dovrebbero essere condivisi per evitare che ci sia una parte dominante. Un altro elemento chiave che molte organizzazioni che agiscono nei territori palestinesi, come “Healing across the divides”<sup>13</sup>, si pongono come obiettivo è “umanizzare il nemico” ovvero dargli un volto umano, un volto che soffre e che è presente in entrambe le parti del conflitto (Rubenstein 2009, 2).

Numerosi sono gli esempi di collaborazione tra i professionisti israeliani e palestinesi, non solo per quanto riguarda gli ospedali e le istituzioni accademiche ma anche associazioni di professionisti come Physician For Human Rights – Israel, collaborazioni nell’ambito della sorveglianza di epidemie, condivisioni d’informazioni per le malattie croniche, il trattamento di pazienti palestinesi da parte di medici israeliani e programmi di formazioni per i medici palestinesi. Inoltre una popolazione in salute è importante per la crescita economica e la futura stabilizzazione.

Certamente tutte queste iniziative di collaborazione e di peace-building sono influenzate dalla situazione politica. Ad esempio nella Striscia di Gaza questi tipi di iniziative sono assenti e in Cisgiordania le restrizioni di movimento, la chiusura e la costruzione del muro di separazione hanno reso più difficili questi tipi di collaborazione non solo perché fisicamente impedisce il movimento dei palestinesi ma anche ha accresciuto un certo risentimento da parte dei professionisti palestinesi stessi nei confronti di quelli israeliani. Quest’ultimo punto si riferisce

---

<sup>13</sup> [www.healingdivides.org](http://www.healingdivides.org)

soprattutto al fatto che molti palestinesi ritengono i tentativi di collaborazione con gli israeliani e le organizzazioni che li supportano come un atto politico inaccettabile, quindi il rifiuto dei palestinesi di cooperare riflette la loro percezione di essere in continua dipendenza dal sistema sanitario israeliano e la mancanza di volontà nel creare un sistema sanitario palestinese indipendente. Tuttavia queste associazioni e organizzazioni sono non governative e umanitarie e il loro primo obiettivo è favorire la collaborazione tra i professionisti palestinesi e israeliani nonché supportare, attraverso la condivisione di informazioni e ricerche, la creazione di un sistema più efficiente.

Tra i diversi strumenti che queste organizzazioni devono utilizzare per incoraggiare e supportare il processo di peace-building attraverso la salute vi è innanzitutto il rafforzamento delle comunità locali. Infatti non solo bisogna raggiungere l'obiettivo di migliorare lo status di salute degli individui ma anche raggiungerlo attraverso politiche che li coinvolgano. Inoltre bisogna rafforzare anche la leadership di queste organizzazioni locali e sostenere una loro collaborazione che vada oltre i confini del conflitto e le divisioni politiche e religiose. A questo proposito, la definizione di obiettivi comuni è essenziale nel tentativo di unire le parti opposte su iniziative nelle quali si potrebbe creare un ponte di consenso (Goldfield 2012).

Il ruolo dei donatori stranieri, come abbiamo già detto in precedenza, dovrebbe favorire uno sviluppo che sia sostenibile e a lungo termine e non focalizzarsi su progetti che abbiano risultati immediati e visibili, e dovrebbero sostenere le comunità locali e il governo locale. L'investimento nella salute tuttavia non porta alla pace se non accompagnato da soluzioni politiche che supportino questi cambiamenti, quindi il ruolo dei donor stranieri e dei diplomatici dovrebbe essere quello di supportare anche politicamente una risoluzione del conflitto che deve accompagnare gli aiuti finanziari al sistema sanitario.

## **1.5 Il ruolo della società civile e delle ONG nel processo di state-building: il caso palestinese**

### **1.5.1 La società civile**

La società civile e in particolare gli attori domestici hanno un ruolo fondamentale nella lotta politica contro o a supporto delle autorità locali ma, come tutti gli attori, sono influenzati dalle dinamiche e dal contesto socio-politico in cui agiscono e anche da attori esterni (Challand 2009, 23). Riguardo quest'ultimo punto, da un lato la promozione della società civile è utile per l'autonomia domestica dei cittadini, dall'altro se tale promozione viene da attori esterni questa può essere anche motivo di alienazione dal contesto domestico e possono portare effetti non sempre positivi (Challand 2009, 25). Il ruolo dell'aiuto esterno è essenziale nel discorso sulla società civile palestinese a causa del grande ammontare di finanziamenti esteri verso i territori palestinesi che mettono a repentaglio l'autonomia dei progetti politici dell'ANP. Il ruolo della società civile è in genere necessario per la creazione di primi modelli di istituzioni politiche nazionali, soprattutto quando la creazione di fazioni o associazioni politiche è vietato, in particolare è vero per il caso palestinese.

Secondo la concezione di Challand (2009), vi sono due Palestine che si manifestano in termini di economici e di status sociale dei cittadini che creano una base sociale piuttosto eterogenea che si divide in zone rurali e urbane. Dopo la prima Intifada abbiamo assistito a un inizio di "omogeneizzazione" della società civile attorno alla lotta contro l'occupazione israeliana (Challand 2009, 31). Le due Palestine si manifestano anche e soprattutto in relazione alla promozione di tale società civile e un ruolo fondamentale a questo scopo appartiene alle ONG che influenzano particolarmente l'agire della popolazione. Le due Palestine, come affronteremo in maniera più approfondita nel *III Capitolo* in relazione al nuovo ruolo delle ONG dopo la seconda Intifada, sono da un lato quella che vede come protagoniste le ONG professioniste in sviluppo (professional developmentalist NGOs) e spesso legate alla loro base sociale, mentre il secondo tipo si riferisce a ONG che dipendono da aiuti esteri e che quindi per questo motivo rischiano di allontanarsi dalla società civile e dai loro interessi (Challand 2009, 33). Tale concezione rivela i diversi modi in cui la società civile e quindi le ONG hanno

risposto alle sfide preposte durante le diverse fasi del conflitto israelo-palestinese sin dai tempi dell'occupazione, passando per l'autorità dell'ANP, e poi al periodo della seconda Intifada, fino al momento in cui si scrive.

Il ruolo della società civile palestinese è essenzialmente importante in quanto sin dal periodo dell'occupazione israeliana prima della costituzione dell'Autorità Nazionale Palestinese le prime forme di associazionismo politico si sono create attraverso reti informali e locali che si sono poi evolute in vere e proprie associazioni e Organizzazioni Non-Governative (ONG) e Organizzazioni della Società Civile (OSC) e per questo più legate alla popolazione nonostante, come vedremo in seguito (*III e IV Capitolo*), ci sarà un periodo in cui si allontaneranno dalla base sociale "professionalizzandosi".

La società civile nasce come un concetto se non contrapposto allo stato, è inteso come parte di esso secondo la concezione di Hegel (Challand 2009, 44). Difatti all'interno del processo di decisione politica, la società civile è quella sfera in cui le richieste politiche (gli input) sono indirizzate al sistema politico che ha il dovere di dare adeguate risposte a tali domande (Challand 2009, 45; Bobbio 1985, 26). Difatti l'importante ruolo della società civile nasce dalla concezione che essa sia un vero e proprio agente di cambiamento e "centro di contro-potere" che possa bilanciare le richieste della popolazione e le risposte delle istituzioni politiche (Challand 2009, 47). Soprattutto quando lo stato è fragile o quasi inesistente, il ruolo della società civile diviene ancora più fondamentale.

Naturalmente la concezione di società civile riferita alle concezioni occidentali sul moderno stato liberale sono differenti rispetto a quella che ne danno gli occidentali riguardo la società civile dei paesi arabi e musulmani (il cosiddetto "orientalismo") e l'idea di società civile che ne danno gli arabi di *al-mujtama' al-madani* (trad. dall'arabo di società civile). In particolare riferimento alla società civile palestinese, alcuni studiosi come Azmi Bishara (Challand 2009, 71-72) affermano che non si può parlare di società civile ma solo di società politica a causa della forte frammentazione territoriale perdendo la sua unità sociale. Tuttavia Challand afferma che si può parlare di società civile palestinese in quanto vi è un certo grado di autonomia dallo stato, un relativo accesso autonomo di attori sociali nell'apparato statale, una regolamentazione della protezione degli agenti

sociali e un rete solidaristica alla base della distribuzione delle risorse (Challand 2009, 78-81).

### **1.5.2 L'evoluzione delle Organizzazioni Non-Governative**

Per questo la presenza delle ONG in un contesto come quello palestinese può dimostrarsi essenziale per dare voce ai bisogni della popolazione potenziando ancora di più il suo ruolo di *advocacy* e di formulazione delle richieste nei confronti delle istituzioni politiche contribuendo alla creazione di una capacità organizzativa della base sociale.

Storicamente le ONG nei territori palestinesi sono emerse nei primi anni Novanta, ma già durante l'occupazione israeliana (dal 1967 in poi) tutte le organizzazioni caritatevoli hanno dovuto seguire le direttive di Israele (Ordine Militare Israeliano 686) che imponeva una registrazione presso l'Amministrazione Civile prima di iniziare qualsiasi attività (Challand 2009, 84). I primi prototipi di ONG quindi giocavano un ruolo fondamentale nel resistere «all'occupazione e al "de-development" (Roy 1999) ma, dopo la costituzione dell'ANP, non vi era alcun bisogno dell'esistenza delle ONG che quindi avrebbero dovuto dissolversi nell'Autorità Palestinese» (Challand 2009, 157). Per questo motivo sono state organizzate commissioni popolari che agivano in diversi ambiti quali la sanità, l'agricoltura, la questione di genere e altri settori della vita sociale palestinese e generalmente legate alla sinistra politica per sopperire alla mancanza delle istituzioni politiche sotto l'occupazione israeliana (Challand 2009, 84). Ad esempio in ambito sanitario: l'Union Of Palestinian Medical Relief Committees (UPMRC), creato nel 1979 e affiliato al Partito Comunista Palestinese (PCP, successivamente chiamato Partito Popolare Palestinese, PPP) e ancora l'Unione of Health Care Committees (UHCC) vicino al Fronte Democratico per la Liberazione della Palestina (FDLP), l'Union of Health Workers Committees (UHCW) a fianco del Fronte Popolare per la Liberazione della Palestina (FPLP) e infine il Health Service Council (HSC) creato da Fatah. Il tutto a dimostrazione del fatto che le diverse organizzazioni della società civile in Palestina, soprattutto agenti in ambito sanitario, siano in qualche modo legati all'ambito politico e alla lotta per la liberazione dei territori palestinesi (Challand 2009, 84). Dopo lo sviluppo di queste commissioni, esse sono divenute delle vere e proprie ONG che

si sono affermate nel corso degli anni Novanta e si sono evolute dopo la seconda Intifada.

Un problema rivelatosi dopo la costituzione dell'ANP nel 1994 (come vedremo in maniera più approfondita nel *II Capitolo*) è che essa si sarebbe dovuta comporre equamente di membri provenienti dai cosiddetti "inside", ovvero coloro che sono rimasti entro i territori palestinesi durante l'occupazione israeliana, e i "returnees", cioè i membri dell'OLP che erano stati esiliati e tornano dopo la creazione dell'ANP. Tuttavia le posizioni di maggiore rilievo vengono occupate proprio da questa ultima categoria, creando quindi le basi per un allontanamento delle istituzioni dalla società civile (Challand 2009, 86).

La professionalizzazione delle ONG o "ONG-izzazione" avvenuta nel periodo della seconda Intifada invece, ha dimostrato che, la presenza sul territorio di ONG nonostante la loro diminuzione nel periodo di Oslo, sia ancora importante per la popolazione per sopperire all'inefficienza dell'Autorità Palestinese. La seconda Intifada ha infatti creato un senso di unità tra l'ANP e le ONG che mancava precedentemente e si è consolidato proprio con la legge di regolamentazione delle associazioni caritatevoli e delle organizzazioni comunitarie del 2000 (come vedremo nel *III Capitolo*). Dopo le elezioni del 2006, quando erano più visibili gli effetti della seconda Intifada, vediamo sorgere una nuova fase nell'evoluzione delle ONG sul territorio palestinese che vede protagoniste le organizzazioni caritatevoli rispetto alle grandi ONG adesso troppo "lontane" dalla loro base sociale (in maniera più approfondita lo vedremo nel *IV Capitolo*).

La società civile quindi, in questo contesto, gioca un importante ruolo in cui l'opinione pubblica può crearsi, svilupparsi e avere un riscontro politico grazie al ruolo delle ONG e delle organizzazioni caritatevoli (nell'ultimo periodo soprattutto delle ultime). Usando le parole di Challand (2009, 212-213), si può affermare quindi che la seconda Intifada abbia forzato una "re-politicizzazione" delle ONG, riferendosi al fatto che, nonostante le ONG si siano tenute da parte durante la seconda Intifada, in realtà la maggior parte dei loro membri più importanti sono anche influenti politici palestinesi. Il caso più importante da citare è quello del dr. Mustafa Barghouthi presidente dell'UPMRC e a capo dell'Istituto di Sviluppo, Informazione, Politica, è stato anche membro del ufficio politico del Partito Popolare Palestinese (Challand 2009, 213).

### 1.5.3 Gli aiuti internazionali

L'importanza dei fondi internazionali è quindi essenziale per comprendere la portata che essi hanno sulla società civile e quindi sull'intera questione palestinese. La natura dei fondi delle ONG nei territori palestinesi è mutata nel tempo passando da un regime di finanziamento regionale a uno internazionale. Prima della costituzione dell'ANP infatti gli attori arabi regionali, soprattutto appartenenti alla Lega Araba, erano i protagonisti di una grande quantità di aiuti legati soprattutto alla vicinanza con la "questione palestinese" (Challand 2009, 104). Inoltre altri attori contribuivano in quel periodo a far crescere quello che poi diventerà un vero e proprio settore di distribuzione di servizi, uno di questi è costituito dalla "Welfare Association" di alcuni businessman palestinesi e anche da parte del cosiddetto "diaspora funding" proveniente dai palestinesi della diaspora post-48.

Quindi la natura di tutti questi aiuti che provengono da chi è particolarmente sensibile alla questione locale, è piuttosto mutevole e un esempio evidente è quello legato al supporto dell'OLP a Saddam Hussein durante la guerra del Golfo che ha portato all'interruzione di molti finanziamenti da parte dei paesi del Golfo. Infine le "zakat committees" (un istituto religioso musulmano che si occupa della redistribuzione degli aiuti alle persone bisognose) fanno parte degli istituti caritatevoli che sostengono la popolazione palestinese attraverso donazioni provenienti dall'estero (il 40% dei fondi zakat utilizzati nei territori occupati palestinesi, infatti, viene dal mondo musulmano) (Challand 2009, 106). Successivamente con la prima Intifada i fondi internazionali ed europei iniziano a finanziare diverse ONG e l'ANP. Ha quindi inizio il grande afflusso di aiuti internazionali verso i territori palestinesi.<sup>14</sup> La questione dei finanziamenti e quindi del conseguente ruolo delle ONG è, secondo Challand, intrinsecamente politico (Challand 2009, 109). L'industria degli aiuti internazionali quindi influenza sia il ruolo che le attività delle ONG e delle organizzazioni caritatevoli della società civile che ricevono tali finanziamenti (sia in termini qualitativi che quantitativi).

---

<sup>14</sup> Per maggiori informazioni sui diversi tipi di finanziamenti di cui dispongono le ONG palestinesi e internazionali e il ruolo dei *donor* consultare *Challand, Benoît. 2009. Palestinian Civil Society. Foreign donors and the power to promote and exclude. Londra: Routledge: 120-134.*

#### 1.5.4 Il ruolo delle ONG in ambito sanitario

Secondo il concetto “Salute per tutti” affermato con la dichiarazione di Alma Ata del 1978, la salute non è più intesa solo come un aspetto fisico o biologico, ma un benessere mentale, psicologico e sociale (WHO 1978). Il ruolo delle ONG in questo settore quindi ha avuto e continua ad avere obiettivi ben più ampi che la sola distribuzione dei servizi sanitari.

La diffusione di questo tipo di ONG (health NGOs) risale sia dai tempi dell'occupazione israeliana in cui, come vedremo meglio nel *Il Capitolo*, l'amministrazione della sanità apparteneva al Ministero della Difesa israeliano. Quindi il ruolo delle prime associazioni sanitarie era quello di sostenere la popolazione in un periodo di crisi in cui non tutte le cure, anche quelle primarie e di emergenza, erano disponibili. Con la costituzione dell'ANP, numerose ONG hanno dovuto chiudere i battenti e quindi compreso quelle che si occupano di sanità, nonostante un tentativo di cooperazione verrà fatto con i programmi di riforma sanitaria dell'autorità governativa.

Secondo gli studi di Challand (2009, 166-167) sono presenti sul territorio palestinese 129 ONG che si occupano di sanità che egli divide in tre sottotipi a seconda della sua grandezza. Vi sono quindi grandi ONG che hanno una forte influenza sul piano nazionale e internazionale, ONG di media grandezza che generalmente non hanno una presenza importante a livello nazionale e infine le piccole ONG che sono organizzate localmente e costituite da legami informali. Esempi del primo caso sono la Palestinian Red Crescent Society (PRCS), l'Union of Palestinian Medical Relief Committees (UPMRC), l'Unione of Health Worker Committes e l'Union of Health Care Committes (UHCC), la Gaza Community Mental Health Project (GCMHP) e l'Health, Development Information Policy Institute (HDIP) (Challand 2009, 166). La maggior parte di esse sono state costituite a metà degli anni Settanta.

Le ONG di media grandezza hanno un raggio d'azione per lo più regionale e alcuni esempi sono la Red Crescent Society for the Gaza Strip, Ardh al-Itfal (in Gaza City), Ardh al-Insan (in Khalil) e il Bethlehem Arab Society for Rehabilitation. Questo tipo di ONG ha un apparato amministrativo meno sviluppato rispetto a quelle del primo tipo, tuttavia come le prime pubblicano diversi studi affidabili e rilevanti sulla situazione sanitaria dei territori palestinesi durante tutti gli anni

anche prima di Oslo. Nell'ultima categoria rientrano alcune organizzazioni caritatevoli e basate soprattutto nei campi di rifugiati e sono più diffuse in Gaza che in Cisgiordania. Rappresentano circa il 78% di tutte le organizzazioni sanitarie presenti sul territorio palestinese e il contributo a queste ultime è – deve essere secondo la legge sulle ONG - a base volontaria (Challand 2009, 167).

La grande spinta della dichiarazione di Alma Ata nel 1978 ha portato poi con la successiva l'affermazione della concezione di società civile palestinese e dell'Autorità Nazionale Palestinese nel 1992-1994 a un risveglio dell'attivismo palestinese. Infatti questo periodo corrisponde a una nuova fase per le organizzazioni sanitarie, soprattutto quelle palestinesi. In questo contesto infatti, le ONG si sono definite come dei movimenti a base popolare e quindi con una forte legittimazione perché fortemente legate alla società civile (Challand 2009, 172). Analizzando le parole di Mustafa Barghouthi è possibile comprendere meglio questo concetto

*«Queste organizzazioni sono un punto di ingresso – come attori – nella società per quei settori della società che sono più oppressi e svantaggiati. È necessario notare che mentre le attività popular/mass-based hanno avuto successo, è difficile intravedere lo sviluppo di un genuino movimento popolare senza che i principi democratici siano applicati e praticati. Sono proprio questi principi democratici che rivelano al nostro movimento popolare le sue caratteristiche speciali» (Barghouthi 1989, 128)<sup>15</sup>.*

Le parole di Barghouthi manifestano un importante sostegno all'approccio bottom-up che le organizzazioni tentano di istaurare nell'ambito delle loro strategie operative. Nella maggior parte delle interviste fatte da Challand a diversi membri di ONG sanitarie, nell'ambito dei suoi studi sulla società civile palestinese e il ruolo delle ONG sanitarie per la sua promozione (Challand 2009, 172-174), egli ritiene che anche se non viene menzionata esplicitamente la società civile, i discorsi che

---

<sup>15</sup> Traduzione mia.

riguardano un approccio legato alla base sociale e alla comunità, ne rivela i veri intenti.

Secondo questa concezione quindi, la società civile è parte integrante dei programmi sanitari e può essere una “porta d’ingresso” per quei gruppi più svantaggiati e vulnerabili della società che altrimenti non avrebbero voce in capitolo (Barghouthi 1989, 128). Si parla a questo proposito per esempio di donne e bambini, nonché di coloro che hanno subito traumi durante i vari conflitti o di torture nella prigioni israeliane, grazie a programmi di riabilitazione psico-fisica messa a disposizione da tali organizzazioni. Il compito principale quindi di queste associazioni è quello di portare avanti le istanze dei gruppi più deboli della società sia alle istituzioni politiche locali, facendo rientrare tali richieste nel processo decisionale politico, che internazionali, ed è quello che continuano a fare tuttora le diverse ONG già menzionate precedentemente.

Il ruolo assunto dalle ONG sanitarie nel processo di policy-making, soprattutto quelle di più grandi dimensioni, diventa ancora più evidente con la professionalizzazione delle organizzazioni che vedono la creazione di una nuova classe sociale che potrebbe arrivare al potere negli anni successivi e portare un reale cambiamento sociale e politico all’intera questione palestinese, diventando un vero e proprio bilanciamento all’autoritaria ANP, fortemente criticata soprattutto negli ultimi tempi (Challand 2009, 176 e 185).

## **Il Capitolo**

### **La nascita di un sistema sanitario palestinese autonomo**

#### **2.1 Il sistema sanitario in Palestina prima del Processo di Oslo**

##### **2.1.1 Il mandato britannico**

I primi passi mossi verso la costituzione di un sistema sanitario palestinese indipendente, iniziato con il processo di Oslo e il trasferimento dei poteri all'Autorità Palestinese, affondano le radici nelle amministrazioni che hanno preceduto il 1993. Questo periodo può ritenersi importante perché i precedenti coordinamenti hanno influenzato a tal punto l'amministrazione del sistema sanitario che i miglioramenti, lo sviluppo e persino il suo fallimento dipendono da esso.

Tra il 1920 e il 1948 il territorio corrispondente all'attuale Israele e ai territori palestinesi occupati erano sotto il mandato britannico. Durante questo periodo l'amministrazione britannica controllava tutti i settori della società e, nonostante il settore sanitario fosse uno di questi, non costituì una priorità fino a che non divenne chiaro che la sanità in generale è la componente maggiore dello sviluppo economico della popolazione palestinese e allo stesso tempo della salute degli ufficiali inglesi presenti sul territorio (Barnea e Hussein 2002, 14-18).

La fornitura dei servizi sanitari era una responsabilità del Dipartimento Sanitario Palestinese sotto l'Amministrazione Civile Britannica, diviso in cinque settori

secondo i diversi obiettivi tra cui malattie infettive, cure ospedaliere e laboratori. In aggiunta il territorio era diviso in quattro province sotto la supervisione di un ufficiale medico britannico e uno palestinese. L'ineguaglianza tra la zona urbana e la periferia e tra i diversi distretti era realmente visibile in termini di accesso alle cure mediche e di fornitura di attrezzature per gli ospedali e i laboratori. Le continue mancanze di questo sistema erano coperte da diverse associazioni missionarie cristiane sul territorio sin dall'Impero Ottomano. La presenza di queste associazioni è di grande importanza non solo per la fornitura gratuita o con costi limitati dei servizi, quanto per l'introduzione della medicina occidentale in Palestina. In questo senso infatti tale sistema, con i suoi aspetti positivi e negativi, ha influenzato la futura struttura del sistema sanitario palestinese.

In questo contesto era difficile dar vita a un autonomo sistema sanitario palestinese, d'altra parte nello stesso periodo uno ebraico iniziò a consolidarsi grazie all'*Yishuv* (popolazione ebraica in Palestina), considerando il supporto tecnico e finanziario estero che forniva assistenza anche per la popolazione araba attraverso due principali istituzioni la *Hadassah Medical Organization* e la *Kupat Holim* (Barnea e Hussein 2002, 16). Questa divisione tra i due sistemi sanitari avvierà la strada per un'ineguaglianza tra il sistema sanitario israeliano organizzato e avanzato e il povero sistema sanitario palestinese ancora dipendente dalla Gran Bretagna.

### **2.1.2 L'amministrazione egiziana e giordana**

Nel 1948 la proclamazione dello stato di Israele e la guerra che ne conseguì portarono al consolidarsi di una doppia amministrazione: una giordana con giurisdizione sulla Cisgiordania e una egiziana sulla striscia di Gaza. La separazione dell'amministrazione nelle due zone influenzerà la futura diversità tra la Cisgiordania e la Striscia di Gaza. Per quanto riguarda la prima, quattro erano le istituzioni che operavano sul territorio nel settore sanitario: il Ministero della Salute giordano, l'UNRWA (Agenzia delle Nazioni Unite per il soccorso e l'occupazione), un alto numero di associazioni caritatevoli per la maggior parte cristiane e il crescente settore privato. Inizialmente i servizi sanitari e gli ospedali erano disponibili perlopiù nella città di Gerusalemme e solo successivamente fu estesa ad altre parti della Cisgiordania. Avvenne lo stesso nella Striscia di Gaza dove

l'amministrazione egiziana gestiva il settore sanitario fornendo i servizi solo nell'ospedale di *Shifa* ("cura" traduzione dall'arabo) attraverso un'amministrazione sanitaria istituita dal presidente egiziano chiamata *Badar Gaza* (area di Gaza) con il compito di gestire il settore sanitario al fine di fornire alla popolazione le cure essenziali (Barnea e Hussein 2002, 135).

D'altra parte l'UNRWA mise in atto diversi progetti per rafforzare il supporto medico indirizzandosi per lo più ai palestinesi nei campi profughi in Cisgiordania, Siria, Libano e Giordania. Gli ospedali delle associazioni missionarie caritatevoli furono istituiti all'inizio del XX Secolo sotto l'Impero ottomano e il settore privato iniziò a espandere la sua rete attraverso il lavoro della Red crescent, diverse ONG come Medical Relief e il Comitato Sanitario del Lavoro (Health Work Committee), e il crescente sistema volontaristico.

### **2.1.3 L'amministrazione israeliana**

Dopo la «Guerra dei Sei Giorni» del 1967 Israele si appropriò dell'amministrazione della Cisgiordania e della Striscia di Gaza. Come si può ben immaginare il sistema sanitario nelle due zone si presentava differente e così anche l'approccio israeliano fu diverso, infatti il sistema sanitario tra il 1967 e il 1980 fu gestito dal governo militare e le politiche erano messe in pratica dalle Forze di Difesa Israeliane (IDF). Al contrario, dopo il 1980 fino alla prima Intifada e al processo di Oslo del 1993, la gestione fu affidata all'Amministrazione Civile Israeliana dipendente dal Ministero della Difesa israeliano e sotto la supervisione professionale del Ministero della Salute (Barnea e Hussein 2002, 43).

Le restrizioni sul budget e l'indebolimento del ruolo della popolazione palestinese nei processi di decision-making hanno reso il settore sempre più sottosviluppato e dipendente da quello israeliano a tal punto che il settore privato era sotto la regolamentazione e restrizione israeliana, nonostante i suoi tentativi di fornire assistenza sanitaria per sopperire alle mancanze dell'amministrazione sanitaria. È in questo periodo che commissioni popolari sanitarie iniziarono a emergere, espressione della mobilitazione della società civile della fine degli anni Settanta e culminata nello scoppio dell'Intifada e lo sviluppo del settore volontaristico già iniziato durante il periodo di amministrazione egiziano e giordano

come risultato delle azioni di molte ONG locali, l'UNRWA e la solidarietà nella società civile (Abdul-Rahim, Giacaman e Wick 2003, 61).

L'amministrazione israeliana assegnò tre *senior medical officer* in Cisgiordania e nella Striscia di Gaza e li aggiunse ai due direttori generali per la salute pubblica e le cure primarie già presenti nel territorio in modo da evitare l'intervento nella zona attraverso una riforma (Barnea e Hussein 2002, 43). Il principale obiettivo dell'amministrazione israeliana in questo periodo è fornire i servizi sanitari basilari per la popolazione palestinese al fine di «mantenere soddisfatta e calma la popolazione e fornire un contesto stabile, tranquillo e ragionevole per le future generazioni che porterebbero a una soluzione politica» e questo approccio mirava a «impedire qualunque cosa che potesse aiutare a costruire infrastrutture palestinesi [...] e il consolidamento di uno stato palestinese» (Barnea e Hussein 2002, 43 e 125). Fu costituito anche il *Chief Medical Officers (CMOs)* il cui compito principale era di definire le priorità sanitarie, gestione, supervisione e sviluppo dei territori attraverso meeting, visite frequenti e corrispondenze con professionisti palestinesi, creando le basi per una cooperazione tra la gestione israeliana e palestinese nel settore sanitario.

## **2.2 La creazione di un sistema sanitario palestinese autonomo**

### **2.2.1 La prima Intifada**

La rivolta palestinese conosciuta come *Intifada* iniziò nel 1987 con l'obiettivo di porre fine all'occupazione israeliana della Cisgiordania e della Striscia di Gaza. Malgrado non abbia raggiunto il suo scopo, tale sollevazione popolare ha mostrato di essere un'importante sfida alla stabilità israeliana e al suo governo sui territori palestinesi.

Inoltre, la severa reazione e la repressione di Israele dell'Intifada crearono una situazione di emergenza che interessò soprattutto il settore sanitario. Centinaia di persone rimaste ferite e bisognose di cure costrinsero il sistema sanitario a fare i conti con questa situazione e redigere e mettere in pratica una strategia efficiente. In aggiunta le istituzioni governative di Cisgiordania e Gaza erano viste come *nemiche* così la gente rifiutava di farsi curare in quegli ospedali per paura di essere imprigionati e interrogati (Barnea e Hussein 2002, 43).

L'intensificarsi delle attività delle commissioni sanitarie palestinesi erano viste dagli ufficiali medici israeliani con sospetto, nonostante la cooperazione che aveva caratterizzato i loro rapporti nel periodo precedente all'Intifada. Questo disappunto portò all'aggravarsi della situazione nonostante continuarono a dare supporto agli ospedali palestinesi.

Durante l'Intifada vi erano molte restrizioni sul movimento che riguardavano anche gli ufficiali sanitari israeliani perché la sollevazione e la mobilitazione della popolazione palestinese poteva mettere in pericolo le loro vite. Un'altra conseguenza negativa fu la denuncia da parte di diversi palestinesi dell'uso che se ne faceva degli ospedali, quale «strumento per la lotta nazionale» da parte dei leader dell'OLP (Physician For Human Rights 2002, 51).

D'altra parte, l'Amministrazione Civile Israeliana continuò la fornitura dei servizi sanitari e una prima cooperazione tra professionisti israeliani e palestinesi emerse con la creazione nel 1988 dell'Association of Israeli-Palestinian Physicians for Human Rights (PHR) che provvedeva non solo ai trattamenti medici ma anche alla formazione professionale del personale sanitario (Barnea e Hussein 2002, 301). L'incontro del Cairo avvenuto nello stesso anno fu un importante evento nel supporto alle ONG e all'OLP attraverso la Società Palestinese della Mezzaluna Rossa (PRCS - Palestine Red Crescent Society) che aveva bisogno tra l'altro di sussidi finanziari per fronteggiare l'emergenza durante e dopo l'Intifada.

L'insieme di discussioni clandestine avvenute proprio in questa sede con il sostegno della PRCS coinvolgeva i rappresentanti di ONG attive in Cisgiordania e Gaza. Al termine di questi meeting un gruppo composto da tre funzionari ebbe il compito di raccogliere tutte le informazioni sulle necessità e i bisogni del sistema sanitario, in modo che la PRCS potesse venire in aiuto<sup>16</sup>. Proprio durante questi meeting, grazie anche al lavoro del team, il dott. Fathi Arafat si rese conto che ciò che realmente serviva ai territori palestinesi era un Piano Sanitario Nazionale. Infatti questo passo avanti significava, data la situazione di emergenza permanente e di instabilità a causa del conflitto e dell'occupazione, passare da un lista di strumentazioni e professionisti che erano necessari solo in tempo di emergenza, a un vero e proprio piano nazionale rivolto alla popolazione. Così il dott. Arafat iniziò la stesura di quello che chiamò "Piano Sanitario Nazionale per la

---

<sup>16</sup> La Palestine Red Crescent Society fu fondata nel 1968 dal dott. Fathi Arafat, fratello di Yasser Arafat e fa parte del Movimento Internazionale della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa.

Popolazione Palestinese” (Barnea e Hussein 2002, 156-157). Seguito da diverse modifiche e collaborazioni da parte di diversi dottori e professionisti del settore, il progetto di bozza del dott. Arafat può essere ritenuto come fondamento del futuro Piano Nazionale Palestinese.

### **2.2.2 Il trasferimento dei poteri all’Autorità Nazionale Palestinese**

La Dichiarazione dei Principi (DOP) conosciuta come il primo Accordo di Oslo nel 1993 fu il primo passo verso un sistema amministrativo palestinese autonomo. Seguito da altri accordi, la DOP ha sancito la creazione dell’Autorità Nazionale Palestinese (ANP) e con un secondo accordo, l’”Interim Agreement” chiamato Accordo del Cairo, venivano trasferite le responsabilità sulla Striscia di Gaza e sulla Cisgiordania all’ANP. Nel 1996 ci furono le prime elezioni del Consiglio Legislativo Palestinese (CLP) e del presidente dell’Autorità Palestinese e, con l’aiuto delle Nazioni Unite e diverse organizzazioni internazionali non governative, l’Autorità Palestinese ha istituito ministeri in diversi settori quali quello della salute, dell’educazione, della cultura, dell’ambiente e altre istituzioni statali.

Tuttavia, la separazione geografica tra la Cisgiordania e la Striscia di Gaza ha portato alla duplicazione di alcune istituzioni nei rispettivi territori e ha creato il bisogno di un ingente budget per i grandi investimenti tecnologici nei tipi di trattamenti e nella formazione professionale in questo campo. La convinzione che il sistema sanitario venisse trasferito all’ANP era rafforzata e supportata dal fatto che quello sanitario è un settore più umanitario che politico (Barnea e Hussein 2002, 52).

La struttura sanitaria è composta dal Ministero della Salute palestinese (MoH), diverse ONG, l’UNRWA e il settore privato e, man mano che l’ANP acquisisce più potere e responsabilità il miglioramento della fornitura dei servizi sanitari è più evidente. Un caso particolare è Gerusalemme che ha una notevole rilevanza in questo contesto dal momento che storicamente ha sempre avuto strutture sanitarie specializzate e ospedali non-governativi che non erano disponibili in altre parti dei territori palestinesi in termini di competenza e tecnologia. L’Autorità Sanitaria Palestinese ha assunto la responsabilità del settore in tutti i territori palestinesi. Il Ministero della Salute, in quanto principale corpo amministrativo dell’intero sistema sanitario palestinese e in relazione con altri ministeri quali

quello della finanza e dell'educazione, provvede alla fornitura delle cure primarie, secondarie e terziarie<sup>17</sup>.

Nel 1992 fu costituito il Consiglio Sanitario Palestinese (CSP) al fine di sottolineare la differenza tra il settore sanitario e altri campi dal momento che quello sanitario ha una leadership distinta e autonoma. Uno degli obiettivi principali del CSP è di superare la frammentazione del sistema sanitario post-Intifada e rafforzare la leadership e il coordinamento attraverso diverse associazioni quali la PRCS e il Piano Sanitario Nazionale (NHP) che aveva obiettivi differenti che vanno dalla prevenzione sanitaria e alla sua promozione. Un'altra importante istituzione creata in questo periodo è l'Agenzia Centrale Palestinese di Statistica (Palestine Central Bureau of Statistics) al fine di raccogliere dati anche nel campo della salute e la pubblicazione del Piano Strategico Sanitario Nazionale (National Strategic Health Plan) nel 1999.

Nel 1994 fu pubblicato dal Consiglio Sanitario Palestinese (PA MOH 1999) il primo dei due piani nazionali sanitari. I due piani rappresentano la base per la riforma sanitaria palestinese, condividendo la stessa struttura e lo stesso approccio e talvolta anche gli obiettivi, con alcune aggiunte in quanto molti di questi obiettivi non sono stati raggiunti nel primo piano. Inoltre complementare a questi piani è il Piano Nazionale per lo sviluppo delle risorse umane e educazione in tema di sanità, completato nel 2001 dal Ministero della salute, il Ministero dell'Alta Educazione, ora Ministero dell'educazione e dell'alta educazione, e l'associazione welfare (Simon et al. 2007, 225-226). Tutte le riforme attuate in questo periodo hanno trovato una solida base grazie ai livelli di sviluppo economico, salute della popolazione, presenza di professionisti con alta qualifica e una forte presenza di istituzioni locali rispetto agli altri paesi della regione.

### **2.2.3 Le basi del Processo di Oslo**

Con la stipula del primo accordo del 1993 tra Israele e l'Organizzazione per la Liberazione della Palestina ha inizio il processo di Oslo che, seguito da un

---

<sup>17</sup> Con cure primarie si intendono tutte le cure di base quali prevenzione e primi trattamenti. Sono il primo contatto che il paziente ha con il sistema sanitario e rientrano anche i programmi di educazione sanitaria e di promozione nonché figure come farmacisti, infermieri e medici. Invece le cure secondarie sono fornite da medici specialisti che forniscono servizi per trattamenti duraturi e spesso di emergenza. Infine nelle cure terziarie rientrano quelle cure altamente specializzate quali procedure chirurgiche e mediche complesse (definizioni dal sito web del Health Issues Center).

secondo accordo nel 1995, istituisce l'Autorità Nazionale Palestinese (ANP). Con il tentativo di favorire maggiore autonomia, l'ANP ha preso in carico diversi settori della società che prima erano sotto il diretto controllo del governo israeliano, tra cui quello sanitario sotto la direzione del Ministero della Salute palestinese (MOH, Ministry of Health) che ha potere di gestione del settore nell'area della Striscia di Gaza e della Cisgiordania.

La stretta interrelazione tra il sistema economico palestinese e quello israeliano già prima del processo di Oslo, dovuta al fatto che la maggior parte del commercio palestinese avveniva con Israele per la grande quantità di prodotti israeliani importati nei territori palestinesi, aveva fatto sì che le prime misure attuate dopo Oslo riguardino soprattutto la creazione di lavoro all'interno del territorio grazie al miglioramento della produttività, il rafforzamento del settore privato, la progressiva diminuzione della dipendenza da Israele e il miglioramento di settori quali l'educazione, la sanità e le risorse umane (Roy 1999, 67-68).

Sotto l'apparente riforma dovuta ai principi espressi negli accordi di Oslo, una chiusura a livello economico inizia a essere evidente giacché la negligenza delle autorità israeliane ha trovato una legittimazione: non ritenendosi più responsabili delle condizioni all'interno dei territori palestinesi lasciarono all'Autorità palestinese, appena istituita e quindi alle prime armi, la gestione dei territori, con conseguenze importanti sui servizi di base quali ad esempio l'amministrazione dell'ambito sanitario. In aggiunta, la divisione del territorio in tre zone di controllo stipulate negli accordi di Oslo<sup>18</sup>, ha maggiormente frammentato e reso più difficile il coordinamento per la fornitura di servizi in generale e sanitari in particolare tra le diverse aree dei territori palestinesi, aggravato dalla grande differenza tra la Striscia di Gaza e la Cisgiordania. Difatti, il trasferimento delle responsabilità all'ANP non è stato accompagnato da effettivi diritti necessari alle esecuzioni di tali poteri dal momento che la restrizione di movimento, il controllo sulla fornitura dell'acqua e altre limitazioni all'Autorità palestinese hanno avuto effetti sulla fornitura di prestazioni e sullo sviluppo (Medical Aid For Palestine 2013, 3).

Allo stesso modo, le istituzioni sanitarie israeliane si sono rifiutate di riconoscere il diritto al trattamento a pazienti palestinesi che ne avessero già iniziato uno presso tali istituzioni, ritenendosi libere da alcuna responsabilità di

---

<sup>18</sup> Maggiori informazioni sulla divisione delle tre aree di controllo nei territori palestinesi sono disponibili su [http://www.btselem.org/download/201306\\_area\\_c\\_report\\_eng.pdf](http://www.btselem.org/download/201306_area_c_report_eng.pdf).

continuare a fornire tali servizi nonostante questi pazienti avessero già pagato per l'intera prestazione. D'altra parte non vi è stato alcun tipo di regolamentazione sul passaggio di tali pazienti per garantire loro una copertura sanitaria senza dover pagare nuovamente per il servizio, come è evidenziato nel rapporto di PHR del 2002 nel quale è citato il caso di Shams Ad-din Tabia, un ragazzo malato di cancro le cui cure non erano disponibili nei territori palestinesi e di cui Israele si è sollevato da ogni responsabilità di finanziare le sue cure.

Di grande importanza è il continuo controllo israeliano durante la fase provvisoria sia a livello militare, sia sui fattori-chiave di produzione quali terra, acqua, lavoro e capitale, che sul controllo dei confini e delle frontiere esterne dei territori palestinesi (Roy 1999, 68). Data la grande chiusura dell'economia palestinese e la sua forte dipendenza dall'economia israeliana (che dal 1993 rappresenta il 90% del commercio palestinese), già iniziata prima di Oslo, nonostante abbia rappresentato una riduzione delle esportazioni verso Israele, questa diminuzione non è stata compensata da nessun altro commercio e ciò ha avuto un evidente impatto sulla condizione economica nei territori palestinesi con una perdita del PNI del 39,6% in Gaza e del 18,2% in Cisgiordania nel 1996 (Roy 1999, 69-72). Tale perdita economica ha notevolmente influenzato i finanziamenti al settore sanitario, infatti, nonostante rappresenti il 40% delle spese pubbliche, i servizi e le prestazioni fornite sono stati inadeguati a soddisfare i bisogni della popolazione.

Le difficoltà di movimento tra la Cisgiordania e Gaza e così come verso Gerusalemme<sup>19</sup>, hanno portato a una maggiore differenza tra i due territori che, soprattutto nel settore sanitario, in cui la presenza di servizi di base e di risorse umane era differente, necessitava allo stesso modo un differente tipo di gestione e coordinamento da parte dell'ANP.

### **2.3 La strada verso un sistema sanitario palestinese autonomo**

Il sistema sanitario palestinese, così come creato sulle basi del processo di Oslo, prevede la presenza di quattro settori principali che si occupano in misura differente delle cure primarie della popolazione: il 40% è amministrato dal

---

<sup>19</sup> Nel 1998 meno del 4% della popolazione palestinese in Cisgiordania e nella Striscia di Gaza aveva il permesso di entrare a Gerusalemme (Roy 1999, 69).

Ministero della Salute palestinese, il 31% dal settore privato e il 29% dalle Organizzazioni Non Governative (ONG) e dall'Agazia delle Nazioni Unite per il Soccorso e l'Occupazione (UNRWA) (Adbudl-Rahim, Giacaman e Wick 2003, 69).

Nel 1993, quando l'Autorità Palestinese è costituita e inizia l'amministrazione dei territori palestinesi, la situazione economica inizia a migliorare, soprattutto nell'ambito sanitario, che vede un consistente investimento privato che pone le basi per la creazione di uno schema di assicurazione sanitaria privata che diventerà un'alternativa alle cure governative spesso non sufficienti (Khoury e Mataria 2008, 8).

### **2.3.1 Il Ministero della Salute Palestinese**

Il Ministero della Salute è sicuramente il principale gestore della salute pubblica e la distribuzione delle cure primarie, secondarie e terziarie. Questo subentrò all'Amministrazione Civile Israeliana, nella gestione del sistema sanitario in Cisgiordania e Gaza rispettivamente nel Maggio e Novembre del 1994. Come previsto nel Piano Sanitario Nazionale Palestinese del 1999, due differenti direttori generali ministeriali sono deputati alla gestione della striscia di Gaza e della Cisgiordania, divisi a loro volta in diverse provincie (cinque in Gaza e dieci in Cisgiordania) (Simon et al. 2007, 235).

Nel 1997 la spesa complessiva del Ministero della salute ammontava a 100 milioni di dollari, ma ha iniziato a diminuire da allora a causa della riduzione delle entrate pubbliche derivanti dalle assicurazioni sanitarie e dalla più generale crisi finanziaria<sup>20</sup>. Il Ministero della salute copre in questo periodo le cure primarie, secondarie e terziarie della maggior parte della popolazione palestinese. Al contrario, i residenti in Gerusalemme Est, hanno la copertura sanitaria israeliana e ricevono i trattamenti delle istituzioni israeliane preposte secondo la legge 5754-194. Il sistema di assicurazione sanitaria palestinese è fondato sul precedente sistema introdotto da Israele durante il suo periodo di amministrazione nei territori palestinesi. I servizi sanitari primari sono forniti a coloro che sono coperti dall'Assicurazione Sanitaria Governativa attraverso un gran numero di cliniche sia in Gaza che in Cisgiordania. I trattamenti per i bambini minori di tre anni sono

---

<sup>20</sup> Per maggiori informazioni sul finanziamento del sistema sanitario e le spese relative al 1997 e anni successivi consultare *Simon, Steven et al. 2007. Building A Successful Palestinian State. Santa Monica: Rand Corporation: 237-239.*

gratuiti a chi è idoneo a rientrare nel suddetto sistema assicurativo. Per quanto riguarda invece coloro che sono al di fuori di tale sistema possono usufruire di un servizio generale al costo di \$3 e uno specialistico a \$6.50 (Barghouthi, Fragiaco e Shubita 2000, 25).

Con l'obiettivo di aumentare il numero degli iscritti è stato diminuito il costo dei premi assicurativi che ha effettivamente aumentato le iscrizioni dal 20% del 1993 al 55% del 1996. Tale aumento non durò molto a causa della crisi di bilancio del settore sanitario e l'aggravarsi della situazione economica, difatti il calo dei premi assicurativi dal 40% del 1999 al 24% del 2001, portò a una diminuzione delle entrate del Ministero della salute e la conseguente difficoltà di provvedere alla distribuzione dei servizi a coloro che erano iscritti al programma assicurativo che erano notevolmente aumentati (Simon et al. 2007, 235). I servizi sanitari pubblici erano disponibili in tutte le aree urbane e meno comuni in quelle rurali o ridotte alla fornitura di cure primarie di base.

Per quanto riguarda i servizi secondari e terziari, il Ministero della Salute vi provvede attraverso nove ospedali in Cisgiordania e cinque nella Striscia di Gaza per il livello secondario, mentre l'unico ospedale palestinese che provvede alle cure terziarie è l'ospedale non-governativo Makassed di Gerusalemme (Barghouthi, Fragiaco e Shubita 2000, 25).

Di grande rilevanza è la connessione tra la Cisgiordania e la Giordania dal momento che alcuni pazienti che necessitano avanzate cure terapeutiche vengono trasferiti in istituti giordani, lasciati del legame con l'amministrazione giordana sui territori palestinesi dell'est, così come avviene per la striscia di Gaza e l'Egitto (Abdeen, Defever e Hamdan 2003, 66-69). In generale, il sistema sanitario pubblico palestinese si caratterizza per una forte centralizzazione dei processi di decisione nonché di attuazione delle politiche sanitarie attraverso i piani strategici di cui parleremo in seguito.

Nonostante i grandi passi avanti dell'amministrazione palestinese, il sistema sanitario governativo è insufficiente e precario, fornisce servizi inadeguati e scarsi, soprattutto nelle cure terziarie. A causa della forte dipendenza dagli aiuti esteri non è in grado di incrementare la specializzazione delle cure terziarie, per questo motivo ha necessità di essere affiancato da altri agenti nel settore sanitario quali soprattutto quello privato e non governativo. Secondo un'attenta analisi, il settore privato sarebbe quello più favorito in quanto rispetto a quello non governativo,

caratterizzato da agende spesso contrastanti tra di loro e da azioni immediate non a lungo termine, riesce ad accumulare risorse ed investimenti necessari per migliorare e innovare il settore e non è influenzato dagli aiuti internazionali, caratterizzandolo di una maggiore indipendenza. Attraverso il dinamismo e l'attività competitiva del settore privato, molti pazienti palestinesi si sono ritenuti più soddisfatti dei servizi forniti dal settore privato piuttosto che da quello pubblico (Khoury e Mataria 2008, 17-18).

### **2.3.2 L'UNRWA**

Nel 1950 fu stabilita l'UNRWA con il mandato provvisorio di fornire servizi di emergenza ai tanti rifugiati palestinesi dopo la guerra del 1948. L'UNRWA è presente nel territorio principalmente con funzioni di prevenzione e controllo sanitario, cure primarie e di base, educazione alla salute, fisioterapia, servizi di supporto psicologico e salute ambientale (Simon et al. 2007, 242). I servizi sono forniti senza costi aggiuntivi per i pazienti e le azioni dell'Agenzia si rivolgono soprattutto alle aree con maggior numero di rifugiati palestinesi. Alcune cure secondarie sono fornite attraverso ospedali UNRWA in Cisgiordania e ospedali pubblici o di ONG con i quali l'UNRWA ha contatti. Il ruolo dell'UNRWA era teoricamente temporaneo in quanto l'istituzione di uno stato indipendente avrebbe dovuto porre fine alle sue attività, le cui funzioni sarebbero state poi ricoperte dal Ministero della salute, ma la sua presenza sul territorio continua ancora oggi (Simon et al. 2007, 242).

A livello primario l'UNRWA ha come principale mansione il compito di fornire i servizi alla popolazione che ricade sotto lo status di "rifugiato"<sup>21</sup>, sia nella Striscia di Gaza che in Cisgiordania. Tutti i servizi, compreso la fornitura di farmaci, sono gratuiti per i rifugiati eccetto la loro distribuzione in Cisgiordania, mentre in Gaza anche la distribuzione è compresa. I costi delle cure secondarie e terziarie

---

<sup>21</sup> Secondo la Convenzione di Ginevra sullo statuto dei rifugiati, all'articolo 1 definisce rifugiato colui che "temendo a ragione di essere perseguitato per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza ad un determinato gruppo sociale o per le sue opinioni politiche, si trova fuori del Paese, di cui è cittadino e non può o non vuole, a causa di questo timore, avvalersi della protezione di questo Paese: oppure che, non avendo la cittadinanza e trovandosi fuori del Paese in cui aveva residenza abituale a seguito di tali avvenimenti, non può o non vuole tornarvi per il timore di cui sopra".

governative, non governative e israeliane<sup>22</sup>, per i rifugiati sono in parte ricoperte dall'UNRWA.

### 2.3.3 Le Organizzazioni Non-Governative

Sin dall'amministrazione israeliana (1967-1993) le organizzazioni non governative hanno agito sul territorio palestinese fornendo servizi di riabilitazione, cure di emergenza e ambulatoriali, nonché promozione della salute e sviluppo infrastrutturale e delle risorse umane. Un importante aspetto riguarda le motivazioni sociali, politiche e religiose delle diverse organizzazioni che agiscono sul territorio che influiscono sull'approccio e sulla distribuzione dei servizi. Il ruolo delle ONG è stato particolarmente importante durante la prima Intifada. Dopo la costituzione dell'ANP nel 1993 la presenza delle ONG ha iniziato a diminuire soprattutto a causa della riduzione dei fondi ad esse destinati. Uno dei motivi è riconducibile alla scarsa capacità di attuare i progetti di sviluppo che spesso sono a breve termine e tra loro molto differenziati per la mancanza di un coordinamento. Molte organizzazioni hanno dovuto chiudere diverse cliniche a favore di quelle governative. Ad esempio l'Union of Palestinian Medical Relief Committees, organizzazione non governativa legata al partito comunista ha chiuso tre delle sue 31 cliniche tra il 1992 e il 1995 arrivando fino a 25 alla fine del Duemila, mentre la Union of Health Care Committees, prima affiliata al Fronte Democratico per la Liberazione della Palestina, ha chiuso 15 cliniche agli inizi degli anni novanta (Challand 2008, 230).

Un ulteriore problema rivelatosi dopo la costituzione dell'ANP è che essa si sarebbe dovuta comporre equamente di "inside", ovvero coloro che durante l'amministrazione israeliana sono rimasti sul territorio palestinese, e di "returnees", cioè i membri dell'OLP che in quel periodo sono stati esiliati, ma in realtà le posizioni più importanti sono state ricoperte proprio dai "returnees" (Challand 2009, 86)<sup>23</sup>. Gli ex membri dell'OLP "ritornati", creando la nuova leadership

---

<sup>22</sup> Per maggiori informazioni sulla percentuale dei costi ricoperta dall'UNRWA nel settore secondario e terziario consultare *Barghouthi, Fragiaco e Shubita, 26-27*, in particolare si noti come l'accesso agli ospedali Augusta Victoria e altri ospedali di Gerusalemme è diventato più difficile sia per i pazienti che per i lavoratori dopo le restrizioni israeliane.

<sup>23</sup> Dal 1994 alla fine degli anni Novanta circa 100 mila membri dell'OLP prima esiliati sono ritornati nei territori palestinesi. Per ulteriori informazioni a riguardo consultare *Challand, Benoît. 2009. Palestinian Civil Society. Foreign donors and the power to promote and exclude. Londra: Routledge: 86-87.*

dell'Autorità Nazionale Palestinese sono stati accusati di monopolizzarne il controllo, tuttavia non è possibile stabilire con chiarezza chi faccia parte degli "inside" o dei "returnees" in quanto i due gruppi non sono distinti in maniera omogenea, infatti molti tra coloro che hanno vissuto nei territori palestinesi hanno iniziato a farsi spazio nell'élite dell'ANP.

I primi attriti tra l'ANP e le nuove ONG sorte negli anni Novanta iniziano a dimostrarsi frequentemente con l'affermarsi dell'Autorità governativa nei diversi aspetti della società civile. Soprattutto con la comparsa di un terzo attore costituito dalle ONG islamiche che iniziano a prendere piede in questo periodo. Per questo motivo l'ANP tenta di controllare entrambi i blocchi di ONG, di sinistra e islamiche, le prime sottoponendole a una regolamentazione, mentre alcune delle seconde hanno chiuso i battenti a cause delle ondate di attacchi suicidi avvenuti nel 1994 e successivamente nel 1996 per opera di Hamas (Challand 2009, 88).

La concentrazione del potere nelle mani dell'ANP ha permesso di stabilire una bozza di legge che controlli l'accentramento delle fonti di finanziamento delle ONG e la sua membership (la prima ipotesi è stata poi successivamente esclusa, mentre la seconda è rimasta poi nella legge pubblicata nel 2000). Infatti secondo tale legge, approvata nel 2000 sulle Associazioni Caritatevoli e le Organizzazioni Comunitarie, per poter fare richiesta per costituire associazioni di questo tipo bisogna avere preventivamente l'approvazione da parte del Ministero dell'Interno (Challand 2009, 89).

Per quanto riguarda più in particolare in settore sanitario, con il processo di Oslo e il trasferimento delle responsabilità nel settore sanitario al Ministero della salute la maggior parte dei finanziamenti provenienti dall'estero si rivolsero soprattutto al settore pubblico. Tra queste organizzazioni, la Palestinian Red Crescent Society (PRCS) aveva il compito di provvedere alle emergenze pre-ospedaliere a tutta la popolazione palestinese del territorio.

All'inizio degli anni Novanta, attraverso 176 cliniche in Cisgiordania e 31 nella Striscia di Gaza le organizzazioni non-governative fornivano i servizi primari alla popolazione palestinese (Barghouthi, Fragiaco e Shubita 2000, 27). Tra il 1992 e il 1994 la loro attività nelle zone rurali ha visto una riduzione notevole del 31% così come avvenne anche dopo il 1994 sebbene più lentamente (12%). I tipi di servizi provenienti da questo settore riguardano per lo più cure preventive e

curative e vanta il più alto numero di dottori per clinica di tutti gli altri settori. Tali servizi sono disponibili per tutti al pagamento di un prezzo nominale.

Le cure di livello secondario sono più presenti in Cisgiordania che in Gaza, dove vi è un solo ospedale Al-Ahli, mentre quelle terziarie sono fornite dall'unico ospedale per palestinesi a Gerusalemme il Makassed, dove il 60% dei suoi pazienti proviene dalla Cisgiordania. Nel 1996 tale struttura è rientrata nel programma assicurativo israeliano con l'organizzazione per l'assicurazione israeliana Kupat Holim Clalit grazie al quale il 65-85% dei costi dei trattamenti rientra nello schema assicurativo destinato ai residenti di Gerusalemme secondo la già citata legge (Barghouthi, Fragiaco e Shubita 2000, 29). Il St. Joseph's Hospital e l'Augusta Victoria Hospital forniscono cure mediche e chirurgiche ai residenti di Gerusalemme e della Cisgiordania e un numero di altri ospedali non-governativi ha accordi contrattuali con l'UNRWA per i servizi che riguardano i rifugiati<sup>24</sup>.

### **2.3.4 Il settore privato**

Gli investimenti privati nel settore sanitario aumentarono in maniera significativa tra il 1994 e il 2000. Tali investimenti hanno portato alla creazione di cliniche e ospedali, laboratori, centri di riabilitazione e altri tipi di tecnologie avanzate che fanno parte di quelle cure terziarie cui il settore pubblico faticava a coprire. Alla fine del 1994 vi erano 164 cliniche private nelle zone rurali della Cisgiordania che fornivano sia cure primarie che secondarie. Nella Striscia di Gaza i dottori lavorano privatamente solo part-time dal momento che lavorano anche in altre cliniche e ospedali. Gli investimenti privati che hanno sovvenzionato servizi avanzati di diagnostica e di cure di livello secondario ammontano a 14 milioni di dollari (Barghouthi, Fragiaco e Shubita 2000, 30). La crescita dell'industria farmaceutica è ugualmente importante in quanto la produzione di 700 differenti prodotti coprono circa la metà della domanda palestinese di prescrizioni mediche. Allo stesso modo, alcuni tentativi di creare un sistema di assicurazione sanitaria privata fallirono perché non hanno oltrepassato il 2-3% della popolazione (Simon et al. 2007, 243).

---

<sup>24</sup> Nonostante questi accordi, la politica dell'UNRWA rivolta a rafforzare il ruolo governativo attraverso lo spostamento di pazienti verso le strutture pubbliche, fu una delle cause che portarono in quegli anni alla diminuzione dell'attività delle ONG (Barghouthi, Fragiaco e Shubita 2000, 29).

Nonostante i notevoli investimenti destinati al settore sanitario, negli anni Novanta la grande frammentazione e la poca coordinazione tra i diversi fornitori hanno reso tutti i tentativi inefficienti e hanno ridotto significativamente le possibilità di rendere stabile e autonomo il sistema sanitario palestinese. Come è stato appena sottolineato, i quattro attori forniscono servizi per tutti e tre i livelli di cure (primario, secondario e terziario) comportando non solo una duplicazione delle attività ma anche riducendo le possibilità di sviluppo e progresso all'interno del sistema sanitario palestinese in generale a causa dell'incomunicabilità che spesso, con poche eccezioni, caratterizza i rapporti tra i diversi settori. Queste difficoltà hanno reso più fragile il sistema a cui si è cercato di andare incontro attraverso diversi piani sanitari strategici destinati a regolamentare in maniera più efficace e incisiva i rapporti tra il Ministero della Salute e gli altri operatori del settore quali l'UNRWA, il settore non-governativo e quello privato.

### **2.3.5 Il Piano Nazionale Sanitario Palestinese e il sistema di cure primarie**

Nel 1994 fu redatto il primo Piano Nazionale sanitario palestinese pubblicato dal Consiglio Sanitario Palestinese e il secondo fu pubblicato dal Ministero della salute nel 1999. Entrambi i piani condividono approccio, struttura e obiettivi simili. Complementare al secondo piano è quello rivolto allo sviluppo delle risorse umane e l'educazione sanitaria del 2001, in quanto il miglioramento dell'intero sistema sanitario poggia le sue basi sulla preparazione del personale e i metodi di informazione sanitaria. I maggiori obiettivi del Piano Nazionale Sanitario Palestinese riguardano la fornitura di servizi e i metodi di finanziamento. Le prime misure si rivolgono ad accrescere il ruolo dell'autorità pubblica nel settore in maniera esponenziale tale da aumentare anche la fornitura di cure terziarie grazie all'acquisizione di nuove tecnologie e macchinari medici avanzati. La crescita del settore privato infatti è presente solo più tardi. Tale crescita non ha portato risultati del tutto positivi in quanto, se da un lato ha fornito più servizi accessibili alla popolazione, dall'altro ha prodotto una duplicazione di prestazioni sia tra il settore pubblico e privato, nonché di quello riguardante l'azione delle ONG, ma anche all'interno del settore pubblico stesso, a causa della troppa frammentazione territoriale e di coordinamento nell'ambito sanitario (Abdeen, Defever e Hamdan 2003, 82). Tale mancanza di regolamentazione ha effetti anche sul settore privato

creando una situazione di ineguaglianza nella fornitura di cure dovuta all'inadeguato controllo sull'allocazione, sul prezzo, sulla quantità e sul tipo delle cure.

Al fine di migliorare il coordinamento del sistema di assistenza sanitaria tecnica tra tutti i donatori internazionali sono state istituite Unità di gestione dei servizi sanitari (Health Service Management Unit) operative tra il 1995 e il 1999 con lo scopo di rafforzare le capacità di gestione dello stesso ministero della salute. Un'unità di gestione dei servizi sanitari è stata costituita presso il Ministero della Salute Palestinese grazie a un'azione congiunta tra l'UNICEF e il servizio di cooperazione italiana le cui attività sono rivolte all'insegnamento dell'acquisizione di competenze nella gestione e amministrazione sanitaria. Gli obiettivi complessivi di queste unità di gestione riguardano soprattutto il supporto alla creazione di un settore pubblico palestinese e favorire il processo di pace, nonché aumentare il ruolo delle ONG e al contempo diminuire quello dell'UNRWA. Quest'azione di coordinamento dell'aiuto internazionale tra i vari *donor* aveva migliorato di molto quello che era un insieme di aiuti frammentati senza una reale conduzione delle attività. Tra queste vi è anche lo sviluppo delle risorse umane che è ugualmente un elemento chiave del Piano dal momento che è ritenuto una delle maggiori carenze del sistema sanitario (Abdeen, Defever e Hamdan 2003, 82).

Il Piano Nazionale del 1999 si focalizza soprattutto sulla Primary Health Care Strategy (PHCS) che riguarda soprattutto la promozione sanitaria e l'educazione alla salute, la salute materna e infantile, salute ambientale, mentale e l'epidemiologia. Nonostante i progressi ottenuti, sulle basi del precedente Piano, molte sono le mancanze che interessano il sistema sanitario sino ad oggi. Tali carenze sono dovute a diversi fattori, primo fra tutto è l'instabilità politica interna palestinese aggravata dall'occupazione israeliana che impedisce una totale autonomia e ancora di più dalla corruzione e frammentazione dell'Autorità Palestinese che ha portato ad un crisi non solo politica ma anche economica culminata con la crisi di bilancio del settore sanitario.

## **2.4 Il sistema di assicurazione sanitaria**

Con la costituzione di un sistema sanitario nasce anche la necessità di stabilire un sistema assicurativo in grado di fornire un'assistenza alla popolazione,

secondo diversi criteri, che garantisca l'accesso alle risorse necessarie anche a chi non ne ha la possibilità. Nonostante i tentativi avviati negli anni del processo di Oslo, non si è giunti a ottenere una copertura sanitaria che potesse assicurare le cure alla maggior parte della popolazione palestinese, sia in termini di qualità che di quantità di servizi forniti.

Il sistema di assicurazione sanitaria è un piano organizzativo della fornitura di servizi sanitari attraverso il quale il rischio, in questo caso il costo della malattia che comprende tasse mediche, ospedali e farmaci, è ripartito tra le varie parti che sono coperte da tale assicurazione in modo tale da condividere il rischio e distribuire i costi tra i partecipanti attraverso il meccanismo del *risk pooling* ovvero quando il rischio sopportato a livello individuale è ripartito collettivamente<sup>25</sup>. In questo senso, attraverso l'assicurazione sanitaria viene trasferita ricchezza da chi è più sano a chi è malato, rendendo così possibile una copertura dei costi della malattia, creando e promuovendo un meccanismo di "solidarietà sociale" tra la gente (Alami, Hammad e Ismail 1994, 4). Un contratto sanitario assicurativo è uno scambio tra i premi assicurativi che vengono pagati al momento della stipula dell'assicurazione, per garantire una copertura sulle spese sanitarie future.

I governi di altri stati della comunità internazionale sono organizzati diversamente riguardo il loro sistema sanitario. Il sistema dominante di categorizzazione dei diversi sistemi sanitari presenti nel mondo è suddiviso in tre modalità operative: i servizi sanitari nazionali pagati e forniti dal governo per tutti i cittadini, l'assicurazione sanitaria finanziata dal governo che la gestisce e fornito da enti pubblici e/o privati e infine l'assistenza pubblica in cui i servizi e i finanziamenti alla salute sono prettamente privati anche se il governo continua ad assistere i più poveri e i settori più svantaggiati della società. Il primo sistema era dominante nei paesi socialisti in cui il completo controllo da parte del governo caratterizzava il sistema. Il secondo è diffuso nei paesi dell'Europa occidentale, in Nord America, Australia, Nuova Zelanda, Giappone e Israele e nella maggior parte dei casi tutti paesi industrializzati. In questo caso si assiste a una compresenza di assicurazioni governative e non. L'ultimo caso riguarda soprattutto paesi cosiddetti sottosviluppati o in via di sviluppo in cui i servizi sanitari compreso l'assicurazione

---

<sup>25</sup> Definizione da Oxford dictionary online ([https://en.oxforddictionaries.com/definition/risk\\_pooling](https://en.oxforddictionaries.com/definition/risk_pooling)).

sanitaria è fornita dallo stato, ma spesso non è adeguatamente finanziata e fornisce servizi di bassa qualità (Alami, Hammad e Ismail 1994, 15-16).

Un altro sistema può essere ricondotto al grado di intervento pubblico nel mercato privato sanitario. Alcuni stati, come quelli ex socialisti, che passano da un totale controllo da parte dello stato centrale della sanità e che gradualmente diminuiscono il coinvolgimento pubblico, altri che hanno una forte presenza del governo nella fornitura e amministrazione dei servizi sanitari (Svezia), un terzo gruppo che ha un moderato intervento pubblico (Messico, Germania e Libia) e un ultimo gruppo che vede un sistema pluralistico sanitario con una presenza pubblica minima (USA e Thailandia) (Alami, Hammad e Ismail 1994, 16).

I vantaggi e gli svantaggi di questo sistema sono indispensabili per comprendere la direzione che si vuole intraprendere per creare un nuovo sistema sanitario su un territorio come quello palestinese che, con il processo di Oslo, inizia a fare i primi passi verso una sua propria indipendenza. Il modello di controllo e finanziamento governativo ha sicuramente il vantaggio di una maggiore integrazione dell'organizzazione e del finanziamento che sfavorisce la duplicazione di attività e un risparmio di risorse. D'altra parte però le sue mancanze provengono dalla competizione nei confronti del budget governativo che è l'unico disponibile.

Così, il modello di assicurazione sanitaria nazionale universale attraverso un *social security fund* evita il problema della competizione sul budget diversificando le fonti di finanziamento e riducendo problemi burocratici e politici, anche se in questo caso vi è il problema della selezione avversa dei consumatori se vi è una fornitura di tipo indiretto e si potrebbe creare un sistema a due strati: quello privato per i ricchi e quello pubblico per i poveri. Il mercato libero potrebbe d'altra parte sembrare quello più adatto in quanto garantisce la competizione e quindi una maggiore qualità al minimo prezzo. Quest'ultimo punto, più legato alla teoria che a ciò che accade realmente, ha anche un altro svantaggio quale l'aumento dell'inflazione della spesa e una predominanza dei professionisti sui consumatori. Infine sembra che l'assicurazione sanitaria governativa obbligatoria garantisca le migliori prestazioni di tale sistema nell'ambito sanitario e in particolare in quello palestinese in quanto i consumatori hanno maggiori possibilità di controllare i costi. Infatti grazie a questo sistema è possibile rendere funzionale il collegamento

tra i diversi fornitori dei servizi sanitari attraverso una fornitura governativa diretta e indiretta che quindi coinvolga anche gli altri *provider*.

L'UNRWA potrebbe continuare ad occuparsi delle cure primarie dei rifugiati, mentre il governo fornisce anch'esso cure primarie attraverso le sue cliniche con il supporto complementare delle ONG attraverso contratti con il governo, infine gli specialisti privati continuerebbero ad esercitare la propria professione attraverso accordi contrattuali sotto il sistema assicurativo governativo. I farmaci dovrebbero far parte del sistema assicurativo attraverso un co-pagamento con i pazienti e dovrebbero essere disponibili sia in farmacie pubbliche che private (Alami, Hammad e Ismail 1994, 24-25).

#### **2.4.1 Il sistema assicurativo privato**

Esistono due tipi di assicurazione sanitaria quella governativa o pubblica e quella privata<sup>26</sup>. La copertura sanitaria privata normalmente non copre la porzione di popolazione a basso reddito e malata. Essa è disposta da agenzie private for-profit finanziate attraverso premi assicurativi che dipendono dal grado di rischio deciso dall'impresa e i cui benefici dipendono dall'ammontare delle contribuzioni dei singoli partecipanti. Inoltre i grandi problemi che crea questo tipo di assicurazione sanitaria privata sono principalmente due e mettono in seria discussione l'effettiva efficienza di tale metodo.

Il primo problema è denominato dell' "adverse selection" (selezione avversa), ovvero a causa dell'asimmetria informativa tra l'agenzia che fornisce l'assicurazione e il contribuente, si avrebbe come conseguenza l'iscrizione al programma di un alto numero di persone ad alto rischio di malattie che domandano per avere tale assicurazione più spesso rispetto ad altre che hanno un rischio minore. Per far fronte a questa situazione l'agenzia deciderà di aumentare i premi assicurativi con la conseguente diminuzione del numero degli iscritti (Alami, Hammad e Ismail 1994, 5). D'altra parte le agenzie devono fronteggiare un altro problema, il cosiddetto "moral hazard" (rischio morale) secondo il quale, coloro che usufruiscono del servizio assicurativo tendono ad

---

<sup>26</sup> La copertura sanitaria pubblica è un programma assicurativo obbligatorio sovvenzionato attraverso le tasse, mentre quella privata è volontaria ed è finanziata attraverso i premi assicurativi pagati dai partecipanti.

abusarne creando un aumento del costo dell'assicurazione privata e rendendolo inaccessibile per molta altra gente (Alami, Hammad e Ismail 1994, 5).

Entrambi questi problemi, ai quali si aggiungono quello dell'alto costo dei premi assicurativi e dell'esclusione dal programma della parte di popolazione che ne avrebbe più bisogno, ovvero i più poveri e malati, rende necessario e più vantaggioso rivolgersi verso un sistema assicurativo gestito dal governo.

#### **2.4.2 Il sistema assicurativo pubblico**

Il sistema assicurativo governativo (o pubblico) garantisce una copertura sanitaria universale in cui l'imposta pagata dai cittadini dipende dal reddito ma tutti i benefici sono ripartiti in base alle esigenze di ciascun contribuente indipendentemente dalla tassa pagata (Alami, Hammad e Ismail 1994, 6). Nonostante gli aspetti positivi, il problema del "moral hazard" sussiste anche in questo caso, per questo e anche perché il rischio di malattie è una questione per la quale non è possibile fare previsioni, il successo di tale sistema poggia sulla cosiddetta "legge dei grandi numeri". Quest'ultima è una regola attraverso la quale è possibile predire, sulla base di una probabilità del rischio effettuato su un grande numero di persone, quante di queste avranno bisogno dei servizi ospedalieri sulla base di un anno. Per questo più persone sono iscritte al programma assicurativo, più facile sarà avere delle aspettative più certe sull'utilizzo dei servizi forniti (Alami, Hammad e Ismail, 6).

Secondo il Palestinian Central Bureau of Statistics (Barghouthi, fragiacomo e Shubita 2000, 33) il 33% della popolazione palestinese è iscritto al programma assicurativo governativo del 1995, di cui 37,6% risiede in Cisgiordania e il 41,8% nella Striscia di Gaza, e costituisce circa il 23% della spesa del Ministero della Salute palestinese nel 1996, calcolato sulla base delle entrate derivanti dai premi assicurativi (Alami, Hammad e Ismail 1994, 33).

La porzione della popolazione iscritta allo schema assicurativo governativo può essere diviso in cinque gruppi: dipendenti dell'ANP, ufficiali di polizia, coloro che sono coperti dall'assicurazione sanitaria fornita dal Ministero della Previdenza Sociale, lavoratori nello stato di Israele e coloro che volontariamente hanno preso parte al programma di copertura sanitaria pubblica.

Coloro che fanno parte del primo gruppo, ovvero tutti i dipendenti dell'Autorità Nazionale Palestinese, che nel 1996 rappresentavano circa il 24% del totale degli iscritti, e coloro che da essi dipendono (famiglia o persone a carico) sono obbligatoriamente iscritti alla copertura sanitaria e i premi assicurativi dipendono dallo stipendio del dipendente statale (Barghouthi, Fragiaco e Shubita 2000, 34). Per quanto riguarda il secondo gruppo, la situazione degli ufficiali di polizia è meno chiara in quanto il Ministero della Salute non conosce esattamente il numero degli ufficiali di polizia e degli addetti alla sicurezza, è perciò difficile capire a quanto ammonta la percentuale di tale gruppo sull'intero numero di iscritti allo schema.

Il Ministero della Previdenza Sociale d'altra parte fornisce assicurazioni a breve e lungo termine per nuclei famigliari vulnerabili e/o a basso reddito, autorizzando il Dipartimento di Assicurazione Sanitaria a fornire la copertura sanitaria per la quale tale famiglia non deve pagare (Barghouthi, Fragiaco e Shubita 2000, 34). I dipendenti che lavorano per più di quindici giorni sul territorio dello stato d'Israele hanno diritto a un'assicurazione che è dedotta dallo stipendio israeliano che poi è trasferito in seguito al Ministero della Finanza palestinese. Il numero di questi lavoratori è diminuito tra il 1995 e il 1996 a causa del blocco israeliano delle frontiere. Infine, nel 1996 il 35% del totale degli iscritti al programma di assicurazione sanitaria governativa è costituito da chi volontariamente ha deciso di iscriversi.

Prima che il Ministero della Salute assumesse la giurisdizione sui territori palestinesi, i premi assicurativi variavano da 80 NIS (New Israeli Sheqel) per i dipendenti pubblici a 112 NIS per chi volontariamente si iscriveva (Barghouthi, Fragiaco e Shubita 2000, 35-36)<sup>27</sup>. Il Ministero della Salute Palestinese lo ha ridotto del 24% ovvero a 75 NIS per coloro che si registrano in modo volontario.

Un'analisi statistica condotta dall'Istituto di Salute, Sviluppo, Informazione e Politica (1998) ha analizzato i principali motivi che spingono le famiglie palestinesi a non chiedere l'assistenza sanitaria governativa. Innanzitutto una buona parte delle famiglie che risulta essere assicurata tramite il sistema sanitario nazionale risiede specialmente nelle zone urbane della Cisgiordania. Esiste una discrepanza geografica tra la Cisgiordania e Gaza rispetto alla percentuale delle

---

<sup>27</sup> Al momento in cui si scrive 1€ = 4,1014 NIS.

famiglie che risultano essere beneficiarie. Ciò può essere spiegato solo in parte con l'accesso delle famiglie di Gaza, spesso composte da rifugiati, alle coperture sanitarie UNRWA, ma comunque non basterebbe a spiegare l'azione preventiva del Ministero della Previdenza Sociale nel non accettare molte delle domande provenienti dalla Striscia di Gaza. Tale discrepanza geografica sussiste anche all'interno della stessa Cisgiordania tra aree urbane ed aree rurali.

Il principale motivo per cui non si riceve l'assicurazione pubblica è legato al potere d'acquisto: essendo lo stipendio la principale forma di reddito per le famiglie palestinesi, rappresenta anche il principale strumento per ottenere una maggiore copertura sanitaria e poter dunque pagare i premi assicurativi. Il 63% delle famiglie intervistate non ha accesso a tale assicurazione e di questo 63% che vorrebbe registrarsi il 67% non può pagare i premi assicurativi, trattandosi evidentemente i nuclei famigliari che hanno un capofamiglia disoccupato.

La presenza di un'assicurazione sanitaria fornita da UNRWA, invece, non rappresenta un fattore realmente incidente sulla scelta di avvalersi o meno di un'assicurazione sanitaria pubblica specialmente in Cisgiordania, dove il numero di rifugiati diminuisce –si tratta per lo più di minori- e i sussidi previsti non sono sufficienti e la fornitura dei servizi non adeguati per cui la possibilità di accedere ad ulteriori servizi pubblici garantisce una maggiore sicurezza specialmente tra le famiglie di rifugiati. Nella Striscia di Gaza, invece, la registrazione presso l'assicurazione dell'UNRWA ha un impatto maggiore nella riduzione della domanda di quella governativa.

Tab. 1 – Ragioni per non volere l'assicurazione sanitaria governativa

<b>Ragioni</b>	<b>Rifugiati</b>	<b>Non-rifugiati</b>
<b>Copertura sanitaria UNRWA</b>	40%	-
<b>Non possono pagare i premi assicurativi per questioni finanziarie</b>	21%	24%
<b>I servizi non valgono i costi</b>	25%	45%
<b>Non ne hanno bisogno</b>	13%	25%
<b>Altro</b>	2%	6%

Fonte: Barghouthi, Fragiaco e Shubita 2000, 49

Questo dato può essere spiegato in parte dalla grande presenza di rifugiati nella Striscia, in parte per l'impossibilità di pagare i costi per i premi assicurativi e alla scarsa qualità dei servizi sanitari forniti sul territorio. Quest'ultimo fattore –la qualità dei servizi sanitari- rappresenta tuttavia un fattore molto più incidente in Cisgiordania (soprattutto nelle aree urbane) che non a Gaza: i disservizi sono dimostrati non solo dal fatto che il Ministero non pubblicizza abbastanza tale servizio con il risultato di avere una rilevante fetta della popolazione (40%) che ignora la possibilità di poter beneficiarne, ma anche dal fatto che la scarsa qualità del servizio offerto non coincide con l'alto costo dei premi assicurativi richiesti, basti pensare infatti che tra coloro che sono già assicurati ben il 25% vorrebbe interrompere la copertura proprio a causa dei disservizi.

La qualità del servizio e la non necessità di accedere alla copertura governativa, entrambi fattori sono più incidenti in Cisgiordania che a Gaza (il 25% contro il 13%) e più nelle aree urbane che nelle aree rurali e potrebbero dipendere dal più alto tasso di reddito in Cisgiordania e nelle aree urbane.

#### **2.4.4 Vantaggi e svantaggi della copertura sanitaria governativa palestinese**

La scelta di questo tipo di programma per la copertura sanitaria nei territori palestinesi può garantire un'assicurazione universale garantita per tutti i palestinesi in base alla loro capacità di pagare i premi assicurativi. Inoltre rende il sistema sanitario più coordinato ed efficiente ed evita duplicazioni di attività. Tuttavia gli svantaggi non sono pochi. Le numerose attività governative diminuiscono lo spazio delle ONG e quindi anche di donazioni a loro destinate. Allo stesso modo, sarebbe difficile non solo trovare i finanziamenti iniziali per avviare il programma, ma con l'aumento delle persone assicurate anche i costi della sanità aumenterebbero e quindi si creerebbe la necessità di fronteggiare questa ulteriore spesa e trovare una possibile copertura.

D'altra parte i vantaggi, oltre a quelli già menzionati, potrebbero far pensare che almeno inizialmente tale programma potrebbe porre le basi per un sistema più complesso ed efficace. Infatti la riduzione dei costi sanitari e una maggiore relazione medico-paziente, come pure l'accesso universale alle cure primarie e secondarie permetterebbero ai nuclei familiari di usufruire al meglio delle potenzialità di questo programma. Similmente, anche l'intero sistema sanitario

gioverebbe dell'attuazione di questo programma grazie alla più stretta collaborazione del sistema pubblico con quello privato e le ONG e un miglior coordinamento tra i diversi *provider* sanitari (Alami, Hammad e Ismail 1994, 26).

## **2.5 La crisi del sistema sanitario palestinese**

Tuttavia l'attuazione del programma non andò a buon fine, e i primi tentativi di introdurre il nuovo sistema non furono efficaci. La difficoltà di coordinamento all'interno del sistema sanitario tra i diversi attori fornitori di servizi alla popolazione palestinese fu uno dei primi elementi che hanno portato alla crisi del sistema stesso. Il Ministero della salute si trovò a respingere molti pazienti a causa della mancanza di servizi a sufficienza, mentre d'altra parte molti ospedali non governativi restavano inutilizzati. In aggiunta, la presenza di una distribuzione dei servizi ineguale tra la striscia di Gaza e la Cisgiordania è aggravata dalla difficoltà di movimento imposta da Israele. Come già accennato prima, il Piano per lo sviluppo delle risorse umane del 2000 ha avuto poco effetto in quanto sono presenti sul territorio solo 2,6 medici ogni mille persone nella striscia di Gaza e 1,8 medici in Cisgiordania (Alsayed et al. 2009, 1209). Di grande importanza è il ruolo centrale dei medici che, in questo contesto, si trovano a dover eseguire compiti non di loro competenza a causa della carenza di personale infermieristico<sup>28</sup>.

Per andare incontro alla crescente disoccupazione e impoverimento della popolazione, l'Autorità Nazionale Palestinese decide di aumentare il numero dei dipendenti pubblici che ha portato a una insostenibilità del pagamento degli stipendi da parte del governo (Alsayed et al. 2009, 1209). La crescente migrazione al di fuori dei territori palestinesi di una parte rilevante di professionisti ha causato una grave perdita di risorse umane necessarie allo sviluppo del sistema sanitario in generale.

Il bilancio generale del Ministero della salute palestinese ammonta al 10% del budget nazionale palestinese. Dal 2001, la situazione già precaria si aggrava ulteriormente con la diminuzione delle entrate del sistema sanitario e all'aumento delle persone coperte da assicurazione. L'aumento della copertura sanitaria è in parte dovuto al decreto del presidente palestinese Yasser Arafat che ha esteso

---

<sup>28</sup> In Cisgiordania 1,7 infermieri ogni 1000 abitanti, al contrario di Israele dove abbiamo 6,3 infermieri ogni 1000 abitanti (Alsayed et al. 2009, 1209).

l'assicurazione alle vittime della seconda Intifada. In aggiunta, la crescente dipendenza dai finanziamenti esteri ha compromesso l'istituzione di un futuro sistema indipendente e autosufficiente (Alsayed et al. 2009, 1209).

L'occupazione militare israeliana da una parte e la molteplicità dei finanziamenti esteri hanno ulteriormente aggravato la situazione e hanno impedito l'istituzione di un sistema sanitario palestinese autonomo. Le maggiori difficoltà riguardano le restrizioni al movimento della popolazione palestinese da parte del governo israeliano e la continua distruzione delle infrastrutture e delle proprietà, e d'altra parte le organizzazioni internazionali, a causa dei differenti programmi spesso contrastanti fra loro e per la mancanza di una conoscenza adeguata della cultura e della lingua locale, hanno attuato dei progetti inefficaci, anche a causa della mancanza di progetti a lungo termine e fortemente legati a pressioni politiche provenienti dall'esterno (Alsayed et al. 2009, 1209). Allo stesso modo, a livello interno, l'instabilità politica dell'ANP ha provocato problemi di controllo non solo a causa della frammentazione del coordinamento delle politiche, ma anche per la mancanza della trasparenza e corruzione dell'Autorità stessa. L'ANP infatti è contrassegnata da un forte dipendenza dal governo israeliano e da un autoritarismo nelle politiche di decisione e di attuazione.

La seconda Intifada e la costruzione del muro di separazione tra i territori palestinesi e Israele ha sicuramente peggiorato la situazione già precaria. Infatti la rottura del processo di pace iniziato ad Oslo con la rivoluzione dei primi anni Duemila, ha aperto una nuova fase di amministrazione della vita pubblica ed in particolare del settore sanitario che vede emergere altri attori accanto all'Autorità Palestinese. Numerosi sono stati i tentativi di coordinamento del sistema sanitario attraverso diversi piani da parte del Ministero della Salute, sia l'UNRWA che diverse ONG e organizzazioni caritatevoli hanno affiancato le strutture governative soprattutto per rispondere all'emergenza durante il conflitto tra il 2000 e il 2005.

## **III Capitolo**

### **Il settore sanitario negli anni della seconda Intifada: l’Autorità Nazionale Palestinese e le Organizzazioni Non-Governative**

#### **3.1 Il blocco israeliano e la costruzione della barriera di separazione**

All'inizio degli anni Duemila l'area A, sotto il completo controllo palestinese, secondo quanto stabilito negli accordi di Oslo, costituisce il 17,2% della Cisgiordania. Nonostante l'autorità palestinese controlli la maggior parte degli enclaves più vasti, non ha però il controllo dei confini interni ed esterni alla Cisgiordania soprattutto a causa del crescente numero di insediamenti israeliani sul territorio. Sebbene gli insediamenti non costituiscano una restrizione al movimento dei palestinesi, la costruzione di strade che collegano tra loro gli insediamenti e tra gli insediamenti e Israele, spesso rotte non concesse ai palestinesi, creano delle zone completamente isolate e hanno frammentato ulteriormente il territorio rendendone più difficile la gestione da parte dell'Autorità Palestinese (Qato 2004, 342). La costruzione degli insediamenti e il crescente blocco sulla Cisgiordania e sulla Striscia di Gaza hanno reso l'economia palestinese più dipendente da quella israeliana dal momento che vi sono controlli

sui confini che ha reso difficile uno sviluppo sostenibile e a lungo termine di un mercato palestinese.

Il termine “blocco” si riferisce alle “restrizioni poste in atto da Israele per ragioni di sicurezza al libero movimento di beni e lavoro palestinesi attraverso e all’interno dei confini della Cisgiordania e della Striscia di Gaza” (World Bank 2003, 1). Questo blocco si manifesta in tre modi: un blocco interno alla Cisgiordania e a Gaza con la presenza di un coprifuoco; uno esterno ai confini tra Israele e la Cisgiordania e tra Israele e Gaza; infine, uno esterno attraverso i confini internazionali soprattutto tra la Cisgiordania e la Giordania e tra Gaza e l’Egitto (World Bank 2003, 1).

Il blocco imposto da Israele nei primi anni Duemila è un processo già iniziato negli anni Novanta, infatti nel marzo del 1993, a seguito dell’uccisione da parte di palestinesi residenti in Cisgiordania di nove civili israeliani e sei delle forze armate, Israele ha imposto un blocco generale su tutti i territori palestinesi che andava a rafforzare il blocco già preesistente imposto due anni prima e che ha reso più difficile il recupero dell’economia palestinese che era iniziato in quegli anni con il processo di Oslo (Anat 2007, 7). Con lo scoppio della seconda Intifada nel settembre del 2000, la situazione nei territori palestinesi si aggrava a causa dell’escalation degli scontri e al rafforzamento delle misure di blocco istituite per difendersi dagli attacchi suicidi palestinesi. Le conseguenze dell’Intifada sono disastrose per l’economia e l’amministrazione dei territori palestinesi. Nel 2003, la disoccupazione ha raggiunto il 40% e i due terzi della popolazione palestinese, circa due milioni, vive sotto la soglia di povertà (Qato 2004, 344).

Le restrizioni di movimento nei confronti della popolazione palestinese all’interno soprattutto dell’area A sono una conseguenza della proclamazione del blocco della suddetta area firmata dai comandanti delle forze militari nel dicembre del 2001, già prima della costruzione del muro che divide Israele dai territori palestinesi (Anat 2007, 19). Nel 2002 infatti, in aggiunta al blocco imposto da Israele, è stato costruito un muro di separazione lungo 730 km che circonda a est i territori della Cisgiordania. Da parte israeliana la giustificazione alla costruzione della barriera di separazione è legata a motivi di sicurezza. Attraverso queste misure di sicurezza sarebbe stato possibile diminuire il rischio di pericolo e di attacchi provenienti dalla popolazione palestinese nei confronti di quella israeliana, infatti molti erano gli attacchi di bombe suicide palestinesi soprattutto durante il

periodo degli scontri dell'Intifada, mentre un scopo aggiuntivo è la protezione degli insediamenti israeliani. Tuttavia il percorso che segue il muro è per circa l'85% all'interno del territorio della Cisgiordania, secondo quanto deciso nel 1967 sui confini tra i territori palestinesi e Israele sulla cosiddetta «Green Line» ovvero linea verde, e circonda circa 80 insediamenti israeliani (UNOCHA 2008, 12).

L'andamento della barriera ha creato due zone distinte con situazioni particolari al loro interno. La prima è la «Seam Zone», ovvero zona cuscinetto, è un'enclave di villaggi e terreni che si trovano tra il muro e la Green Line. La seconda enclave comprende territori che sono nella parte palestinese ma che sono circondati per tre o più lati dal muro per diverse ragioni legate al percorso serpentino della barriera e all'impossibilità da parte dei palestinesi di utilizzare strade che sono loro proibite (Anat 2007, 17). Questa frammentazione del territorio palestinese ha interrotto completamente i collegamenti tra le regioni urbane e quelle rurali, isolando maggiormente le seconde.

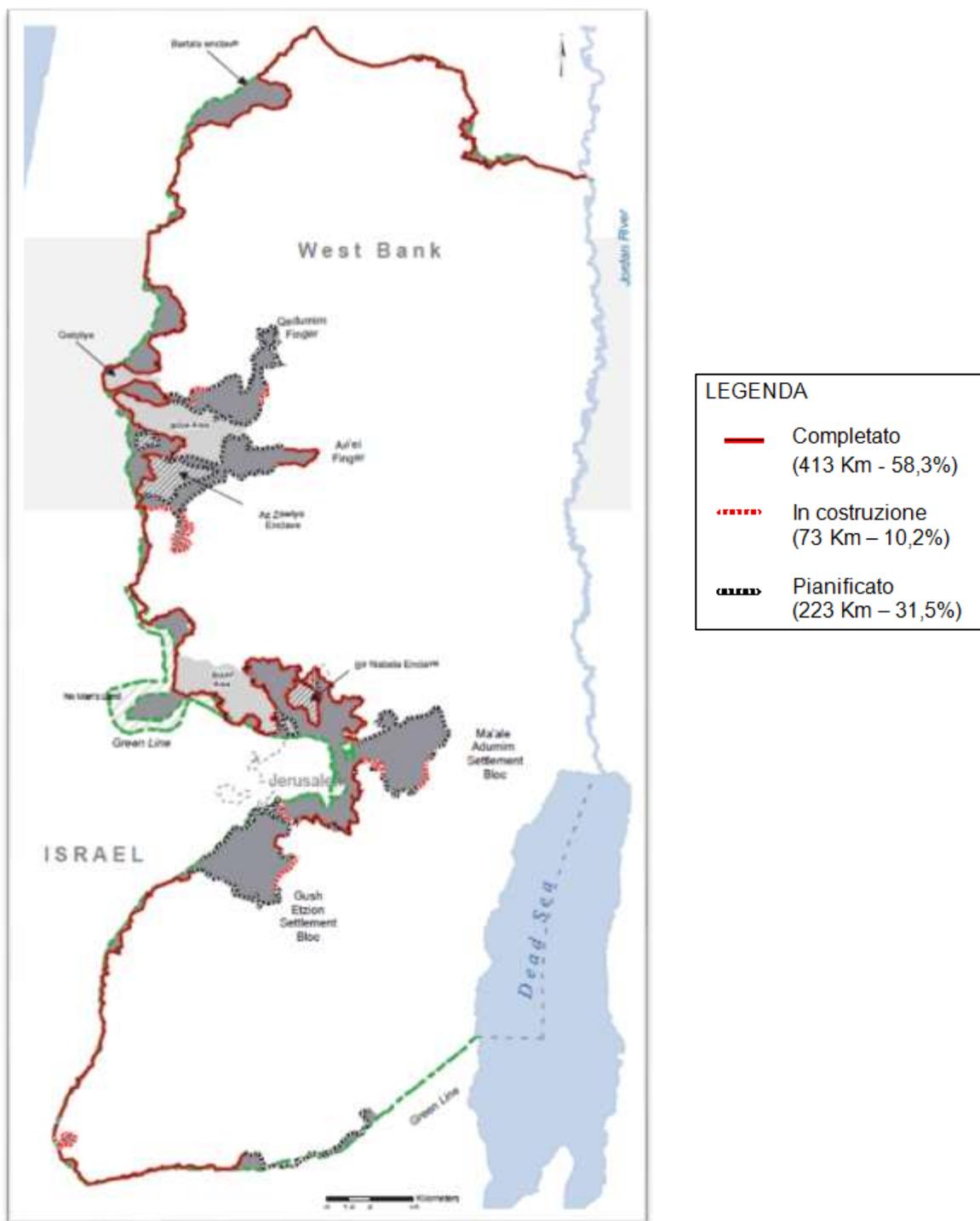
La Seam Zone è costituita da un'enclave attorno a Barta'ah a-Sharquiyah nel nord-ovest della Cisgiordania, le aree a nord e a sud di Tulkarm, a nord e sud di Qalqilyah e piccole aree a ovest di Hebron (Fig. 1), è stata definita come una "zona militare chiusa" al fine di impedire il passaggio di terroristi palestinesi verso i territori israeliani (Hareuveni 2012, 25).

Negli anni Novanta già vigeva un regime di permessi che poneva difficoltà al movimento e in generale alle condizioni di vita dei palestinesi, ulteriormente aggravati con la seconda Intifada e la costruzione del muro che ha posto nuove difficoltà per l'accesso alle risorse sanitarie, educative e persino ha reso difficile raggiungere il proprio posto di lavoro<sup>29</sup>. Inoltre, i palestinesi devono rivolgersi agli ospedali non governativi specializzati di Gerusalemme Est per ricevere cure di emergenza ma soprattutto cure secondarie e terziarie, quali l'ospedale Augusta Victoria, Al-Makassed, St. Joseph Hospital e l'ospedale della Red Crescent, e i permessi per raggiungere questi ospedali sono complicati da ottenere e spesso con lunghe procedure. Permessi di emergenza possono essere ottenuti grazie all'aiuto della Red Crescent e la collaborazione con l'Ufficio israeliano per il

---

<sup>29</sup> Per ulteriori informazioni riguardo il regime dei permessi per la popolazione palestinese consultare Hareuveni, Eyal. 2012. *Arrested Development: The Long Term Impact of Israel's Separation Barrier in the West Bank*. B'Tselem, Parte III.

Fig. 1 – Proiezione del percorso della barriera di separazione in Cisgiordania, Luglio 2009



Fonte: UNOCHA. 2008. *Five Years after the International Court of Justice Advisory Opinion. A Summary of the Humanitarian Impact of the Barrier*, p. 9.

Coordinamento dei Distretti (DCO) che deve coordinarsi con i checkpoint, i quali devono autorizzare l'uscita e il rientro del paziente e dell'ambulanza con appositi permessi per poter transitare i checkpoint e per entrare a Gerusalemme (UNOCHA 2008, 13). La Seam Zone è quella particolarmente colpita dal blocco e dal muro di separazione israeliano. Il caso dell'enclave di Barta'ah a-Sharqiyah nell'area di Jenin ci permette di comprendere le difficoltà che affrontano i residenti in quell'area non solo nella costruzione di nuove case, nel trasporto di beni e servizi e nel movimento delle persone soprattutto degli studenti e dei bambini, ma vi è anche la restrizione alle cure sanitarie a causa dell'introduzione del regime dei permessi imposto nell'ottobre del 2003 nella zona (Hareuveni 2012, 44).

Il percorso del muro isola il villaggio e taglia i collegamenti con gli altri centri limitrofi che normalmente forniscono ai residenti del villaggio cibo, beni e servizi quali quelli educativi e sanitari. A causa del checkpoint da oltrepassare per raggiungere questi centri urbani è possibile anche aspettare un'ora o più a causa dei controlli di sicurezza, compresi pazienti con malattie croniche, bisognosi di cure di emergenza, disabili e bambini. Infatti nel villaggio di Barta'ah a-Sharqiyah è presente una sola clinica che fornisce cure primarie per quattro giorni a settimana. Nonostante sia stato ingaggiato un addetto alle situazioni di emergenza durante i periodi in cui il checkpoint è chiuso, vi è l'impossibilità di raggiungere altri centri ospedalieri della Cisgiordania (Hareuveni 2012, 44).

La costruzione del muro e le restrizioni di movimenti che ne conseguono violano l'articolo 12 del Patto internazionale sui diritti civili e politici il quale afferma che «tutti hanno il diritto alla libertà di movimento all'interno del loro paese, di scegliere il loro posto di residenza liberamente» (Hareuveni 2012, 64). Inoltre viola anche l'articolo 49 della IV Convenzione di Ginevra il quale afferma che «la Potenza occupante non potrà procedere alla deportazione o al trasferimento di una parte della sua propria popolazione civile nel territorio da essa occupato» (Articolo 49 IV Convenzione di Ginevra)<sup>30</sup>.

---

<sup>30</sup> Tali violazioni sono state affermate dall'opinione della Corte Internazionale di Giustizia nel 2004. Per il testo completo consultare <http://www.icj-cij.org/docket/files/131/1677.pdf>.

### **3.2 L'impatto della seconda Intifada sul sistema sanitario palestinese**

Le fragili istituzioni politiche dei territori palestinesi e le già precarie condizioni sanitarie sono state indebolite dallo scoppio della seconda Intifada. La crisi del sistema sanitario ha raggiunto il suo culmine in questi anni a causa della morte di migliaia di palestinesi e della distruzione di numerose infrastrutture tra cui diversi ospedali e strade. Nei primi quattordici mesi dell'Intifada dal settembre del 2000, gli scontri hanno causato la morte di 859 palestinesi e più di 20 mila feriti, secondo quanto riportato da diversi istituti statistici come l'Istituto di Salute, Sviluppo, Informazione e Politica (Health, Development, Information and Policy Institute, HDIP) e lo stesso Ministero della salute e la Palestinian Red Crescent Society, i cui dati non differiscono di molto (Qato 2004, 18-25).

Il protrarsi dell'Intifada per oltre tre anni ha portato effetti non solo fisici e psicologici ma anche di tipo economico e sociale, infatti l'aumento della disoccupazione ha raggiunto il 70% in questo periodo, lasciando metà della popolazione sotto la soglia di povertà all'inizio del 2002. I blocchi e la costruzione del muro in Cisgiordania hanno creato un nuovo problema umanitario soprattutto nelle zone che si trovano nella Seam Zone. La confisca e l'annessione di terreni soprattutto agricoli dai quali la popolazione palestinese trae maggior profitto ha intensificato la crisi economica già in atto. Inoltre la costruzione del muro ha isolato migliaia di palestinesi rendendo loro inaccessibili i servizi sanitari ed educativi. Il 9 luglio del 2004 la Corte Internazionale di Giustizia ha definito la costruzione del muro come una violazione del diritto internazionale e perciò «Israele ha l'obbligo di porre fine alla violazione del diritto internazionale [...] e ha l'obbligo di riparazione per tutti i danni causati dalla costruzione del muro» (Corte Internazionale di Giustizia 2004, 1-5). Nonostante l'Assemblea Generale ONU abbia adottato una risoluzione in cui chiede a Israele di conformarsi alla decisione della CIG la costruzione del muro continua ad isolare sempre più la popolazione palestinese in enclave e rendendo loro inaccessibile la maggior parte dei servizi. In aggiunta, i blocchi esterni imposti tra la Cisgiordania e la Striscia di Gaza e con altri paesi esteri attraverso la chiusura dell'entrata di Rafah in Egitto e quella di Allenby per la Giordania, così come la chiusura dell'aeroporto internazionale di Gaza hanno ulteriormente peggiorato la situazione.

I palestinesi hanno bisogno di servizi di riabilitazione e di chirurgia per le emergenze sorte con la seconda Intifada, ma sia il Ministero della Salute che altre istituzioni che forniscono cure sanitarie hanno bisogno di un maggiore budget. Per questo motivo molti pazienti sono stati trasferiti verso istituti specializzati sia in Giordania che in Egitto e anche in ospedali israeliani. Circa 500 palestinesi feriti durante gli scontri nei primi due mesi dell'Intifada sono stati trasferiti in diversi paesi europei e arabi quali Marocco, Iraq, Emirati Arabi Uniti, Qatar, Giordania, Germania e Italia (Qato 2004, 12). Gli ospedali presenti a Gerusalemme hanno servizi più sviluppati rispetto a quelli presenti nei territori palestinesi, difatti sono presenti tre ospedali Al-Makassed, St. Joseph e il St. John's, 40 centri per le cure primarie e servizi di riabilitazione per disabili (Qato 2004, 13). L'impossibilità di raggiungere le località rurali da parte del personale medico ha sicuramente peggiorato la fornitura soprattutto delle cure primarie e d'immediata urgenza. Inoltre i servizi pubblici essenziali quali l'acqua e i servizi igienici precari hanno portato il rischio di nuove epidemie.

Per la fornitura di cure primarie il governo mette a disposizione per coloro che sono iscritti al programma di assicurazione sanitaria governativa quattro tipi differenti di cliniche. Il primo livello di clinica governativa è quello dei presidi sanitari i quali forniscono servizi di cure preventive, igiene, salute materna e infantile. Il secondo livello di cliniche sanitarie in cui vi sono infermieri e un medico generale, i servizi forniti riguardano vaccinazioni, monitoraggio della qualità dell'acqua e sicurezza alimentare. I centri sanitari di terzo livello invece forniscono servizi a una maggiore porzione della popolazione e vi è presente uno staff più qualificato che oltre a fornire i servizi che già le cliniche di secondo livello distribuiscono, provvedono anche a cure odontoiatriche. Infine i Centri Sanitari Globali hanno un numero maggiore di personale medico (circa 30 persone) e si occupano maggiormente di cure di emergenza e consultazioni specialistiche (Pfeiffer 2001, 11). La maggior parte delle cliniche di secondo e terzo livello sono presenti in Cisgiordania. Secondo il Piano Nazionale Strategico Sanitario 1999-2003 (1999, 92) vi è stato un tentativo di coordinamento tra i diversi fornitori delle cure primarie quali l'UNRWA, le ONG e il settore privato (anche se in minima parte), tuttavia la forte frammentazione dei servizi sanitari e spesso una loro duplicazione ha evidenziato il fallimento di questo sforzo, con un uso eccessivo di alcune cliniche e un sottoutilizzo di altre.

Il governo palestinese quindi non è l'unico a fornire le cure primarie, infatti sia le cliniche dell' UNRWA che di numerose ONG che operano sia in Cisgiordania che a Gaza hanno creato dei presidi sanitari sia preventivi che curativi. Nel caso dell'UNRWA i servizi sono per lo più destinati alla popolazione dei rifugiati attraverso diverse strutture sanitarie con servizi di diagnostica, laboratorio, cardiologia, ginecologia e cure pediatriche. Mentre il numero delle cliniche delle ONG, aumentato dopo la prima Intifada, ha iniziato a diminuire nella metà degli anni Novanta. Anche le cliniche private operano soprattutto nelle aree rurali della Cisgiordania (Pfeiffer 2001, 12-13).

Per quanto riguarda le cure secondarie, il Ministero della Salute opera attraverso 17 ospedali sia in Cisgiordania che a Gaza. Il secondo fornitore di cure secondarie dopo il governo sono le ONG attraverso 25 strutture. L'UNRWA ha 38 ospedali nella zona di Qalqilya. Uno degli unici ospedali per le cure terziarie per palestinesi è l'ONG Al-Makassed hospital a Gerusalemme, il quale è destinazione per pazienti bisognosi di cure specialistiche in Cisgiordania. Tuttavia il primo fornitore di cure terziarie è il settore privato attraverso i servizi di diagnostica avanzata. Arabcare Medical services e Medlab Palestine sono le più grandi aziende private per questi tipi di cure. Infatti sia il Ministero della Salute che l'UNRWA contrattano con il settore privato per utilizzare le sue strutture. Il Ministero della Salute nel 2000 ha speso il 6,5% del suo budget (più di 6 milioni di dollari) per il trasferimento di pazienti verso la Giordania, l'Egitto, Israele e verso il settore privato. In questo contesto, nei primi anni Duemila il governo ha sostenuto e incoraggiato il settore privato per diminuire i costi del trasporto all'esterno dei territori palestinesi (Pfeiffer 2001, 12-13).

Nel 2000 la maggior parte delle spese del Ministero della Salute riguarda i salari, costi operativi e medicinali. Le entrate governative provengono dal budget previsto dal Ministero della Finanza (60%), dai premi dell'assicurazione sanitaria (25-30%) e dai contributi alle spese sanitarie (10-30%) (Pfeiffer 2001, 13-14).

Prima dell'ottobre del 2000 circa il 52% della popolazione è coperto dall'assicurazione sanitaria governativa, ma solo il 20% paga attraverso contribuzioni volontarie e dall'agosto del 2001 il numero degli assicurati è aumentato al 70% a causa dell'introduzione dell'assicurazione sanitaria gratuita (Al-Aqsa Health Insurance) durante la seconda Intifada per favorire un maggiore accesso alle cure sanitarie. Tuttavia l'introduzione di questa assicurazione, in

aggiunta ai notevoli costi del Ministero della Salute ha portato a un deficit di 30,5 milioni di dollari, peggiorato anche dai ritardi del budget proveniente dall'ANP. Infatti le entrate governative provenienti dai premi assicurativi nei primi 3 mesi del 2001 erano del 68% in meno rispetto allo stesso periodo nel 2000 e le cause si possono ricondurre all'introduzione dell'assicurazione Al-Aqsa (Pfeiffer 2001, 29-31).

Nel biennio 2000-2002, l'aumento dei nuclei famigliari coperti dall'assicurazione sanitaria (da 205 a 430) e una diminuzione delle entrate governative proveniente dal sistema assicurativo (diminuite da 29,5 milioni di dollari a 22 milioni di dollari) hanno decisamente peggiorato la situazione finanziaria del Ministero della Salute (Alsayed 2009, 1211). Il sistema assicurativo è fortemente centralizzato a causa del controllo da parte del Ministero della Finanza. La copertura sanitaria governativa è rivolta: ai dipendenti governativi e ai lavoratori in Israele ed è obbligatoria, a chi ne fa richiesta in modo volontario pagando un premio di 75 NIS al mese e agli individui selezionati dal Ministero del Benessere sociale attraverso criteri riguardanti il reddito e lo status sociale. Infine è stato introdotto un nuovo tipo di contribuzione già iniziato nel 1995 attraverso contratti che permettono anche a: lavoratori autonomi con particolari esigenze di avere una copertura sanitaria a un premio minore di 40 NIS al mese per i più poveri o per coloro che beneficiano degli aiuti di organizzazioni caritatevoli per il pagamento del premio sanitario oppure di 50 NIS al mese per coloro che fanno parte del Worker Union all'interno dei territori palestinesi e che hanno una retribuzione bassa e un lavoro precario (WHO 2006, 20-21). Per quanto riguarda il sistema assicurativo privato, esso si basa sullo schema preesistente coprendo il 3% della popolazione e continua a non essere regolato dal governo e generalmente non copre individui che abbiano superato l'età di 65 anni (WHO 2006, 22).

Anche la copertura per i vaccini è assicurata attraverso il Programma Esteso di Vaccinazioni (Expanded Programme on Immunization – EPI) dal 1995 al 2000 grazie al coordinamento tra l'UNICEF, WHO, UNRWA e diversi donatori internazionali. Tuttavia dal 2000 al 2001 vi è stata una leggera diminuzione della copertura vaccinale dal 98 al 91 per cento soprattutto tra i rifugiati (Pfeiffer 2001, 9). Il governo palestinese fornisce vaccini a 500 mila bambini, anche se i blocchi imposti da Israele provocano dei ritardi soprattutto nelle zone rurali.

Per quanto riguarda la disponibilità e la distribuzione di farmaci prima di allora non regolate, nel 2000 è stata preparata la lista di farmaci essenziali e un successivo formulario nel 2002 (Alsayed et al. 2009, 1210). Nonostante questo tentativo di regolamentare la materia, molti fornitori di cure sanitarie continuano ad avere difficoltà a raggiungere i villaggi rurali e la Striscia di Gaza. Come avviene per i vaccini, anche per i farmaci vi sono ritardi nella distribuzione a causa del blocco israeliano ai confini dei territori palestinesi che hanno impedito al mercato palestinese di competere su quello internazionale rendendo i prezzi dei farmaci più alti e quindi aggravando ulteriormente la situazione finanziaria del Ministero della Salute (Barghouthi, Fragiaco e Shubita 2000, 30). Il blocco all'entrata di materie prime necessarie alle industrie farmaceutiche ha fatto sì che il costo delle medicine aumenti e perciò molti palestinesi non sono in grado di acquistarle. Per questo motivo la vendita delle medicine da parte delle industrie farmaceutiche palestinesi è diminuita del 40% durante la seconda Intifada e stanno lavorando al 25% della loro capacità produttiva rispetto al 20% in più del periodo precedente al 2000 (HDIP 2000, 11).

Il Piano di sviluppo a medio termine previsto per il biennio 2006-2008 ha tentato di diminuire la dipendenza da aiuti esteri per iniziare a porre le basi per un futuro sostenibile palestinese e per andare in contro alla crisi finanziaria iniziata già prima della seconda Intifada e aggravatasi durante quegli anni (Alsayed et al. 2009, 1211). A causa del basso reddito di molti nuclei famigliari palestinesi (nel 2000 il 64,4%) che non sono coperti da assicurazioni sanitarie governative o dell'UNRWA, per loro l'accesso ai farmaci è diventato decisamente complicato (Pfeiffer 2001, 29). Al contrario, il Piano Nazionale Sanitario per il 1999-2003 è stato fortemente criticato a causa della poca capacità di attuazione e la cattiva gestione.

Infatti bisognerebbe distinguere le priorità per il settore sanitario che manca di una propria regolamentazione soprattutto in relazione agli altri *provider* quali l'UNRWA, le ONG, il settore privato e gli aiuti internazionali. La grande frammentazione territoriale che consegue alla seconda Intifada si riflette nel sistema di distribuzione delle cure sanitarie il cui funzionamento non pienamente integrato e coordinato rende inefficienti le sue strategie, così come la forte instabilità politica dell'Autorità Nazionale Palestinese che ha visto tra il 2006 e il 2009 sei differenti ministri della salute (Alsayed et al. 2009, 1212).

### 3.3 Il ruolo delle ONG nel settore sanitario durante la seconda Intifada

Dopo la costituzione dell'ANP nel 1993 la presenza delle ONG ha iniziato a diminuire per far posto alle istituzioni e alle strutture governative. Tuttavia, con lo scoppio della seconda Intifada, l'Autorità Palestinese si è dimostrata incapace di fronteggiare le emergenze. La critica maggiore si riferisce alla forte instabilità politica che le impedisce di trasformarsi in un'entità democratica stabilita entro i principi di Oslo e alla burocrazia patrimonialista e l'accentramento del potere politico che hanno incrinato i rapporti con la popolazione delegittimando sempre più l'autorità governativa (Abdul-Rahim, Giacaman e Wick 2003, 63). Inoltre l'emergere di un regime sempre più autoritario ha limitato di molto l'azione della società civile. Per questi motivi quest'ultima si è affidata maggiormente ad organizzazioni non governative e caritatevoli, grazie alla loro efficienza nella distribuzione delle cure sanitarie. Si è parlato a questo proposito di una "ONG-izzazione" della vita sociale palestinese, sia in accezione positiva alludendo alla forte presenza delle ONG in molti ambiti della sfera pubblica palestinese che compensano con le loro attività l'inefficienza governativa, sia in senso negativo (Challand 2008, 234).

Il problema maggiore manifestatosi dagli anni Duemila è la limitazione d'azione del governo a causa della presenza di differenti donatori internazionali che influenzano le sue agende politiche. La maggiore centralizzazione del sistema sanitario nelle mani governative collima con le differenti strategie del *donor* internazionali, inoltre l'assenza di trasparenza e l'indebolimento della società civile hanno creato un *vacuum* nella sfera pubblica che impedisce alla popolazione di formulare le sue richieste e adempiere il suo ruolo di *advocacy* (Abdul-Rahim, Giacaman e Wick 2003, 66). Per questo motivo nei primi quindici mesi della seconda Intifada il peggioramento della situazione sanitaria ha quindi reso necessario un tentativo di coordinamento della gestione sanitaria tra l'ANP, l'UNRWA e le ONG, soprattutto quelle internazionali.

In questo periodo si sviluppato tre tipi di ONG: le *professional developmentalist* ONG, in cui si possono riconoscere ONG di carattere secolare attive soprattutto nell'ambito della sanità, dell'agricoltura e dell'educazione; le organizzazioni caritatevoli, intese come forme di associazioni non particolarmente vicine a fazioni

politiche e operano soprattutto nel settore del welfare, sostegno a bambini orfani o disabili e hanno sofferto di una forte riduzione del sostegno internazionale per paura di finanziare organizzazioni islamiche (nonostante molte di esse non siano affiliate a questo tipo di organizzazione); e infine le organizzazioni a base religiosa, che rappresenta circa il 29% delle ONG e possono essere sia cristiane che musulmane, ma più legate alle questioni politiche locali (Challand 2009, 93-94). In aggiunta è presente sul territorio un ultimo tipo di ONG che però è quasi scomparso con la costituzione dell'ANP e si tratta di ONG orientate verso i servizi e ai consumatori.

Durante la seconda Intifada le uniche strutture riconducibili alla società civile sono le ONG, quindi adesso "professionalizzate". Paradossalmente la maggiore professionalizzazione delle ONG le ha allontanate ancora di più dalla sua base sociale. Nonostante il Ministero della Salute sia il maggiore fornitore di cure primarie, spesso l'inefficienza di tali servizi è colmata dalla presenza di ONG e dell'UNRWA, con i quali il governo ha tentato di coordinarsi. Già dai tempi dell'occupazione israeliana la duplicazione dei servizi sanitari da parte dei diversi *provider* ha aperto la questione di maggiore coordinamento tra il Ministero della Salute e diverse ONG per tentare di elaborare un piano nazionale sanitario generale soprattutto riguardante la standardizzazione delle procedure e la pianificazione nazionale per l'uso ottimale delle risorse (Barghouthi, Fragiaco e Shubita 2000, 18).

Dopo la seconda Intifada, infatti, l'emergenza ha creato un'unità nelle strategie operative e una visione comune riguardo il settore sanitario, dimostrate non solo dal Piano Sanitario Nazionale del 1998 ma anche dai due Piani Nazionali Sanitari Strategici del 1999-2003 e del biennio 2006-2008. Tuttavia tali riforme avvenute spesso con il patrocinio internazionale al fine di migliorare la qualità dei servizi sanitari forniti, hanno mancato di efficienza a causa di politiche a breve termine che mancano di un approccio più comprensivo e legato al contesto palestinese (Challand 2009, 164).

Il coordinamento tra l'ANP e le ONG è stato formalizzato poi con la legge n. 1 approvata nel 2000 sulle organizzazioni caritatevoli e comunitarie i cui obiettivi principali sono: contribuire alla costruzione di uno stato palestinese democratico e indipendente, nonché a una società civile democratica e rispondere ai bisogni umanitari della popolazione e "difendere gli interessi, i bisogni e i diritti dei gruppi

più emarginati” (World Bank 2006, 14). Questi propositi sottolineano il tentativo di coinvolgere le ONG nel più ampio processo di state-building e *advocacy* attraverso anche le loro attività caritatevoli.

Tuttavia il ruolo delle ONG durante la seconda Intifada si rivolge soprattutto ai programmi di emergenza e di soccorso piuttosto che di *advocacy*. L'organizzazione di cliniche mobili per raggiungere le zone rurali e più periferiche è opera soprattutto delle ONG. Ma secondo il pensiero di Challand (2009, 35) se la promozione della società civile è legata al ruolo delle ONG e alla loro forza istituzionale, è anche vero che le ONG non hanno un carattere omogeneo rispetto a questa questione. Infatti da una parte vi sono ONG che ricevono molti finanziamenti internazionali ma proprio per questo motivo hanno un impatto minore nella promozione della società civile rendendo quindi inefficiente il loro ruolo, d'altra parte alcune ONG che ricevono meno aiuti esteri, dispongono di un maggiore supporto da parte della popolazione (Challand 2009, 33).

Nel primo caso, la forte presenza di politiche “donor-driven” allontana queste ONG dalla loro base sociale, dalle forze politiche e dalla popolazione locale. Difatti le ONG non sono state molto presenti nella mobilitazione dell'Intifada del Duemila e quindi la concezione di Challand delle due Palestine rivela due differenti risposte allo scoppio della seconda Intifada le cui conseguenze saranno visibili nel periodo successivo con la presenza di ONG e organizzazioni caritatevoli secolari e islamiche che verrà affrontato nel capitolo seguente (Challand 2009, 35).

La posizione neutrale assunta, fa parlare di una de-politicizzazione delle ONG e un loro isolamento dall'arena politica (Hanafi e Tabar 2003, 206). Questo cambiamento dipende più che da tensioni e cambiamenti interni, da influenze esterne legate soprattutto ai *donor* internazionali e al loro ruolo nel processo di distribuzione degli aiuti. Con la nuova industria degli aiuti basata sul concetto neo-liberale del libero mercato e della deregolamentazione, le ONG tendono a modificare le proprie politiche per accaparrarsi i fondi internazionali, aumentando quindi la competizione tra le ONG locali e perdendo di vista i reali obiettivi che non vengono raggiunti a causa di programmi poco sostenibili e aiuti discontinui (Hanafi e Tabar 2003, 207).

Il ruolo della Banca Mondiale ha influenzato i programmi di riforma sanitaria messe in atto dall'Autorità Nazionale Palestinese verso progetti di sviluppo che favoriscono la liberalizzazione economica sostenuta da diverse organizzazioni

internazionali, dai paesi europei e dagli Stati Uniti (Abdul-Rahim, Giacaman e Wick 2003, 65)<sup>31</sup>, che farebbe parlare di un “de-development” dell’economia palestinese (Roy 1999, 64-65)<sup>32</sup>. Inoltre la maggiore professionalizzazione delle ONG, che se da una parte può ritenersi positiva per i suoi legami con una élite più specializzata che possa fare *advocacy* per portare la questione palestinese all’attenzione della comunità internazionale, spesso è vista in senso negativo. Infatti se questa élite non riesce a creare legami con la società civile, rimarrà isolata e soprattutto non riuscirà a raggiungere i suoi obiettivi rivelando l’inefficienza delle loro attività mancando di volontà e legittimazione per un ruolo più coinvolto nella società civile (Hanafi e Tabar 2003, 4).

---

<sup>31</sup> Un esempio di questa cooperazione è il *Medium Term Development Strategy for the Health Sector* (1998) del Ministero della salute palestinese in collaborazione con la Banca Mondiale.

<sup>32</sup> Per un maggiore approfondimento della questione del “de-development” dell’economia palestinese consultare Roy, Sara. 1999. “De-Development Revisited: Palestinian Economy And Society Since Oslo”, *Journal Of Palestinian Studies*. 28(3), 64-82.

## **IV Capitolo**

### **I due volti del sistema sanitario palestinese dal 2005 in poi: tra Hamas e l'Autorità Nazionale Palestinese**

#### **4.1 Le condizioni del sistema sanitario palestinese dopo la seconda Intifada**

Agli inizi degli anni Duemila le condizioni sanitarie nei territori palestinesi sono notevolmente peggiorate e le conseguenze della seconda Intifada sono state visibili soprattutto nel 2005 alla fine della rivolta palestinese. Il sistema sanitario ha subito danni: alle infrastrutture, alle persone ma anche all'organizzazione sanitaria e, con il cambiare delle circostanze, si è dovuto adattare, modificare e aprire ai nuovi attori o vecchi protagonisti che ora ricoprono un ruolo differente. Nel 2007 con la divisione dell'autorità tra Hamas e l'ANP nei territori della Striscia di Gaza e della Cisgiordania, anche il sistema sanitario è stato diviso in due amministrazioni che analizzeremo nel prossimo paragrafo dedicato alla questione.

L'economia palestinese esce devastata dalla seconda rivoluzione, il budget destinato al Ministero della Salute, infatti non è sufficiente per la fornitura dei servizi soprattutto a causa dei continui scontri che coinvolgono entrambe le parti, producendo un gran numero di feriti e la società ne è affetta. I traumi psicologici che ne conseguono gravano anche sugli anni successivi alla fine dell'Intifada. Il budget dell'ANP fa affidamento sulle tasse raccolte dalla popolazione palestinese, dagli aiuti internazionali e dai fondi raccolti da Israele sui prodotti che entrano nei

territori palestinesi e poi trasferiti all'Autorità Nazionale Palestinese (Efrat 2015, 42). Queste tasse costituiscono, secondo il Coordinamento delle attività governative nei territori (COGAT)<sup>33</sup>, il 44% del budget dell'ANP, mentre secondo le Nazioni Unite tra il 60% e il 70%. Risulta chiaramente come la maggior parte del budget dell'ANP sia sotto il controllo israeliano che spesso ritarda il trasferimento dei fondi come è accaduto tra Marzo del 2006 e Luglio 2007 in cui molti dipendenti statali non ha ricevuto il proprio stipendio (Efrat 2015, 42). Dal momento che le prestazioni del sistema sanitario dipendono anche e soprattutto dai fondi destinati ad esso da parte dell'ANP, risulta quindi difficile pensare a una ripresa dell'intero sistema in queste circostanze.

Come avveniva nel periodo precedente, il sistema sanitario è costituito da quattro attori: il Ministero della Salute, le ONG e organizzazioni caritatevoli di vario tipo, l'UNRWA e il settore privato. Le strutture governative continuano ad essere quelle più utilizzate soprattutto per le cure primarie nonostante, come abbiamo già visto nel capitolo precedente, un'ascesa delle organizzazioni non-governative ha sostituito spesso l'inefficienza degli istituti governativi. Secondo la Legge sulla Sanità Pubblica del 2005<sup>34</sup> il Ministero della Salute amministra il settore sanitario che comprende: 472 centri per le cure primarie di cui 418 in Cisgiordania e 54 nella Striscia di Gaza; le cure secondarie sono distribuite sia dal governo che da varie ONG; le cure terziarie sono fornite soprattutto dal settore privato (Donald et al. 2016, 11).

Il ruolo del settore non-governativo è importante nel settore sanitario particolarmente per gli ambulatori e le cure riabilitative necessarie soprattutto nel post-Intifada in cui, a partire dal 2005, si è iniziato un periodo di recupero. Infatti, diverse sono le ONG che operano maggiormente nel campo della riabilitazione fisica ma anche della sanità mentale, a causa dei traumi passati durante i cinque anni di scontri, e molti sono coloro che necessitano di tali cure, soprattutto tra i detenuti nelle carceri israeliane e palestinesi. Come abbiamo già discusso in precedenza, la dichiarazione di Alma Ata specifica la "salute" non solo come benessere fisico ma anche mentale e sociale, perciò l'ambito della salute mentale

---

<sup>33</sup> Il COGAT è un organo di coordinamento che ha il compito di rendere effettive le politiche civili del governo. Per maggiori informazioni consultare il sito ufficiale <http://www.cogat.mod.gov.il/en/Pages/default.aspx>.

<sup>34</sup> Il testo integrale della Legge n. 2 del 2005 è consultabile su <http://www.hdip.org/public%20health%20law%20English.pdf>.

è di particolare importanza soprattutto per il gran numero di persone che nei territori palestinesi richiedono tali cure, quindi molte sono le ONG che se ne occupano. La ragione principale per la quale tali detenuti hanno bisogno di queste cure è, non solo il modo in cui sono trattati poiché spesso non sono fornite le cure adeguate, ma anche perché non hanno contatti con i familiari. Inoltre la situazione del conflitto, i blocchi israeliani che impediscono il movimento, la costante presenza militare nei territori e l'alto tasso di disoccupazione sono fattori rilevanti che creano una situazione di incertezza e insicurezza giacché ogni giorno è "imprevedibile e incontrollabile" (Carswell et al. 2015, 12).

Soprattutto nel corso degli otto giorni di conflitto nel 2012 è aumentata la necessità di un supporto psicologico oltre che fisico per molti bambini, adolescenti e famiglie di Gaza, soprattutto a Nord della Striscia, sia durante che dopo il conflitto (WHO 2013, 3). Inoltre l'incapacità degli uomini di provvedere alla propria famiglia sotto queste circostanze, ha aumentato il rischio di violenza domestica e diversi disordini comportamentali che le strutture governative, l'UNRWA ma soprattutto le ONG gestiscono attraverso cure riabilitative con terapie di cura mentale (WHO 2013, 3).

In aggiunta, molte sono le malattie legate alla qualità dell'acqua. La questione è molto complessa per essere analizzata in questa sede, ma è importante rilevare come essa sia causa di un quarto delle malattie e prima causa di morbosità infantile nella Striscia di Gaza (Donald et al. 2016, 21). La mancanza di adeguati sistemi di depurazione e di analisi della qualità dell'acqua aumenta il pericolo di contaminazione e quindi di epidemie. Il programma congiunto di monitoraggio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e dell'UNICEF ha calcolato che l'acqua potabile che copre l'area urbana dei territori palestinesi è scesa dal 100% nel 1995 al 50% del 2015, a causa anche del peggioramento della rete di distribuzione dell'acqua (Donald et al. 2016, 22). Per questo motivo e a causa del muro di separazione, solo l'81% delle località della Cisgiordania è collegato alla rete di distribuzione dell'acqua, mentre il 24,3% dipende dall'autotrasporto dell'acqua (Donald et al. 2016, 22). Inoltre, nella Striscia di Gaza circa il 98% dei nuclei familiari è connesso a tale rete, ma il 90-95% di essa non è potabile a causa dei rifiuti in acqua e altre contaminazioni (Donald et al. 2016, 22).

Nonostante questi problemi, sorti soprattutto durante e dopo la fine dell'Intifada, il sistema sanitario ha iniziato la sua ripresa dopo il 2005. Ma soprattutto

all'indomani delle elezioni del 2006 l'amministrazione ha visto una vera e propria divisione in due sistemi separati anche se connessi, non solo dal lato della situazione sanitaria differente nelle due regioni, ma anche dal punto di vista amministrativo, come si vedrà nel paragrafo successivo. Il numero dei posti letto sono infatti aumentati del 57% dal 1994 al 2006, di cui più della metà appartiene al Ministero della Salute (Pavignani e Riccardo 2011, 18). Anche il numero delle strutture ospedaliere governative è aumentato, infatti secondo i dati dell'Autorità Palestinese, in Cisgiordania il numero è passato 1026 nel 1994 a 1289 nel 2008, mentre nella Striscia di Gaza da 826 nel 1994 a 1584 nel 2008 (ANP 2011, 22).

Fig. 4.1 - Distribuzione degli ospedali, numero e percentuale di posti letto per fornitori sanitari, Palestina 2008.

PROVIDER	CISGIORDANIA*			STRISCIA DI GAZA			TOTALE		
	n. ospedali	n. posti letto	% posti letto	n. ospedali	n. posti letto	% posti letto	n. ospedali	n. posti letto	% posti letto
<b>Ministero della Salute</b>	12	1.289	44,1%	12	1.568	80,1%	24	2.857	58,6%
<b>UNRWA</b>	1	63	2,2%	0	0	0	1	63	1,3%
<b>ONG</b>	20	1.162	39,8%	10	355	18,1%	30	1.517	31,1%
<b>Settore privato</b>	19	407	13,9%	2	34	1,7%	21	441	9%
<b>TOTALE</b>	52	2.921	59,5%	24	1.957	40,1%	76	4.878	100%

\*Incluso gli ospedali di Gerusalemme Est

Fonte: *Palestinian National Authority (PNA). 2011. Palestinian National Health Strategy 2011-2013. Ramallah: Ministry of Health: 24.*

Anche l'UNRWA fornisce servizi attraverso cliniche di cure primarie fisse e mobili ai rifugiati, 727.471 rifugiati con 42 cliniche in Cisgiordania e 1.167.572 rifugiati con 22 cliniche a Gaza (Donald et al. 2016, 11). L'incremento della povertà e la continua insicurezza a causa del conflitto hanno peggiorato la situazione dei rifugiati. Durante il conflitto del 2012 hanno aggravato la loro posizione e l'UNRWA ha dichiarato la distruzione di 450 case, 8000 sono state parzialmente danneggiate e circa 15 mila persone sono state dislocate (WHO 2013, 3).

#### **4.1.1 Il sistema assicurativo sanitario palestinese**

La Strategia Sanitaria Nazionale Palestinese per il 2011-2013<sup>35</sup> (ANP 2011)<sup>3</sup> ha tentato di allargare il raggio di copertura sanitaria a una porzione più ampia della popolazione. Nel 2009 le famiglie coperte dall'assicurazione sanitaria costituiscono il 60,4% della popolazione e lo schema di copertura sanitaria utilizzato si rifà a quello degli anni precedenti. In aggiunta il Ministero dei Prigionieri fornisce un'assicurazione sanitaria per le famiglie dei detenuti nelle carceri israeliane (ANP 2011, 20) ed è stata disposta dal 2006 una copertura universale per la maggior parte della popolazione nella Striscia di Gaza per le cure terziarie a causa delle particolari condizioni alle quali sono sottoposte le persone in questa regione (WHO 2016, 11).

Il numero di chi è coperto da assicurazione sanitaria, perché lavoratore in Israele, è diminuito dal 19,6% all'1,9% tra il 2000 e il 2007, così come il numero di coloro che volontariamente si iscrive al programma (dal 5,2% al 2,1% tra il 2000 e il 2006) (ANP 2011, 20). Probabilmente questa diminuzione avviene a causa della situazione economica precaria nei territori palestinesi. Infine anche il numero degli assicurati che lavorano nel settore privato e hanno un contratto per usufruire dei servizi pubblici è diminuito nello stesso periodo del 10% (ANP 2011, 20). Al contrario gli assicurati sotto il Ministero degli Affari Sociali è aumentato dal 17,3% del 2000 al 32,9% del 2006 (ANP 2011, 20).

Queste statistiche rivelano un dato molto importante, infatti la popolazione che deve pagare il premio assicurativo volontariamente non è più in grado di pagarlo a causa della situazione economica precaria nei territori, inoltre i lavoratori hanno difficoltà ad avere i permessi per poter oltrepassare il muro di separazione e perciò la situazione politico-economica influenza la partecipazione al sistema assicurativo come si può ben vedere anche dall'alto numero di partecipanti selezionati dal Ministero degli Affari Sociali che hanno ampliato la copertura sanitaria a un numero maggiore di persone, aggravando maggiormente le spese sanitarie dell'Autorità Nazionale Palestinese.

---

<sup>35</sup> Il testo integrale è consultabile su [http://www.lacs.ps/documentsShow.aspx?ATT\\_ID=4764](http://www.lacs.ps/documentsShow.aspx?ATT_ID=4764).

#### **4.1.2 Il mercato farmaceutico**

Per quanto riguarda il mercato farmaceutico e la distribuzione dei medicinali, il Ministero della Salute è il primo fornitore che, anche dopo il 2007 con l'insediamento di Hamas nell'amministrazione di Gaza, continua a procurare medicinali anche nella Striscia. Nel 2005, il 20% dell'intero budget è destinato a questo scopo, il 50% in più rispetto a cinque anni prima (Pavignani e Riccardo 2011, 20). Un'industria farmaceutica privata è sorta per coprire un mezzo della domanda totale di farmaci nei territori palestinesi (Donald et al. 2016, 11).

Il mercato tuttavia è bloccato dai controlli israeliani al confine, infatti solo i medicinali che sono registrati in Israele possono passare nei territori palestinesi, quindi restringendo l'accesso verso i mercati di altri paesi arabi che avrebbero potuto fornire medicinali a un costo più basso (Efrat 2015, 44). Inoltre i prodotti israeliani passano il confine senza che siano registrati grazie a un "fast-track" ovvero un trattamento preferenziale per queste merci e quindi tra gli altri anche i medicinali. Secondo un accordo stipulato tra Israele e il Ministero della Salute il mercato farmaceutico israeliano fornisce il 15-20% delle medicine in Cisgiordania (Pavignani e Riccardo 2011, 20).

Dal 2010 il centro di controllo della qualità dei farmaci è stato spostato dall'Università di Birzeit ai laboratori di salute pubblica di Ramallah, dove sono anche registrati i medicinali. Il rifornimento di questi ultimi ha sede a Nablus, mentre la distribuzione avviene a Ramallah dove i farmaci indirizzati verso la Cisgiordania e la Striscia di Gaza vengono ripartiti in coordinamento con le autorità israeliane (Pavignani e Riccardo 2011, 20). Le limitazioni all'importazione di materie prime necessarie soprattutto per la produzione di medicine continuano anche durante questo periodo. Il Ministero della Salute deve autorizzare l'ingresso di tali materiali ad ogni carico, tale permesso non è necessario se si tratta invece di merci provenienti da Israele in cui l'autorizzazione avviene annualmente (Efrat 2015, 44).

Oltre a ciò, vi sono limitazioni anche all'esportazione di medicinali, infatti deve avvenire in grandi quantità e in pacchi, che aumentano di molto il costo di imballaggio. Inoltre i continui controlli alla frontiera da parte di Israele fanno entrare i medicinali nella Striscia di Gaza ma impediscono che essi possano uscire.

Per questo motivo, tutti i medicinali scaduti non possono essere smaltiti producendo quindi rifiuti tossici che aumentano la possibilità di epidemie a causa della contaminazione dell'acqua (Efrat 2015, 45).

#### **4.1.3 Il sistema dei trasferimenti dei pazienti all'estero**

Un'ultima considerazione deve essere fatta riguardo un problema sorto soprattutto con la fine dell'Intifada nel 2005 ed è l'alto costo dovuto ai trasferimenti di pazienti al di fuori dei territori palestinesi. A causa della mancanza di attrezzature necessarie, soprattutto per le cure terziarie, e spesso di medicinali, molti pazienti vengono trasferiti nei paesi limitrofi: Giordania, Egitto e Israele, o in ospedali a Gerusalemme Est. Nell'ambito dell'oncologia, della cardiologia e dell'ortopedia, l'ANP trasferisce pazienti anche verso strutture private e non-governative (Efrat 2015, 43). Un'importante parte del budget sanitario palestinese, quindi, è speso per tali trasferimenti e non dipende unicamente dall'autorità governativa, aumentando la dipendenza da Israele. Perciò il settore privato e soprattutto quello non-governativo sopperiscono alle mancanze del settore pubblico. Nel 2012, più di 5.000 persone sono state trasferite in Israele a un costo di un milione di Shekel (equivalenti a circa 250 mila euro) (Efrat 2015, 43). Nel 2013 rappresenta il 27% dell'intero budget, mentre nel 2014 il 23%. Bisogna comprendere che tali spese non dipendono dal numero di persone che sono state trasferite ma dal numero di prestazioni necessarie, in quanto lo stesso paziente può essere sottoposto a più trasferimenti perché necessita non solo di cure di diagnostica, ma anche di trattamenti specifici e anche ricoveri (Donald et al. 2016, 15).

Le richieste per un trasferimento vengono effettuate dal medico specialista che ha in cura il paziente se si tratta della Cisgiordania, mentre se il paziente proviene dalla Striscia di Gaza è necessaria la richiesta del direttore dell'ospedale. Perciò spesso risulta anche più difficile trasferire pazienti da Gaza che, anche se ottengono la richiesta da parte del direttore, essa viene rifiutata o ritardata dalle autorità israeliane per "motivi di sicurezza", soprattutto dopo il conflitto del 2012 (WHO 2016, 5). Infatti, nonostante il numero di coloro che richiede un accesso al passaggio di Erez per l'Egitto sia raddoppiato in 3 anni dal 2012 al 2015, l'approvazione dei permessi è diminuita dal 92,5% al 77,5% tra il 2012 e il

2015 (WHO 2016, 5). Invece in Cisgiordania il numero dei permessi accettati è aumentato nello stesso periodo preso in considerazione. Nel 2015 per la prima volta il numero dei trasferimenti verso le strutture private e non-governative è stato maggiore rispetto al numero dei trasferiti verso Gerusalemme Est (47% contro il 43%) (WHO 2016, 5). Il numero dei pazienti trasferiti proporzionalmente è più alto in Cisgiordania che nella Striscia di Gaza è la motivazione maggiore per entrambe le regioni sono le malattie oncologiche (WHO 2016, 17).

Il numero dei trasferimenti è aumentato dal 2004-2005 superando anche i 30 mila, nel 2008 quelli all'estero, compreso a Gerusalemme Est, hanno avuto un costo di 104 milioni di dollari ovvero più del doppio rispetto al 2005 (Pavignani e Riccardo 2011, 18). Durante il 2009 la domanda per i trasferimenti dalla Striscia di Gaza è aumentata a causa del conflitto soprattutto dopo il 2012 (ANP 2011, 24). In questo periodo si è imposta una tendenza a "nazionalizzare" il sistema di trasferimento dei pazienti non solo a causa dei blocchi imposti da Israele ma anche per ridurre i costi di trasferimento che gravano sulla spesa pubblica, grazie allo sviluppo di strutture di cure terziarie in Cisgiordania, sia private che non-governative (WHO 2016, 15).

#### **4.2 Il ruolo delle ONG e delle organizzazioni caritatevoli dopo il 2005**

Come si è accennato nel capitolo precedente, le organizzazioni caritatevoli e in particolare quelle religiose islamiche hanno contribuito molto alla distribuzione di servizi sanitari durante la seconda Intifada, tanto da poter competere con le ONG professionali. Secondo Challand (2008) in questo periodo si assiste a un *Nahda*, ovvero risveglio, delle organizzazioni caritatevoli, in opposizione alle ONG sorte vicino all'ala più secolare e di sinistra che si sono "professionalizzate" (Challand 2008, 230). Infatti, nonostante queste ultime ONG abbiano creato delle grandi organizzazioni professionali che distribuiscono i servizi in maniera efficiente e abbiano posto le basi per molte riforme sanitarie messe in atto dal Ministero della Salute, esse operano soprattutto nelle aree urbane.

Quindi molte di queste grandi ONG si sono allontanate dalla loro base sociale e perciò le organizzazioni caritatevoli assumono in questo periodo un importante ruolo soprattutto nelle zone più periferiche e rurali (Challand 2008, 228). Tali organizzazioni spesso religiose, come le ONG islamiche, sono rimaste più legate

alla popolazione proprio perchè vicine a quella parte della società più marginalizzata e vulnerabile, e per questo motivo si può ritenere che abbiano guadagnato più legittimazione rispetto alle grandi ONG (Challand 2008, 228). Questa situazione è particolarmente evidente nel campo sanitario che, come si è esaminato nel *I capitolo*, è il settore più vicino alla popolazione dal momento che dà voce alle classi più vulnerabili della società. La differenza maggiore tra le grandi ONG secolari e le piccole organizzazioni caritatevoli è che queste ultime sono spesso guidate da notabili locali.

Molte delle organizzazioni sanitarie islamiche sono organizzazioni caritatevoli, ma non tutte le organizzazioni caritatevoli sono però islamiche, infatti alcune sono anche secolari, vicine al movimento di Fatah o cristiane (Challand 2008, 231)<sup>36</sup>. Ciò che è in comune a tutte queste organizzazioni è l'approccio che tiene conto dei bisogni della popolazione e un rifiuto della retorica occidentale (Challand 2008, 231). Sfruttando le reti informali e di vicinato create dalla società civile, molte di queste organizzazioni hanno acquisito maggiore credibilità e legittimazione. Già durante la seconda Intifada le grandi ONG sono state criticate per l'inefficienza nel fornire i servizi a causa del loro forte legame con i donatori internazionali che le rendevano dipendenti dai loro progetti, molto lontani dalla cultura e dalle tradizioni locali e quindi incapaci di rispondere ai bisogni della popolazione (Challand 2008, 233). La trasparenza e l'affidabilità nella gestione delle loro attività ha reso queste organizzazioni più efficienti rispetto ai servizi distribuiti da altre ONG o dal governo. Nel caso delle organizzazioni religiose che si occupano di servizi sanitari, esse hanno guadagnato molto supporto da parte della società civile per essere diventate un modello concreto per la popolazione attraverso l'approccio con cui operano (Challand 2008, 241).

La vittoria di Hamas nelle elezioni parlamentari del 2006 è un'ulteriore prova di come l'attivismo delle organizzazioni caritatevoli e il supporto politico. Come si

---

<sup>36</sup> Molte organizzazioni caritatevoli sono definite *islamiste o islamiche*. Nel primo caso ci si riferisce a organizzazioni che trasmettono un forte messaggio religioso spesso accompagnato da una retorica che ripropone la "lotta nazionale" e sono legate a movimenti più estremisti, mentre le seconde, nonostante si professino vicine a istituti religiosi, trasmettono dei messaggi più moderati e più legati ai valori dell'Islam e alle norme comportamentali. Molti donatori internazionali non tengono in considerazione questa differenza e quindi, con l'intenzione di non finanziare organizzazioni radicali, bloccano i finanziamenti a tutte le organizzazioni religiose sia islamiche che islamiste (Challand 2008, 231). Per maggiori informazioni riguardo la differenza tra organizzazioni islamiche e islamiste consultare Challand 2008, "A Nahda of charitable organization? Health Service Provision and the Politics of Aid in Palestine".

esaminerà nel paragrafo successivo, infatti, la mobilitazione di molte organizzazioni che si occupano di servizi sociali e soprattutto nell'ambito sanitario da parte di Hamas, è stato decisivo per la sua vittoria politica.

### **4.3 La situazione dopo le elezioni del 2007**

#### **4.3.1 L'ascesa politica di Hamas: dalle organizzazioni caritatevoli all'amministrazione politica della Striscia di Gaza**

Il 2006 è un anno decisivo per la popolazione palestinese che si trova davanti a scegliere i candidati di due fazioni opposte: Fatah, che ha amministrato per tutto il periodo precedente e ha guidato il processo di pace iniziato con Oslo; e Hamas, una vecchia opposizione dell'OLP fondata alla fine degli anni Ottanta che si affaccia per la prima volta nell'arena politica. Quest'ultima fazione politica, a differenza della prima, gode di un robusto sostegno popolare guadagnato grazie ai suoi legami con la popolazione, soprattutto della Striscia di Gaza, e si mostra come alternativa alle politiche corrotte e clientelari dell'attuale amministrazione dell'Autorità Nazionale Palestinese. La mobilitazione di gran parte della popolazione a sostegno di Hamas ha portato alla sua vittoria nelle elezioni del 2006. Quindi la "competizione ideologica si è trasformata in competizione politica" durante le elezioni (Malka 2007, 17). Questa svolta ha decisamente cambiato il modo di amministrare i territori palestinesi, come si vedrà in seguito soprattutto nel campo sanitario. Gli scontri tra le due fazioni all'indomani delle elezioni, che dovevano vedere un governo di coalizione tra le due forze politiche e mai realizzato, ha difatti creato due differenti amministrazioni: una in Cisgiordania con un'amministrazione guidata da Fatah, e l'altra nella Striscia di Gaza con un governo diretto da Hamas<sup>37</sup>.

Il movimento politico Hamas è l'acronimo di *Ḥaraka Al-Muqāwama Al-Islāmiyya*, ovvero *Movimento di Resistenza Islamica*, costituito durante la prima Intifada nel

---

<sup>37</sup> Nel gennaio del 2006 Hamas forma il primo governo con a capo Ismail Haniyeh, a marzo del 2007 Fatah e Hamas formano un governo di coalizione grazie all'Accordo di Mecca, destinato a durare poco a causa dell'inizio degli scontri che culmineranno con la formazione di due governi distinti: uno nella Striscia di Gaza guidato da Hamas e l'altro in Cisgiordania diretto da Fatah (Malka 2012, 4).

1987 e seguace del programma dei Fratelli Musulmani d'Egitto<sup>38</sup>. È stato definito come organizzazione terroristica da parte degli Stati Uniti e dall'Unione Europea, che l'hanno inserito nella lista terroristica<sup>39</sup>. Gli obiettivi che tale movimento si è prefissato sono cambiati nel corso della sua azione politico-militare soprattutto alla fine del periodo di Oslo. Infatti, se durante gli anni Novanta l'ANP ha tentato di isolare Hamas, durante la seconda Intifada è diventato sempre più difficile perché è aumentato il suo sostegno da parte della società civile. Inoltre dal punto di vista socio-politico, la sua "resistenza" è diventata, con le elezioni amministrative del 2005 e poi parlamentari del 2006, un'azione politica che l'ha portato a governare sul territorio di Gaza. Tuttavia la sua strategia è sempre stata un insieme di attività sociali, politiche e militari che hanno l'obiettivo di stravolgere lo status quo e fornire un'alternativa alla politica secolare dell'OLP prima e dell'ANP poi (Malka 2007, 1).

A questo riguardo, Hamas ha utilizzato le sue reti informali create attraverso le attività caritatevoli per guadagnare il supporto della popolazione soprattutto di quella parte più emarginata e vulnerabile. È presente soprattutto nella Striscia di Gaza in quanto il movimento in Cisgiordania è più legato a quello dei Fratelli musulmani della Giordania (Malka 2007, 1). Hamas non esiste senza la sua rete di organizzazioni e associazioni caritatevoli che distribuiscono servizi educativi, sanitari e spirituali attraverso i quali può anche diffondere la sua visione politica. Infatti proprio grazie a questi servizi la popolazione ha ritenuto il movimento molto più vicino ai suoi bisogni, accrescendo la sua legittimità e ampliando le infrastrutture utilizzate da Hamas per le operazioni militari (Malka 2007, 1).

Molte cliniche, istituti educativi e commissioni per la zakat sono istituiti intorno alla moschea, dove si concentrano la maggior parte delle attività di Hamas, che ha incentrato la sua politica sul welfare. Riguardo quest'ultimo punto, Hamas ha tentato di dimostrare che attraverso le sue capacità di soddisfare i bisogni primari della società civile, e quindi le singole battaglie individuali di ogni persona, può anche occuparsi della battaglia per la liberazione nazionale (Malka 2007, 2). Questa politica ha effettivamente rafforzato la sua base sociale e la sua legittimità che hanno contribuito al successo alle elezioni del 2006.

---

<sup>38</sup> Definizione da dizionario Treccani ([http://www.treccani.it/enciclopedia/hamas\\_%28Dizionario-di-Storia%29/](http://www.treccani.it/enciclopedia/hamas_%28Dizionario-di-Storia%29/)).

<sup>39</sup> Consultare la lista delle organizzazioni e enti terroristici dell'Unione Europea (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32017D0154&from=EN>) e del Dipartimento di Stato degli Stati Uniti (<https://www.state.gov/j/ct/rls/other/des/123085.htm>).

La popolazione palestinese è per circa la metà al di sotto dei 20 anni, nel 2010 il 53,3%, e solo il 4,44% è al di sopra dei 60 anni, perciò è importante comprendere questo dato per capire le ragioni che hanno portato Hamas a destinare molte risorse nel campo dell'educazione rivolta soprattutto ai giovani (Brønnum-Hansen, Duraidi, e Qlalweh 2012, 2). Nel campo dell'educazione, ha sfruttato la rete di scuole, libreria e associazioni sportive già esistente dei Fratelli Musulmani. Difatti l'attuale leader del movimento Ismail Haniyeh ha anche guidato la parte sportiva del Centro Islamico così come molti attivisti del movimento provengono dall'università di Gaza che è quindi diventato un bacino di sostenitori ma anche di candidati del movimenti, nonché di ufficiali militari e politici, creando una vera propria leadership con i suoi valori e le sue norme sociali (Malka 2007, 6). Le attività caritatevoli erano già presenti sul territorio prima della costituzione di Hamas che poi sono state utilizzate da quest'ultimo, e l'istituzione più importante è *al-Mujamma al-Islami*, costituita nel 1973 dai Fratelli Musulmani per le attività a Gaza e che attualmente ha un budget di un milione di dollari e 150 dipendenti (Malka 2012, 3).

Quando Hamas si è affermato sul territorio tutte le strutture e associazioni religiose incluso molte organizzazioni caritatevoli, sono dovute convergere verso il movimento (Malka 2007, 10). Soprattutto durante le elezioni amministrative del 2005 ma anche durante le elezioni parlamentari del 2006, Hamas ha sfruttato il sostegno di numerose organizzazioni caritatevoli e commissioni per le *zakat*. Giacché Hamas fa affidamento sulle donazioni, si allontana dal modello clientelare e corrotto di Fatah e dell'OLP. Il sostegno di Hamas nei confronti della popolazione si mostra anche a supporto delle famiglie più bisognose grazie a progetti di ricostruzione di case e infrastrutture distrutte a causa del conflitto, soprattutto dopo quello del 2012, ma anche con progetti di sostegno alle giovani coppie che non possono permettersi di pagare per il proprio matrimonio (Malka 2007, 13). Attraverso queste attività Hamas ha intenzione di trasmettere "un senso di appartenenza ai settori più emarginati della società" e i successi durante le elezioni del 2006 lo dimostrano (Malka 2007, 13). La sua popolarità Hamas la deve soprattutto alle attività filantropiche.

Queste strutture legate ad Hamas agiscono congiuntamente con le attività del Ministero degli Affari Sociali palestinese, l'UNRWA e la Palestinian Red Crescent Society che costituiscono la rete formali di attività sociali che Hamas ha sul

territorio, in aggiunta alle reti informali che sono state appena analizzate. Instaurando queste reti indipendenti ha creato una vera alternativa ai servizi di Fatah e di Israele. Prima del 2007, anno in cui Hamas ha iniziato a guidare l'amministrazione nella Striscia di Gaza, Hamas ha cercato di creare dei legami con la popolazione attraverso queste reti in opposizione al sistema dell'ANP e ha sfruttato questi legami per avere il supporto di sostenitori leali, elettori e anche soldati (Malka 2012, 8). Nel 2003 è stato valutato che uno palestinese su sei ha ricevuto un qualche tipo di supporto da organizzazione islamiche legate ad Hamas, che provvedono ai servizi sociali (Malka 2012, 7).

Nonostante il boicottaggio da parte della comunità internazionale del governo di Hamas, quest'ultimo è stato capace di finanziare le diverse attività sociali, soprattutto quelle riguardanti il settore sanitario. Il movimento, infatti, non dipende solo dagli aiuti internazionali ma anche da donazioni locali di vari sostenitori. Secondo la Banca Mondiale le ONG islamiche hanno un alto livello di donazioni da parte della comunità locale (World Bank 2006, 34). La maggiore fonte di finanziamento per i servizi distribuiti a Gaza rimane ancora l'ANP di Ramallah che a sua volta riceve fondi dalle tasse raccolte dal commercio di beni e da organizzazioni internazionali quali la Banca Mondiale che, ad esempio, si occupa di pagare gli stipendi dei dipendenti statali di Gaza nell'ambito della sanità, degli affari sociali e dell'educazione ma spesso con molti ritardi (Malka 2012, 6).

Alcuni contatti tra le due amministrazioni avvengono tramite i dipendenti del Ministero della Salute di Gaza che sono considerati fedeli al governo di Ramallah (Malka 2012, 7). Le risorse finanziarie di Hamas proviene dalle tasse riscosse dal commercio dei beni ma la maggior parte proviene da fondi esteri. Nonostante non si disponga di molti dati riguardo Gaza<sup>40</sup>, molti sono gli aiuti provenienti dall'Iran, dalla Siria di Bashar al-Asad e soprattutto dal Qatar (Malka 2012, 8). Allo stesso modo riceve circa 200 milioni di dollari all'anno dall'UNRWA e circa 98 milioni di dollari da parte dell'USAID, nonché da numerose organizzazioni locali e internazionali, molte delle quali operano nel settore sanitario (Malka 2012, 8).

Un importante elemento da tenere in considerazione è il ruolo dell'amministrazione di Ramallah che ha continuato a pagare i salari dei dipendenti statali. Infatti grazie alla presenza continua dell'ANP, Hamas ha potuto

---

<sup>40</sup> Il Palestinian Central Bureau of Statistics ha smesso di lavorare nella Striscia di Gaza (Pavignani e Riccardo 2011, 5).

sopravvivere (Malka 2012, 8). D'altra parte questo potere è stato utilizzato da Ramallah in modo astuto per fornire o ritirare tali fondi in base alla situazione politica e ai rapporti con Gaza.

#### **4.3.2 Il ruolo di Hamas nel settore sanitario della Striscia di Gaza**

Nel 2006 si assiste alla divisione dell'amministrazione tra l'ANP e Hamas e quindi la creazione di due sistemi sanitari differenti, uno in Cisgiordania e uno nella Striscia di Gaza a causa non solo del protrarsi del conflitto con Israele ma dei contrasti sorti all'indomani delle elezioni parlamentari. Questa divisione ha ulteriormente frammentato il sistema sanitario in cui la duplicazione di alcune attività e la mancanza di altre, caratterizza la gestione del settore in cui "molte organizzazioni si occupano di uno spazio sovraffollato" (Pavignani e Riccardo 2011, 2).

Come è stato già analizzato all'inizio di questo capitolo, il sistema sanitario verte in una situazione precaria, non solo molte strutture sono state distrutte durante l'Intifada e durante i bombardamenti sulla Striscia di Gaza, ma anche la gestione dei trasferimenti e della distribuzione delle medicine ha creato insicurezza. Nel 2011, infatti, a Gaza circa il 40% dei farmaci essenziali era esaurito spesso a causa dei ritardi o del rifiuto da parte dell'Autorità Palestinese di Ramallah (Malka 2012, 7). Il Ministero della Salute di Gaza ottiene alcuni farmaci dal traffico con l'Egitto attraverso i tunnel che collegano Gaza al Sinai ma anche da donazioni internazionali attraverso il valico di Rafah al confine egiziano (Malka 2012, 9). Tuttavia la mancanza di un coordinamento degli aiuti internazionali porta a una distribuzione di quantità eccessive di alcuni farmaci e alla carenza di altri, inoltre nel 2014 circa il 50% dei medicinali era scaduto (Carswell et al. 2015, 7).

La scarsità di attrezzatura ma anche della sua manutenzione provoca spesso una diminuzione della qualità dei servizi sanitari (Carswell et al. 2015, 7). Il Deposito Centrale dei Farmaci del Ministero della Salute di Gaza ha stimato che nel 2014 il 25,7% delle riserve dei farmaci essenziali erano pari a zero (Carswell et al. 2015, 7). Inoltre vi è una notevole difficoltà da parte di molti tra il personale medico di ottenere un'adeguata formazione al di fuori del territorio, soprattutto per i corsi di aggiornamento sulle nuove tecniche, dovute alle restrizioni di movimento che deteriorano maggiormente la qualità del servizio.

Le cure terziarie sono disponibili solo fuori dalla Striscia di Gaza perciò si pone un altro problema, quello dei trasferimenti dei pazienti all'estero, compresa Gerusalemme Est. Tale processo è complesso e burocraticamente interessa sia il Ministero della Salute di Gaza e di Ramallah, così come il COGAT e le autorità israeliane (Malka 2012, 10). Il trasferimento era gestito dal Dipartimento palestinese per i Trasferimenti all'Estero accusato da Hamas per l'alto numero di pazienti a cui non è stato accettato il permesso e quindi fortemente legato a Fatah. Perciò quest'ultimo e Hamas hanno istituito di comune accordo un istituto indipendente ovvero il Dipartimento per i Trasferimenti (Malka 2012, 10).

Dopo il 2007, i dati riguardanti la Cisgiordania e Gaza dimostrano una netta differenza delle condizioni economiche e sociali della popolazione che vive nelle due regioni. Infatti nonostante il PIL sia aumentato del 7% e nel 2010 l'inflazione è diminuita del 3%. In realtà l'economia della Cisgiordania ha iniziato a crescere nel 2002 dopo un rallentamento durante la seconda Intifada, mentre quella della Striscia di Gaza si è contratta dal 2006 a causa dei blocchi imposti da Israele e la riduzione degli aiuti esteri dopo la vittoria di Hamas (Pavignani e Riccardo 2011, 4). Dopo la diminuzione dei blocchi israeliani l'economia della Striscia ha iniziato a crescere, nel 2012 del 15%. Tuttavia il livello di disoccupazione è rimasto alto al 38% nel 2010, rispetto al 17% della Cisgiordania (Pavignani e Riccardo 2011, 4). Le diverse condizioni in Cisgiordania e nella Striscia di Gaza sono visibili anche nei dati statistici che riguardano le condizioni sanitarie della popolazione come il tasso di fertilità (5,44% in Cisgiordania e 7,41% in Gaza) e il tasso di mortalità infantile (25,5 ogni mille nascite in Cisgiordania e 30,2 ogni mille nascite in Gaza) (Abdul-Rahim, Giacaman e Wick 2003, 5).

Quindi ancora prima della suddivisione tra le amministrazioni di Gaza e della Cisgiordania, le condizioni sanitarie nelle due regioni erano differenti. Gli scontri avvenuti dopo le elezioni hanno quindi creato due Ministeri della Salute che gestiscono separatamente il settore. Tuttavia vi sono delle connessioni tra i due sistemi, ad esempio l'ANP nel 2009 continua a pagare i salari dei dipendenti pubblici della Striscia di Gaza, circa 7.000 tra il personale medico, mentre Hamas ne paga circa 2.000 (Malka 2012, 6). Nel 2008 è stato indetto uno sciopero di molti dipendenti statali che ha permesso ad Hamas di sostituirli con gente legata al movimento (Pavignani e Riccardo 2011, 9). Inoltre come reazione alla presa di potere di Hamas, l'Autorità Palestinese ha arrestato centinaia di persone ritenute

seguaci di Hamas e ha chiuso 132 organizzazioni caritatevoli legate al movimento, quindi riducendo se non addirittura eliminando ogni rete di organizzazioni sociali affiliate ad Hamas in Cisgiordania (Malka 2012, 5). Durante lo sciopero dei lavoratori statale l'ANP ha pagato molti di essi per non presentarsi a lavoro, inoltre da entrambe le parti è iniziata un'operazione per licenziare dipendenti affiliati alla fazione opposta. È interessante notare come Hamas, nonostante il deterioramento della situazione sanitaria a causa del conflitto, il blocco israeliano e la diminuzione degli aiuti esteri ad esso destinati, sia stato in grado di riformare il Ministero della Salute iniziando un periodo di ristrutturazione grazie a progetti con obiettivi a lungo termine (Dahmash 2014, 14). Il Ministero della Salute di Gaza amministra circa 24 ospedali a Gaza, ovvero il 75% dei posti letto disponibili, e 56 cliniche di cure primarie mentre il resto degli ospedali è gestito da enti privati o dall'UNRWA (Malka 2012, 6). Il Ministero della Salute di Gaza ha anche istituito il Palestinian Medical Board che si occupa della formazione in ambito sanitario (Malk 2012, 9).

A causa della difficile situazione sanitaria nella Striscia di Gaza, Hamas ha quindi utilizzato le organizzazioni caritatevoli che agiscono soprattutto nell'ambito sanitario per poter ampliare il suo sostegno tra la società civile. Assegnare la priorità al settore sanitario nelle politiche di welfare ha contribuito nella Cuba di Fidel Castro all'aumento della legittimità del suo governo, e allo stesso modo Hamas ha ottenuto quella legittimazione che cercava nelle elezioni del 2006 (Hilsenrath 2005, 366). Quindi attraverso la distribuzione di servizi sanitari è stato capace di rafforzare quel legame con la società civile che ora vede nel movimento un affidabile attore vicino alle esigenze della popolazione.

Infatti grazie alla sua fama ha attirato molti sostenitori anche tra i palestinesi che normalmente non appoggiano Hamas, e che ora sostengono le sue operazioni militari e le sue idee politiche (Malka 2007, 2). Per questo motivo, la vittoria durante le elezioni del 2006 è stata raggiunta grazie alla mobilitazione delle reti delle organizzazioni sanitarie, soprattutto attraverso una vera e propria campagna elettorale "porta a porta" facendo affidamento su circa dieci mila volontari solo in Gaza (Malka 2007, 18). Il ruolo dei dipendenti delle varie organizzazioni caritatevoli, commissioni per le zakat e numerose cliniche, è stato

quindi decisivo per raccogliere i voti della popolazione<sup>41</sup>.

Tuttavia è importante notare come un atteggiamento più moderato da parte di Hamas nell'accettare una two-state solution e un approccio più trasparente da parte dell'amministrazione di Ramallah, potrebbero auspicare un futuro accordo tra le due amministrazioni, cercando di equilibrare anche la situazione economica e sanitaria tra le due regioni (Hilsenrath 2005, 373). Hamas ha tentato di moderare la sua propaganda ma non è vicino ad accettare i termini di compromesso. Tuttavia è sicuramente un attore politico cruciale all'interno delle dinamiche del conflitto ma allo stesso modo si spera un cooperazione tra Hamas e l'Autorità Nazionale Palestinese per il controllo della Cisgiordania e della Striscia di Gaza per favorire la creazione di uno stato palestinese unitario.

---

<sup>41</sup> Lo stesso è stato fatto dall'OLP con la Palestine Welfare Association (PWA) istituita nel 1982 e che provvedeva a distribuire servizi sanitari e umanitari e che allora fu accusata di coprire e finanziare azioni militari contro Israele (Malka 2012, 21).

## Conclusioni

Il nuovo scenario che si presenta a dieci anni dalla vittoria di Hamas nelle elezioni parlamentari è piuttosto scoraggiante. Infatti se ci si ferma solamente ad analizzare gli anni Novanta la Palestina era molto vicina a raggiungere il *tipping point* ovvero quel punto che permette di raggiungere una sostenibilità tale da consentire al governo locale di gestire autonomamente i diversi settori della vita sociale, in particolare quello sanitario.

Tuttavia la crisi della seconda Intifada, i successivi blocchi israeliani, la costruzione del muro di separazione e le restrizioni di movimento hanno messo a dura prova il settore sanitario e le abilità del governo di rispondere alle esigenze della popolazione. Questa crisi ha lasciato un vuoto che è stato colmato dalle ONG e dalle piccole organizzazioni caritatevoli. Nonostante fossero già presenti sul territorio sin da prima della costituzione della ANP, dopo la seconda intifada hanno assunto un ruolo diverso ergendosi a promotori delle istanze della società civile. Per questo motivo grazie a loro i gruppi più vulnerabili ed emarginati della popolazione sono entrati a far parte del processo di policy-making. Infatti Hamas, sfruttando le reti informali delle organizzazioni caritatevoli più vicine alla popolazione ha potuto contribuire alla creazione di una nuova classe politica che è più vicina alla sua base sociale, accrescendo allo stesso tempo la sua legittimità. Le elezioni del 2006 sono «un'ulteriore [punto di connessione] tra l'attivismo di alcune organizzazioni caritatevoli e il supporto politico» (Challand 2008, 241). Naturalmente essendo le elezioni un complesso processo politico non può essere ridotto solo a questo elemento ma è stato sicuramente importante nel favorire la vittoria di Hamas.

La società civile, soprattutto di Gaza, vede nell'azione di queste organizzazioni caritatevoli un modello tangibile e affidabile di attore politico grazie alla sua trasparenza ed efficienza, infatti molti leader politici sono anche dirigenti di tali organizzazioni. Quindi per costruire uno stato palestinese è necessario fare affidamento e tenere in considerazione queste dinamiche.

Inoltre il ruolo assunto dalle ONG che operano nell'ambito sanitario nel processo di policy-making, soprattutto quelle di più grandi dimensioni, diventa ancora più evidente con la loro professionalizzazione che vede la creazione di una nuova classe sociale che potrebbe anche arrivare al potere, come è successo per i candidati di Hamas, e che porterebbe ad un cambiamento sociale e politico dell'intera questione palestinese bilanciando l'ANP, fortemente criticata per il suo approccio autoritario e clientelare (Challand 2009, 176 e 185).

Un approccio più moderato da parte di Hamas non solo è auspicabile ma favorirebbe una cooperazione ed un coordinamento con il governo di Ramallah, che renderebbe più efficiente il settore sanitario e quindi tutti gli altri aspetti della vita sociale della popolazione palestinese in un più ampio e stabile scenario politico, che potrebbe anche cercare di equilibrare le condizioni economiche e sanitarie tra le due regioni della Cisgiordania e della Striscia di Gaza (Hilserath 2005, 373).

Tuttavia nonostante Hamas abbia tentato di moderare la sua propaganda, il suo rifiuto ad accettare termini di compromesso rende difficile pensare alla sua realizzazione nonostante sia necessario riconoscere Hamas, e le reti di organizzazioni caritatevoli islamiche attorno ad esso, come attori fondamentali all'interno delle dinamiche politiche dei territori palestinesi e nel più ampio processo di state-building. La svolta di Hamas verso politiche più autoritarie che limitano le libertà di parola e di associazione e la gestione del rapporto con i propri dipendenti attraverso l'intimidazione e la paura, hanno ridotto la sua legittimazione da parte della società civile (Malka 2012, 10). Se da un lato Hamas viene criticato per questo cambiamento autoritario e dall'altro lato l'ANP viene criticata per la sua corruzione, l'unica via auspicabile è una collaborazione tra le due fazioni per una sostenibilità e stabilità politica.

Hamas inizia a rendersi conto che non può più isolarsi nella Striscia di Gaza ma dovrebbe cercare un accordo con i leader delle fazioni opposte e condividere il potere con loro attraverso un processo di riconciliazione che favorirebbe una più ampia legittimazione dell'autorità palestinese da parte della società civile.

Una tale cooperazione tra Hamas e Fatah potrebbe migliorare i servizi sanitari ed in maniera più ampia i servizi sociali, depoliticizzando le infrastrutture sanitarie (Malka 2012, 11) slegandole dalla battaglia politica tra di essi che, proprio per questo motivo, ora ne sta pagando le conseguenze in termini di qualità ed efficienza. Infatti grazie a questa riconciliazione Hamas potrebbe espandere le sue reti informali anche alla Cisgiordania e Fatah potrebbe gestire le sue relazioni con Gaza sotto un unico e riunificato Ministero della Salute. Inoltre la costante presenza d'Israele nell'influenzare le condizioni dei territori palestinesi attraverso le sue restrizioni di movimento di persone e merci impedisce lo sviluppo di un sistema politico palestinese indipendente.



## Bibliografia

Abdeen, Ziad, Mia Defever, e Motasen Hamdan. 2003. "Organizing Healthcare Within Political Turmoil: The Palestinian Case". *International Journal of Health Planning And Management* 18(1), 63-87.

Abdul-Rahim, Hanan F., Rita Giacaman, e Laura Wick. 2003. "Health Sector Reform In The Occupied Palestinian Territories (Opt): Targeting The Forest Or The Trees?". *Health Policy Plan* 18(1): 59–67.

Abu-Rmeileh, Niveen M E, Rita Giacaman, Weeam Hammoudeh, Dennis Hogan, Harry Shannon, e Maisa Ziadni. "Human Insecurity and Associated Factors in the Gaza Strip. 6 months after 2008–09 Israeli attack: a Cross-sectional Survey". *The Lancet online*, 5 Luglio.

Afifi, Adel K., Richard J. Deckelbaum, e Michael Schoenbaum. 2005. *Strengthening The Palestinian Health System*. Santa Monica: Rand Corporation.

Alami, Mohammed, Adnan Hammad, Naim A. Ismail. 1994. *Palestinian Universal Health Insurance: questions and answers*. Gerusalemme: Planning and Research Centre.

Ali, Nancy, e Laila Nawar. 2000. *In House Subproject: Technical Assistance In The West Bank & Gaza. Pilot Health Project*. USAID.

Amit, Hilla e Amuttat Gisha. 2012. *Realizing potential: prospects for the development of the palestinian health system and economy in the Gaza Strip*. Tel Aviv: Physicians for Human Rights.

Anat, Barsella. 2007. *Ground to a Halt Denial of Palestinians' Freedom of Movement in the West Bank*. Gerusalemme: B'tselem.

Barghouthi, Mustafa. 1989. "Popular/mass-based Movement in the Community". *Journal of Refugee Studies*, 2(1): 125-130.

Barghouthi, Mustafa, Laura Fragiaco, e 'Atef Shubita. 2000. *The Palestinian Health System: an Update Overview*. Ramallah: Health Development Information and Policy Institute (HDIP).

Barghouthi, Mustafa e Jean Lennox. 1997. *Health in Palestine: potential and challenges*. Gerusalemme: Palestine Economic Policy Research Institute MAS.

Barnea, Tamara e Rafiq Hussein, 2002. *Separate And Cooperate, Cooperate And Separate. The Disengagement of The Palestine Health Care System From Israel And Its Emergence As An Independent System*. New York: Praeger Publishers.

Bobbio, Norberto. 1985. *Stato, Governo, Società. Per una Teoria Generale della Politica*. Torino: Einaudi.

Challand, Benoît. 2009. *Palestinian Civil Society. Foreign donors and the power to promote and exclude*. Londra: Routledge.

Dahmash, Latifeh. 2014. *A Health System under Siege: Ensuring Equity Across the Continuum of Care in the Occupied Palestinian Territories. Global Health Inequities: Bridging the Gap project*. Barcellona: Barcelona Institute for Global Health.

Farmer, Paul. 2006. "Un'Antropologia della Violenza Strutturale". *Annuario di Antropologia*, 8(6): 17-49.

Giacaman, Rita. 1994. *Health Conditions And Services In The West Bank And Gaza Strip*. UNCTAD, 28 Settembre.

Hanafi, Sari e Linda Tabar, 2004. *Palestinian NGOs and the second Intifada*. Londra: School of Oriental and African Studies (SOAS).

———. 2003. "The Intifada and the Aid Industry: The Impact of the New Liberal Agenda on the Palestinian NGOs". *Comparative Studies of South Asia, Africa and the Middle East*, 23(1-2): 205-214.

Hareuveni, Eyal. 2012. *Arrested Development: The Long Term Impact of Israel's Separation Barrier in the West Bank*. Gerusalemme: B'Tselem.

HDIP. 2000. *Healthcare Under Siege II: The Health Situation Of Palestinians During The First 2 Months Of The Intifada*. Ramallah: Health, Development Information and Policy Institute (HDIP).

Hilal, Jamil. 1998a. "The effects of the Oslo Agreement on the Palestinian political system". *After Oslo: new realities, old problems*, Londra e Chicago: Pluto Press, 121–145

———. 1998b. *The Palestinian political system after Oslo: a critical assessment*. Ramallah: Muwatin, The Palestinian Institute for the Study of Democracy.

Israeli Government. 1994. *National Insurance Law 5754*. English translation of law: 1999

Jones, Seth G. et al. 2006. *Securing Health: Lessons from National-Building Missions*. Santa Monica: RAND Corporation.

Jubran Joan e Jihad Mashal. 2004. *Health Development under uncertainty: the Palestinian healthcare system*. Ramallah: Health, Development Information and Policy Institute.

Junk, Donald e David Kelaher. 1994. *Approaches to universal health insurance for the occupied Palestinian territory: a report on behalf of UNRWA and WHO*. Gerusalemme: Planning and Research Centre.

Khoury, Philip e Awad Mataria. 2008. *Public policies to enhance private-sector investment and competitiveness in tertiary health care in the Occupied Palestinian Territories*. Gerusalemme: Palestine Economic Policy Research Institute MAS.

Lennox, Jean e Atef Shubita. 1998. *Health insurance and health service utilization in the West Bank and Gaza Strip*. Ramallah: Health Development Information and Policy Institute.

Malka, Haim. 2012. *Gaza's Health Sector under Hamas. Incurable ills?*. Washington: Center For Strategic & International Studies.

\_\_\_\_\_. 2007. " Hamas. Resistance And The Transformation Of Palestinian Society". In *Understanding Islamic Charities*: 98-126.

Military History Research Office. 2011. *"Winning Hearts And Minds". Historical Origins Of The Concept And Its Current Implementation In Afghanistan*. Heillecourt: Bialec.

Ministry of Health (MoH). 2014. *Health Annual Report Palestine 2014. General Directorate of Planning & Health Policies*. Ramallah: Palestinian Health Information Centre.

OECD. 2010. *The State's Legitimacy in Fragile Situations: Unpacking Complexity*. Paris: OECD.

OECD. 2008. "Concepts And Dilemmas Of State Building In Fragile Situations From Fragility To Resilience". *Journal On Development*, 9(3): 61-148.

Palestinian National Authority (PNA). 1999. *National Strategic Health Plan (1999-2003)*. Gaza: Ministry of Health.

Pavignani, Enrico, e Flavia Riccardo. 2011. *Mirrors and mirages. Interpretations of the multiform, trans-border Palestinian healthcare arena*. Copenhagen: Copenhagen School of Global Health.

Pearson, Nigel. 2010. *The Role of Health Sector in the Wider state-Building: A Discussion Paper*. Londra: Save The Children UK.

Pfeiffer, V. Michaela. 2001. *Vulnerability and International Health Response in the West Bank and Gaza Strip. An Analysis of Health and the Health Sector*. Gerusalemme: WHO.

Physician For Human Rights (PHR). 2002. *A Legacy Of Injustice. A Critique Of Israeli Approaches To The Right To Health Of Palestinians In The Occupied Territories*. Israele: Miri Weingarten Editore.

\_\_\_\_\_. 1989. "Report on The Condition of Health Services in The Gaza Strip". *Medicine And War*, 6(2): 1-32.

Qato, Dima. 2004. "The politics of deteriorating health: the case of Palestine". *International journal of health services: planning, administration, evaluation*. 34(2): 341–364.

Roberts, David et al. 2015. *Liberal Peacebuilding and the locus of legitimacy*. New York: Routledge.

Roy, Sara. 1999. "De-Development Revisited: Palestinian Economy And Society Since Oslo". *Journal Of Palestinian Studies*, 28(3): 64-82.

Rubenstein, S. Leonard. 2009. *Peacebuilding Through Health Among Israelis and Palestinians*. Washington: United States Institute for Peace.

———. . 2007. *Post-Conflict Health Reconstruction: New Foundations for U.S. Policy*. Washington: United States Institute For Peace.

Rubin, Aviad. 2006. "What Went Wrong? Transitions To Democracy In The Palestinian Authority". *Peace Conflict & Development*, (9): 1-33.

Sen, Amartya. 2000. *Development as Freedom*. New York: Anchor Book.

Shafi, Salah Abdel. 2004. *Civil Society and Political Elites in Palestine and the Role of International Donors: A Palestinian View*. Lisbona: EuroMeSCo.

Simon, Steven et al. 2007. *Building A Successful Palestinian State*. Santa Monica: Rand Corporation.

Thompson, F. Donald. 2008. "The Role of Medical Diplomacy in Stabilizing Afghanistan". *Defence Horizons*, (63): 1-8.

UNOCHA. 2008. *Five Years After the International Court of Justice Advisory Opinion*. Gerusalemme: UNOCHA.

WHO. 2016. *Right to Health. Crossing barriers to access health in the occupied Palestinian territory, 2014 2015*. Nasr City, Cairo: Regional Office for the Eastern Mediterranean.

———. . 1995. *Health in social development. Position Paper for World Summit for Social Development*. Copenhagen: WHO.

———. . 1994. *The Palestinian Health services in West Bank and Gaza Strip: facts and figures*. Commissionato dal Concilio sanitario palestinese. Gerusalemme: Planning and Research Centre.

World Bank. 2006. *The Role and Performance of Palestinian NGO. In Health, Education and Agriculture*. Ramallah: Bisan Centre for Research and Development.

———. 2003. *Twenty-Seven Months - Intifada, Closures and Palestinian Economic Crisis An Assessment*. Gerusalemme: The World Bank West Bank and Gaza Office.

Young, G. Elise. 2012. *Gender and Nation Building in the Middle East: the political economy of health of Mandate Palestine of refugee camps in Jordan*. Londra: I. B. Tauris.

## Sitografia

Abdulkarim, Ra'ed, e Reem Abuiyada. 2016. "Non-Governmental Health Organizations in Palestine from Israeli Occupation to Palestinian Authority". *Asian Social Science*, 12(12): 29-42. DOI: 10.5539/ass.v12n12p29

Alsayed, Fahed, Thomas Bossert, Cam Donaldson, David J. Hunter, Rana Khatib, Awad Mataria, e Jean-Paul Moatti. 2009. "Health In The Occupied Palestinian Territories 5. The Health-Care System: An Assessment And Reform Agenda". *The Lancet*, n. 373: 1207-1217.

DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60111-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60111-2).

BrønnumHansen, Henrik, Duraidi Mohammed, e Khaled Qlalweh. 2012. "Health expectancy in the occupied Palestinian territory: estimates from the Gaza Strip and the West Bank: based on surveys from 2006 to 2010". *BMJ Open*, 2(6): 1-9.

DOI: 10.1136/bmjopen-2012-001572.

Carswell, Kenneth, Claude de Ville de Goyet, Ambrogio Manenti, e Mark van Ommeren. 2015. *Report of a field assessment of health conditions in the occupied Palestinian territory (oPt)*. World Health Organization, 22 Marzo - 1 Aprile.

[http://www.who.int/hac/crises/international/wbgs/opt\\_field\\_assessment\\_health\\_conditions\\_1april2015.pdf](http://www.who.int/hac/crises/international/wbgs/opt_field_assessment_health_conditions_1april2015.pdf).

Challand, Benoît. 2008. "A *Nahda* of charitable organization? Health Service Provision and the Politics of Aid in Palestine". *International Journal Middle East Studies*, n. 40: 227-247. DOI: 10.1017/S0020743808080525.

Corte Internazionale di Giustizia (CIG). 2004. *Legal Consequences of the Construction of a Wall in the Occupied Palestinian Territory (Request for advisory opinion): Summary of the Advisory Opinion of 9 July 2004*.  
<http://www.unrod.org/docs/ICJ-Advisory2004.pdf>.

Donald, Julian, Claude de Ville de Goyet, John Macdonald, Ambrogio Manenti, Corinna Reinicke. 2016. *Report of a field assessment of health conditions in the occupied Palestinian territory (oPt)*. World Health Organization, Febbraio.  
[http://apps.who.int/gb/Statements/Report\\_Palestinian\\_territory/Report\\_Palestinian\\_territory-en.pdf](http://apps.who.int/gb/Statements/Report_Palestinian_territory/Report_Palestinian_territory-en.pdf).

Efrat, Mor. 2015. *Divide & Conquer: Inequality in health*. Physicians for Human Rights – Israele. <https://www.scribd.com/document/256771352/Divide-Conquer-Inequality-in-Health-PHR-Israel>.

Fund for Peace. 2016. Fragile States Index 2016. <http://fsi.fundforpeace.org/>.

Goldfield, I Norbert. 2012. "Peace-building Through Health: Challenges and Opportunities for an American NGO Working With Israelis and Palestinians". *Medicine, Conflict and Survival*, 28(2), Aprile-Giugno: 147-153.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/13623699.2012.678051>

Halileh, Samia, Weeam Hammoudeh, e Dennis Hogan. 2013. "Determinants of stunting in children younger than 5 years between 2006 and 2010 in the occupied Palestinian territory: a cross-sectional study". *The Lancet online*, 5 Dicembre.  
DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62588-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62588-X)

Hammami, Rema, e Salim Tamari. 2001. "The Second Uprising: End or New Beginning?". *Journal of Palestinian Studies*, 30(2): 5-25.  
<http://www.jstor.org/stable/10.1525/jps.2001.30.2.5>.

Hilsenrath, Peter Eric. 2005. "Health policy as counter-terrorism: Health services and the Palestinians". *Defence and Peace Economics*, 16(5): 365-374. DOI: 10.1080/10242690500210831.

Hilsenrath, Peter Eric e Karan Singh. 2007. "Palestinian Health Institutions: Finding a Way Forward after the Second Intifada". *Peace Economics Peace Science and Public Policy*, 13(2). DOI: 10.2202/1554-8597.1100.

Joyal, Alain. 2012. *The Role of Leadership, Management and Governance in Building Health Systems in Fragile States*.

<http://www.imgforhealth.org/content/role-leadership-management-and-governance-building-health-systems-fragile-states>

Medical Aid For Palestine (MAP). 2014. *Ten Years Since The International Court Of Justice Ruling: The Impact Of The Separation Wall On The Right To Health*. <https://www.map.org.uk/downloads/reports/the-impact-of-the-separation-wall-on-the-right-to-health-----map.pdf>.

———. . 2013. *20 Years After Oslo: Palestinian Healthcare In Interim* [https://www.map.org.uk/downloads/reports/20-years-after-Oslo\\_web\\_final.pdf](https://www.map.org.uk/downloads/reports/20-years-after-Oslo_web_final.pdf).

Mourad, Abu T., Christos Lionis, Samir Radi, Suzanne Shashaa, e Anastas Philalithis. 2008. "Palestinian Primary Healthcare in The Light Of The National Strategic Health Plan 1999-2003". *Public Health*, n. 122: 125-139.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2007.04.017>.

Muslih, Muhammad. 1999. *The Foreign Policy of Hamas*, New York: Council of Foreign Relations.

<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:UqrDVfktFOsJ:https://www.cfr.org/content/publications/attachments/Muslih2.pdf+&cd=2&hl=it&ct=clnk&gl=it>.

OECD. 2016. *States of Fragility 2016 Highlights*. Parigi: OECD Publishing. <https://www.oecd.org/dac/conflict-fragility-resilience/docs/Fragile-States-highlights-2016.pdf>.

Palestinian Legislative Council (PLC). 2005. *Public Health Law*. Legge n. 20 del 2005, 23 Aprile. <http://www.hdip.org/public%20health%20law%20English.pdf>.

Palestinian National Authority (PNA). 2011. *Palestinian National Health Strategy 2011-2013*. Ramallah: Ministry of Health. [http://www.lacs.ps/documentsShow.aspx?ATT\\_ID=4764](http://www.lacs.ps/documentsShow.aspx?ATT_ID=4764).

Sayigh, Yezid. 2007. "Inducing a Failed State in Palestine". *Survival*, 49(3): 7-40. DOI: 10.1080/00396330701564786.

UNRWA. 2015. *Annual Report 2015*. Amman: Department of Health. [https://www.unrwa.org/sites/default/files/content/resources/health\\_department\\_annual\\_report\\_2015.pdf](https://www.unrwa.org/sites/default/files/content/resources/health_department_annual_report_2015.pdf).

———. 2014. *Annual Report 2014*. Amman: Department of Health. [https://www.unrwa.org/sites/default/files/health\\_department\\_annual\\_report\\_2014.pdf](https://www.unrwa.org/sites/default/files/health_department_annual_report_2014.pdf).

WHO 2016. *Health conditions in the occupied Palestinian territory, including east Jerusalem, and in the occupied Syrian Golan: Draft decision proposed by the delegation of Kuwait, on behalf of the Arab Group, and Palestine*. Sixty-Ninth World Health Assembly Provisional agenda. [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_BCONF1-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_BCONF1-en.pdf)

———. 2013. *Health conditions in the occupied Palestinian territory, including east Jerusalem, and in the occupied Syrian Golan: Draft decision proposed by the delegation of Kuwait, on behalf of the Arab Group, and Palestine*. Sixty-Sixth World Health Assembly Provisional agenda. [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_INF3-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_INF3-en.pdf)

—————. 2009. *Health conditions in the occupied Palestinian territory, including east Jerusalem, and in the occupied Syrian Golan: Draft decision proposed by the delegation of Kuwait, on behalf of the Arab Group, and Palestine*. Sixty-Second World Health Assembly Provisional agenda.

[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_BCONF1-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_BCONF1-en.pdf).

—————. 2006. *Health System Profile. Palestine*. Nasr City, Cairo: Regional Health System Observatory World Health Organization.

<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17306e/s17306e.pdf>.

—————. 1978. *Declaration of Alma Ata*. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata.

[http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf).

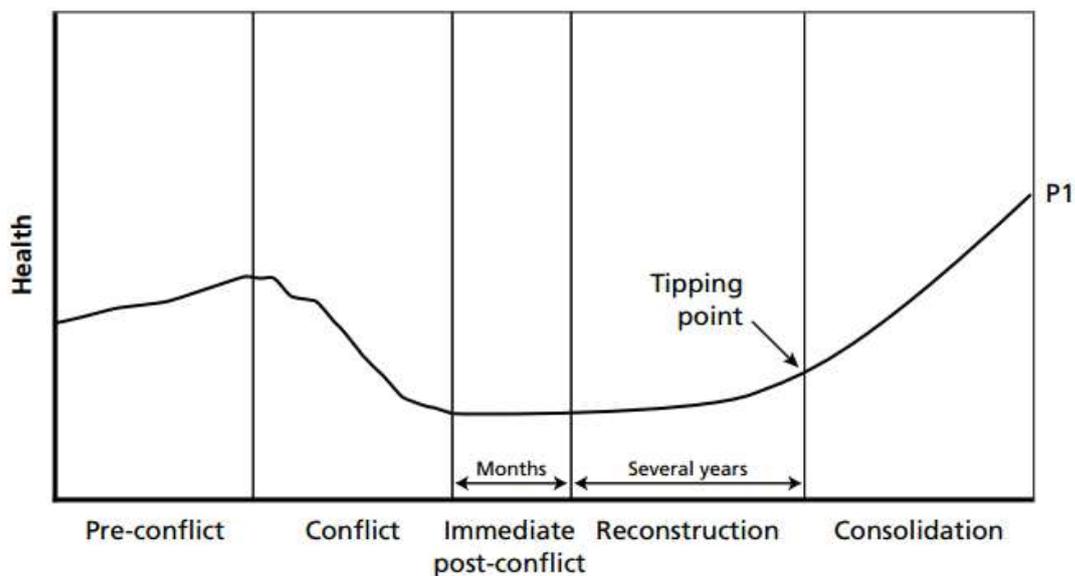
# Appendice

Fig. 1 – La salute e il processo di Nation-building



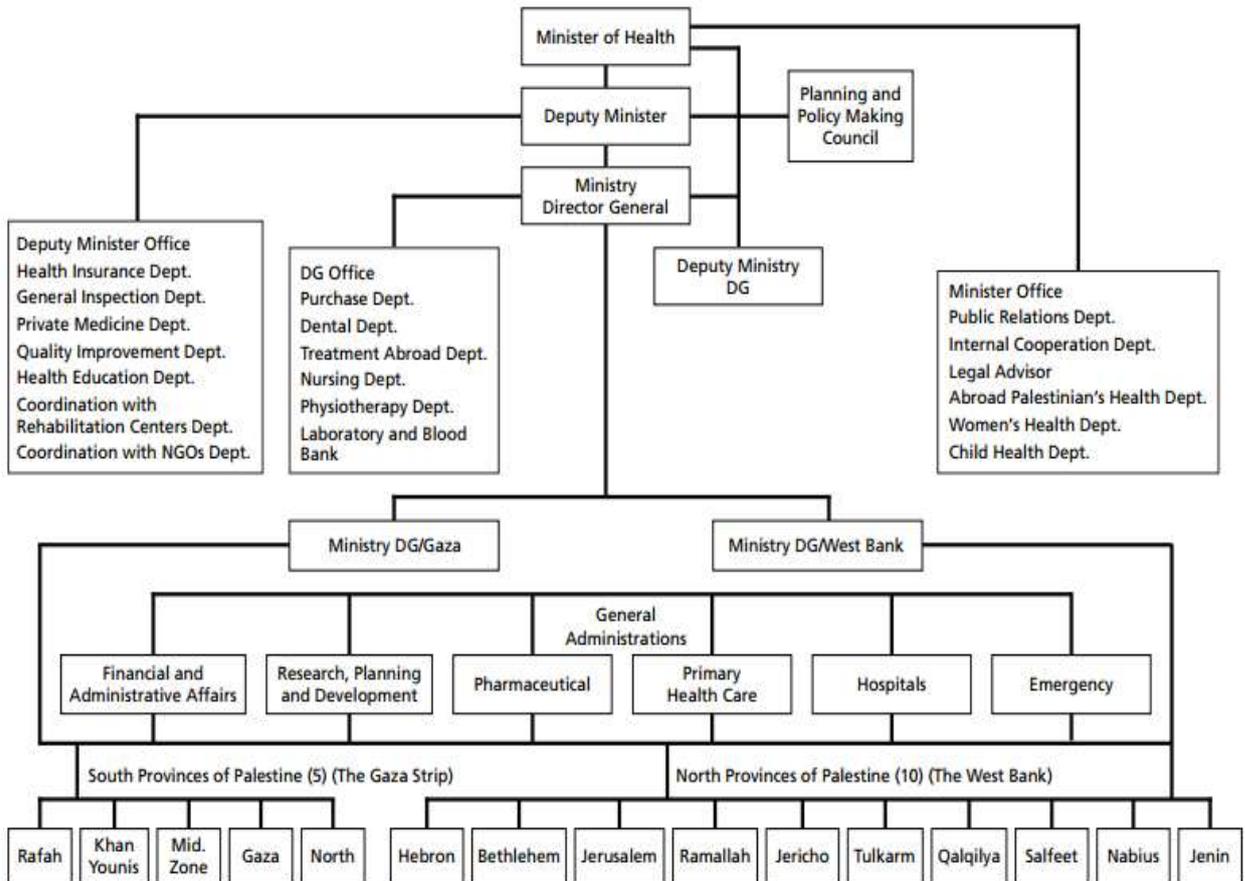
Fonte: Jones, Seth G. et al. 2006. *Securing Health: Lessons from National-Building Missions*. Santa Monica: RAND Corporation: XXVII.

Fig. 2 – Il *tipping point* del settore sanitario



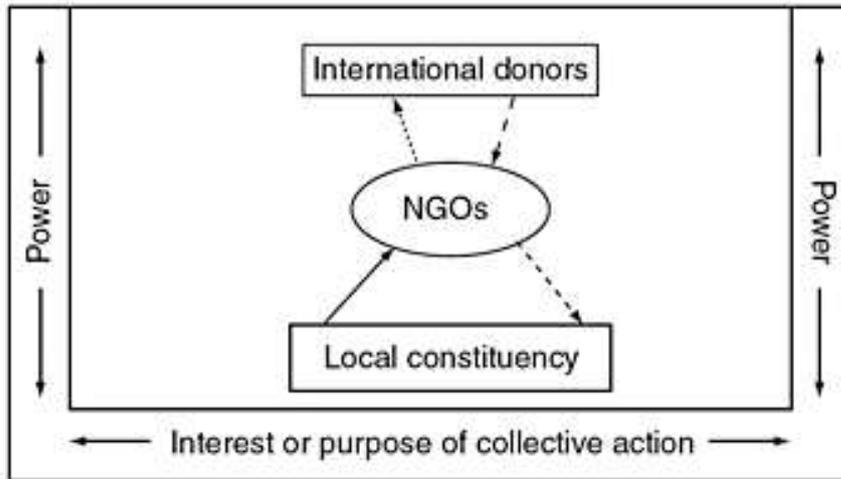
Fonte: Jones, Seth G. et al. 2006. *Securing Health: Lessons from National-Building Missions*. Santa Monica: RAND Corporation: 290.

Fig. 3 – Il funzionamento del sistema sanitario negli anni Novanta.



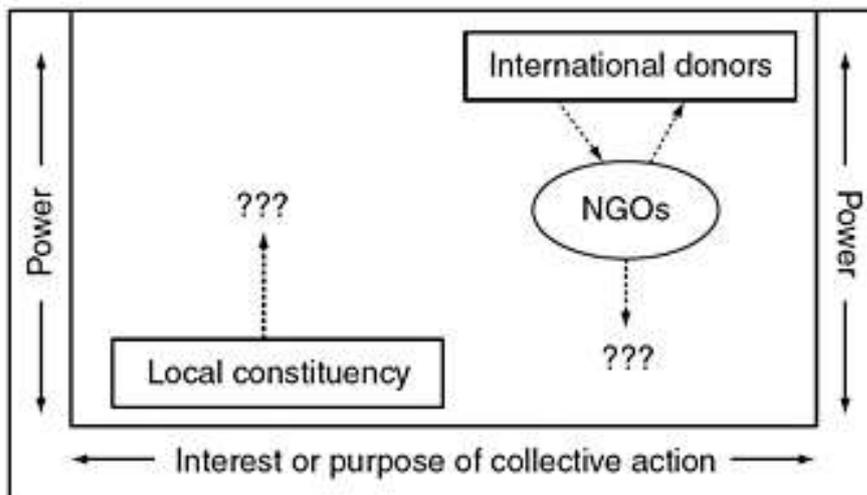
Fonte: Afifi, Adel K., Richard J. Deckelbaum, e Michael Schoenbaum. 2005. *Strengthening The Palestinian Health System*. Santa Monica: Rand Corporation: 18.

**Fig. 4 – Modello di Relazioni tra donator, ONG e elettorato negli anni Novanta.**



Fonte: Challand, Benoît. 2009. *Palestinian Civil Society. Foreign donors and the power to promote and exclude*. Londra: Routledge 186.

**Fig.5 - Modello di Relazioni tra donator, ONG e elettorato nella metà degli anni Duemila.**



Fonte: Challand, Benoît. 2009. *Palestinian Civil Society. Foreign donors and the power to promote and exclude*. Londra: Routledge: 187.

