

Collana

“I Temi dei Rapporti dell’ISAE”

**Globalizzazione e
sviluppo umano**

ottobre 2003

*Estratto dal Rapporto ISAE
Finanza pubblica e
Redistribuzione*

Gli autori del capitolo qui presentato sono: Floriana D'Elia e Isabella Sulis; i riquadri "Le contraddizioni della politica sanitaria in Vietnam" e "I paradossi del Kerala" sono stati redatti rispettivamente da Alberto Gabriele, UNCTAD*, e da Stefania Gabriele.

* Il contributo di Alberto Gabriele esprime le opinioni personali dell'autore e non quelle dell'UNCTAD.

Stampato presso la sede dell'Istituto

Globalizzazione e sviluppo umano

INTRODUZIONE

La globalizzazione, definita genericamente come la crescente integrazione delle economie e dei popoli, è un fenomeno articolato, che coinvolge e interessa aspetti materiali e immateriali. Secondo un'accezione ampia del termine, si può affermare che essa consiste "in una maggiore integrazione tra i paesi e i popoli del mondo, determinata dall'enorme riduzione dei costi dei trasporti e delle comunicazioni e dall'abbattimento delle barriere artificiali alla circolazione internazionale di beni, servizi, capitali, conoscenza e (in misura minore) delle persone" (Stiglitz, 2002).

Dal dibattito recente sulla globalizzazione emerge quanto tale concetto sia complesso, concentrato sia su tematiche di carattere definitorio (quali l'individuazione delle variabili che meglio lo caratterizzano e la determinazione dell'indicatore più adatto per poter pervenire ad una sua misurazione), sia sul periodo storico cui far risalire la sua origine¹, sia sull'influenza esercitata sulle condizioni di vita degli individui. A conferma di tale complessità, si può evidenziare come, anche limitando l'ottica ai soli aspetti di carattere economico, la globalizzazione racchiuda in sé fenomeni eterogenei, quali i flussi migratori tra paesi, la crescita del volume del commercio internazionale, l'incremento dei movimenti di capitale e degli investimenti diretti esteri².

L'attenzione è solitamente rivolta ad analizzare il modo in cui il fenomeno in esame influenza le condizioni economiche, sociali e politiche dei paesi e degli individui; in particolare, ci si rivolge principalmente ad indagare quali siano le conseguenze della maggiore integrazione internazionale sull'andamento di alcune variabili, quali, ad esempio, il tasso di crescita del sistema economico, il livello del reddito pro capite, il grado di povertà e di disuguaglianza, sia tra paesi che all'interno dei singoli stati.

Nonostante la molteplicità degli studi effettuati³, non è stato possibile stabilire in modo univoco se il fenomeno in esame abbia o meno determinato un cambiamento

¹ Per una ricostruzione delle più rilevanti fasi storiche della globalizzazione si veda O'Rourke-Williamson (2000).

² Per una descrizione più ampia degli aspetti che consentono di definire la globalizzazione si vedano, tra gli altri, Spiezia (2002), Ravallion (2002) e Gallino (2002).

³ Per una rassegna dei lavori si vedano Collier-Dollar (2003), Figini (2002), Prenzushi (2002) e Sala-i-Martin (2002).

nell'evoluzione delle variabili summenzionate. La difficoltà di pervenire ad una chiara risposta è legata a diversi ordini di motivi. In primo luogo, i risultati ottenuti nelle analisi empiriche possono variare in relazione al concetto di globalizzazione cui si fa riferimento e all'indicatore scelto per quantificarla⁴ (ad esempio ci si può basare sulla dimensione degli scambi commerciali, o dei movimenti di capitale, o degli stessi flussi migratori⁵); in secondo luogo, conclusioni difformi possono essere conseguenza dell'utilizzo di metodologie e di fonti di dati differenti; infine, l'eterogeneità delle risultanze cui si perviene può dipendere dall'indicatore prescelto per analizzare gli esiti della globalizzazione (risultati diversi possono ad esempio derivare dal concentrarsi sull'andamento del tasso di crescita economico piuttosto che su quello degli indici di disuguaglianza e di povertà).

Per meglio cogliere il livello di indeterminatezza della discussione in corso, è utile menzionare alcune delle conclusioni emerse nel dibattito. Dalle analisi sull'evoluzione del grado di disuguaglianza economica tra paesi⁶ negli ultimi vent'anni (periodo caratterizzato da una forte crescita dell'integrazione globale), si nota, ad esempio, come l'impatto della globalizzazione vari a seconda che, come metodo di determinazione dell'indice di disuguaglianza internazionale, si consideri una distribuzione del prodotto interno lordo (PIL) pro capite tra i paesi ponderata o meno per la popolazione; col primo metodo si rileva, infatti, una riduzione della sperequazione, mentre col secondo si osserva una tendenza di segno opposto. Il divario tra gli andamenti della disuguaglianza non ponderata e quella ponderata è dovuta al fatto che il peso in termini demografici di Cina e India è in grado di ribaltare i risultati delle analisi (Prennushi, 2002); infatti, la riduzione del differenziale tra il reddito medio della popolazione di Cina e India e quello dei paesi ricchi ha determinato una contrazione della sperequazione mondiale.

Il calcolo dell'indicatore di disuguaglianza internazionale può inoltre essere effettuato utilizzando un'ulteriore metodologia di analisi empirica, fondata sulla stima della distribuzione del reddito tra i paesi tenendo conto delle disuguaglianze nazionali⁷; anche tale metodologia, tuttavia, pur migliorando alcuni elementi dell'analisi, non

⁴ A questo proposito si veda anche Ravallion (2002).

⁵ A questo proposito si può considerare l'esempio presentato da O'Rourke (2001) relativamente al modello di commercio internazionale di Hecksher-Ohlin, caratterizzato da un'economia a due nazioni (USA e Messico, con la prima che, a differenza dall'altra, risulta dotata di abbondante manodopera qualificata) in possesso della medesima tecnologia, due fattori e due beni. In questo contesto, un incremento dei flussi migratori tra i due paesi (lavoratori non qualificati dal Messico verso gli Usa e viceversa nel caso di manodopera specializzata) porterebbe a una riduzione dei salari per la manodopera non qualificata negli USA e ad un loro aumento in Messico (il contrario avverrebbe in caso di lavoratori specializzati). Questo meccanismo determinerebbe un aumento della disuguaglianza in USA e una sua riduzione nel Paese latino-americano.

⁶ La disuguaglianza della distribuzione del reddito mondiale tra paesi è, in letteratura, generalmente misurata mediante l'indice di Gini.

⁷ Per una rassegna sulle metodologie utilizzate si veda, ad esempio, Sala-i-Martin (2002) e Bourguignon e Morrisson (2002).

consente di risolvere l'indeterminatezza dei risultati⁸. Se da un lato, ad esempio, Dowrick e Akmal (2001), Milanovic (1999)⁹ e Bourguignon e Morrisson (2002)¹⁰ rilevano come la disuguaglianza dei redditi tra paesi sia aumentata, dall'altro Sala-i-Martin (2002) presenta una visione più ottimistica, stimando, per il periodo compreso tra il 1970 e il 1998, una riduzione.

Un altro filone di analisi, altrettanto complesso e indeterminato nei risultati finali, si occupa di verificare l'esistenza o meno di correlazione tra la globalizzazione dell'economia e la variazione della disuguaglianza nella distribuzione dei redditi individuali, considerata anziché tra paesi, all'interno di essi. La conferma empirica di una relazione positiva tra globalizzazione (misurata dall'aumento delle importazioni e delle esportazioni) e crescita della disuguaglianza è, fra gli altri, stimata da Robbins (1996) e Lundberg e Squire (2001); tale conclusione non trova tuttavia un riscontro generalizzato. L'assenza di correlazione è infatti sostenuta da Ravallion (2001) e Dollar e Kray (2001), mentre Cornia e Kiiski (2001) rilevano come, a partire dal periodo successivo alla Seconda Guerra mondiale, in 48 paesi, sui 73 da loro considerati, la sperequazione dei redditi sia stata caratterizzata da una fase di riduzione nella prima parte dell'intervallo temporale, seguita da un successivo aumento.

Dal dibattito teorico emerge, quindi, la difficoltà di determinare in modo chiaro gli effetti indotti dalla globalizzazione sulle condizioni di vita dei paesi e degli individui. Tuttavia, al fine di osservare le principali caratteristiche del cambiamento delle realtà economico-sociali verificatosi negli ultimi dieci anni, nel presente capitolo vengono presentati alcuni indici, l'*Human Development Index* (HDI) e l'*Human Poverty Index* (HPI). La scelta di utilizzare tali indici è motivata dall'esigenza di individuare degli strumenti in grado di fornire una qualche sintesi degli aspetti sia quantitativi che qualitativi del benessere individuale.

Nel primo paragrafo si procede con la descrizione delle principali caratteristiche dell'HDI e dell'HPI. Nel tentativo di individuare le variabili che, oltre quella economica, distinguono i paesi nel loro grado di evoluzione, gli indici vengono raffrontati con i livelli registrati per il prodotto interno lordo (PIL). Nel secondo paragrafo si esamina l'evoluzione temporale dell'HDI e dell'HPI nelle principali aree geografiche. Quindi si

⁸ Il vantaggio di questo terzo criterio consiste nella possibilità di costruire distribuzioni che, nel verificare la convergenza delle economie tra paesi del "Nord" e del "Sud" del mondo, tengano anche conto del grado di disuguaglianza interna.

⁹ L'autore presenta un'analisi della distribuzione del reddito per due anni, 1988 e 1993. Basandosi sui dati desunti da indagini su redditi e consumi delle famiglie condotte in 91 paesi, egli osserva un aumento della disuguaglianza mondiale, dovuto a un incremento della differenza tra i redditi medi delle popolazioni più che a una crescita delle sperequazioni all'interno delle singole realtà nazionali.

¹⁰ L'analisi viene svolta per stimare l'andamento della disuguaglianza a livello globale nel periodo compreso tra il 1820 e il 1992.

rivolge l'attenzione alle due dimensioni non economiche rilevate dall'HDI, la salute e l'istruzione. Attraverso un'analisi *cross-country* si propone un'esplorazione delle relazioni tra reddito, scolarizzazione, stato di salute e condizioni igienico-sanitarie, cercando di identificare le principali associazioni tra questi quattro gruppi di variabili, le differenze sistematiche riscontrate tra paesi ricchi e paesi poveri e l'impatto che la spesa pubblica per istruzione e sanità può avere sul benessere economico e sullo stato di salute della popolazione.

ANALISI DESCRITTIVA DI ALCUNI INDICATORI CRITICI

Di fronte alla difficoltà di pervenire ad una conclusione unanimemente accettata sul come e sul quanto l'integrazione internazionale sia in grado di influire sulle condizioni di vita materiali e immateriali dei paesi e degli individui, il premio Nobel per l'economia Amartya Sen (2002) affermava che: *"I dubbi sull'ordine mondiale devono essere considerati alla luce della contemporanea presenza di una miseria degradante e di una prosperità senza precedenti. Benché incomparabilmente più ricco di quanto sia mai stato prima, il nostro è un mondo di tremende privazioni e di disuguaglianze sconvolgenti. È impressionante il numero di bambini malnutriti, analfabeti e condannati a morire, ogni settimana a milioni, di malattie che potrebbero essere completamente debellate..."*. Tale contrastante realtà, osservabile sia nelle differenze tra il "Nord" e il "Sud" del mondo, che all'interno di singoli paesi, si verifica, per altro, in un periodo in cui, come ricorda lo stesso Sen, *"la globalizzazione ha arricchito il mondo dal punto di vista scientifico e culturale, così come ha recato benefici economici a molti popoli"*.

Queste riflessioni ci inducono a considerare che non è sufficiente soffermarsi ad osservare se, attraverso il progredire dei processi di integrazione mondiale, i paesi conseguano, o meno, un vantaggio, ma è necessario ampliare lo spettro dell'analisi; in altre parole, diviene essenziale verificare anche se (e come) i potenziali cambiamenti generati dalla globalizzazione consentano di ottenere una ripartizione dei benefici che possa essere considerata equa e accettabile, senza prescindere poi dalla valutazione della natura di tali benefici, i quali possono essere non solo di tipo economico, ma, ad esempio, anche ambientali o socio-culturali.

Le privazioni che suscitano preoccupazione non consistono unicamente in un basso livello di reddito, ma riguardano, infatti, anche una serie aggiuntiva di aspetti, quali ad esempio l'analfabetismo, lo stato di salute, e un ampio spettro di limitazioni alle libertà personali (politiche, religiose, razziali)¹¹. Anche paesi con valori degli indicatori economici simili possono essere caratterizzati da realtà sociali molto disomogenee: per valuta-

re l'impatto della globalizzazione sulle condizioni di vita degli individui va, in altri termini, evidenziato non solo l'eventuale incremento del livello di reddito nazionale, ma anche il modo in cui tale ricchezza aggiuntiva viene utilizzata, e, in particolare, se essa viene diretta verso quei settori, quali la sanità e l'istruzione, di particolare ausilio per il miglioramento del benessere degli individui più poveri.

Per descrivere il cambiamento manifestatosi nei paesi in via di sviluppo (PVS), in un periodo caratterizzato da una forte accelerazione dei processi di globalizzazione, nel presente lavoro si fa riferimento agli indicatori elaborati dall'Agenzia delle Nazioni Unite per lo Sviluppo (UNDP)¹². In particolare, sono stati considerati¹³ gli andamenti dell'indice di sviluppo umano (*Human Development Index*, HDI) e di quello di povertà umana (*Human Poverty Index*, HPI) per i paesi in via di sviluppo¹⁴. Tali indici, pur con i limiti dovuti all'alto grado di eterogeneità delle variabili utilizzate per la loro costruzione e all'inevitabile arbitrarietà dei criteri di ponderazione di ognuna di esse, possono aiutare a descrivere e riassumere non solo le variazioni degli aspetti puramente quantitativi della vita delle persone, ma anche quelli qualitativi e sociali¹⁵.

L'HDI è costruito utilizzando tre indicatori sintetici di altrettante dimensioni legate alle condizioni degli individui: un'esistenza longeva e sana, il livello della conoscenza e un decente standard di vita. Tali aspetti sono quantificati rispettivamente dall'indicatore di vita attesa, misurato dall'aspettativa di vita alla nascita, e dall'indice di istruzione¹⁶, e, infine, da un indicatore del PIL pro capite, espresso in parità di potere di acquisto rispetto al dollaro¹⁷. L'HDI è compreso nell'intervallo [0,1], dove il valore minimo indica un basso stadio di sviluppo umano e il valore massimo un buon risultato.

L'HPI, misura, anziché quelli di sviluppo, gli aspetti di privazione nelle condizioni di vita degli individui; tale indice è, infatti, calcolato sulle seguenti variabili: la probabi-

¹¹ Si veda a questo proposito Lembo (2002).

¹² L'UNDP usa una molteplicità di fonti, tra cui Banca Mondiale, UNESCO (*United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*), UNICEF (*United Nations Children Fund*); UNAIDS (*Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*), WHO (*World Health Organization*), IMF (*International Monetary Fund*).

¹³ Con riferimento alla questione dell'arbitrarietà dei criteri di ponderazione si veda, tra gli altri, Brandolini (2002) e ISAE (2000).

¹⁴ L'UNDP elabora, a partire dal 1997, due indici di povertà, uno relativo alle nazioni industrializzate e un altro, quello preso in esame in questo contesto, per i paesi più arretrati. Per una descrizione delle differenti variabili utilizzate per costruirli si rimanda a UNDP (1997).

¹⁵ Per un'esauriva descrizione degli indici si rimanda ai rapporti annuali dell'UNDP.

¹⁶ Tale indice è calcolato come media del saggio di alfabetizzazione degli adulti e del rapporto tra il numero degli iscritti ai vari livelli dell'ordinamento scolastico e quello delle persone che dovrebbero parteciparvi secondo quanto previsto dalla normativa in vigore nei diversi paesi. Nella definizione dei due indicatori summenzionati sono considerati adulti gli individui al di sopra dei 15 anni di età.

¹⁷ Ad ognuno dei tre indicatori viene assegnato un identico peso.

AREE GEOGRAFICHE

Tab. 1

OCSE	Europa Est ed ex Repubbliche Sovietiche	Asia Est	Asia Sud	Medio Oriente e Nord Africa	America latina	Africa subsahariana
Norvegia	Slovenia	Hong Kong	Maldives	Bahrain	Barbados	Seychelles
Germania	Rep. Ceca	Singapore	Sri Lanka	Qatar	Argentina	Mauritius
Spagna	Polonia	Rep. di Corea	Repubblica Islamica d'Iran	Kuwait	Uruguay	Capo Verde
Nuova Zelanda	Ungheria	Brunel Datusalam	India	Emirati Arabi Uniti	Costa Rica	Repubblica Sud Africana
Paesi Bassi	Slovacchia	Malaysia	Bhutan	Libia	Cile	Guinea Equatoriale
Portogallo	Estonia	Samoa	Bangladesh	Arabia Saudita	Bahamas	Gabon
Grecia	Lituania	Tailandia	Nepal	Oman	Saint Kitts e Nevis	Sao Tome e Principe
Canada	Croazia	Fiji	Pakistan	Lebanon	Cuba	Namibia
Giappone	Lettonia	Filippine	Tunisia	Turkey	Trinidad Tobago	Botswana
Svizzera	Bielorussia	Cina	Turkey	Algeria	Messico	Ghana
Danimarca	Bulgaria	Vietnam	Algeria	Rep. Araba Siriana	Anigua e Barbuda	Swaziland
Irlanda	Macedonia TFYR	Indonesia	Rep. Araba Siriana	Bolivia	Panama	Comoros
UK	Federazione Russa	Mongolia	Egitto	Egitto	Colombia	Lesotho
Finlandia	Bosnia e Erzegovina	Solomon Islands	Marocco	Marocco	Brasile	Congo
Lussemburgo	Romania	Vanuatu	Sudan	Sudan	Belize	Togo
Austria	Ucraina	Cambogia	Yemen	Yemen	Dominica	Camerun
			Giordania	Gibuti	Venezuela	Zimbabwe
						Chad

Fonte: elaborazione ISAE su dati UNDP 2003.

lità alla nascita di non superare il 40° anno di vita, il tasso di analfabetismo della popolazione adulta, la percentuale di popolazione senza accesso a servizi idrici adeguati e la quota dei bambini, con meno di 5 anni di età, malnutriti. L'HPI, che è espresso in termini percentuali, può variare all'interno dell'intervallo [0,100], e in questo caso un valore basso dell'indice è collegato a livelli di privazione umana contenuti, e dunque ad una situazione più favorevole.

Di seguito ci si sofferma sull'analisi del livello e dell'andamento temporale dei due indici nei vari paesi, aggregati anche in macro-aree geografiche. L'intervallo di tempo considerato è, generalmente, quello compreso tra il 1990 e il 2001¹⁸, mentre, dal punto di vista territoriale, i paesi (sia in via di sviluppo che industrializzati) sono aggregati in 6 macroaree: l'Africa subsahariana, l'Africa settentrionale e il Medio Oriente, l'Asia del Sud e dell'Est (con l'esclusione del Giappone), i paesi OCSE ad alto reddito (esclusa la Corea), l'America latina ed, infine, i paesi dell'Est europeo e dell'ex Unione Sovietica.

L'andamento degli indici è esaminato anche in relazione alla maggiore o minore "globalizzazione" dei paesi. Data la complessità di questo fenomeno, ci si concentra solo su alcuni degli aspetti economici che lo caratterizzano; in particolare, seguendo l'impostazione del Rapporto della Banca Mondiale¹⁹ 2003 "Globalizzazione, crescita economica e povertà", curato da Paul Collier e David Dollar, come indicatore dell'integrazione internazionale ci si sofferma, principalmente, sul grado di apertura dei paesi al commercio mondiale. A tale proposito, gli autori, sulla base della variazione del volume degli scambi in percentuale al PIL²⁰, suddividono i paesi²¹ tra "più" globalizzati "meno" globalizzati; l'elenco dei paesi definiti in tale Rapporto come i "più globalizzati" è presentato nella tabella 2.

¹⁸E' necessario sottolineare che, nell'effettuare i raffronti tra l'HDI per il 1990 e il 2001, si devono tenere in considerazione anche eventuali effetti delle modifiche apportate dall'UNDP al meccanismo di calcolo dell'indice e all'ampliamento del numero di paesi per i quali esso viene calcolato.

¹⁹La distinzione effettuata dalla Banca Mondiale tra paesi globalizzati o meno è stata criticata da Rodrik (Rodrik, 2002), che intravede in essa un'ambiguità, in quanto le nazioni che risultano più integrate non sempre coincidono con quelle che hanno adottato le politiche pro globalizzazione suggerite dal *Washington Consensus*, "vale a dire un'identità di vedute tra Il Fondo Monetario Internazionale, la Banca Mondiale e il Tesoro degli Stati Uniti circa le politiche "giuste" per i paesi in via di sviluppo" (Stiglitz, 2002). Nel presente Rapporto questo aspetto non appare condizionante, in quanto si intende identificare proprio i paesi più aperti in termini di commercio, e non quelli che hanno adottato l'impostazione di cui sopra.

²⁰La crescita degli scambi commerciali è l'unico elemento che viene considerato dagli autori per determinare il maggiore o minore grado di coinvolgimento dei paesi nel processo di globalizzazione. In altre parole, nel definire il livello di integrazione dei paesi, sono trascurate valutazioni relative, ad esempio, all'attuazione di politiche di apertura commerciale o di liberalizzazione dell'economia.

²¹Come si desume dal Rapporto, dall'analisi di Collier e Dollar sono stati esclusi gli originari paesi OCSE, il Cile, la Corea, Singapore, Taiwan e Hong Kong.

Tab. 2 PAESI "PIÙ GLOBALIZZATI"

Paesi	HDI						HPI			
	1990		1997		2001		1997		2001	
	valore	posizione	valore	posizione	valore	posizione	valore	posizione	valore	posizione
Argentina	0,540	43	0,827	39	0,849	34	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Bangladesh	0,186	136	0,440	150	0,502	139	44,4	150	42,60	72
Brasile	0,759	60	0,739	79	0,777	65	15,8	79	11,40	18
Cina	0,614	82	0,701	98	0,721	104	19,0	98	14,20	26
Colombia	0,757	61	0,768	57	0,779	64	10,5	57	8,20	10
Costa Rica	0,876	40	0,801	45	0,832	42	4,1	45	4,40	4
Costa d'Avorio	0,311	122	0,422	154	0,396	161	46,8	76	45,00	78
Rep. Dominicana	0,622	80	0,726	88	0,737	94	17,7	26	13,90	25
Haiti	n.d.	n.d.	0,430	152	0,467	150	46,1	74	41,60	68
Ungheria	n.d.	n.d.	0,795	47	0,837	38	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
India	0,308	123	0,545	132	0,590	127	35,9	59	33,10	53
Giamaica	0,761	59	0,734	82	0,757	78	13,6	17	9,30	14
Giordania	0,614	83	0,715	94	0,743	90	9,8	9	7,50	7
Malesia	0,802	52	0,768	56	0,790	58	14,2	18	n.d.	n.d.
Mali	0,072	156	0,375	166	0,337	172	52,8	87	55,10	91
Messico	0,838	45	0,786	50	0,800	55	10,6	13	8,80	13
Nepal	0,158	145	0,463	144	0,499	143	51,9	85	41,90	70
Nicaragua	0,612	85	0,616	121	0,643	121	28,1	48	24,30	44
Paraguay	0,667	73	0,730	84	0,751	84	16,4	21	10,30	16
Filippine	0,613	84	0,740	77	0,751	85	16,3	20	14,80	28
Rwanda	0,213	133	0,379	164	0,422	158	49,9	81	n.d.	77
Tailandia	0,713	66	0,753	67	0,768	74	18,7	29	12,90	24
Uruguay	0,905	32	0,826	40	0,834	40	4,0	3	3,60	2
Zimbabwe	0,413	111	0,560	130	0,496	145	29,2	53	52,00	90

Fonte: elaborazioni ISAE su dati UNDP 2003 e Collier-Dollar 2003.

La nostra analisi non pretende di individuare rapporti di causalità tra il fenomeno della globalizzazione e gli standard economici e sociali raggiunti dai paesi, ma si limita a descrivere il quadro che emerge dagli indicatori UNDP.

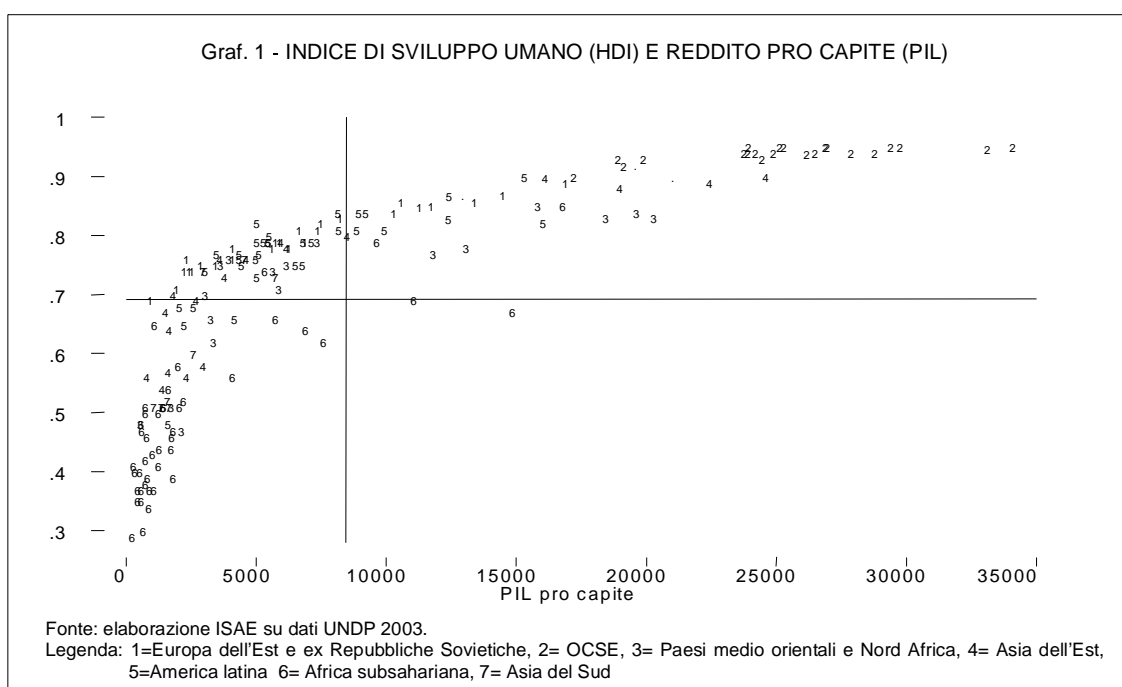
L'indice di sviluppo umano e il reddito pro capite

La graduatoria dei 175 paesi per i quali è stato elaborato l'HDI rappresenta uno strumento utile per confrontare il differente stadio di sviluppo raggiunto in relazione a molteplici dimensioni, quali la disponibilità delle risorse necessarie a garantire un livello minimo di sussistenza (misurabile attraverso il PIL pro capite) e le opportunità di istruzione e di benessere fisico (misurate, rispettivamente, con l'indice di istruzione e l'aspettativa di vita alla nascita).

Il grafico 1, costruito considerando come origine degli assi il valore medio delle due variabili, mostra le condizioni dei paesi, industrializzati e in via di sviluppo, in relazione al livello raggiunto in base al valore dell'HDI e al livello del PIL pro capite. Va sottolineato preliminarmente che nella definizione dell'indice HDI è compreso anche il livello del PIL pro capite, e questo evidentemente rafforza decisamente la correlazione positiva.

L'osservazione del grafico risulta comunque interessante poiché consente di eviden-

ziare gli elementi diversi dalla variabile economica che distinguono i paesi nel loro grado di evoluzione. Alcuni stati con simili livelli di sviluppo economico presentano gradi di sviluppo umano sensibilmente diversi. Ad esempio per il Vietnam²², l'Angola e il Gambia, con redditi individuali che superano di poco i 2.000 dollari statunitensi annui, si rileva un HDI che oscilla tra un minimo di 0,377 per l'Angola e un massimo di 0,688 per il Vietnam. Allo stesso modo il Ghana, lo Zimbabwe, la Bolivia e il Gibuti con redditi simili (PIL pro capite di circa 2.300 dollari annui), mostrano una certa variabilità (dal valore minimo di 0,462 del Gibuti a quello massimo di 0,672 della Bolivia), a causa dei



differenti livelli nelle altre dimensioni dello sviluppo umano; in particolare, in Vietnam il tasso di alfabetizzazione è circa pari al 93% e l'aspettativa di vita a 68 anni, mentre i valori degli stessi indicatori per il Gambia sono pari, rispettivamente, al 37,8% e a 53 anni di età.

Considerando in questo contesto uno dei paesi definiti "più globalizzati", vale la pena di considerare il caso dell'India, che non sembra aver ancora trasformato i successi economici in benefici sociali; sebbene essa abbia infatti sperimentato un tasso di crescita annuo del 4% tra il 1990 e il 2001, con un PIL pro capite a 2.840 dollari annui, i suoi indicatori di sviluppo sono sostanzialmente simili a quelli di paesi come la Cambogia (PIL pro capite pari a 1.860 dollari) e il Ghana (PIL pro capite pari a 2.250 dollari), cresciuti

²² Per un approfondimento delle condizioni del Vietnam si veda il riquadro "Le contraddizioni della sanità in Vietnam".

Le contraddizioni della politica sanitaria in Vietnam

A partire dalla metà degli anni ottanta, il Vietnam ha portato avanti una politica di riforme orientate al mercato molto simile a quella applicata in Cina. I risultati complessivi sono stati estremamente positivi: il Vietnam è da tempo uno dei paesi medio-grandi con la più alta crescita del PIL (negli ultimi anni, dopo la crisi asiatica, il secondo del mondo dopo la Cina) e ha fatto passi da gigante nella lotta contro la povertà assoluta, la cui incidenza è calata dal 70% circa negli anni ottanta a meno del 30% attualmente (World Bank, 2003).

Nel corso del periodo di riforme le politiche nel campo dei servizi sociali in Vietnam sono cambiate notevolmente. Durante l'epoca della pianificazione centralizzata socialista, lo Stato provvedeva a tali servizi gratuitamente a tutta la popolazione. Poiché le risorse disponibili erano molto scarse, l'effettiva offerta risultava in realtà estremamente limitata, sia in termini di quantità che di qualità. Tuttavia, l'accesso ai servizi sociali di base era molto egualitario e, nel complesso, di gran lunga superiore a quello prevalente nella maggior parte dei paesi con uno sviluppo economico comparabile.¹ Quindi, come risulta da indicatori quali la vita media e la mortalità infantile, lo sviluppo umano in Vietnam era superiore a quello di quasi tutti gli altri paesi poveri.

A più di vent'anni dall'inizio delle riforme, i risultati ottenuti finora dal Vietnam nel campo della soddisfazione dei bisogni sociali essenziali sono complessivamente molto positivi, e le medie nazionali per i tassi di iscrizione alle scuole e per gli indicatori di salute sono migliorati continuamente. Nel caso della sanità, in particolare, malgrado le carenze evidenziate dalle politiche settoriali, sulle quali si tornerà tra poco, è interessante notare come il Vietnam mostri indicatori simili a quelli di paesi assai più ricchi.

Questi successi sono dovuti essenzialmente alla straordinaria crescita economica, alla riduzione della povertà e alla positiva eredità sociale proveniente dall'epoca dell'economia socialista centralmente pianificata. Il problema principale, attualmente, è la tendenza -finora non controllata- verso una crescente disuguaglianza nell'accesso ai servizi sociali.

Quando le riforme sono iniziate si è verificata una fase iniziale di confusione, causata dalla transizione a nuove forme di finanziamento, ma poi il governo è riuscito a espandere ulteriormente il sistema dei servizi pubblici. Tuttavia, l'allocazione di risorse verso questi settori è stata insufficiente. Inoltre, il governo sembra considerare i suoi compiti in un senso molto ristretto, limitandoli ad un livello estremamente essenziale, che non è più adeguato al complessivo sviluppo economico e sociale del paese.²

Le riforme nel campo della salute, in particolare, cominciarono verso la fine degli anni ottanta, quando il declino delle cooperative agricole (ampie strutture che finanziavano anche i servizi sociali) causato dalla riforma agraria rese necessario l'intervento dello stato per pagare i

¹ La capacità di provvedere servizi pubblici essenziali costituiva (e, nel caso di Cuba, costituisce tuttora) un vantaggio strutturale dei sistemi socialisti centralmente pianificati (Segall M., Tipping G., Lucas H., Truong Viet Dung, Nguyen Thanh Tam, Dao Xuan Vinh and Dao Lan Huong, 2000).

² Al di là di questa soglia minimalistica, si manifesta infatti una allarmante tendenza ad abbandonare la soddisfazione dei crescenti bisogni popolari, in termini di salute e di educazione, alle disponibilità economiche individuali e alle forze di mercato, nell'idea che anche in questo campo, come in quello delle comuni attività economiche, un simile approccio possa portare a maggiore efficienza, a stimolare gli sforzi individuali e a liberare risorse per gli investimenti in settori prioritari per la crescita economica. Il governo vietnamita, in altre parole, sembra non cogliere l'intrinseca differenza tra i servizi sociali e il resto dell'attività economica.

salari del personale sanitario ed evitare una totale bancarotta del sistema di assistenza pubblica. Negli anni novanta si è verificata un'espansione della rete di centri di assistenza sanitaria locale. Tuttavia, il governo vietnamita non è stato in grado di mantenere le caratteristiche di universalità e gratuità del sistema sanitario nazionale. Di conseguenza, sono state lanciate una serie di riforme orientate al mercato: è stata legalizzata la medicina privata, il mercato dei medicinali è stato liberalizzato, la spesa pubblica è stata decentralizzata, sono stati introdotti i ticket negli ospedali e nei centri di assistenza sanitaria. Come parziale compensazione, sono stati costituiti vari schemi assicurativi, alcuni dei quali finanziati dallo stato e altri volontari (U.N. Country Team Vietnam, 2003).

Il bilancio del processo di riforme nel campo sanitario non è esaltante. Le differenze nella qualità dell'assistenza sanitaria tra zone più ricche e zone più povere sono aumentate. I ticket, lungi dall'aver carattere simbolico o dal contribuire a razionalizzare la spesa pubblica, hanno l'effetto perverso di penalizzare duramente le fasce meno abbienti, costringendo in molti casi i poveri all'indebitamento e alla perdita della terra (Tipping G., 2000), mentre al tempo stesso apportano un contributo insignificante (in media, 0,4 dollari all'anno pro capite) alle casse dello stato.

In definitiva, mentre la povertà è diminuita (anche nella maggior parte delle zone rurali), e molti vietnamiti si sono trovati a disporre di un eccesso di potere d'acquisto rispetto ai tradizionali bisogni di sussistenza, la medicina pubblica è diventata più cara e di difficile accesso. Il prodotto di questa contraddizione è stato paradossale: da una parte la spesa complessiva per la sanità è cresciuta, ed è ora relativamente alta (28 dollari pro capite l'anno). Dall'altra, la componente pubblica di questa spesa è assolutamente inadeguata (4 dollari pro capite, meno dell'1% del PIL, una quota inferiore in termini assoluti e relativi a quella di tutti i paesi asiatici vicini). Ciò significa che le famiglie vietnamite, lasciate in gran parte a se stesse dalla ritirata del sistema pubblico, spendono in media più di 20 dollari l'anno (una cifra non modesta tenuto conto del livello di sviluppo del paese) per acquistare medicine e servizi da operatori sanitari privati, molti dei quali privi di qualsivoglia qualifica medica o farmaceutica (U.N. Country Team Vietnam, 2003). Il paradosso ultimo che ne deriva è un eccesso nel consumo di medicine, spesso autoprescritte o consigliate da "praticoni" o commercianti, che sta provocando una tendenza verso la perdita di efficacia degli antibiotici. Il tentativo di coprire progressivamente la popolazione con vari schemi di assicurazione non sta funzionando, e finora meno del 15% dei vietnamiti (per lo più in zone urbane) è assicurato³: d'altronde, viste le enormi carenze dell'approccio assicurativo negli USA - che notoriamente comporta grandi inefficienze e sprechi burocratici, oltre a lasciare decine di milioni di persone senza copertura sanitaria, come ha dimostrato ancora una volta un recente studio comparativo condotto congiuntamente dalla Harvard University e dal Canadian Institute for Health (Financial Times, August 21, 2003) - ci si potrebbe chiedere come i risultati potrebbero essere migliori in un paese, come il Vietnam, il cui sistema finanziario è incomparabilmente meno sviluppato.

Inevitabilmente, oltre a macroscopici sprechi e inefficienze, l'introduzione del mercato nel campo della salute sta portando a crescenti diseguaglianze sociali (prima virtualmente inesistenti) nell'accesso ai servizi sanitari. Una prova tra tante di questa tendenza, ad esempio, è l'andamento della mortalità infantile: se agli inizi degli anni novanta essa era praticamente uguale tra tutte le

³ Vedi U.N. Country Team Vietnam (2003), e Segall et al.(2000).

fasce di reddito, negli anni successivi è migliorata parecchio tra le famiglie più agiate, meno in quelle di medio reddito, ma è rimasta invariata tra le famiglie più povere (Wagstaff A. and. Nguyen N.N, 2003).

La consapevolezza delle inadeguatezze della politica sanitaria è piuttosto diffusa in Vietnam, dove si sta sviluppando un dibattito abbastanza aperto, alimentato anche da contributi critici provenienti dalle istituzioni (vedi, ad esempio, Tipping 2000). Tuttavia, una decisa correzione di rotta non è ancora stata intrapresa, probabilmente anche a causa della difficoltà concettuale di cogliere il deterioramento relativo della salute pubblica in un contesto di generalizzato miglioramento delle condizioni materiali, e anche sanitarie, della maggior parte della popolazione vietnamita.

INDICATORI SANITARI E PIL PRO CAPITE IN VIETNAM E IN ALTRI PAESI IN VIA DI SVILUPPO (1)

Paese	PIL pro capite (\$USA)	Aspettativa di vita (anni di vita per mille nati vivi)	Mortalità infantile (decessi entro un anno di vita per mille nati vivi)	Mortalità infantile sotto i 5 anni (decessi entro 5 anni nati vivi)	Mortalità materna (per centomila)
Vietnam	2070	69,2	30	38	95
Brasile	7360	68,1	31	36	160
Perù	4570	69,8	30	39	190
Turchia	5890	70,5	36	43	130
Sud Africa	11290	50,9	56	71	n.d.

Fonte: UNDP 2003

(1) Le cifre si riferiscono alle più recenti stime disponibili.

più lentamente. In India, nonostante si siano verificati in passato importanti progressi nella riduzione della povertà e della disuguaglianza, a partire dagli inizi degli anni novanta si è registrato nuovamente un aumento della sperequazione, trainata dalle forti disuguaglianze a livello territoriale; se da un lato, infatti, lo stato meridionale del Kerala ha raggiunto eccellenti risultati in relazione ai livelli di istruzione, ai tassi di mortalità della popolazione e alla riduzione della povertà, attraverso un razionale impiego delle pur limitate risorse economiche, dall'altro stati come l'Assam e il Bihar, ad esempio, continuano a sperimentare forti ritardi nel processo di sviluppo²³. Per un'analisi più approfondita dei successi conseguiti nel primo dei tre stati indiani ora citati, si veda il riquadro "I paradossi del Kerala".

Il grafico aggrega i paesi in tre gruppi principali (Tab. 3). Il primo, collocato nel primo quadrante, comprende stati con valori di PIL e HDI maggiori di quelli medi globali (paesi "virtuosi"). Tale insieme comprende sostanzialmente i paesi dell'OCSE²⁴ ad alto reddito e qualche realtà delle restanti aree, tra cui alcuni paesi dell'Asia orientale (fra gli altri, Corea del Sud, Singapore, Malesia e Hong Kong), dell'America latina (ad esempio, Argentina e Cile), molti stati dell'ex blocco socialista e la quasi totalità dei paesi arabi produttori di petrolio.

Il secondo gruppo, quello relativo al terzo quadrante, comprende i paesi che presentano basse *performance* per entrambi gli indicatori. Come era lecito attendersi, tale gruppo è costituito prevalentemente dagli stati dell'Africa subsahariana e dell'Asia del Sud, aree fra le più arretrate a livello socio-economico.

Appare tuttavia interessante notare l'esistenza di un terzo consistente insieme di paesi, caratterizzati sì da un basso livello di reddito pro capite, ma anche da un grado di sviluppo umano superiore alla media. In prospettiva, possiamo valutare ottimisticamente la situazione di questi stati, dal momento che il discreto livello delle condizioni di salute e dell'educazione nel lungo periodo possono agire da potenti fattori di crescita e sviluppo. All'interno di questo gruppo si ritrovano molte Repubbliche dell'ex Unione Sovietica, una parte consistente dei paesi medio orientali, e alcuni dell'Asia dell'Est (quali Thailandia, Filippine e Cina, che, tra l'altro, rientrano nell'insieme dei paesi "più globalizzati") che solo di recente hanno iniziato a sperimentare sostenuti tassi di crescita economica.

²³ Per un'analisi delle condizioni economiche relative agli Stati dell'India si veda Ravallion e Datt (2001) e Dutt e Rao (2000).

²⁴ Si ricordi che, secondo i criteri di definizione delle aree seguiti nel presente capitolo, la Corea del Sud non è inclusa nel gruppo OCSE. Per la descrizione delle aree si rimanda alla tabella 1.

PIL HDI

Tab 3

	I Quadrante (PIL>PIL medio HDI>HDI medio)		II Quadrante (PIL>PIL medio HDI<HDI medio)		III Quadrante (PIL<PIL medio HDI<HDI medio)		IV Quadrante (PIL<PIL medio HDI>HDI medio)	
Norvegia	Polonia	Sud Africa	Vietnam	Uganda	Uruguay	Tunisia		
Islanda	Seychelles	Guinea Equatoriale	Repubblica Araba Siriana	Yemen	Lituania	Guyana		
Svezia	Bahrain		Indonesia	Madagascar	Lettonia	Grenada		
Australia	Ungheria		Tajikistan	Haiti	Cuba	Rep. Dominicana		
Paesi Bassi	Slovacchia		Bolivia	Gambia	Bielorussia	Albania		
Belgio	Estonia		Honduras	Nigeria	Mexico	Turchia		
Stati Uniti d'America	Costa Rica		Mongolia	Gibuti	Bulgaria	Ecuador		
Giappone	Cile		Gabon	Mauritania	Panama	Sri Lanka		
Svizzera	Qatar		Guatemala	Eritrea	Macedonia, TFYR	Armenia		
Danimarca	Kuwait		Egitto	Senegal	Libia	Uzbekistan		
Irlanda	Croazia		Nicaragua	Guinea	Federazione Russa	Kyrgyzstan		
UK	Emirati Arabi Uniti		Sao Tome e Principe	Rwanda	Colombia	Capo Verde		
Finlandia	Bahamas		Solomon Islands	Benin	Brasile	Cina		
Lussemburgo	Saint Kitts e Nevis		Namibia	Rep. di Tanzania	Bosnia e Herzegovina	El Salvador		
Austria	Trinidad e Tobago		Botswana	Costa d'Avorio	Belize	Rep. Islamica d'Iran		
Francia	Antigua e Barbuda		Marocco	Malawi	Dominica	Algeria		
Germania	Malesia		India	Zambia	Venezuela	Rep. Moldava,		
Spagna	Mauritius		Vanuatu	Angola	Samoa (Western)	Georgia		
Nuova Zelanda	Arabia Saudita		Ghana	Chad	Saint Lucia	Azerbaijan		
Italia	Oman		Cambogia	Guinea-Bissau	Romania	Giordania		
Israele			Myanmar	Rep. Dem. del Congo	Tailandia			
Portogallo			Papua New Guinea	Rep. Centrale Africana	Ucraina			
Grecia			Swaziland	Etiopia	Kazakhstan			
Cipro			Comoros	Mozambico	Suriname			
			Repubblica democratica popolare del Laos	Burundi	Giamaica			
Hong Kong, China (SAR)			Bhutan	Mali	Saint Vincent e Grenadines			
Barbados			Lesotho	Burkina Faso	Fiji			
Singapore			Sudan	Niger	Perù			
Slovenia			Bangladesh	Sierra Leone	Libano			
Repubblica di Korea			Congo	Pakistan	Paraguay			
Brunei Darussalam			Togo	Zimbabwe	Filippine			
Malta			Camerun	Kenya	Maldiva			
Argentina			Nepal		Turkmenistan			

Fonte: elaborazione ISAE su dati UNDP 2003.

I paradossi del Kerala

Il paradosso sviluppo economico-sviluppo umano

Il Kerala occupa il Sud-Est della penisola indiana. Il suo sviluppo economico non è molto avanzato rispetto alla media nazionale: il prodotto pro capite è inferiore a quello complessivo dell'India¹ (si veda la tabella), anche se il suo incremento è stato consistente negli anni ottanta e novanta. Il tasso di disoccupazione è elevato (8,6% nel 1999-2000, contro il 2,3% per l'intera nazione). Tuttavia, il consumo pro capite nel 1999-2000 era pari a 1,4 volte quello medio nazionale (1,2 volte nel 1983). E' stato osservato (Raman Kutty e altri, 1993) che la spesa per consumi è in parte coperta dalle rimesse di coloro che sono emigrati nei paesi del Golfo (una voce non inclusa nelle stime ufficiali sul prodotto interno).

Quanto alla distribuzione dei redditi, l'indice del Gini, calcolato sulla spesa per consumi, è tradizionalmente abbastanza elevato (0,330 quello rurale e 0,374 quello urbano nel 1983, rispetto al dato nazionale pari a 0,298 e 0,330), ma è diminuito significativamente nel tempo, calando su livelli inferiori alla media dell'India per la popolazione cittadina nel 1999-2000 (quando risultava pari a 0,27 per la popolazione rurale e a 0,32 per quella urbana, contro 0,258 e 0,341, rispettivamente, a livello nazionale).

Passando ai problemi di disagio ed emarginazione, con riferimento alla privazione umana, come definita dall'UNDP, si può osservare che il Kerala era collocato in settima posizione nel 1991, con un valore dell'HPI pari a 22,73, inferiore alla media² (37,42), e un limitato differenziale tra città e campagna (24,57 e 17,23, rispettivamente, contro 42,25 e 23,03 a livello nazionale). La posizione dello stato era migliorata rispetto al decennio precedente³. La percentuale della popolazione sotto la linea di povertà⁴ nel 1983 era pari al 40% (44% per l'intera India), ma nel 1999-2000 l'incidenza era calata al 13% (9,38% in ambiente rurale e 20,27% in ambiente urbano), contro il 26,1% in media nazionale (27,09% e 23,62%, rispettivamente). Il Kerala, uno degli stati più poveri dell'India alla fine degli anni cinquanta, ha mostrato un declino della povertà rurale più consistente di tutti gli altri (-2,4% medio annuo) tra il 1957-58 e il 1993-94 (Datt, 1998). Anche la povertà urbana è stata ridotta in misura consistente. L'intensità della povertà (ovvero la distanza media dalla soglia), misurata dal poverty gap⁵, si è ridotta nello stesso periodo del 4,1% nelle zone

¹ Questi dati e quelli che seguono, se non diversamente specificato, sono tratti dal Rapporto sullo sviluppo umano dell'India del 2001 (*Planning Commission Government of India*, 2002).

² Si ricorda che l'HPI è tanto più alto quanto maggiore è il livello di privazione. Nella graduatoria, invece, il primo paese è quello che si colloca nella posizione più favorevole.

³ Poiché il metodo di costruzione dell'indice è stato modificato, è necessario fare riferimento al vecchio parametro per valutare l'evoluzione nel tempo: secondo questo indice nel 1991 il Kerala occupava la quarta posizione, con il 19,93, contro il 39,36 in media (tab.I), mentre nel 1981 era in sesta posizione, con il 32,10, contro il 47,33 in media.

⁴ La soglia di povertà adottata nel Rapporto sullo sviluppo umano dell'India è calcolata in base ad un consumo pro capite giornaliero di calorie di 2400 e 2100 Kcal, rispettivamente per la popolazione urbana e per quella rurale, e si differenzia da stato a stato; la diffusione della povertà è stata stimata utilizzando i dati sulla spesa delle famiglie dell'indagine *National Sample Survey* (NSS).

⁵ Il *poverty gap* è definito come la distanza media dei consumi dei poveri dalla soglia (calcolata attribuendo un valore nullo ai non poveri e costruendo la media su tutta la popolazione), in proporzione alla linea di povertà.

rurali, più di quanto sia avvenuto in qualsiasi altro stato, e del 3,4% in quelle urbane (Datt, 1998).

Malgrado la situazione economica, il Kerala presentava nel 2001 il migliore HDI tra i 15 maggiori stati dell'India (0,638, contro 0,472 in media nel 2001⁶), e si collocava al terzo posto già nel 1991, con un divario estremamente contenuto tra città e campagna.

Gli ottimi risultati in termini di HDI dipendono evidentemente dai traguardi raggiunti nel campo dell'istruzione e della sanità. Per quanto concerne il primo aspetto, il Kerala nel 2001 presentava (tabella I) un tasso di alfabetizzazione del 91% (88% per le donne, 90% nelle aree rurali), contro il 65% nazionale (54% per le donne 59% nelle aree rurali). Passando alle condizioni di salute, la speranza di vita alla nascita (tab I) arrivava a 73 anni nel 1992-96, contro 61 per l'India⁷. I traguardi migliori, in Kerala, sono stati raggiunti dalle donne (76 anni, contro 70 degli uomini, mentre in media nazionale la speranza di vita delle donne è di 61 anni, contro 60 degli uomini). Come mostra la tabella, anche il differenziale tra città e campagna è meno acuto rispetto alla media dell'India. Il tasso di mortalità infantile (che corrisponde al numero di decessi entro un anno di vita per mille nati vivi) nel 2000 era pari a 14, contro 68 per l'India⁸. Altri dati presentati in tabella aiutano a completare il quadro. In particolare, si può osservare che il rapporto tra uomini e donne in Kerala è favorevole alle seconde (mentre in tutti gli altri stati, tranne uno in cui i due generi hanno circa lo stesso peso, avviene l'inverso), il tasso di fertilità totale (numero di figli attesi per una donna che viva durante l'età fertile, dati i tassi di fertilità specifici prevalenti per età) è di 1,8 figli, contro 3,4 a livello nazionale (ed è identico in città e in campagna, mentre in India in media si rileva il 3,7 in ambiente rurale e il 2,5 zone urbane).

Il paradosso mortalità-morbilità

Malgrado le condizioni arretrate della sua economia, il Kerala si trova insomma in una fase avanzata della transizione sanitaria; questo fenomeno è stato pertanto ampiamente studiato, nel tentativo di comprendere come mai uno stato così povero abbia ottenuto progressi superiori a tutti gli altri, in India, e simili a quelli raggiunti nel mondo sviluppato (Panikar, 1999, che propone una interessante rassegna degli studi sulla transizione in Kerala, della quale si riportano di seguito gli aspetti più interessanti).

Secondo dati riportati da Panikar, il tasso di natalità è diminuito dal 30,5 al 20 tra gli anni 1971-75 e 1987-91, mentre il tasso di mortalità calava dall'8,9 al 6,1; per l'India complessivamente i due tassi passavano rispettivamente dal 36,3 al 30,8 e dal 15,9 al 10,8. Un'indagine effettuata nel 1987 sulle famiglie dei villaggi rurali, distinte in base allo stato socioeconomico (misurato dal reddito pro capite, dalla proprietà di terreni, dal livello di istruzione e dalle condizioni dell'abitazione) e alle caratteristiche di salubrità dell'ambiente dove risiedono (Raman Kutty e altri, 1993), mostra che i tassi di natalità e mortalità (soprattutto infantile) erano più bassi negli strati sociali alti, ma anche in quelli meno elevati registravano livelli decisamente

⁶ L'indice del Bihar, il più basso tra quelli calcolati per il 2003, risultava pari a 0,367; Punjab, Tamil Nadu e Maharastra, gli stati con migliori performance dopo il Kerala, si fermavano al di sotto dello 0,54.

⁷ Si osservi che l'Italia, qualche anno più tardi (2001) presentava una speranza di vita di 78,6 anni la Germania di 78, gli USA di 76,9.

⁸ Ricordiamo che nel 2000-2001 tale indicatore si ragguagliava a 4 per Italia e Germania, a 7 per gli USA.

inferiori a quelli dell'India rurale nel complesso. Questo dipenderebbe dal fatto che l'uso dei contraccettivi si sarebbe diffuso maggiormente in tutti gli strati sociali in Kerala, grazie all'elevato livello di istruzione, soprattutto femminile, e alla facilità delle comunicazioni, legata alla densità della popolazione e all'ampiezza del sistema stradale. Si osserva che comunque il differenziale tra i gruppi sociali nei tassi di nascita era maggiore di quello nei tassi di mortalità; questi ultimi si collocavano vicino al limite nella fascia più benestante, e gli altri gruppi sociali seguivano a poca distanza. Sugli andamenti demografici influiva anche l'appartenenza religiosa delle famiglie (i cristiani presentavano il più basso tasso di fertilità e di mortalità). Quanto agli aspetti demografici, nel 1991 si riscontrava una percentuale di giovani più contenuta e una di anziani più elevata di tutti gli altri stati dell'India, anche con riferimento agli ultrasessantacinquenni. Anche la struttura epidemiologica del Kerala è cambiata, ed oggi si rileva uno strano mix di patologie acute e croniche (Panikar, 1999). Le più gravi malattie infettive sono state combattute con notevole successo nei primi quarant'anni del novecento, e alcune - fino a debellarle o ridurne drasticamente l'incidenza - negli anni ottanta (campagna di vaccinazione contro la difterite, riduzione del colera, vaiolo, peste, malaria); resta attualmente un'ampia presenza di problemi respiratori, intestinali, gastro-enterici, dermatologici e parassitari, tipici dei paesi sottosviluppati, soprattutto tra i bambini. Le cause del permanere di queste patologie sono state individuate nella carenza di acqua potabile, nell'inquinamento, nelle condizioni insalubri in cui vivono larghe fasce della popolazione. Con riguardo alla disponibilità della risorsa idrica, il Kerala soffre di gravi difficoltà. I dati dell'UNDP presentati in tabella, dipingono un quadro allarmante: la percentuale di famiglie con accesso all'acqua potabile (connessione nelle case e fonte pubblica) sarebbe appena del 19%, contro il 62% nazionale. In realtà si deve tener conto del fatto che in Kerala la maggior parte dell'approvvigionamento di acqua deriva dai pozzi, che nell'accezione dell'UNDP non sono considerati tra le fonti di acqua potabile. In effetti, è difficile valutare la sicurezza di fonti idriche diverse.

Intanto si vanno diffondendo affezioni cardio-circolatorie e malattie degenerative e metaboliche, tipiche delle età avanzate, anche come cause di morte. I dati dell'indagine sulle famiglie condotta nelle zone rurali, riportati da Punikar, mostrano che la prevalenza delle malattie, soprattutto quelle acute, si riduce nel passare a famiglie in condizioni socio-economiche migliori. Alcune patologie croniche legate alle abitudini tipiche di condizioni di benessere, come il diabete o l'ipertensione, si riscontrano invece più spesso negli strati più elevati. La relazione con le condizioni ambientali risulta ancora più forte di quella con il reddito. La morbilità è particolarmente elevata nei villaggi costieri, dove esistono problemi di sovraffollamento e la situazione igienica è peggiore. L'elevata morbilità non si traduce tuttavia in una elevata mortalità, perché le malattie vengono curate. Questo quadro implica un problema di scelta non semplice nell'allocazione delle risorse.

Il paradosso apporto nutrizionale-misure antropometriche

I paradossi del Kerala non sono finiti: oltre a quello tra sviluppo economico e umano, e tra mortalità e morbilità, va ricordata l'apparente incoerenza tra i dati sull'apporto nutrizionale e quelli sulle misure di peso e di altezza dei suoi abitanti. Misurata in base all'apporto calorico, la povertà assoluta risultava in Kerala la più alta di tutti gli stati indiani sui quali era stata calcolata dalla National Sample Survey all'inizio degli anni sessanta (Panikar, 1999). Malgrado i limiti di

indagini di questo tipo, le misure antropometriche mostravano in passato un considerevole ritardo nella crescita. Successive indagini del *Report of Repeat Survey*, riportate da Panikar, confermano che il consumo di energia e proteine era in Kerala inferiore alla dose giornaliera raccomandata (2.350Kcal), malgrado l'aumento tra il 1975 e il 1995 (contemporaneamente, nell'insieme degli stati considerati nell'indagine, sia l'apporto energetico, sia quello proteico diminuiva, calando appena al di sotto del dato per il Kerala dopo il 1992). Inoltre, la proporzione di famiglie che soffrivano di problemi di denutrizione fino al 1990 era piuttosto elevata (anche se in lieve diminuzione). Anche l'apporto calorico e proteico dei giovani risultava inferiore a quello della media degli altri stati considerati. Malgrado tutto ciò il Kerala presentava i migliori parametri, tra gli stati indiani, con riguardo all'altezza e al peso per età. Questo fenomeno è stato collegato agli effetti meno devastanti della morbilità tra i giovani del Kerala, che vengono meglio curati, grazie all'estensione dei servizi sanitari e al tasso di utilizzazione più elevato, anche per il pronto ricorso agli stessi da parte di madri più istruite. L'intervento medico rapido e adeguato rappresenterebbe dunque la ragione del miglior assorbimento degli elementi nutrizionali.

La spiegazione dei paradossi: un forte impegno nell'istruzione, nella sanità e nei trasporti

Come è stato possibile tutto ciò? Secondo il Rapporto sullo sviluppo umano dell'India del 2001 è stato il frutto di consistenti investimenti di risorse nei settori della sanità e dell'istruzione, della costruzione di un buon sistema di trasporti, della diffusione dei mezzi di comunicazione, di una buona amministrazione, di una intensa partecipazione civile e coscienza dei propri diritti sociali da parte della popolazione, degli effetti positivi dell'emigrazione (attraverso l'allentamento della pressione sul mercato del lavoro e le rimesse inviate in patria).

Lo sforzo di estensione dell'alfabetizzazione è cominciato già ai tempi dei regni indigeni di Travancore e Cochin, che cominciavano ad impartire l'educazione primaria, e con l'impegno dei missionari cristiani, ma in seguito il ruolo dello stato si è rafforzato (Panikar, 1999), fino alla Campagna finale di alfabetizzazione del 1989-91 (Raman Kutty e altri, 1993). La spesa pubblica pro capite (Panikar, 1999) è stata sempre la più alta tra gli stati indiani tra il 1970 e il 1990 (a parte il Punjab nel 1990). In rapporto alla spesa pubblica complessiva nel 1970-71 il Kerala investiva in istruzione un terzo della spesa dello stato⁹, e ancora un quarto nel 1980-81, corrispondente al 5,22% del Pil. Nel 1990-91 la spesa era rimasta sostanzialmente stabile rispetto a questo livello, ma nel 1998-99 le risorse assegnate all'istruzione erano diminuite al 3,25 per cento. In questa fase sono stati ridotti gli esborsi per far fronte all'ampio deficit che si era venuto a creare nel bilancio statale.

A differenza dagli altri stati dell'India, il Kerala ha concentrato gli sforzi nell'istruzione primaria, oltre a sviluppare un apparato educativo informale con una grande rete di biblioteche e sale di lettura, e un gran numero di quotidiani in lingua Malayalam (la più diffusa in Kerala).

Quanto alle buone condizioni sanitarie, le ragioni sono generalmente individuate negli ottimi risultati raggiunti nel campo dell'educazione e dei trasporti e nell'attenzione rivolta alla salute sia da parte delle politiche pubbliche che dei movimenti sociali (Raman Kutty, 2000). Con riguardo ai trasporti si può osservare che la percentuale di villaggi fino a 1.000 abitanti connessi attraverso strade era pari, nel 1996-97, all'83% (il 49% a livello nazionale), tra 1.000 e 15.000 abitanti al

⁹ In India istruzione e sanità sono materie di competenza principalmente degli stati, non del governo centrale.

100% (75% a livello nazionale); oltre 1.500 abitanti al 99% (78% a livello nazionale).

ASPETTI DELLO SVILUPPO UMANO IN KERALA

	India	Kerala
Indici UNDP		
HDI, 2001 (calcolato per i 15 maggiori stati)	0,638	0,472
Posizione tra i 15 maggiori stati	1	
HDI, 1991	0,591	0,381
Posizione tra i 15 maggiori stati	3	
HPI, 1991	19,93	39,36
Posizione tra 32 stati	4	
Indice di disuguaglianza di genere, 1991	0,825	0,676
Posizione tra 32 stati	4	
Indicatori demografici		
Popolazione totale, 2001	31.838.619	1.027.015.247
Rapporto tra i generi, 2001	1.058	933
Tasso di dipendenza, 1991	14	12
Rapporto tra i generi nei bambini fino a sei anni, 2001	963	927
Indicatori di reddito		
Prodotto pro-capite interno netto dello stato (rupie, prezzi 93-94), 1998-99	9.542	9.647
Popolazione sotto la linea di povertà, 1999-2000	13	26
Indicatori di istruzione		
Tasso di alfabetizzazione (in %), 2001	91	65
Tasso di alfabetizzazione maschile (in %), 2001	94	76
Tasso di alfabetizzazione femminile (in %), 2001	88	54
Tasso di alfabetizzazione rurale (in %), 2001	90	59
Tasso di alfabetizzazione urbano (in %), 2001	93	80
Indicatori sanitari		
Speranza di vita alla nascita, 1992-96	73	61
Speranza di vita alla nascita, rurale, 1992-96	73	59
Speranza di vita alla nascita, urbana, 1992-96	74	66
Tasso di mortalità infantile, 2000	14	68
Tasso di mortalità materna (per 100.000 nati vivi), 1998	198	407
Tasso di fertilità totale, 1998	2	3
Percentuale di bambini sottopeso (-2SD), 1998-99	27	47
Percentuale famiglie con accesso acqua potabile, 1991	19	62
Percentuale famiglie con accesso servizi igienici, 1997	73	49

Fonte: Planning Commission Government of India 2002.

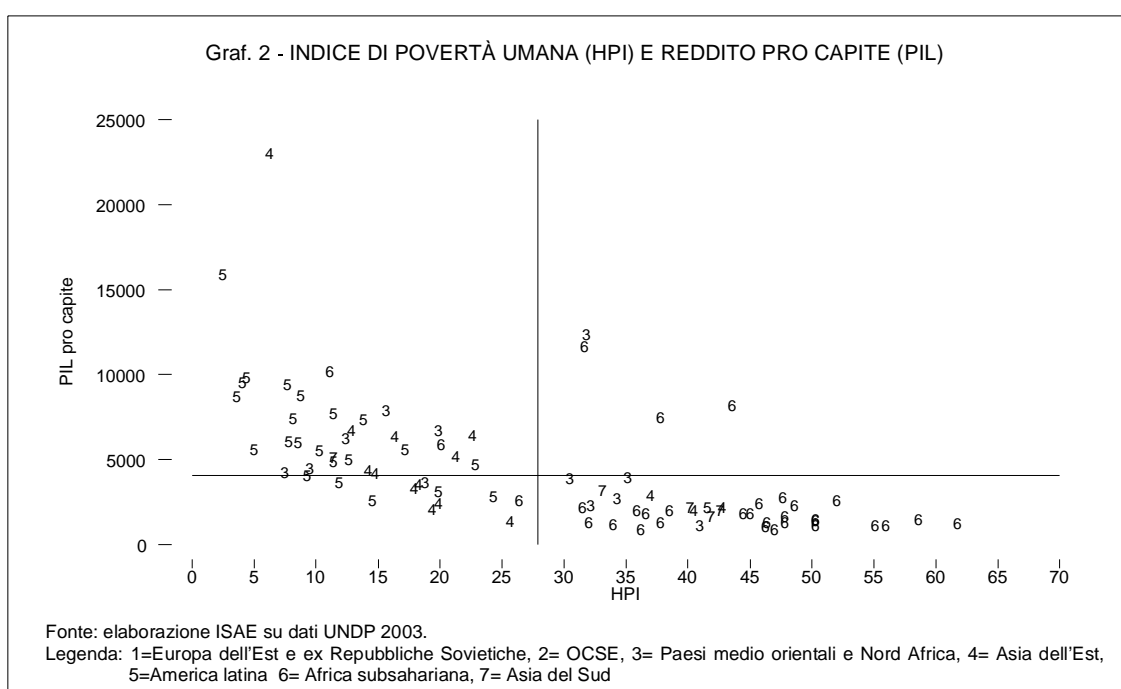
Può valere la pena di ricordare in estrema sintesi come si è realizzato nel tempo il sistema sanitario del Kerala, seguendo Raman Kutty (Raman Kutty, 2000). Si deve anzitutto ricordare che in Kerala esiste una tradizione molto antica di attenzione alla cura della persona e della salute, legata anche alla presenza della medicina tradizionale adiurvetica. Pertanto vi era una predisposizione a farsi curare, sulla quale facilmente si è innestata la medicina occidentale, portata dal regime coloniale. Già nel 1879 venne stabilita la vaccinazione obbligatoria per alcune categorie di soggetti (pubblici dipendenti, carcerati e studenti).

Dalla formazione dello stato del Kerala secondo i confini attuali (1956) ai primi anni ottanta l'investimento pubblico nella sanità è stato molto consistente. La spesa sanitaria nominale cresceva più del prodotto (con un tasso composto del 13,04%, contro il 9,81% del prodotto interno dello stato). In questa fase i servizi forniti dal settore pubblico si espandevano consistentemente: il numero di posti letto negli ospedali pubblici del settore di medicina allopatrica passava da 13.000 nel 1960 a 36.000 nel 1986. Nel 1980-81 la spesa sanitaria rappresentava poco meno del 10% di quella complessiva, il 2,02% del PIL. Livelli comunque molto ridotti se confrontati con quelli dei paesi occidentali, ma sufficienti a garantire i risultati di cui si è detto. In seguito la quota di spesa è calata all'1,5% nel 1990-91 e allo 0,95% nel 1998-99, nella fase in cui l'ampiezza del deficit ha spinto ad adottare misure restrittive. La contrazione della spesa ha riguardato soprattutto gli investimenti e i consumi intermedi, mettendo a rischio il mantenimento della qualità dei servizi pubblici, quelli alla portata delle fasce deboli della popolazione. Il processo di incremento dei posti letto negli ospedali è rallentato: nel 1996 si stima che fossero 38.000. Da indagini sugli utenti è emerso che questi in molti casi preferiscono il servizio privato, tra gli altri motivi, per la non disponibilità di farmaci nel pubblico. In presenza di queste difficoltà, sono state previste forme di compartecipazione alla spesa, sia pure con l'esonero dei soggetti a basso reddito, ma gli introiti sono rimasti molto modesti, per gli abusi consentiti dall'impossibilità di verificare il reddito dichiarato e per lo scoraggiamento a pagare legato a complessità burocratiche nel versamento.

Dopo il rallentamento dell'espansione del sistema pubblico, si è sviluppato maggiormente quello privato, con un aumento dei posti letto da 49.000 a 67.500 tra il 1986 e il 1996, e l'introduzione delle tecnologie più avanzate. Nel complesso, tra pubblico e privato, la dotazione del Kerala è molto elevata. I fattori che hanno favorito lo sviluppo dei servizi privati sono stati la crescita del reddito pro capite, in particolare per le fasce più basse, e l'assenza di barriere normative all'entrata (comune peraltro a tutta l'India), oltre all'invecchiamento della popolazione. Si ritiene comunque (Panikar, 1999) che il settore pubblico abbia rappresentato e rappresenti un volano importante per quello privato, sia perché ha abituato la popolazione a fare ricorso ai servizi sanitari, grazie all'espansione di quelli statali negli anni sessanta e settanta, sia perché continua a formare i professionisti sanitari.

L'indice di povertà umana e il reddito pro capite

Passiamo ora ad analizzare gli aspetti di privazione, utilizzando l'indice di povertà umana (l'HPI), che consente di determinare la porzione di popolazione che soffre delle quattro tipologie di privazione summenzionate (tasso di analfabetismo, probabilità di non superare i 40 anni di età, percentuale di popolazione senza accesso a sistemi idrici adeguati²⁵, e percentuale di bambini malnutriti). Nel grafico 2, costruito ponendo i valori medi delle variabili come origini degli assi, si presenta la posizione dei paesi in via di sviluppo, relativamente alla loro classificazione in termini di reddito pro capite e di HPI.



Da una prima analisi, è possibile evidenziare l'esistenza di una discreta correlazione negativa tra i due indicatori; nel grafico si rileva, infatti, la progressiva riduzione del livello di povertà umana all'aumentare del livello del PIL pro capite.

Il grafico consente di individuare, anche in questo caso, tre insiemi principali di paesi (Tab. 4). Il primo gruppo, nel secondo quadrante, comprende le nazioni che mostrano un livello di HPI maggiore e un valore di reddito inferiore ai rispettivi dati medi. L'insieme è composto principalmente da paesi appartenenti alle aree più arretrate del globo, in particolare l'Africa subsahariana e le zone più povere dell'Asia dell'Est. La condizione attuale della maggior parte delle nazioni di questo gruppo non sembra peraltro indicare l'avvio di un imminente processo di sviluppo; ad esempio Papua Nuova Guinea, Laos,

²⁵Le tematiche dell'accesso all'acqua sono trattate in modo più approfondito nel capitolo quinto del presente Rapporto.

Tab. 4

PIL HPI		PIL HPI			
		I Quadrante	II Quadrante	III Quadrante	IV Quadrante
HPI>HPI medio	PIL>PIL medio	HPI>HPI medio	PIL<PIL medio	HPI<HPI medio	PIL<PIL medio
Botswana					
Namibia					
Oman					
Rep. Sud Africana					
		Bangladesh		Bolivia	Algeria
		Benin		Cina	Barbados
		Burkina Faso		Ecuador	Brasile
		Burundi		Ghana	Capo Verde
		Cambogia		Honduras	Cile
		Cameroon		Indonesia	Colombia
		Rep. Centrale Africana		Giamaica	Costa Rica
		Chad		Giordania	Cuba
		Comoros		Mongolia	Rep. Dominicana
		Congo		Myanmar	El Salvador
		Costa d'Avorio		Nicaragua	Fiji
		Gibuti		Filippine	Guatemala
		Egitto		Sri Lanka	Guyana
		Etiopia		Rep. Araba Siriana	Rep. Islamica di Iran
		Gambia		Vietnam	Libano
		Guinea-Bissau			Libia
		Haiti			Maldivi
		India			Mauritius
		Kenya			Messico
		Rep. Dem. Popolare del Laos			Panama
		Lesotho			Paraguay
		Malawi			Perù
		Mali			Singapore
		Mauritania			Tailandia
		Marocco			Trinidad e Tobago
		Mozambico			Tunisia
		Senegal			Turchia
		Sudan			Uruguay
		Tanzania			Venezuela
		Togo			
		Uganda			
		Yemen			
		Zambia			
		Zimbabwe			

Fonte: elaborazione ISAE su dati UNDP 2003.

Mali e Lesotho, per il periodo compreso tra il 1997 e il 2001, mostrano un peggioramento in quasi tutti gli indicatori; aumentano infatti i tassi di povertà umana e di analfabetismo e la crescita economica si riduce. Una parziale eccezione è costituita dal Laos, che ha registrato un aumento medio annuo della ricchezza del 3,9% nel decennio 1990-2001, ma che non ha tuttavia avviato un percorso altrettanto positivo in termini di sviluppo umano (l'HPI e il tasso di analfabetismo presentano ancora andamenti crescenti).

Il secondo gruppo, quello racchiuso nel terzo quadrante, è invece composto da paesi che, seppur ancora in ritardo da un punto di vista economico, hanno raggiunto risultati soddisfacenti (rispetto agli altri in via di sviluppo) in termini di ridimensionamento di alcuni aspetti della privazione umana: i relativamente contenuti tassi di analfabetismo (peraltro in ulteriore riduzione) e la ridotta probabilità di non sopravvivere oltre i 40 anni di età determinano un livello dell'HPI inferiore al valore medio. Si può inoltre rilevare che in questo insieme rientrano paesi fortemente disomogenei per aspetti di carattere economico, politico e sociale, come ad esempio Cina, Filippine, Nicaragua (compresi nel gruppo di quelli "più globalizzati"), Siria e Indonesia.

L'ultimo dei tre gruppi principali cade all'interno del quarto quadrante, nel quale sono compresi paesi con *performance*, in termini di condizioni economiche e umane, più soddisfacenti dei livelli medi. E' interessante sottolineare che i successi di questi stati (molti dei quali sono latino-americani) consistono nella capacità di migliorare il benessere degli individui attraverso la riduzione di alcune forme di privazione elementari. Brasile, Cuba, Messico e Singapore sembrano aver utilizzato a favore dei più indigenti le risorse disponibili, dal momento che mostrano livelli contenuti di analfabetismo (Cuba addirittura solo lo 0,3% della popolazione), basse probabilità di non superare il 40° anno di età, e contenuti livelli di HPI. Per quanto riguarda il Brasile, è necessario tuttavia sottolineare come il paese sia afflitto da profonde iniquità, sia in termini di distribuzione del reddito che di possibilità di accesso all'istruzione²⁶.

Restano i quattro paesi raffigurati nel primo quadrante, Botswana, Namibia, Oman e Sud Africa, i quali, malgrado siano in possesso di disponibilità economiche non inconsistenti, non sono tuttavia riusciti ad alleviare le gravi condizioni di miseria umana in cui

²⁶Per un approfondimento relativo alle trasformazioni avvenute in Brasile si rimanda a Pedersen J. (1999), in cui viene presentata un'analisi del differente percorso di sviluppo che ha caratterizzato la nazione sudamericana rispetto all'India. (paesi con risorse caratteristiche geografiche e demografiche simili). L'autore evidenzia altresì il diverso impatto delle crisi messicana ed asiatica sulle politiche economiche attuate nei due paesi. In Brasile, ad esempio, si è assistito ad un progressivo intensificarsi di politiche di liberalizzazione, accompagnate da interventi di privatizzazione di importanti settori produttivi. Per quanto riguarda invece gli aspetti di economia internazionale, le scelte effettuate in materia di cambi e le negoziazioni intraprese con il Fondo Monetario Internazionale (FMI) per l'ottenimento di prestiti finanziari hanno determinato una condizione di vulnerabilità del paese nei confronti dei mercati esteri. Anche per l'India l'autore evidenzia una progressiva accentuazione del grado di esposizione finanziaria con l'estero, minore, però, rispetto a quella brasiliana; a conferma di ciò va rilevato come il Brasile, rispetto all'India, abbia subito più pesantemente le conseguenze della crisi del 1997.

versano quote consistenti delle popolazioni. A questo proposito è utile sottolineare che in Namibia l'HPI indica che circa il 38% della popolazione (una quota nettamente superiore al dato medio, pari a 27,33%) è colpito da povertà umana, mentre il livello del reddito pro capite (pari a 7.120 dollari annui) è nettamente più elevato di quello di altri paesi africani, come ad esempio il Ghana (2.250\$), caratterizzato da un HPI inferiore alla media (26,4%).

L'evoluzione temporale degli indici critici

Al fine di valutare l'andamento delle condizioni di sviluppo umano ed economico delle macro-aree geografiche, si mostra di seguito, nelle tabelle 5 e 6, l'evoluzione di un insieme di indicatori²⁷ tra il 1990 e il 2001.

L'analisi dei dati medi aggregati evidenzia il sostanziale miglioramento di tutti gli indicatori presentati, anche se con differenze sostanziali nei successi conseguiti nelle varie aree; infatti, se da un lato alcuni elementi mettono in luce preoccupanti ritardi dell'Africa subsahariana e rallentamenti nello sviluppo per alcuni dei paesi dell'ex URSS, dall'altro sono da sottolineare i buoni risultati in termini di benessere degli individui conseguiti nell'Asia meridionale.

L'Africa subsahariana, considerata ai margini dei processi di integrazione globale²⁸, è collocata, in entrambi i periodi di osservazione, all'ultimo posto nella classifica di evoluzione, sia umana che economica; essa presenta, infatti, valori allarmanti per alcune delle più elementari dimensioni di sviluppo e un divario molto elevato, non solo rispetto ai valori medi e a quelli dell'OCSE, ma anche in relazione all'Asia meridionale.

La crescita economica lenta, il perdurare di interminabili e violenti conflitti civili ed etnici²⁹, il diffondersi di devastanti epidemie (come l'AIDS³⁰ e il virus ebola) e l'accumulazione di un enorme debito estero sono tra le principali cause del basso livello di svi-

²⁷ I valori medi delle aree sono calcolati come media semplice degli indicatori dei singoli paesi (per ottenere il dato medio non si è dunque proceduto a una ponderazione sulla popolazione). Si è seguita questa procedura, che di fatto assegna peso unitario ad ogni nazione compresa nell'analisi, indipendentemente dalle sue dimensioni demografiche, dal momento che l'obiettivo prioritario della presente sezione consiste nel confronto tra le situazioni dei singoli paesi (le quali a loro volta dipendono dalle diverse strutture istituzionali e dalle politiche adottate) e non in una analisi delle condizioni delle diverse macro aree. Il valore medio di ogni area qui riportato non è pertanto rappresentativo della situazione dell'area stessa, intesa come se fosse una singola realtà istituzionale.

²⁸ E' utile segnalare che i paesi più arretrati del continente presentano una scarsa mobilità all'interno della graduatoria dell'HDI; il Niger, ad esempio, in ultima posizione nella graduatoria HDI nel 1990, risulta il penultimo nell'anno 2001, con avanzamenti irrilevanti nel campo dell'istruzione e delle condizioni di salute della popolazione (il tasso di alfabetizzazione della popolazione adulta è passato dall'11,4% di inizio periodo al 16,5% e l'aspettativa di vita alla nascita raggiunge appena i 45 anni di età). Per una descrizione della distribuzione geografica della povertà si veda Sachs, Mellinger e Gallup (2001)

²⁹ A tale proposito è sufficiente ricordare che in Ruanda nel 1994, a causa delle rivalità etniche tra Tutsi e Hutu, si è consumato uno dei genocidi più drammatici del XX secolo, e che in Congo è in corso una guerra dal 1996.

Tab. 5 INDICATORI 1990

Area	HDI					
	media	SD	massimo		minimo	
			valore	paese	valore	paese
Asia Est	0,669	0,12	0,857	Hong Kong	0,449	Laos
Asia Sud	0,521	0,12	0,692	Sri Lanka	0,413	Nepal
Medio Oriente e Nord Africa	0,623	0,11	0,796	Bahrain	0,431	Sudan
America latina	0,713	0,09	0,849	Barbados	0,457	Haiti
Africa subsahariana	0,443	0,12	0,774	Sud Africa	0,264	Niger
Est Europa e ex Rep. Sovietiche	0,769	0,04	0,814	Estonia	0,697	Albania
OCSE	0,891	0,03	0,924	Canada	0,847	Portogallo
Mondo	0,659	0,18	0,924	Canada	0,264	Niger

Area	PIL pc (\$ USA PPP)					
	media	SD	massimo		minimo	
			valore	paese	valore	paese
Asia Est	5.560	5.338	16.725	Hong Kong	900	Laos
Asia Sud	1.886	1.209	3.878	Iran	882	Bhutan
Medio Oriente e Nord Africa	5.354	5.792	20.204	Emirati Arabi uniti	567	Yemen
America latina	4.800	2.788	14.521	Bahamas	1.638	Haiti
Africa subsahariana	1.700	1.685	8.282	Rep.Sudafricana	445	Malawi
Est Europa e ex Rep. Sovietiche	6.335	2.142	10.079	Federazione Russa	2.796	Tajikistan
OCSE	17.955	3.432	24.154	Svizzera	11.176	Portogallo
Mondo	6.227		24.154	Svizzera	445	Malawi

Area	ASPETTATIVA VITA					
	media	SD	massimo		minimo	
			valore	paese	valore	paese
Asia Est	65,09	7,56	77,58	Hong Kong	49,72	Laos
Asia Sud	58,08	8,55	70,24	Sri Lanka	41,52	Afghanistan
Medio Oriente e Nord Africa	65,48	7,70	74,87	Kuwait	47,77	Gibuti
America latina	69,33	5,19	75,38	Costa Rica	53,09	Haiti
Africa subsahariana	50,78	7,44	70,29	Seychelles	35,19	Sierra Leone
Est Europa e ex Rep. Sovietiche	70,36	1,58	73,25	Slovenia	66,22	Turkmenistan
OCSE	76,21	1,25	78,84	Giappone	73,66	Portogallo
Mondo	65,05		78,84	Giappone	35,19	Sierra Leone

Area	TASSO ALFABETIZZAZIONE					
	media (%)	SD (%)	massimo		minimo	
			valore (%)	paese	valore (%)	paese
Asia Est	83,13	14,19	98,00	Samoa	56,50	Laos
Asia Sud	50,20	22,45	88,70	Sri Lanka	30,40	Nepal
Medio Oriente e Nord Africa	62,45	15,36	82,10	Bahrain	38,70	Marocco
America latina	84,46	13,76	99,40	Barbados	39,70	Haiti
Africa subsahariana	49,04	19,79	81,20	Rep.Sudafricana	11,40	Niger
Est Europa e ex Rep. Sovietiche	96,11	7,77	99,80	Estonia-Lettonia	77,00	Albania
OCSE	98,09	2,65	99,00	vari	87,20	Portogallo
Mondo	74,89	24,24	99,80	Estonia-Lettonia	11,40	Niger

Fonte: elaborazione ISAE su dati UNDP 2003 e World Bank, 2002.

Tab. 6

INDICATORI 2001

Area	HDI					
	media	SD	massimo		minimo	
			valore	paese	valore	paese
Asia Est	0,710	0,12	0,889	Hong Kong	0,525	Laos
Asia Sud	0,600	0,12	0,751	Maldive	0,499	Nepal-Pakistan
Medio Oriente e Nord Africa	0,702	0,12	0,839	Bahrain	0,462	Gibuti
America latina	0,759	0,08	0,888	Barbados	0,467	Haiti
Africa subsahariana	0,478	0,13	0,840	Seychelles	0,275	Sierra Leone
Est Europa e ex Rep. Sovietiche	0,779	0,05	0,881	Slovenia	0,677	Tajikistan
OCSE	0,928	0,01	0,944	Norvegia	0,892	Grecia
Mondo	0,698	0,18	0,944	Norvegia	0,275	Sierra Leone

Area	PIL pc (\$ USA PPP)					
	media	SD	massimo		minimo	
			valore	paese	valore	paese
Asia Est	7.094	7.550	24.850	Hong Kong	1.027	Myanmar
Asia Sud	2.932	1.675	6.000	Iran	1.310	Nepal
Medio Oriente e Nord Africa	8.334	6.614	20.530	Emirati Arabi Uniti	790	Yemen
America latina	6.697	3.446	16.270	Bahamas	1.860	Haiti
Africa subsahariana	2.927	3.827	17.030	Seychelles	470	Sierra Leone
Est Europa e ex Rep. Sovietiche	6.605	3.841	17.130	Slovenia	1.170	Tajikistan
OCSE	26.781	7.218	53.780	Lussemburgo	17.440	Grecia
Mondo	8.767		53.780	Lussemburgo	470	Sierra Leone

Area	ASPETTATIVA VITA					
	media	SD	massimo		minimo	
			valore	paese	valore	paese
Asia Est	67,88	7,37	79,70	Hong Kong	53,90	Laos
Asia Sud	64,34	4,80	72,30	Sri Lanka	59,10	Nepal
Medio Oriente e Nord Africa	68,82	7,64	76,30	Kuwait	46,10	Gibuti
America latina	70,54	5,41	77,90	Costa Rica	49,10	Haiti
Africa subsahariana	48,20	9,54	72,70	Seychelles	33,40	Zambia
Est Europa e ex Rep. Sovietiche	70,90	2,78	75,90	Slovenia	65,80	Kazakhstan
OCSE	78,35	1,18	81,30	Giappone	75,90	Portogallo
Mondo	65,42	12,37	81,30	Giappone	33,40	Zambia

Area	TASSO ALFABETIZZAZIONE					
	media (%)	SD (%)	massimo		minimo	
			valore (%)	paese	valore (%)	paese
Asia Est	84,47	16,31	98,70	Samoa	34,00	Vanuatu
Asia Sud	62,31	23,10	97,00	Maldive	40,60	Bangladesh
Medio Oriente e Nord Africa	72,99	12,91	90,30	Giordania	47,70	Yemen
America latina	89,29	10,55	99,70	Barbados	50,80	Haiti
Africa subsahariana	60,82	20,17	91,00	Seychelles	16,50	Niger
Est Europa e ex Rep. Sovietiche	98,10	3,24	100,00	Slovacchia-Georgia	85,30	Albania
OCSE	98,57	1,39	99,00	Vari	92,50	Portogallo
Mondo	81,23	20,42	100,00	Slovacchia-Georgia	16,50	Niger

Fonte: elaborazione ISAE su dati UNDP 2003 e World Bank 2002.

luppo dell'Africa subsahariana³¹.

L'analisi dei paesi "più globalizzati" consente di evidenziare un ulteriore aspetto negativo: i paesi dell'Africa subsahariana, oltre a collocarsi nel complesso ai margini dei processi di integrazione commerciale, sono caratterizzati da scarse *performance* di sviluppo umano ed economico anche laddove si registra un più intenso fenomeno di globalizzazione. A tale proposito vanno ricordati i casi di Costa d'Avorio, Mali, Ruanda e Zimbabwe, che, nonostante una maggiore integrazione nell'economia globale, si collocano nelle ultime posizioni della graduatoria dell'UNDP. Esprime preoccupazione in questo senso persino un'analisi sostanzialmente ottimistica degli effetti della globalizzazione in termini di riduzione della disuguaglianza mondiale, come quella di Sala-i-Martin, che riconosce i rischi di incremento della sperequazione complessiva nel caso in cui il continente africano non intraprenda un percorso di recupero nei confronti delle restanti regioni.

Per quanto riguarda l'Europa dell'Est e le ex Repubbliche Sovietiche (che mostrano i migliori risultati in termini di HDI dopo quelli OCSE), si può evidenziare, nell'intervallo temporale compreso tra il 1990 e il 2001, un loro scarso coinvolgimento nel processo di integrazione mondiale³² e un lieve rallentamento del processo di sviluppo umano ed economico. Il *gap* esistente tra tali paesi e quelli in via di sviluppo si è infatti assottigliato, soprattutto in seguito ai profondi sconvolgimenti politico-sociali seguiti alla caduta del muro di Berlino.

Tale andamento, tuttavia, non è stato omogeneo all'interno della regione; infatti, come in essa possono essere distinti due sottogruppi, quello composto dalle repubbliche dell'ex URSS e i restanti paesi dell'Est europeo.

Qualora ci si concentri unicamente sui paesi dell'Europa orientale, si nota che essi non sono stati interessati dalla summenzionata riduzione del divario di sviluppo rispetto al resto del mondo, e che le condizioni di vita delle loro popolazioni (misurate dal valore registrato dall'HDI) risultano decisamente migliori di quelle dei soli paesi dell'ex URSS³³. L'esistenza di tale polarizzazione viene, d'altronde, rilevata anche in alcuni stu-

³⁰ Per comprendere la gravità del fenomeno basta ricordare che l'AIDS dal 1981 al 2000 ha provocato, nel mondo, la morte di 22 milioni di persone, di cui 17 in Africa, e che, su 36 milioni di sieropositivi, 25 sono concentrati in Africa. Si veda più oltre per ulteriori approfondimenti.

³¹ Tali fenomeni, oltre ad inibire il miglioramento delle condizioni di vita degli individui (a causa dell'elevata mortalità, infatti, l'aspettativa di vita alla nascita in Africa non supera i 50 anni e il tasso di alfabetizzazione degli adulti è pari solo al 60,8%), impongono ai governi scelte obbligate in materia di spesa pubblica, poiché, le già scarse risorse disponibili vengono assorbite quasi totalmente dalla lotta alle gravi patologie summenzionate; si pensi a questo proposito che in Ruanda, tra il 1994 e il 2000, ben il 66% del bilancio sanitario è stato speso per contrastare l'epidemia dell'AIDS (Murru, M., 2002).

³² A questo proposito è utile osservare che in Ungheria, unica realtà dell'area in cui si sono evidenziati fenomeni di intensa globalizzazione, si è registrato un andamento soddisfacente degli indici di sviluppo umano.

di recentemente condotti³⁴, nei quali, analizzando l'andamento della disuguaglianza intra-paese, viene altresì riscontrato un aumento generalizzato della concentrazione dei redditi nei paesi di ex influenza sovietica, ma si rileva come tale aumento sia lieve nel caso dell'Est europeo e molto più deciso (e preoccupante) per le restanti realtà dell'area³⁵.

L'area del Sud Est asiatico rivela una positiva evoluzione socio-economica, con evidenti progressi sia in termini di reddito che di sviluppo umano. Sono da sottolineare, anche in questo caso, alcune chiare differenze tra la parte orientale e quella meridionale del continente asiatico, dato che mentre la prima risulta abbastanza avanzata, la seconda, nonostante abbia conseguito importanti successi, si colloca ancora tra quelle arretrate.

In quest'area si riscontra pertanto una pronunciata eterogeneità e polarizzazione relativamente alle condizioni economiche e sociali; da un lato, infatti, Laos, Myanmar, Papua Nuova Guinea e Cambogia possono essere considerate ai margini dello sviluppo e dell'integrazione mondiale, dall'altro, Hong Kong, Corea del Sud e Singapore possono ormai essere incluse non tanto tra i paesi in via di sviluppo quanto piuttosto nel gruppo dei paesi economicamente più avanzati e più globalizzati³⁶. Queste economie hanno, infatti, saputo coniugare le opportunità offerte da alcuni aspetti della globalizzazione (integrazione commerciale e finanziaria e intensa accelerazione del progresso tecnologico) con politiche tali da garantire una sostenuta crescita economica e buone ricadute sullo sviluppo umano. Lo sviluppo dei tre paesi summenzionati è stato caratterizzato, già a partire dal primo dopoguerra, da forti investimenti in istruzione, con la conseguente formazione di capitale umano adeguatamente qualificato, e, in alcuni casi, da interventi di riforma di tipo redistributivo, soprattutto in ambito agrario e fiscale; la ristrutturazione degli assetti proprietari ha, infatti, consentito di sollevare dalla povertà ampie fasce della popolazione, e l'introduzione di alcune forme di prelievo, come quelle applicate sulla ricchezza, ha caratterizzato in senso progressivo il sistema tributario³⁷.

³³ Il valore medio dell'HDI per il 2001, per i soli paesi dell'Est europeo, è pari a 0,800, rispetto allo 0,764 registrato per le ex Repubbliche Sovietiche. Anche in termini di PIL pro capite (5.136\$ USA espressi in PPP per le ex Repubbliche Sovietiche e 8.471\$ USA per i soli paesi europei) e di aspettativa di vita (rispettivamente 69,8 e 72,5 anni) la situazione è diversa. La differenza tra i valori medi dell'HDI tra i due gruppi di paesi era rilevabile già a inizio periodo, tuttavia il divario di sviluppo (sia economico che umano) è progressivamente aumentato a partire dal 1990.

³⁴ Cornia e Kiiski (2001) e Sala-i-Martin (2002).

³⁵ Cornia e Kiiski (2001) rilevano che tali andamenti sono stati il frutto dei differenti indirizzi di politica economica attuati per affrontare la difficile fase della transizione verso l'economia di mercato. Nei paesi dell'Europa orientale si sono mantenuti (seppur in maniera ridotta rispetto al passato) gli istituti di stato sociale in grado di proteggere gli individui da *shock* interni ed esterni, mentre nelle ex Repubbliche Sovietiche è stato fortemente ridimensionato il sistema di protezione sociale.

³⁶ Hong Kong, Corea del Sud e Singapore si collocano tra i primi trenta paesi nella classificazione elaborata dall'UNDP e presentano livelli di reddito pro capite simili a quelli rilevati in alcuni fra i più ricchi stati OCSE (Germania, Francia e Svezia).

Nell'area dell'Asia orientale è possibile individuare un ulteriore gruppo di paesi collocato, in termini di sviluppo, tra i due estremi appena descritti e composto dalle economie emergenti di Filippine, Malesia e Thailandia, le quali, sebbene risultino pienamente integrate nei processi di globalizzazione e presentino livelli di sviluppo umano medio-alti, sembrano trovarsi in un periodo di rallentamento del loro processo di avanzamento socio-economico. Tale fenomeno è rivelato sia dalla posizione da essi occupata nella graduatoria dell'HDI, che risulta lievemente peggiorata nell'intervallo temporale compreso tra il 1990 e il 2001, sia dall'andamento di alcuni indicatori di disuguaglianza, che, dopo la diminuzione registrata fino agli anni ottanta, si mostrano in leggero aumento a partire dalla fine dello stesso periodo. Alcuni studi recenti³⁸ hanno interpretato il nuovo intensificarsi della concentrazione dei redditi come il risultato della realizzazione, a partire dagli anni ottanta, di politiche di liberalizzazione, accompagnate da un ridimensionamento dell'intervento pubblico in economia e da un contenimento dei meccanismi redistributivi; l'offerta di incentivi, volti a stimolare lo sviluppo del settore finanziario e assicurativo, ha determinato un incremento della quota di reddito percepita dai possessori delle attività suddette. E' tuttavia da sottolineare che, a fronte di una lieve ripresa dell'indicatore di disuguaglianza, la sostenuta crescita sperimentata da questi paesi nell'intervallo temporale considerato ha consentito di ridurre in modo considerevole l'incidenza della povertà assoluta.

Nell'ambito della valutazione delle condizioni di vita nei PVS, la Cina, il paese di gran lunga più popoloso al mondo, merita un'analisi autonoma³⁹. Nonostante i notevoli e sostanziali progressi conseguiti, la Cina è caratterizzata da profonde contraddizioni. Da un lato, nell'intervallo temporale compreso tra il 1990 e il 2001, essa ha sperimentato sostenuti ritmi di crescita economica (il tasso di incremento del PIL pro capite è stato pari a quasi il 9% annuo), ha ottenuto ragguardevoli risultati in termini di integrazione (è stata classificata dalla Banca Mondiale al primo posto tra i paesi più globalizzati) e ha conseguito importanti successi nella lotta alla povertà economica e umana (il valore dell'HPI è passato dal 19% del 1997 al 14,2% del 2001 ed il tasso di analfabetismo si è ridotto di quasi tre punti percentuali). Dall'altro lato, tuttavia, a fronte dei successi summenzionati, va rilevato come la Cina presenti un peggioramento della sua posizione nella graduatoria di sviluppo umano stilata dall'UNDP e sia inoltre caratterizzata da profonde sperequa-

³⁷ Cornia e Kiiski (2001).

³⁸ Si veda a tale proposito Jomo (2002).

³⁹ La Cina, per via delle caratteristiche demografiche, è in grado di condizionare i risultati delle analisi relative alla crescita economica e della disuguaglianza dell'intero insieme dei paesi più arretrati, come soprammenzionato. A questo proposito è utile ricordare che, laddove essa sia inclusa nell'analisi, si rileva una riduzione di 5 punti percentuali della povertà assoluta nei PVS nel periodo tra il 1990 e il 1998, mentre se è esclusa, tale riduzione risulta essere di soli due punti. (World Bank, 2001). Per una descrizione dell'evoluzione della povertà si veda World Bank (1990).

zioni, soprattutto per quanto riguarda la distribuzione dei redditi tra aree urbane e rurali e tra zone costiere e interne⁴⁰.

E' necessario sottolineare che tali contrastanti *performance* vanno valutate in riferimento ad una realtà nazionale che da sola raccoglie più di un sesto dell'intera popolazione mondiale, contenendo e sintetizzando le principali contraddizioni che si possono sperimentare a livello globale.

Per terminare l'analisi dei paesi asiatici, si devono considerare quelli collocati nell'area meridionale. L'Asia del Sud, come inizialmente anticipato, occupa, assieme all'Africa subsahariana, gli ultimi posti della classifica relativa all'HDI, ma, diversamente da quella, ha intrapreso un cammino di sviluppo umano ed economico, riducendo, tra il 1990 e il 2001, il divario nelle principali dimensioni di benessere con le aree più avanzate⁴¹. Nonostante presentino ancora livelli di privazione umana e di povertà assoluta elevati, i paesi dell'Asia meridionale hanno sperimentato alcuni incoraggianti (sebbene ancora limitati) successi in termini di riduzione di detti livelli. A questo proposito si può ricordare che la percentuale della popolazione che si trova al di sotto della soglia di povertà assoluta si è ridotta, tra il 1990 e il 1998, dal 44% al 40%⁴² (World Bank, 2001) e che il livello dell'HPI per l'area è diminuito di 5 punti percentuali tra il 1997 e il 2001).

Tuttavia, risulta interessante osservare che Bangladesh, India e Nepal (i tre paesi dell'area inclusi nel Rapporto del 2003 della Banca Mondiale tra i "più globalizzati") hanno registrato un peggioramento della loro posizione nella graduatoria UNDP nella prima parte del periodo di osservazione, ma hanno mostrato un recupero negli ultimi anni.

Per quanto riguarda l'India⁴³, è utile ricordare che a partire dagli anni novanta (caratterizzati da misure di liberalizzazione dell'attività economica, tagli alla spesa per sussidi ai poveri e per le opere infrastrutturali), dopo un periodo di riduzione, il grado di disuguaglianza ha ripreso a crescere, a causa soprattutto della progressiva concentrazione dei redditi nelle aree urbane e della diversa distribuzione delle risorse tra gli stati indiani.

⁴⁰ Cornia e Kiiski confermano per la Cina un andamento ad "U" del grado di disuguaglianza interno, con una prima fase di riduzione fino alla metà degli anni ottanta, seguita da un successivo aumento. Gli autori evidenziano come lo stadio del ridimensionamento della sperequazione sia stato caratterizzato da interventi volti a ridurre le iniquità esistenti per quanto riguarda l'accesso all'istruzione e alla terra, nonché dall'introduzione di iniziali forme di protezione sociale.

⁴¹ E' interessante sottolineare che la distanza tra i paesi dell'Asia meridionale e le aree più sviluppate risulta diminuita in termini di HDI e di aspettativa di vita, mentre è aumentata per quanto riguarda il dato relativo al PIL pro capite.

⁴² In termini assoluti tale riduzione può non apparire come un successo, considerando che l'area parte da un livello elevatissimo; tuttavia, se compariamo questo risultato con quello dell'Africa subsahariana, che, partendo da condizioni iniziali simili, ha ridotto di un solo punto la percentuale di popolazione in condizioni di povertà assoluta, il progresso può essere ritenuto considerevole.

⁴³ Si veda Ravallion e Datt (2001) e Dutt e Rao (2000).

Per quanto riguarda i paesi del medio oriente e del Nord Africa⁴⁴, è possibile evidenziare un loro scarso coinvolgimento nel processo di integrazione economica (la sola Giordania viene inclusa tra i paesi “più globalizzati”). Il quadro complessivo dell’area risulta in media abbastanza positivo, sebbene siano presenti profonde contraddizioni, sia in termini di reddito pro capite (si noti infatti lo stridente contrasto nel 2001 tra il dato relativo agli Emirati Arabi Uniti, ed in generale i paesi produttori di petrolio, e quello dello Yemen), sia in termini delle dimensioni non economiche dello sviluppo (il massimo grado di alfabetizzazione, pari al 90%, si riscontra in Giordania mentre il minimo, pari al 47,7%, è relativo allo Yemen).

L’ultima regione da considerare è l’America latina, che comprende un vasto numero di realtà fortemente disomogenee sia da un punto vista economico che sociale. L’area presenta, tuttavia, un quadro generale di livello intermedio in relazione alle dimensioni socio-economiche, come evidenziano i principali indicatori di sviluppo umano e di privazione.

La disomogeneità dell’area latinoamericana può essere, d’altronde, riscontrata anche all’interno del più ristretto gruppo dei paesi che rientrano tra quelli “più globalizzati”, dal momento che, come si evince nella tabella 2, vi sono comprese nazioni nettamente diverse sia in termini di dimensione economica che demografica; è tuttavia da rilevare un sostanziale miglioramento della posizione di questi stati in relazione alla graduatoria UNDP nel periodo compreso tra il 1997 e il 2001.

UN APPROFONDIMENTO SULLE COMPONENTI NON ECONOMICHE DELLO SVILUPPO UMANO

Si è visto che lo sviluppo umano è un fenomeno complesso⁴⁵, difficile da misurare proprio perché comprende molti aspetti/dimensioni: buone condizioni di vita materiale, accesso alle cure mediche, scolarizzazione, equità nella distribuzione dei redditi e tra generi. La letteratura economica e sociale è ricca di studi che documentano la relazione tra scolarizzazione e benessere⁴⁶ e tra scolarizzazione e stato di salute della popolazione⁴⁷. Si ritiene che l’investimento in istruzione possa generare sviluppo

⁴⁴ Per un’analisi delle condizioni dei paesi arabi si veda UNDP (2002).

⁴⁵ Cfr. Todaro (1993) e Human Development Report dal 1990 al 2003.

⁴⁶ Cfr. Psacharopoulos (1984), Mankiw, Romer e Weil (1992), Barro (1997), Behrman, Foster, Rosenzweig e Vashishtha (1999) e Appleton (2000).

⁴⁷ Cfr. Cleland e Van Ginneken (1988), Streatfield, Singarimbun e Diamond (1990) e Muhuri (1995).

economico in quanto favorisce un più corretto utilizzo delle risorse umane e naturali e maggiori capacità dei lavoratori di adottare innovazioni tecnologiche, sia in campo agricolo che industriale. Assicurare un'educazione di base, nei paesi meno avanzati, significa inoltre fornire alla popolazione uno strumento efficace al fine del superamento di condizioni di vulnerabilità e di deprivazione dei diritti. La presenza di una forza lavoro istruita è ritenuta una delle determinanti dello sviluppo economico di alcuni paesi asiatici, per i quali è stato cruciale saper adattare le tecnologie esistenti alle proprie esigenze⁴⁸. Bassi tassi di scolarizzazione, al contrario, generalmente sono alla base di circoli viziosi che facilitano il protrarsi di situazioni di sottosviluppo: in un'economia arretrata vi è difficoltà a produrre e a imitare o adattare processi tecnologici già utilizzati in altre economie⁴⁹. I risultati di indagini condotte in Africa subsahariana (Appleton, 2000) mostrano che anche in paesi molto poveri un maggior numero di anni di istruzione produce rendimenti positivi in termini di salari e produttività dei lavoratori e, inoltre, genera esternalità positive per le persone che, pur non avendo investito nella formazione in istruzione, usufruiscono indirettamente del più elevato livello di conoscenze diffusi nella comunità di appartenenza.

Un recente Rapporto della Banca Mondiale (World Bank, 2001a) sostiene che le iniziative, anche non istituzionali, sviluppatasi in alcuni paesi arretrati, e volte a sradicare l'analfabetismo tra i giovani e nella popolazione adulta attraverso forme di insegnamento impartito al di fuori del sistema scolastico, hanno avuto il merito di dimostrare che l'acquisizione delle capacità di leggere e scrivere e di alcune abilità di base si riflette nel breve-medio periodo in un aumento del reddito familiare, nel miglioramento dello stato di salute della popolazione, in un più efficiente sfruttamento delle risorse naturali offerte dal territorio in cui hanno avuto luogo questi programmi.

La diffusione delle conoscenze è risultata cruciale soprattutto in campo igienico sanitario. È più probabile, infatti, che genitori con un più elevato livello di istruzione adottino cure e metodi più adeguati nell'allevare i propri figli⁵⁰. Indagini sulle famiglie svolte nei paesi in via di sviluppo (World Bank, 2001a) documentano che la mancanza di informazioni sui benefici prodotti dalle vaccinazioni sulla salute dei bambini costituisce una delle ragioni per cui le donne non vaccinano i propri figli (India PRSP⁵¹), che è meno probabile che le donne povere e poco istruite siano a conoscenza dei meccanismi di trasmissione tramite rapporti sessuali dell'HIV/AIDS (Tanzania PRSP), che in alcuni casi la causa principale della cattiva alimentazione dei bambini non è l'effettiva mancanza di

⁴⁸ Cfr. Lodde (2000).

⁴⁹ Cfr. Lucas (1988) e Nelson e Phelps (1996).

⁵⁰ Cfr. Frenzen e Hogan (1982).

⁵¹ Poverty Reduction Strategy Papers.

cibo, ma la dieta alimentare poco adatta all'età (Mozambico PRSP). Nei paesi in via di sviluppo i vantaggi dell'investimento in istruzione sembrano particolarmente elevati per l'istruzione di base e per le donne⁵². L'istruzione fornisce a queste ultime le conoscenze necessarie per prevenire, riconoscere, curare le malattie dei propri figli⁵³ e per farli crescere in un ambiente più salubre e meno esposto al rischio di malattie legate alla mancanza di igiene; questi aspetti si concretizzano nella riduzione della mortalità infantile, nel miglioramento delle condizioni di vita familiari e nell'aumento dell'aspettativa di vita.

In un recente studio (Psacharopoulos e Patrinos, 2002) su 98 paesi a diversi livelli di sviluppo economico è stato stimato che un anno aggiuntivo di istruzione genera rendimenti medi più elevati nei paesi a basso e medio reddito piuttosto che in quelli a reddito elevato⁵⁴. In particolare, le differenze tra paesi poveri e ricchi sembrano essere marcate per quanto riguarda un anno aggiuntivo di scolarizzazione primaria e secondaria, mentre per il livello di istruzione superiore al secondo il divario tende a chiudersi. Si distinguono per rendimenti superiori alla media i paesi dell'America latina, i Caraibi e l'Africa subsahariana. Al contrario, i risultati più bassi si registrano nei paesi Europei non appartenenti all'OCSE, nel Centro Est e nel Nord Africa. Inoltre, emerge che complessivamente le donne traggono un beneficio maggiore rispetto agli uomini.

L'investimento in istruzione è visto dunque come un potenziale motore della crescita e dello sviluppo umano, che può mettere in moto tutti i meccanismi sopra descritti e generare esternalità positive, anche se i canali attraverso cui la dotazione di capitale umano influenza la dinamica economica e sociale, sia nel mondo industrializzato che in quello in via di sviluppo, sono ancora ampiamente dibattuti. Soprattutto per quanto riguarda la relazione tra scolarizzazione e sviluppo economico, non è ancora chiaro quale sia la direzione casuale tra le due variabili, e in particolare se i più elevati tassi di istruzione non siano una conseguenza, piuttosto che la causa, di un maggiore sviluppo economico. Si può ritenere che un paese economicamente sviluppato utilizzi in campo agricolo, manifatturiero e industriale tecnologie più avanzate, che richiedono una forza lavoro più istruita, e quindi accresca la domanda di personale con livelli di istruzione più elevata. Dunque, soprattutto per quanto riguarda la scolarizzazione a livello secondario, se da una

⁵² Cfr. Behrman (1994) e Behrman, Foster, Rosenzweig e Vashishtha (1999).

⁵³ Lo studio effettuato da Streatfield, Singarimbun e Diamond (1990) si propone di mostrare che a parità di servizi sanitari offerti le donne più istruite si rivolgono più frequentemente ai servizi sanitari, hanno maggiori capacità di mettere in pratica le informazioni ricevute per curare i bambini, conoscono quali sono le malattie che possono essere prevenute attraverso le vaccinazioni, l'età in cui ogni vaccinazione può essere eseguita e la periodicità con cui vanno fatti i richiami. Nell'analisi viene posta a verifica l'ipotesi che la sopravvivenza dei bambini aumenti all'aumentare dell'istruzione materna. Con riferimento ai paesi in via di sviluppo Cleland e Van Ginneken (1988) riscontrano che mediamente un anno aggiuntivo di istruzione per le donne è associato ad un declino tra il 7% e il 9% della mortalità infantile.

⁵⁴ Per un'analisi dei rendimenti dell'istruzione nei paesi sviluppati si può vedere Wagner e Lorenz (1988), OECD (1998) e ISAE (2002).

parte una popolazione più istruita genera redditi pro capite più elevati, d'altra parte più alti sono i rendimenti legati all'investimento in istruzione, maggiore è la profittabilità dell'investimento stesso e quindi la propensione delle famiglie a fare sacrifici per istruire i propri figli.

Tuttavia, non sempre le politiche volte alla diffusione della scolarizzazione secondaria e terziaria hanno avuto gli effetti desiderati: un caso è quello dell'Egitto, paese in cui il grande aumento dei tassi di scolarizzazione secondaria e terziaria negli anni settanta e ottanta non è stato accompagnato da una crescita in termini di sviluppo economico; o l'Africa subsahariana che, nonostante l'elevata crescita dei livelli di istruzione nel periodo tra 1960 e il 1987, ha registrato, negli stessi anni, un basso incremento del reddito pro capite⁵⁵.

Anche sul legame tra miglioramento dello stato di salute della popolazione e aumenti del reddito pro capite si è aperto un dibattito che tende ad enfatizzare l'esistenza di una relazione di causalità a doppio senso. Infatti, se è convinzione comune che i paesi più ricchi godano di migliori condizioni di salute, investano più risorse nella prevenzione e cura delle malattie e siano in grado di fornire servizi di assistenza sanitaria di più elevata qualità, va anche considerato che le cattive condizioni di salute di una popolazione (che si manifestano con alti tassi di mortalità infantile, elevata diffusione di malattie infettive e bassa aspettativa di vita) si ripercuotono sia sulla qualità che sulla quantità del lavoro offerto, causando una diminuzione della produttività media della forza lavoro ed esercitando un'influenza negativa sulla crescita del reddito nazionale.

Un'altra interpretazione del rapporto causale che muove dallo stato di salute verso il reddito pro capite si basa sul fatto che una aspettativa di vita media più lunga può stimolare l'investimento in istruzione, aumentando l'ammontare atteso di reddito futuro da lavoro⁵⁶.

Al fine di esplorare orientativamente le principali relazioni tra le varie dimensioni dello sviluppo umano (benessere economico, scolarizzazione, stato di salute e condizioni igienico sanitarie) e l'influenza che su alcuni di questi aspetti può avere la spesa pubblica in istruzione e sanità, ricorriamo alla matrice presentata nella tabella 7, che riporta i coefficienti di correlazione di Pearson⁵⁷ tra i fattori in gioco.

I dati utilizzati sono principalmente quelli raccolti nel *Human Development Report - HDR 2003* - (UNDP, 2003), relativi a 175 paesi. Le variabili ritenute più idonee al fine di

⁵⁵ Cfr. Lodde (2000).

⁵⁶ Cfr. Gupta e Mitra (2002) e Deaton (2003).

⁵⁷ Come è noto, il coefficiente di correlazione misura il modo in cui le variabili si "muovono assieme", e quindi è un indice di concordanza. Ciò significa non solo che tra le due variabili c'è una relazione simmetrica, ma anche che l'elevata correlazione non dipende necessariamente dall'influenza che l'una esercita sull'altra, ma potrebbe discendere dal fatto che entrambe variano simultaneamente per effetto di un terzo fattore che interviene su di loro.

sintetizzare questi quattro aspetti dello sviluppo umano sono le seguenti:

- per lo stato di salute della popolazione: la speranza di vita alla nascita⁵⁸ e il tasso di mortalità al di sotto dei cinque anni di età⁵⁹. Si presenta inoltre il tasso di fertilità, in quanto esiste una stretta relazione tra alta mortalità infantile e tendenza ad avere un numero elevato di figli, come documentato da numerosi studi⁶⁰;
- per il benessere economico: il PIL pro capite espresso in termini di parità di potere d'acquisto con la moneta statunitense e l'indice di concentrazione del Gini⁶¹;
- per la diffusione della scolarizzazione: il tasso di alfabetizzazione della popolazione in età superiore ai quindici anni⁶², il tasso di iscrizione netto alle scuole primarie⁶³, il tasso di iscrizione netto alle scuole secondarie, il tasso di iscrizione (lordo)⁶⁴ alle scuole primarie, secondarie e terziarie e il rapporto tra donne e uomini nei tassi di alfabetizzazione;
- per le condizioni igienico sanitarie: il personale medico⁶⁵, l'accesso ai servizi igienici⁶⁶ e l'accesso all'acqua⁶⁷.

Quanto alla spesa in sanità e istruzione si è fatto riferimento a:

- la percentuale di spesa pubblica in istruzione sul PIL⁶⁸ e in seguito si utilizzerà anche il rapporto tra il livello della stessa spesa e il numero di individui sotto i quindici anni di età;
- la spesa sanitaria pro capite e la spesa sanitaria pubblica e privata come percentuale del PIL.

⁵⁸ La speranza di vita media alla nascita, secondo la definizione data dal Rapporto HDR 2003, corrisponde al numero di anni che un individuo vivrebbe se i tassi di mortalità per classi di età rimanessero costanti nel corso della sua vita.

⁵⁹ Il tasso di mortalità sotto i cinque anni di età, corrisponde alla probabilità di morire tra la nascita e il compimento dei primi cinque anni di vita.

⁶⁰ Cfr. Palloni e Rafalimanana (1997) e Preston (1978).

⁶¹ Si è deciso di includere questa variabile in quanto essa fornisce un'informazione sulla più o meno equa distribuzione della ricchezza economica all'interno dei paesi. Poiché si tratta di un Indice di concentrazione, 0 rappresenta perfetta uguaglianza nella distribuzione dei redditi, 1 massima ineguaglianza.

⁶² Percentuale di analfabeti tra la popolazione in età superiore ai 15 anni. Nel Rapporto HDR 2003, il tasso di alfabetizzazione è definito come la percentuale di persone capaci di scrivere, leggere e capire semplici rapporti.

⁶³ Si fa riferimento al tasso di iscrizione netto. Questo indice è ottenuto come rapporto tra il numero di studenti iscritti ad un dato livello di istruzione, che hanno l'età anagrafica per quel livello, e il totale della popolazione che si trova in quel momento nella stessa fascia di età. La definizione è quella data dal Rapporto HDR 2003.

⁶⁴ Numero di studenti iscritti alle scuole primarie, secondarie e di livello superiore in rapporto alla popolazione nella classe di età prevista per l'iscrizione ad ogni livello. Può accadere che il tasso di iscrizione lordo sia maggiore del 100% per la presenza di ripetenti o di persone che si iscrivono in età precoce o in ritardo.

⁶⁵ Numero di laureati in medicina o persone che lavorano in campo medico inclusi insegnanti, ricercatori e tirocinanti, per 100.000 persone.

La correlazione dei diversi indicatori di istruzione e sanità con il PIL pro capite, complessivamente moderata, mostra i segni attesi, ed è più intensa nel caso del tasso di iscrizione alle scuole secondarie rispetto alle primarie (0,66 contro 0,42). Il tasso di iscrizione alle secondarie mostra anche una certa correlazione con l'indice di concentrazione, questa volta negativa (-0,53). Una più elevata disuguaglianza nella distribuzione dei redditi sembra essere anche lievemente associata ad un peggior stato di salute.

La parte della matrice in cui si incrociano i diversi indicatori di istruzione mostra evidentemente coefficienti elevati; vale la pena di sottolineare la correlazione, piuttosto forte, tra livelli di scolarizzazione, e soprattutto di alfabetizzazione, e omogeneità di quest'ultimo indicatore tra i generi femminile e maschile. Quanto alle associazioni tra i diversi parametri considerati per lo stato di salute, ciò che conviene rilevare è la stretta concordanza tra tasso di mortalità e di fertilità, nonché quella negativa tra quest'ultimo e la speranza di vita.

Piuttosto interessante appare l'esame del settore in cui si incontrano le variabili relative a istruzione e sanità, dove si riscontrano coefficienti sempre elevati. In particolare, la correlazione con gli indicatori di salute è più forte per i tassi di iscrizione alle scuole secondarie. Il tasso di alfabetizzazione è associato soprattutto con la fertilità, e poi con la mortalità sotto i cinque anni.

Passando all'accesso ai servizi, la concordanza con gli indicatori di salute è discreta, soprattutto con riguardo alla possibilità di procurarsi acqua potabile in maniera relativamente agevole e alla presenza di personale medico.

La spesa per istruzione, calcolata in rapporto al PIL, non evidenzia una significativa correlazione con gli indicatori di alfabetizzazione e scolarizzazione. Più elevata, ma sempre moderata, è l'associazione tra spesa sanitaria, questa volta in termini pro capite, e indicatori di stato di salute.

In definitiva, i coefficienti di Pearson presentati in tabella 7, pur nei limiti della loro capacità esplicativa, che non consente di individuare i rapporti di causalità tra le variabili, sostanzialmente offrono risultati coerenti con le indicazioni della letteratura, riportate sinteticamente nel primo paragrafo. Di seguito le relazioni saranno analizzate in maggior dettaglio.

⁶⁶ Percentuale della popolazione con adeguato accesso a servizi igienici, come connessione a impianti fognari o a una cisterna settica, che dispone di una latrina, eccetera. Secondo la definizione data nel Rapporto HDR 2003, un sistema igienico è considerato adeguato se effettivamente previene la contaminazione oro-fecale.

⁶⁷ Percentuale della popolazione che ha accesso a fonti di erogazione di acqua potabile quali connessione nelle case, o fonte pubblica. Secondo la definizione del Rapporto HDR 2003 una persona ha un adeguato accesso all'acqua se ha una disponibilità giornaliera minima di 20 litri da una fonte che si trovi al massimo ad un chilometro di distanza dalla sua abitazione.

⁶⁸ Per molti paesi in via di sviluppo non si dispone del dato sulla spesa per istruzione pro capite.

Tab. 7 MATRICE DELLE CORRELAZIONI TRA INDICATORI DELLO STATO DI SALUTE, DI REDDITO, SCOLARIZZAZIONE E SANITA'

Coefficiente di Correlazione di Pearson	PIL pro capite	Indice del Gini	Tasso di alfabetiz.	Tasso di iscrizione scuole primarie	Tasso di iscrizione scuole secondarie	Tasso di iscrizione pri-sec-ter	Tasso di alfabetiz. F/M	Speranza di vita alla nascita	Tasso di mortalità sotto i 5anni	Tasso di fertilità	Accesso all'acqua (1)	Accesso ai servizi igienici (1)	Personale medico	% spesa pubblica in istruzione su PIL	Spesa sanitaria pro capite
	Reddito			Scolarizzazione				Sanità			Accesso ai servizi			Spesa	
Tasso di alfabetizzazione	0,51			0,709	0,768	0,739	0,892	0,693	-0,774	-0,811				0,306	
Tasso di iscrizione scuole primarie	0,421	-0,269	0,709		0,689	0,8	0,644	0,659	-0,735	-0,689				0,253	
Tasso di iscrizione scuole secondarie	0,664	-0,534	0,768	0,689		0,781	0,647	0,815	-0,812	-0,848				0,33	
Tasso di iscrizione pri-sec-ter	0,58	-0,279	0,772	0,8	0,781		0,688	0,665	-0,716	-0,707				0,323	
Tasso di alfabetizzazione F/M	0,458	"	0,892	0,644	0,647	0,688		0,557	-0,699	-0,729					
Aspettativa di vita alla nascita	0,61	-0,483	0,693	0,659	0,815	0,705	0,557		-0,925	-0,818	-0,6188	-0,555	0,626	0,276	0,555
Tasso di mortalità sotto i 5anni	-0,571	0,402	-0,774	-0,735	-0,812	-0,716	-0,699	-0,925		0,858	-0,62	-0,555	0,588		-0,504
Tasso di fertilità	-0,5488	0,437	-0,811	-0,689	-0,848	-0,707	-0,729	-0,818	0,858				-0,716		

Fonte: elaborazione ISAE su dati UNDP 2003.

(1) Per le variabili accesso all'acqua e accesso ai servizi sanitari i coefficienti di correlazione sono relativi ai soli paesi in via di sviluppo.

Istruzione

Per facilitare la descrizione degli indicatori, di seguito i paesi sono ripartiti in tre gruppi⁶⁹, secondo il valore assunto dal PIL pro capite: oltre \$9.000 (alto reddito), tra \$3.000 e \$9.000 (medio reddito), inferiore a \$3.000 (basso reddito).

Cominciando dall'istruzione, conviene preliminarmente osservare che le medie relative ai tassi di scolarizzazione devono essere valutate con una certa cautela, per il numero consistente di dati mancanti, soprattutto nei paesi a reddito medio e basso⁷⁰. Si osserva inoltre che il tasso di iscrizione fornisce una informazione limitata sulla quota di persone che gode effettivamente di una preparazione a livello elementare o superiore, poiché non offre indicazioni su quanti hanno concluso i vari cicli scolastici e la quota di abbandoni⁷¹, soprattutto nei paesi più poveri, è elevata.

La percentuale degli alfabetizzati (Tab. 8) nella popolazione di età superiore ai 15 anni passa dal 94,5%, in media, nel gruppo ad alto reddito, al 63,2% nell'ultimo gruppo. In quest'ultimo la variabilità è più elevata⁷².

Tab. 8 TASSI DI ALFABETIZZAZIONE PER FASCE DI REDDITO

Paesi	Tassi di alfabetizzazione (15 anni o più)		Tassi di alfabetizzazione (15-24 anni)	
	Maschi e Femmine	Femmine	Maschi e Femmine	Femmine
	<i>Valori medi (%) 2000-2001</i>			
Alto reddito (>9.000\$)	94,5	92,5	98,4	97,6
Medio reddito (3.001\$-9.000\$)	87,4	84,6	95,0	94,0
Basso reddito (<\$3.000)	63,2	55,4	75,4	70,3

Fonte: elaborazione ISAE su dati UNDP 2003.

La quota di donne alfabetizzate è più contenuta in tutte e tre le fasce di reddito, ma soprattutto nelle nazioni più povere.

⁶⁹ Le elaborazioni di seguito presentate sui dati del Rapporto HDR 2003, relative alle variabili tassi di analfabetismo, tassi di iscrizione alle scuole, aspettativa di vita alla nascita, tassi di mortalità, accesso all'acqua, accesso ai servizi sanitari, accesso ai servizi igienici, ineguaglianza nella distribuzione dei redditi e tra generi, sono delle semplici medie dei valori registrati nei singoli paesi, dunque non sono ponderate per la numerosità della popolazione, per i motivi già chiariti (si veda la nota 26).

⁷⁰ Le medie potrebbero essere distorte verso l'alto, in quanto i paesi che non forniscono i dati sono spesso quelli meno avanzati. In seguito verrà indicato nelle tabelle il numero di osservazioni mancanti solamente per le variabili per le quali si ritiene che l'aver utilizzato dati non completi possa avere causato una qualche non irrilevante distorsione nei valori medi (dati mancanti superiori a 5).

⁷¹ Numerosi studi documentano la presenza di alti tassi di abbandono in tutti i cicli scolastici nei paesi in via di sviluppo. In Ahuja e Filmer (1995) emerge che il tasso di abbandono delle scuole primarie nel 1995 assumeva valori molto elevati in America latina e Carabi, con percentuali di poco inferiori al 45%, in Sud Africa (40% circa) e in Africa subsahariana (tra il 30 e il 35%). Si veda, tra gli altri, *Education for All* (2001).

⁷² La deviazione *standard* dei tassi di alfabetizzazione nei paesi a basso reddito è 21,7 contro 6,7 nei paesi a alto reddito.

Se si considerano solo i giovani⁷³ (15-24 anni), il tasso di alfabetizzazione risulta più elevato in tutti i gruppi e il gap tra paesi ricchi e poveri si riduce, così come quello tra uomini e donne, segnalando il miglioramento progressivo che si sta realizzando a partire dalle ultime generazioni.

La tabella 9 riporta i tassi di iscrizione netti alle scuole primarie e secondarie nei tre gruppi di paesi e quello lordo complessivo di tutti e tre i livelli di istruzione.

Guardando a quest'ultimo, che rappresenta una misura complessiva del grado di partecipazione della popolazione al sistema scolastico (l'unica statistica completa sull'istruzione di cui disponiamo per i 175 paesi), si riscontra che il valore medio, per i paesi appartenenti alla fascia più ricca, è quasi doppio rispetto a quello degli stati più poveri (83% contro 49%).

Se si analizza la distribuzione per zone geografiche, si osserva che quelle dove l'analfabetismo è più diffuso tra gli adulti (età superiore ai 15 anni) sono principalmente

Tab. 9 TASSI DI ISCRIZIONE ALLE SCUOLE PRIMARIE SECONDARIE E TERZIARIE PER FASCE DI REDDITO

Paesi	Tassi di iscrizione alle scuole:		
	Primarie	Secondarie	Primarie secondarie e terziarie
	<i>Valori medi (%) 2000-2001</i>		
Alto Reddito (>9.001\$)	93,7	80,8	83,0
<i>Numero di osservazioni sul totale dei paesi</i>	<i>(48 su 55)</i>	<i>(45 su 55)</i>	
Medio Reddito (3.001\$-9.000\$)	92,5	61,1	73,4
<i>Numero di osservazioni sul totale dei paesi</i>	<i>(51 su 58)</i>	<i>(42 su 58)</i>	
Basso Reddito (<\$3.000)	69,2	30,5	48,8
<i>Numero di osservazioni sul totale dei paesi</i>	<i>(51 su 61)</i>	<i>(37 su 61)</i>	

Fonte: elaborazione ISAE su dati UNDP 2003.

l'Africa subsahariana, alcuni paesi medio orientali, il Nord Africa e l'Asia del Sud. All'interno di queste macro-zone si registrano picchi elevatissimi in stati quali il Niger (83%), il Burkina Faso (75%), il Mali (74%), il Vanuatu (66%). Il grafico 3 mostra come le modeste correlazioni tra la percentuale di alfabetizzati nella popolazione adulta e il PIL pro capite (coefficiente di correlazione tra le due variabili pari a 0,51), e tra quest'ultimo e il tasso di iscrizione alle scuole primarie, già evidenziate in tabella 7 (coefficiente di correlazione di 0,42), emergano da relazioni molto irregolari tra le variabili. In particolare, nella fascia a basso reddito, che comprende essenzialmente l'Africa subsahariana, la variabilità dei tassi di alfabetizzazione e di iscrizione alle scuole primarie è molto elevata⁷⁴. Alcuni degli stati con i risultati più sfavorevoli hanno in comune il fatto di aver appena attraversato o di trovarsi ad affrontare crisi politiche e conflitti armati, che non

⁷³Nel Rapporto HDR 2003 il tasso di alfabetizzazione giovanile è definito come la percentuale di popolazione alfabetizzata di età compresa tra i 15 e 24 anni in percentuale del totale della popolazione nella stessa fascia di età.

hanno consentito lo sviluppo di un sistema d'istruzione efficiente⁷⁵.

Nell'Asia del Sud l'analfabetismo è molto diffuso (con tassi superiori al 50%) solamente nei paesi più poveri (Bangladesh, Nepal, Bhutan). Nel gruppo a reddito medio la variabilità degli indicatori si riduce e il tasso di alfabetizzazione oscilla approssimativamente tra il 70% e il 100%, mentre i tassi di iscrizione alle scuole primarie sono concentrati nell'intervallo tra l'80% e il 100 per cento. I paesi della fascia alta di reddito mostrano tassi di alfabetizzazione sempre superiori al 90% e un ampio accesso all'istruzione primaria, tranne quelli medio orientali e del Nord Africa, tra i quali alcuni (principalmente i paesi esportatori di petrolio) presentano risultati meno brillanti⁷⁶. Più regolare è la relazione tra tassi di iscrizione alle scuole secondarie e reddito pro capite (vedi Graf. 3), che mostra un coefficiente di correlazione pari a 0,69 (Tab. 7). È interessante notare che i Paesi dell'Europa dell'Est e delle ex Repubbliche Sovietiche registrano tassi di scolarizzazione secondaria particolarmente elevati rispetto ad altre nazioni con pari reddito pro capite; al contrario, i paesi dell'Africa subsahariana si distinguono per tassi molto bassi in tutte e tre le fasce di reddito.

Tra i più ricchi, si caratterizzano per i risultati poco brillanti alcuni paesi Arabi (Oman, Kuwait, Arabia Saudita, Emirati Arabi Uniti), il Sud Africa e la Guinea Equatoriale⁷⁷.

La tabella 10 presenta i dati medi per fascia di reddito e per area geografica della quota di spesa pubblica per istruzione rispetto al PIL. Tale quota fornisce una misura del-

⁷⁴ Paesi come Zambia e Burkina Faso (reddito pro capite estremamente contenuto e pari rispettivamente a 780\$ e 1.120\$) presentano tassi di analfabetismo rispettivamente pari al 79% e al 24,8 per cento. Inoltre in Africa subsahariana (a cui appartengono 28 paesi su 36 a reddito basso di cui è disponibile il dato sull'istruzione) vi sono sia nazioni come l'Uganda, il Malawi, il Ruanda e il Togo, in cui vi è un accesso quasi di massa (superiore al 90%) alle scuole primarie, sia stati come l'Angola, l'Eritrea, il Burkina Faso, la Guinea Equatoriale, la Tanzania, l'Etiopia, il Mali, il Congo e il Niger, in cui più della metà dei bambini non riceve alcun tipo di istruzione primaria.

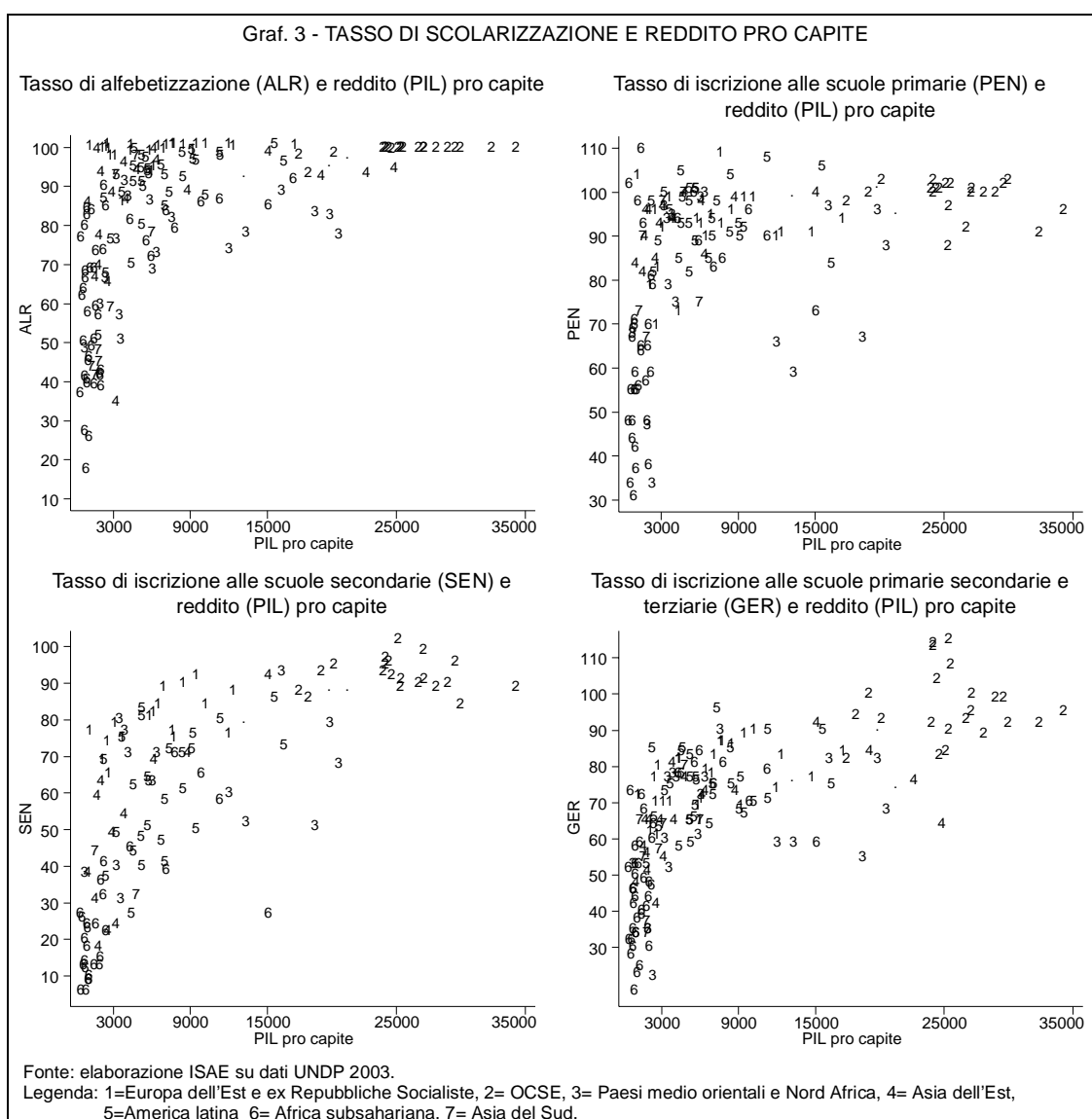
⁷⁵ Per cercare di garantire il diritto all'istruzione durante queste situazioni di emergenza, l'UNESCO e l'UNICEF hanno dato vita a iniziative volte ad assicurare la ricostruzione immediata delle scuole e lo svolgimento di attività didattiche anche durante i conflitti. In Somalia e Ruanda è stato creato dall'UNESCO e dall'UNICEF l'Edukit, una scatola, facilmente spedibile nelle aree devastate, contenente tutto il materiale scolastico indispensabile ai bambini per poter continuare la scuola a distanza. Questa iniziativa è stata successivamente adottata in Ghana, Liberia, Mali, Sierra Leone, Tanzania e Zambia.

⁷⁶ Tra questi, molti paesi che si trovano nella fascia di reddito pro capite tra i \$3.500 e i \$6.500 sono vicini o hanno raggiunto l'obiettivo di un'istruzione primaria universale all'interno del paese. In particolare l'Egitto (93%), la Siria (96%), la Tunisia (99%), la Giordania (94%) e l'Algeria (98%); al contrario, l'Arabia Saudita (58%), l'Oman (65%) e il Kuwait (66%), presentano valori bassi relativamente ai redditi pro capite (compresi tra i \$12.000 e i \$20.000). Qatar, Kuwait, Emirati Arabi Uniti e Oman hanno tassi di alfabetizzazione compresi tra il 85% e il 75%, pur registrando redditi pro capite superiori ai \$10.000.

⁷⁷ Si può ricordare che la Guinea Equatoriale, paese classificato tra quelli ad alto reddito e medio livello di sviluppo umano (reddito pro capite di \$15.063), presenta un tasso di iscrizione netto alle scuole secondarie appena del 26%; al contrario, in Tajikistan il 76% della popolazione accede alle scuole secondarie, nonostante il reddito pro capite molto basso (\$1.170).

la priorità attribuita all'educazione e formazione da parte dei governi, ma non informa sulla spesa che effettivamente ogni nazione sostiene per formare uno studente a livello di scuola elementare, di scuola secondaria o universitaria. Per un'analisi più approfondita si dovrebbe tenere conto della diversa composizione demografica (la percentuale della popolazione in età inferiore ai quindici anni è molto alta proprio nei paesi più poveri⁷⁸), dei differenti livelli di reddito pro capite, della diffusione nei paesi in via di sviluppo di canali di finanziamento privati alle scuole, dei quali spesso non si conosce l'entità effettiva.

La spesa pubblica in istruzione assorbe una percentuale del PIL compresa tra lo



⁷⁸ I valori estremi si registrano nei paesi OCSE, con una percentuale di ragazzi di età inferiore ai 15 anni pari al 18,7% della popolazione, e in quelli dell'Africa subsahariana, in cui la stessa percentuale è quasi doppia (37,5%).

0,5% e il 10,4%, con una forte variabilità anche tra paesi che si collocano nella stessa classe di reddito. Il *gap* tra le aree ad alto e basso reddito è poco meno di 1,3 punti percentuali (3,6 % del PIL nei paesi più poveri contro 4,9% in quelli più ricchi) (Tab. 10). In effetti sono molte le nazioni, anche al di fuori del mondo occidentale, che investono considerevolmente in questo settore⁷⁹. A livello di macro-aree si riscontra che i paesi con maggiori spese per istruzione sono i membri dell' OCSE, quelli dell'Europa dell'Est e quelli del Medio Oriente e Nord Africa; al contrario, i valori più contenuti si registrano nelle regioni dell'Asia del Sud e dell'Est e dell'Africa subsahariana.

Tab. 10 SPESA PUBBLICA IN ISTRUZIONE SUL TOTALE DEL PIL
(valori %)

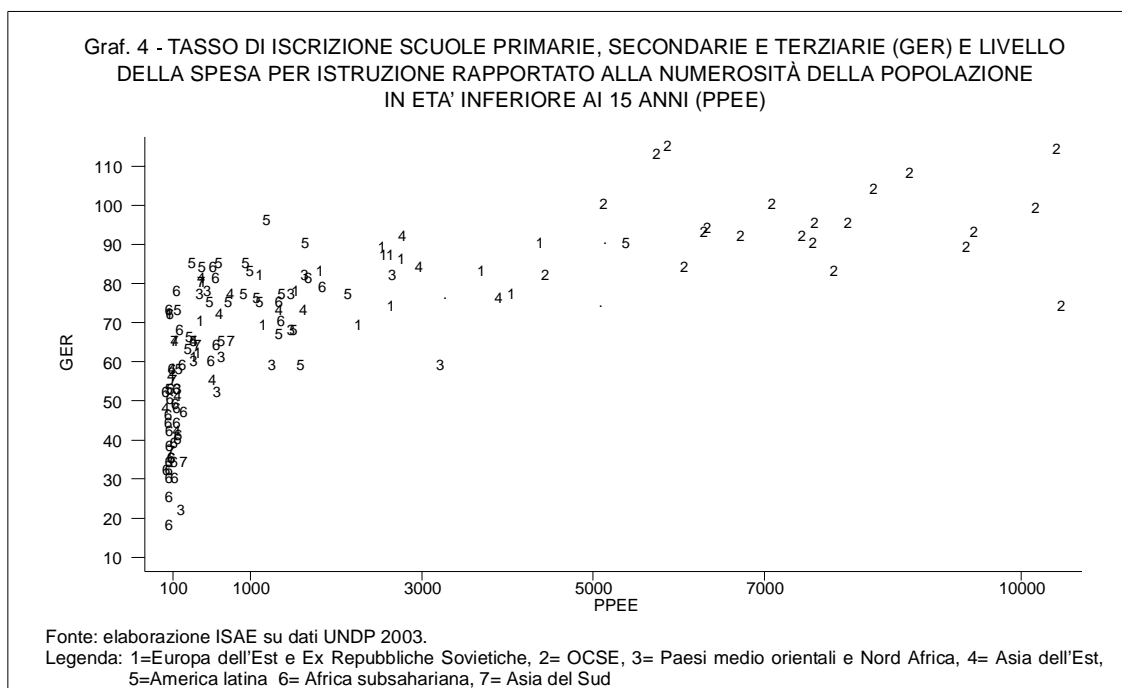
Paesi	Media
Valori medi (%) 2000-2001	
<i>Per classi di reddito</i>	
Alto Reddito (>9.001\$)	4,9
<i>Numero di osservazioni sul totale dei paesi</i>	(50 su 55)
Medio Reddito (3.001\$-9.000\$)	4,7
<i>Numero di osservazioni sul totale dei paesi</i>	(47 su 58)
Basso Reddito (<\$3.000)	3,6
<i>Numero di osservazioni sul totale dei paesi</i>	(52 su 61)
Valori medi (%) 2000-2001	
<i>Per aree geografiche</i>	
Europa dell'Est e Ex Rep. Sovietiche	4,6
<i>Numero di osservazioni sul totale dei paesi</i>	(18 su 26)
OCSE	5,3
<i>Numero di osservazioni sul totale dei paesi</i>	(22 su 28)
Paesi medio orientali e Nord Africa	4,9
<i>Numero di osservazioni sul totale dei paesi</i>	(13 su 19)
Asia dell'Est	3,7
<i>Numero di osservazioni sul totale dei paesi</i>	(16 su 19)
Asia del Sud	3,6
<i>Numero di osservazioni sul totale dei paesi</i>	(8 su 8)
America latina	4,4
<i>Numero di osservazioni sul totale dei paesi</i>	(29 su 33)
Africa subsahariana	3,9
<i>Numero di osservazioni sul totale dei paesi</i>	(40 su 44)

Fonte: elaborazione ISAE su dati UNDP 2003.

Concentrando l'attenzione su paesi con redditi pro capite simili, si riscontrano forti differenze tra risorse investite e *output* prodotto in termini di diffusione della scolarizzazione⁸⁰. Anche se si rapporta il livello della spesa pubblica in istruzione in ciascun paese al numero di persone in età inferiore ai 15 anni (Graf. 4), per avere qualche indicazione sull'ammontare di risorse investite rispetto alla domanda potenziale, data in sostanza dalla struttura demografica della popolazione, si notano la forte variabilità dei risultati in

⁷⁹ Ricordiamo che tra i paesi dell'Africa subsahariana spendono una quota del PIL particolarmente elevata lo Zimbabwe (10,4%), il Lesotho (10,1%), il Botswana (8,4%) e la Namibia (8,1%), tra i Paesi medio orientali e del Nord Africa l'Arabia Saudita (9,5%) e lo Yemen (9,3%), tra quelli appartenenti all'area America latina Cuba (8,5%) e Saint Vincent (9,3%).

coincidenza con livelli di spesa contenuti e la difficoltà di migliorare gli indicatori, anche con impegni finanziari maggiori, una volta raggiunti certi livelli. Ad esempio alcuni pae-



si OCSE (Paesi Bassi, Germania, Svizzera, Austria, Lussemburgo, Grecia) presentano tassi di scolarizzazione inferiori a quelli di alcuni paesi dell'Europa dell'Est e delle ex Repubbliche Sovietiche (Polonia, Lituania, Bulgaria, Estonia, Ungheria), malgrado la spesa sia in questi ultimi, rispetto ai primi, di gran lunga contenuta.

In effetti, è difficile operare confronti senza valutare indicatori qualitativi quali ad esempio il rapporto tra studenti e insegnanti, le spese per studente ai vari livelli, lo stanziamento per il materiale didattico. Le decisioni adottate in merito a questi aspetti spesso risultano rilevanti nella determinazione dell'*output* totale del sistema scolastico⁸¹.

⁸⁰ Mettendo a confronto paesi come Cambogia e Comoros (PIL pro capite di \$1.860 e \$1.870, rispettivamente) si osserva che il tasso di iscrizione alle scuole primarie del secondo è molto più basso di quello del primo (56% contro 95%), nonostante la quota del PIL spesa in istruzione sia doppia (3,8 contro 1,9%). Casi analoghi si verificano per la Bolivia e lo Zimbabwe (PIL pro capite rispettivamente di \$2.300 e \$2.280). Infatti, la prima presenta un livello di scolarizzazione (tasso di alfabetizzazione dell'86% e tassi di iscrizione alle scuole primarie e secondarie del 97% e del 68%) mediamente più elevato del secondo (dove gli stessi tassi sono rispettivamente pari all'89%, all' 80% e al 40%), pur spendendo nel settore scolastico una quota del PIL nettamente inferiore rispetto al primo (5,5% contro il 10%). Ricordiamo che il Tajikistan (\$1.170) investendo in istruzione una quota molto bassa del PIL (2,1%), ha pienamente raggiunto l'obiettivo di un'istruzione primaria universale (106%) e presenta un elevato tasso di scolarizzazione secondaria (76%), e l'Arabia Saudita, con un reddito pro capite di \$13.330 e nonostante l'elevato investimento in istruzione (10% del PIL), presenta tassi di scolarizzazione inferiori a quelli di molti paesi collocati nella fascia più povera e meno sviluppata.

⁸¹ Cfr. Mingat e Tan (1998).

Inoltre, da diversi studi emerge che la performance dei sistemi scolastici (generalmente misurata da indicatori di efficienza, come la percentuale di persone che portano a termine i vari cicli scolastici e la percentuale di ritardi) dipende principalmente da fattori più direttamente collegati all'allocazione efficiente delle risorse e alla qualità dell'insegnamento impartito⁸². Soprattutto la creazione di un valido corpo docente richiede una serie di investimenti in formazione di livello superiore, spesso non affrontabili in paesi che hanno un ammontare di risorse da destinare alle spese per l'istruzione limitato. A ciò si aggiunge che i finanziamenti privati hanno raggiunto proporzioni rilevanti proprio nei paesi in via di sviluppo e ciò rende poco significativo un confronto che tenga conto solamente delle spese pubbliche⁸³.

In Swaziland e Haiti, il settore privato raccoglieva nel 1986 più dell'80% degli iscritti nelle scuole primarie; in Cile, Perù, Filippine e Thailandia, nel 1998, i fondi privati costituivano più del 40% delle risorse dedicate all'istruzione (OECD, 2001). In Eritrea, dove la spesa pubblica rappresenta il 4,6% del PIL, gran parte dei finanziamenti alla scuola pubblica provengono dalle famiglie, le quali pagano con i loro contributi, oltre ai libri di testo e alle tasse di iscrizione, tutti servizi collegati all'utilizzo delle strutture scolastiche (elettricità, telefono, manutenzione, eccetera) (World Bank, 2001a).

Disuguaglianza di genere

Eliminare le disuguaglianze di genere e favorire l'accesso delle donne all'istruzione primaria e secondaria è uno degli obiettivi che i paesi promotori del programma *Education for All*⁸⁴ si sono prefissati per il 2005 nel corso della conferenza mondiale tenutasi a Dakar nel 2000.

La disuguaglianza tra uomini e donne nell'accesso alle conoscenze di base appare evidente solamente nei paesi a basso reddito, mentre per i paesi appartenenti alle altre due fasce i dati non rivelano la presenza di discriminazione tra i due generi, ma anzi le

⁸²Cfr. World Bank (1998).

⁸³Tali finanziamenti possono essere elargiti da associazioni non governative, religiose, oppure provenire dalle famiglie sotto forma di contributi o donazioni informali alla scuola pubblica o attraverso il pagamento delle tasse di iscrizione nelle scuole private.

⁸⁴Nel 1990, i delegati di 155 paesi e 150 organizzazioni internazionali si sono impegnati, nel corso della conferenza mondiale *Education For All* (EFA), ad intraprendere un programma che avesse come scopo primario la riduzione massiccia dell'analfabetismo all'interno dei singoli paesi, insieme all'accesso universale alle scuole primarie per tutta la popolazione. Lo scopo di questa iniziativa era non solo misurare il successo o meno dei diversi paesi nel raggiungere gli obiettivi prefissati, ma, soprattutto, catturare l'attenzione internazionale su questo tema e sviluppare delle strategie *ad hoc* volte ad assicurare il diritto ad un sistema educativo di massa nei paesi sottosviluppati. Nel 2000, a Dakar, i paesi promotori del programma *Education for All* rinnovavano il loro impegno e fissavano tre obiettivi chiave da raggiungere nel breve periodo: entro il 2015, il traguardo di un tasso di completamento delle scuole primarie del 100% in tutti i paesi; entro il 2005, l'eliminazione delle disparità di genere nell'accesso all'istruzione primaria; l'aumento della percentuale di alfabetizzati tra la popolazione adulta.

donne sono arrivate a superare decisamente gli uomini nell'iscrizione ai corsi di tipo universitario nei paesi più avanzati.

Il rapporto tra i tassi di iscrizione femminili e maschili tocca punte molto basse nell'Africa subsahariana, dove si distinguono la Guinea-Bissau, il Burkina Faso, il Mali, la Nigeria e il Mozambico, con percentuali di donne alfabetizzate su 100 uomini inferiori al 50 per cento. Tra i paesi dell'Asia del Sud valori molto bassi si riscontrano in Nepal (42%) e Pakistan (49%), e tra quelli medio orientali e del Nord Africa nello Yemen (39%). Più moderate sono le differenze nei paesi dell'Asia dell'Est, dove il tasso varia tra il 70% e il 100%, con un'alta concentrazione nella fascia più elevata (90%-100%).

Tab. 11 DISUGUAGLIANZA DI GENERE NELL'ACCESSO ALL'ISTRUZIONE

Paesi	Disuguaglianza tra femmine e maschi nell'accesso all'istruzione			
	femmine/maschi (%)			
	Tassi di alfabetizzazione	Tasso di iscrizione scuole primarie	Tasso di iscrizione scuole secondarie	Tasso di iscrizione scuole terziarie
<i>Per livello di reddito</i>		<i>Valori medi (%) 2000-2001</i>		
Alto Reddito (>9.001\$)	97,3	99,4	100,0	132,9
<i>Numero di osservazioni sul totale dei paesi</i>	<i>(53 su 55)</i>	<i>(51 su 55)</i>	<i>(36 su 55)</i>	<i>(47 su 55)</i>
Medio Reddito (3.001\$-9.000\$)	92,6	100,0	100,0	107,7
<i>Numero di osservazioni sul totale dei paesi</i>	<i>(47 su 58)</i>	<i>(50 su 58)</i>	<i>(40 su 58)</i>	<i>(36 su 58)</i>
Basso Reddito (<\$3.000)	74,3	89,3	82,5	63,7
<i>Numero di osservazioni sul totale dei paesi</i>	<i>(53 su 61)</i>	<i>(51 su 61)</i>	<i>(36 su 61)</i>	<i>(46 su 61)</i>

Fonte: elaborazione ISAE su dati UNDP 2003.

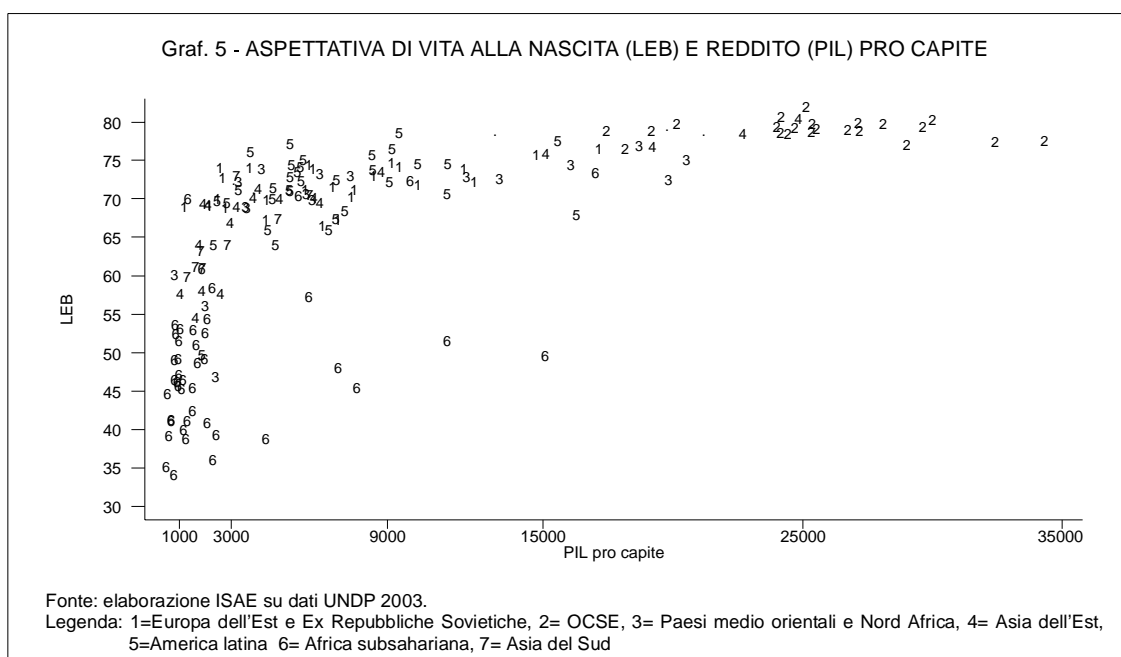
Nei paesi più poveri le differenze sembrano meno marcate per quanto riguarda l'accesso all'istruzione primaria(89%)⁸⁵, e crescenti nel passare alla secondaria (82%) e ancor più alla terziaria (64%)⁸⁶. Secondo un recente Rapporto sull'istruzione in Africa subsahariana (*Education For All*, 2001) la barriera principale in questi paesi è costituita dall'alto costo opportunità di un maggior investimento in istruzione per le ragazze. Data la diffusa povertà e il numero medio elevato di figli (il tasso di fertilità nell'Asia del Sud e in Africa subsahariana è rispettivamente di 3,8 e 5,3 figli per donna) le famiglie spesso si trovano a dover affrontare una scelta che razionalmente le induce a optare a favore dei figli maschi. Non solo, infatti, questi hanno maggiori opportunità di sfruttare i titoli di studio, ma il loro lavoro è meno indispensabile per la produzione agricola⁸⁷ e lo svolgimento dei compiti domestici (Winter e Mancina).

⁸⁵ Si distinguono per l'indicatore molto basso lo Yemen (58 %) e i paesi più arretrati dell'Africa subsahariana, come il Mali (71%), il Burkina Faso (71%), la Repubblica Centrale Africana (70%), il Niger (67%) e il Benin (69%). La maggior parte dei paesi a medio e alto reddito si colloca nell'intervallo compreso tra il 90% e 110 per cento.

⁸⁶ In 19 paesi dell'Africa subsahariana il rapporto è inferiore al 50 per cento. Anomalo è il caso del Lesotho, paese a basso reddito dove il rapporto tra donne e uomini nell'accesso all'istruzione secondaria e terziaria è pari rispettivamente a 150% e 176 per cento.

Stato di salute

Ai fini del raggiungimento di determinati traguardi nel campo della salute entrano evidentemente in gioco variabili, diverse dal reddito, che dominano sugli aspetti prettamente economici (la diffusione del progresso tecnologico, l'accesso alle cure mediche⁸⁸, l'ineguaglianza nella distribuzione dei redditi, eccetera). Tuttavia, il grafico 5 che mostra l'aspettativa di vita in funzione del reddito pro capite, noto come grafico di Preston (Pre-



ston, 1975), consente di rilevare che, soprattutto tra i paesi più poveri, gli aumenti del reddito pro capite sono collegati a forti incrementi nell'aspettativa di vita alla nascita. Questa relazione si indebolisce nella fascia di paesi a reddito pro capite medio ed è quasi del tutto assente tra quelli più ricchi⁸⁹. Per comprendere questo fenomeno basta pensare all'introduzione di programmi di vaccinazione per i bambini, che presentano costi di attuazione abbastanza contenuti e possono produrre un forte impatto sullo stato di salute

⁸⁷ Il dato sulla percentuale della popolazione urbana e rurale evidenzia che nei paesi a medio e basso livello di sviluppo umano vive nei centri urbani appena il 49,8% e il 33,2% della popolazione, mentre nei paesi ad alto livello di sviluppo umano questa percentuale raggiunge il 76,4 per cento. Considerando la ripartizione per regioni geografiche, si osservano da un lato i paesi OCSE e i paesi del Medio Oriente e del Nord Africa, in cui la quota di popolazione urbana mediamente registrato è pari, rispettivamente, al 78,4% e al 70,3%, dall'altro lato i paesi dell'Asia del Sud e dell'Africa subsahariana, dove si arriva appena al 27,8% e al 36,9 per cento.

⁸⁸ Cfr. Wagstaff (2002).

⁸⁹ Questo è uno dei motivi per cui, nella costruzione dell'HDI si utilizza, piuttosto del PIL pro capite, la sua trasformata logaritmica, che comprime bruscamente la scala per alti livelli di reddito e, quindi, riduce drasticamente il gap tra paesi ricchi e paesi poveri (Kelly, 1991).

(causando una drastica riduzione della mortalità infantile e il conseguente allungamento dell'aspettativa di vita alla nascita), mentre più incerti sono i risultati dei consistenti investimenti attuati nei paesi tecnologicamente più avanzati, volti al miglioramento della qualità della vita delle persone anziane.

Tuttavia, anche tra i paesi poveri (con PIL pro capite inferiore ai \$3.000), in corrispondenza di redditi simili emergono forti differenze nella speranza di vita media. In particolare, la quasi totalità degli stati dell'Africa subsahariana a basso reddito mostra una speranza di vita alla nascita inferiore ai valori registrati negli stati collocati nella stessa fascia dell'Asia del Sud (Nepal, Bangladesh, Bhutan e India, che presentano un'aspettativa di vita intorno ai 60 anni), dell'America latina (Bolivia, Nicaragua e Honduras, che hanno un'aspettativa di vita tra i 65 e i 70 anni) e dell'Europa dell'Est ed ex Repubbliche Sovietiche (Tajikistan, Moldova, Georgia, Armenia, Uzbekistan e Kyrgyzstan, intorno ai 70 anni).

Tab. 12 INDICATORI DI STATO DI SALUTE PER FASCE DI REDDITO E REGIONI GEOGRAFICHE

Paesi	Indicatori di stato di salute 2000-2001		
	aspettativa di vita alla nascita	tasso di fertilità	tasso di mortalità sotto i 5anni
	anni	numero	per 1.000 nati vivi
<i>Per classi di reddito</i>			
Alto Reddito (>9.000\$)	75,1	2,0	13,1
Medio Reddito (3.001\$-9.000\$)	68,9	2,6	38,7
Basso Reddito (<\$3.000)	53,3	4,8	129,8
<i>Per regioni geografiche</i>			
Africa subsahariana	48,2	5,3	150,2
Asia del Sud	64,3	3,8	75,4
Asia dell'Est	67,9	2,9	46,7
Paesi medio orientali e Nord Africa	68,8	3,6	42,0
America latina	70,5	2,7	32,2
Europa dell'Est e ex Rep. Sovietiche	71,1	1,6	29,2
OCSE	78,3	1,6	5,5

Fonte: elaborazione ISAE su dati UNDP 2003.

La speranza di vita media è di 53 anni nei paesi a basso reddito e 75 anni in quelli più ricchi; il tasso di mortalità sotto i cinque anni crolla drasticamente dai primi ai secondi, passando dal 130 per 1.000 al 13 per 1.000. Soprattutto tra gli stati più poveri la bassa aspettativa di vita alla nascita sembra essere una conseguenza diretta soprattutto degli alti tassi di mortalità infantile (la Tab. 7 mostra che il coefficiente di correlazione tra le due variabili è pari a 0,92). Per i bambini dei paesi più poveri il rischio di non sopravvivere al compimento dei 5 anni è circa 10 volte maggiore rispetto a coloro che nascono nei paesi più ricchi. Ponendo a confronto stati con economie molto avanzate, come quelli appartenenti all'OCSE, con una regione poverissima, come l'Africa subsahariana, si osserva che il rischio risulta addirittura 20 volte superiore in quest'ultima.

I bassi tassi di mortalità infantile⁹⁰ o nei primi 5 anni di vita tendono rapidamente a favorire una riduzione del tasso di fertilità (coefficiente di correlazione tra le due variabili pari a 0,86). A tal proposito, molti studi (Palloni e Rafalimanana, 1997 e Preston, 1978) documentano la stretta associazione tra l'aumento dei tassi di sopravvivenza dei bambini sotto i cinque anni e la tendenza alla formazione di famiglie di dimensioni più piccole e, quindi, all'utilizzo di tecniche di pianificazione familiare. Infatti, nel passare dalle aree ad alto reddito a quelle più povere, si osserva, insieme all'aumento del tasso di mortalità sotto i cinque anni, anche quello del numero medio di figli per donna, che cresce da 2 a 5⁹¹.

La riduzione dei tassi di mortalità e fertilità fa parte di quel complesso processo di allungamento della speranza di vita che comprende aspetti tanto demografici quanto epidemiologici⁹². La transizione demografica si traduce in una riduzione dei tassi di natalità e mortalità e una modifica della struttura per età della popolazione, con maggiore presenza degli anziani; la transizione epidemiologica implica un calo della diffusione delle malattie infettive e contagiose (che riduce la mortalità e sposta i decessi verso le età anziane) e un aumento di quelle cronico-degenerative. La morbilità, nel complesso, non si riduce, ma al contrario sembra che tenda ad aumentare. Il sistema sanitario deve essere adattato a questi cambiamenti. Il meccanismo causale attraverso cui questo passaggio si realizza non è tuttavia del tutto chiaro. Si veda il riquadro sul Kerala per un esempio di transizione con caratteri sorprendenti.

Si è visto in tabella 7 che esiste un'alta correlazione tra il livello di scolarizzazione e l'aspettativa di vita alla nascita (i coefficienti di correlazione tra quest'ultima variabile e i tassi di iscrizione primaria e secondaria sono rispettivamente uguali a 0,66 e 0,81). Tuttavia vi è un'ampia fascia di paesi, la maggior parte dei quali appartiene all'Africa subsahariana, al Medio Oriente e al Nord Africa, in cui la diffusione dell'alfabetizzazione e i tassi di iscrizione alle scuole primarie sembrano non avere influenza sull'aspettativa di vita media (Graf. 4). L'Arabia Saudita, il Kuwait e l'Oman registrano un'aspettativa di vita alta (rispettivamente di 72, 76 e 72 anni) relativamente al basso tasso di iscrizione alle scuole primarie (66%, 58% e 65%); al contrario Uganda, Malawi, Swaziland, Ruanda e Leshoto, pur con tassi di iscrizione superiori all'80%, presentano una aspettativa di vita alla nascita inferiore ai 45 anni.

Come messo in luce da diversi studi (*Education For All*, 2001 e Deaton, 2003), al di

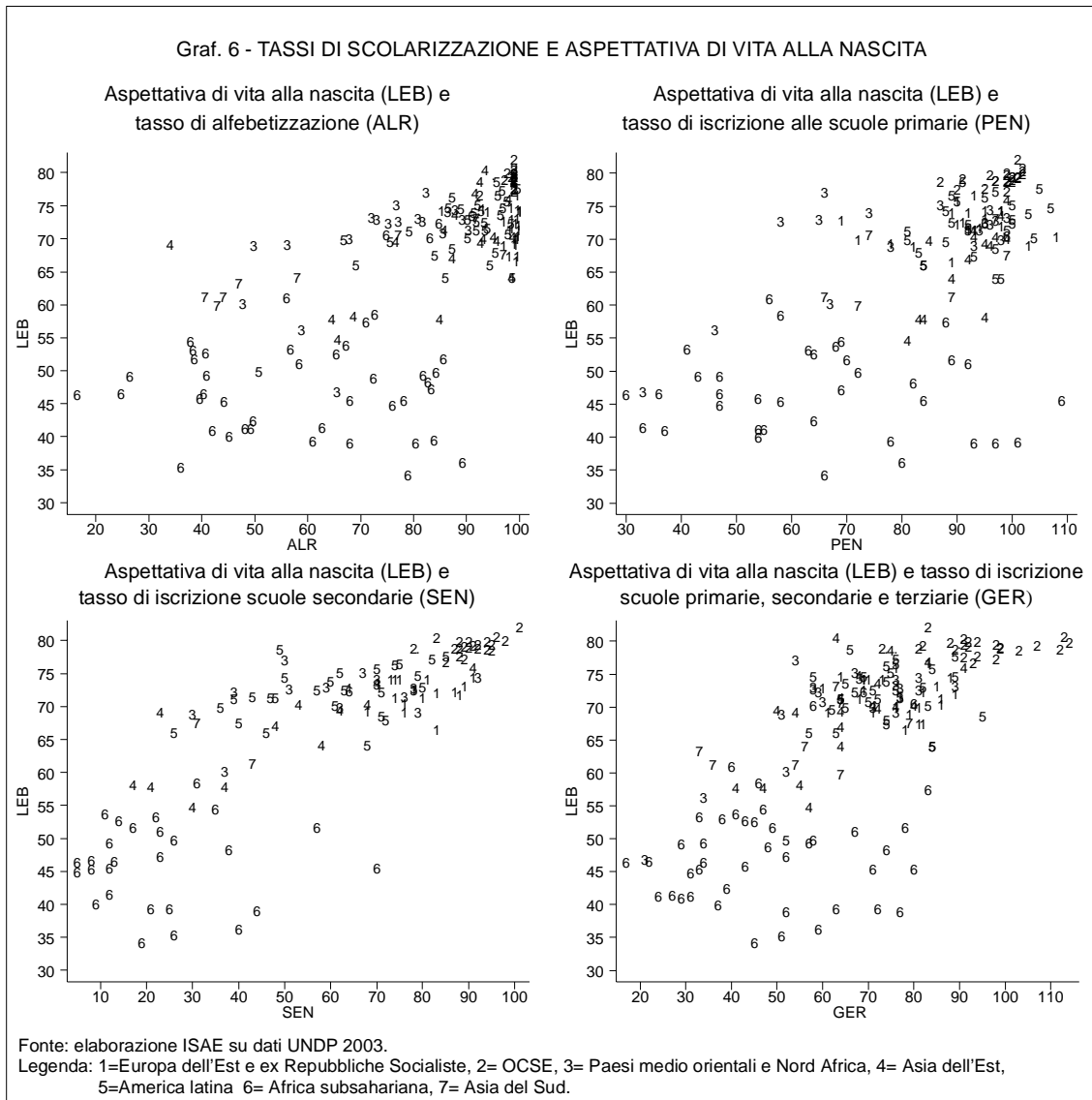
⁹⁰ Il tasso di mortalità infantile secondo la definizione del HDR 2003 corrisponde alla probabilità di morire tra la nascita e il compimento del primo anno di vita.

⁹¹ Nella fascia a basso reddito si registra, in alcuni paesi poverissimi (con un reddito pro capite inferiore ai \$1.000), un numero medio di figli per donna particolarmente elevato: 8 in Niger, 7 nello Yemen, 7,1 in Guinea Bissau, 7 nel Mali, 6,8 nel Burundi, 6,7 nel Congo.

⁹² Cfr. Panikar (1999).

l'importanza del ruolo del reddito e dell'istruzione, vi sono altri fattori che hanno un'incidenza importante sullo stato di salute, come la diffusione di determinate malattie infettive, la situazione politica precaria, le cattive condizioni igienico sanitarie e l'accesso alle cure mediche.

Un recente Rapporto sull'istruzione di base nell'Africa subsahariana (*Education for All*, 2001) sottolinea che tutti i paesi appartenenti a questa regione, con un valore dell'HDI di livello medio (Botswana, Capo Verde, Gabon, Kenya, Mauritius, Namibia, Saõ Tome, Swaziland, Seychelles, Sud Africa, eccetera) hanno in comune il fatto di aver attraversato nell'ultimo decennio un periodo di relativa pace mentre al contrario, tra i paesi con HDI basso, molti (Ruanda, Congo, Eritrea, Etiopia, Somalia, eccetera) sono stati devastati da conflitti armati o guerre civili. Inoltre, l'Africa subsahariana è la



regione in cui si rileva la più elevata percentuale di popolazione denutrita⁹³ (33%), con casi molto gravi proprio nelle nazioni che hanno avuto una lunga esperienza di guerre (Repubblica Democratica del Congo 73%, Eritrea 58%, Etiopia 44%).

L'ampia diffusione del virus dell'HIV tra la popolazione dell'Africa subsahariana spiega gran parte delle incoerenze tra reddito pro capite, scolarizzazione e aspettativa di vita. Secondo le statistiche UNAIDS⁹⁴ relative alla fine dell'anno 2000, in Africa subsahariana convivono con l'HIV/AIDS 25,3 milioni di persone: queste rappresentano il 70% delle persone contagiate dal virus dell'HIV nel mondo e l'8,8% della popolazione della regione in età lavorativa⁹⁵.

Tab. 13 DISTRIBUZIONE PER REGIONI GEOGRAFICHE DELL'HIV/AIDS

Paesi	Distribuzione dell'HIV/AIDS nel mondo 2000-2001				
	Adulti e bambini infetti dall'HIV nel corso dell'anno 2000		Adulti e bambini che vivono con l'HIV/AIDS alla fine del 2000		Infetti tra la popolazione adulta
	Numero	%	Numero	%	%
<i>Per regioni geografiche</i>					
Africa subsahariana	3.800.000	71,4	25.300.000	70,1	8,8
Asia del Sud e del Sud Est	780.000	14,6	5.800.000	16,1	0,6
America latina	150.000	2,8	1.400.000	3,9	0,5
Asia dell'Est e Pacifico	130.000	2,4	640.000	1,8	0,1
Europa dell'Est e Asia Centrale	250.000	4,7	700.000	1,9	0,4
Caraibi	60.000	1,1	390.000	1,1	2,3
Centro-Est e Nord Africa	80.000	1,5	400.000	1,1	0,2
Nord America	45.000	0,8	920.000	2,5	0,6
Europa occidentale	30.000	0,6	540.000	1,5	0,2
Australia e Nuova Zelanda	500	0,0	150.000	0,0	0,1
Totale	5.300.000	100,0	36.100.000	100,0	1,1

Fonte: UNAIDS, Aids Epidemic Update.

Tra gli stati con elevati tassi di scolarizzazione e bassa aspettativa di vita, lo Swaziland, il Lesotho e il Ruanda presentano una percentuale di malati di HIV/AIDS (tra i 15 e 49 anni) rispettivamente del 34%, 31% e 9%; tra quelli ad alto reddito e con bassa aspettativa di vita, in Sud Africa, in Namibia e in Botswana la stessa percentuale è pari rispettivamente al 20,1%, 22,5% e 38,8 per cento⁹⁶.

Inoltre, la diffusione di questa malattia ha a sua volta alimentato lo stato di povertà cronica già presente in molti di questi paesi, impedendo ai giovani di lavorare e rappresentando una delle cause principali dell'elevato numero di orfani riscontrato in alcune

⁹³ Persone il cui apporto calorico giornaliero non è sufficiente a fornire al fisico il minimo di energie richiesto.

⁹⁴ UNAIDS (2000).

⁹⁵ Proporzioni di adulti ammalati o infetti dal virus dell'HIV tra i 15 e i 49 anni rispetto alla popolazione complessiva nella stessa fascia di età, nel 2000.

⁹⁶ Il Sud Africa, la Namibia e il Botswana hanno un reddito pro capite rispettivamente di \$ 11.290, \$7.120, \$7.820 e un tasso di iscrizione alle scuole primarie superiore all'80 per cento.

aree (solamente in Africa subsahariana 12,1 milioni nel 2000).

Un altro recente studio della Banca Mondiale (World Bank, 2001b) sottolinea che il virus sembra diffondersi più rapidamente in quelle regioni dove la povertà è più diffusa. Infatti, mentre nei paesi sviluppati il numero dei nuovi malati è in declino (in Nord America e tra i paesi dell'Europa occidentale), nei paesi in via di sviluppo attualmente vive il 96% delle persone infette dal virus e il trend dei contagi continua ad essere stabile o, in alcune zone (Africa subsahariana e Asia dell'Est), crescente⁹⁷.

Tra i fattori che influenzano lo stato di salute un ruolo determinante rivestono anche variabili come l'accesso ai servizi igienici, ad una risorsa naturale di prima necessità come l'acqua, ai servizi sanitari. I coefficienti di correlazione riportati nella tabella 7 mostrano, infatti, che la concordanza tra queste variabili e gli indicatori di stato di salute assume valori non trascurabili (tra -0,55 e -0,63).

Dai dati relativi ai 124 paesi classificati nel Rapporto HDR 2003 a basso e medio livello di sviluppo umano (con un valore dell'HDI < 0,8), emergono chiaramente le precarie condizioni igieniche e la scarsa disponibilità di risorse per le cure mediche delle aree arretrate. Nella fascia a più basso livello di sviluppo umano, in media, meno della metà della popolazione gode di un accesso adeguato ai servizi igienici e appena il 59,3% ha una fonte di acqua potabile nel raggio di 1Km di distanza dall'abitazione. Le situazioni peggiori si registrano nei paesi più arretrati dell'Africa subsahariana e dell'Asia del Sud⁹⁸.

Per quanto riguarda l'accesso ai servizi sanitari è stato possibile reperire dati sulla disponibilità concreta di alcuni farmaci⁹⁹ e di personale medico (Tab. 14 e 15). Nelle aree a basso livello di sviluppo umano, dove la speranza di vita media alla nascita è di appena 46 anni, i medici non superano le 11 unità per 100.000 persone; la disponibilità di personale medico aumenta già considerevolmente tra i paesi a medio livello di sviluppo umano (131 unità). L'accesso ai farmaci è elevato (più dell'80% della popolazione) nel 90,7% dei paesi a più alto livello di sviluppo umano e in appena il 12,1% di quelli appartenenti alla fascia più arretrata.

Nel complesso, sembra che, laddove l'accesso all'acqua, ai servizi igienici e a quelli sanitari è più ampio, l'aspettativa di vita sia più elevata; questa evidenza emerge sia

⁹⁷Facendo riferimento alla ripartizione del Rapporto HDR 2003 tra paesi ad alto, medio e basso livello di sviluppo umano, si osserva che la percentuale di contagi registrati mediamente nella popolazione tra i 15 e i 49 anni nelle nazioni appartenenti alle tre fasce è rispettivamente dello 0,30%, 0,70% e 5,9 per cento. Ciò significa che nei paesi appartenenti al terzo gruppo il rischio medio di contrarre il virus tra gli adulti è circa 20 volte maggiore che nei primi.

⁹⁸Meno di un terzo della popolazione ha accesso ai servizi igienici nei seguenti paesi: Ruanda (8%), Etiopia (12%), Eritrea (13%), Niger (20%), Repubblica Democratica del Congo (21%), Benin (23%), Repubblica dell'Africa Centrale (25%), India (28%) e Chad (29%).

⁹⁹La variabile "accesso ai farmaci" non è stata inserita nella matrice delle correlazioni perché disponibile unicamente per classi. Questa variabile corrisponde alla percentuale stimata della popolazione a cui è garantito un accesso continuo ad almeno venti dei farmaci ritenuti essenziali (quelli maggiormente usati dalla popolazione).

guardando ai paesi per livello di sviluppo umano che per aree geografiche.

Tab. 14 ACCESSO A SERVIZI SANITARI, MEDICI E RISORSE NATURALI NEI PAESI IN VIA DI SVILUPPO

Paesi in via di sviluppo	aspettativa di vita (anni)	accesso all'acqua %	accesso ai servizi igienici %	personale medico per 100.000 persone
<i>Per livello di sviluppo</i>				
medio sviluppo (0,80<HDI<0,50)	66,2	80,9	76,8	130,7
<i>Numero di osservazioni sul totale dei paesi</i>		(79 su 86)	(77 su 86)	(84 su 86)
basso sviluppo (HDI<0,50)	46,1	59,3	49,7	10,8
<i>Numero di osservazioni sul totale dei paesi</i>				(32 su 34)
<i>Per regioni geografiche</i>				
valori medi				
Africa subsahariana	47,6	61,8	54,1	23,8
<i>Numero di osservazioni sul totale dei paesi</i>		(41 su 43)	(40 su 43)	(40 su 43)
Asia del Sud	64,3	86,2	58,6	43,4
Asia dell'Est	65,4	67,6	58,6	64,3
Paesi medio orientali e Nord Africa	67,5	82,7	86,7	116,5
America latina	69,1	85,9	80,4	117,2
Europa dell'Est e ex Rep. Sovietiche	70,1	84,5	91,0	296,1
<i>Numero di osservazioni sul totale dei paesi</i>		(12 su 16)	(11 su 16)	

Fonte: elaborazione ISAE su dati UNDP 2003.

Tab 15 ACCESSO AI FARMACI PER LIVELLO DI SVILUPPO UMANO E ASPETTATIVA DI VITA

Paesi	Accesso ai farmaci			Totale
	alto (>80)	medio (50/80)	basso (<50)	
<i>Livello di Sviluppo Umano</i>				
frequenze (%) 1999				
Alto (HDI>100)	90,7	9,3		100
Medio (0,799<HDI<0,500)	48,8	32,1	20,0	100
Basso (HDI<500)	12,1	54,5	33,3	100
<i>Aspettativa di vita alla nascita</i>				
frequenze (%) 1999				
Alta (>75 anni)	100,0			100
Media (60-75)	55,4	31,3	13,3	100
Bassa (<60)	21,3	44,7	34,0	100

Fonte: elaborazione ISAE su dati UNDP 2003.

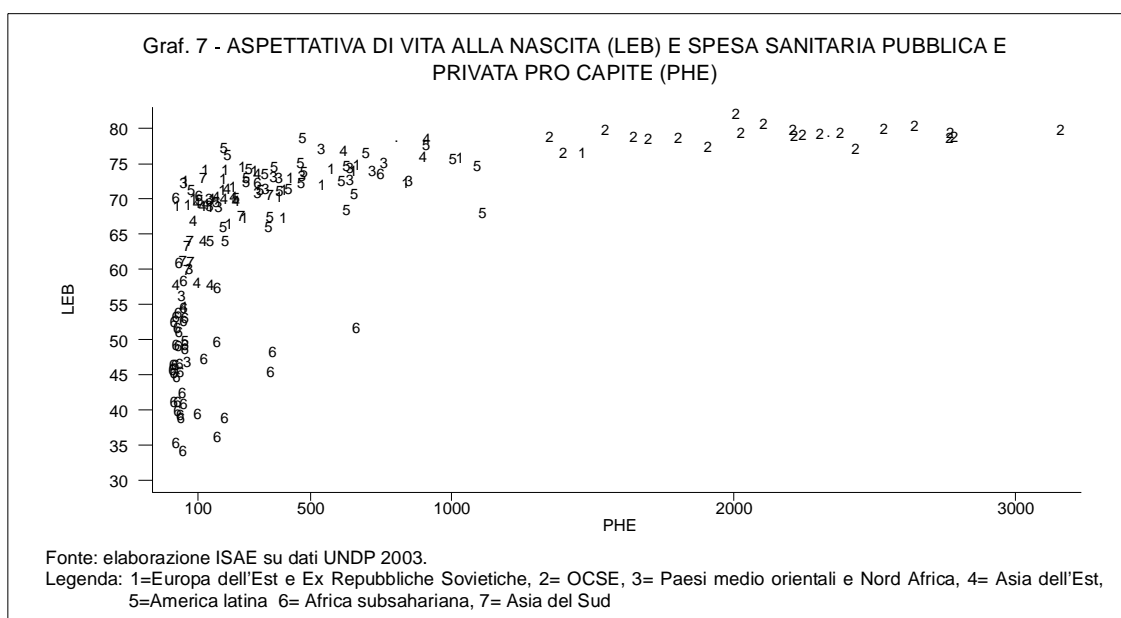
Dal confronto tra i grafici 4 e 7 emerge come la relazione tra aspettativa di vita alla nascita e spesa sanitaria (privata e pubblica) pro capite ricalchi sostanzialmente quella tra la prima variabile e il reddito pro capite¹⁰⁰.

La forte variabilità evidenziata nel grafico 7 nella speranza di vita alla nascita¹⁰¹ dei paesi che hanno una spesa sanitaria pro capite molto bassa è alla base dell'impostazione che sostiene la necessità di promuovere politiche sanitarie volte ad una riallocazione delle risorse disponibili a favore del settore sanitario primario¹⁰². Infatti, in alcuni paesi in

¹⁰⁰Si può osservare del resto che il coefficiente di correlazione tra il reddito pro capite e la spesa pro capite (pubblica e privata) è pari a 0,92.

¹⁰¹Lo stesso potrebbe dirsi per i tassi di mortalità infantile.

via di sviluppo la spesa sanitaria è in gran parte destinata al finanziamento di cure mediche tecnologicamente avanzate e dispendiose di cui usufruiscono principalmente le élites urbane, mentre negli stessi paesi si registrano tassi di mortalità elevati, causati dalla diffusione di malattie contagiose e principalmente collegate alla mancanza di igiene, che sa-



rebbero facilmente debellabili anche con investimenti contenuti. Al contrario, i risultati positivi di interventi sanitari di base attuati in alcuni paesi e regioni arretrate sono una testimonianza a favore del fatto che un'allocazione più efficiente delle spese può dar luogo, già nel breve periodo, a importanti progressi nel miglioramento delle condizioni di salute¹⁰³.

L'analisi dei dati sulla spesa sanitaria, distinta tra pubblica e privata (Tab. 16), evidenzia che nelle nazioni a medio e soprattutto ad alto livello di reddito i servizi sanitari sono in gran parte finanziati dai fondi pubblici. Esistono infatti nella maggior parte dei casi sistemi sanitari nazionali o regimi di assicurazioni obbligatorie volti a tutelare i cittadini dal rischio salute. Nei paesi più arretrati, in genere, l'intervento pubblico è meno rilevante, e gli esborsi privati raggiungono una quota del PIL paragonabile a quella pubblica. Considerando la ripartizione per aree geografiche, emerge che il settore sanitario è principalmente finanziato dal settore pubblico nei paesi OCSE¹⁰⁴ (dove il rapporto tra la spesa sanitaria pubblica e quella privata è pari a 2,5),

¹⁰²Spesso nelle cure mediche primarie si includono anche una serie di altri interventi collegati alla salute (misure volte a migliorare l'apporto nutrizionale, campagne di informazione, attività preventive).

¹⁰³Esempi di successo in tal senso sono il Kerala, il Ceara, lo Sri Lanka, la Costa Rica e la Cina (Filmer, Hammer e Pritchett, 1997).

seguiti da quelli dell'Europa dell'Est e delle ex Repubbliche Sovietiche¹⁰⁵ (rapporto pari a 2); in più della metà dei paesi dell'Africa subsahariana, dell'Asia del Sud e dell'Est e dell'America latina i fondi privati rivestono una quota rilevante e spesso predominano della spesa sanitaria totale (in media, in queste aree, il rapporto si avvicina ad uno).

Tab. 16 SPESA SANITARIA SUL PIL PER CLASSI DI REDDITO E PER REGIONI GEOGRAFICHE

Paesi	Spesa Sanitaria	
	Pubblica	Privata
<i>Per classi di reddito</i>		
	% sul PIL (2000-2001)	
Alto Reddito (>9.000\$)	4,8	2,2
Medio Reddito (3.001\$-9.000\$)	3,2	2,2
Basso Reddito (<\$3.000)	2,3	2,1
<i>Per regioni geografiche</i>		
	% sul PIL	
Africa subsahariana	2,3	1,9
Asia del Sud	2,4	2,5
Asia dell'Est	2,3	2,1
Paesi medio orientali e Nord Africa	2,6	2,0
America latina	3,5	2,8
Europa dell'Est e ex Rep. Sovietiche	3,8	1,8
OCSE	6,0	2,4

Fonte: elaborazione ISAE su dati UNDP.

CONCLUSIONI

E' generalmente riconosciuto che il processo della crescente integrazione internazionale rappresenta un importante fattore di cambiamento in relazione sia a condizioni di natura sociale che economica. La determinazione del segno di tale cambiamento appare invece una questione tuttora aperta e ampiamente dibattuta; mentre alcuni sostengono che la globalizzazione abbia apportato benefici in termini di riduzione della disuguaglianza (tra paesi e all'interno di essi) e della povertà, altri tendono a smentire, o quanto meno ad attenuare, tale posizione.

Pur non intendendo entrare nel merito della discussione sulla determinazione degli effetti della globalizzazione sulle condizioni di vita degli individui, non si può non constatare che oggi, come ricorda il premio Nobel per l'economia A. Sen, viviamo in un mondo contraddistinto dalla presenza di profonda miseria e degradanti privazioni in alcune aree, poco conciliabili con la prosperità che caratterizza altre zone del globo.

¹⁰⁴L'unica eccezione all'interno dei Paesi OCSE è rappresentata dagli Stati Uniti dove la spesa sanitaria privata e quella pubblica sono rispettivamente pari al 7,3% e al 5,8% del PIL. Tuttavia, anche in Svizzera una quota considerevole della spesa è costituita da fondi privati (le quote della spesa sanitaria pubblica e privata sono rispettivamente pari al 6% e al 4,7%).

¹⁰⁵Tra i quali fa eccezione la Georgia per la forte disparità a favore della spesa sanitaria pro capite (6,3% contro 0,7%).

Le privazioni che suscitano preoccupazione non consistono unicamente in un basso livello di reddito, ma riguardano anche una serie aggiuntiva di aspetti, quali, ad esempio, l'analfabetismo, lo stato di salute e un ampio spettro di limitazioni delle libertà personali. Per descrivere la realtà presente secondo un'ottica multidimensionale, e senza tra l'altro tentare di individuare rapporti di causalità tra il fenomeno della globalizzazione e gli *standard* raggiunti dai paesi, in questo capitolo si è osservato l'andamento di alcuni indici sintetici, l'indice di sviluppo umano e quello di povertà umana.

Paesi con simili livelli di sviluppo economico presentano gradi di sviluppo umano sensibilmente diversi e, anche all'interno del gruppo di paesi "più globalizzati" (quelli cioè più aperti in termini di commercio), si rileva un'ampia variabilità in termini di HDI.

L'analisi condotta in relazione alle componenti non economiche dello sviluppo ha consentito inoltre di evidenziare che investire in istruzione di base, nei paesi meno avanzati, significa fornire alla popolazione uno strumento per superare condizioni di vulnerabilità e di deprivazione dei diritti. Ad esempio è utile ricordare che la presenza di una forza lavoro istruita è ritenuta una delle determinanti dello sviluppo economico di alcuni dei paesi asiatici, mentre bassi livelli di scolarizzazione sono generalmente associati alle gravi condizioni di sottosviluppo che contraddistinguono i paesi dell'Africa subsahariana.

Pur senza esprimere valutazioni definitive sui percorsi di sviluppo umano sperimentati nei paesi in relazione al loro grado di coinvolgimento nei processi di integrazione, si può tuttavia rilevare una profonda disparità, in termini multidimensionali, tra le diverse realtà. Si ritiene quindi che il processo di integrazione debba essere valutato non solo in termini di miglioramenti economici conseguiti nelle aree più arretrate, ma anche in relazione al processo di diffusione di quelle importanti conquiste umane, sociali e sanitarie, che in alcune zone del globo hanno permesso di sollevare dal degrado e dalla miseria ampi strati di popolazione.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Globalizzazione e sviluppo umano

- Ahuja V. e D. Filmer (1995), "Educational Attainment in Developing Countries: New Estimates and Projections Disaggregated by Gender", *World Bank Working Paper*, No. 1489, Washington D.C.
- Appleton S. (2000), "Education and Health at the Household Level in Sub-Saharan Africa", *Center of International Development at Harvard University Working Paper*, No. 33.
- Barro R.J. (1997), *Determinants of Economic Growth: A Cross-Country Empirical Study*, Mit Press, Boston, Mass.
- Behrman J.R., Foster A.D., Rosenzweig M.R. e P. Vashishtha (1999), "Women's Schooling, Home Teaching, and Economic Growth", *The Journal of Political Economy*, Vol. 107, No. 4, p.p. 682-714.
- Bourguignon F. e C. Morrisson (2002), "Inequality among World Citizens: 1820-1992", *The American Economic Review*, Vol. 92, No.4, pp. 727-743, settembre.
- Brandolini A. (2002), "Analisi dell'impatto redistributivo della globalizzazione tra paesi ricchi e paesi poveri (disuguaglianza inter-paesi)", relazione presentata al seminario *Globalizzazione e Disuguaglianza*, ISAE, novembre, Roma.
- Cleland J.G. e J.K. Van Ginneken (1988), "Maternal Education and Child Survival in Developing countries: The search for pathways of influence", *Social Science and Medicine* No. 27(12), pp 1357-68.
- Collier P. e D. Dollar (2003), *Rapporto Banca Mondiale 2003: Globalizzazione, crescita economica e povertà*, Il Mulino, Bologna.
- Cornia G.A. e S. Kiiski (2001), "Trends in Income Distribution in the Post-World War II Period", *Discussion Paper No. 2001/89*, WIDER.
- Datt G. (1998), "Poverty in India and Indian States: An Update", *FCND Discussion Paper*, No. 47, luglio, pp. 1-33.
- Deaton A. (2003), "Health, Inequality, and Economic Development", *Journal of Economic Literature*, Vol. XLI, No. 1, pp.113-157.
- Dollar D. e A. Kraay (2001), "Trade, growth and poverty", *World Bank Working Paper*, No.2615, Washington D.C.
- Dowrick S. e M. Akmal (2001), "Contradictory trends in global income inequality: a tale of two biases", disponibile sul sito <http://www.ecocomm.anu.edu.au/staff/dowrick>.
- Dutt A.K. e J.M. Rao (2000), "Globalization and its social discontents: the case of India", *Cepa Working Papers Series*, No. 16, febbraio.

- Education for All (2001), *Assessment of basic education in Sub-Saharan Africa 1990-2000*, Report from Sub-Saharan Region.
- Figini P. (2002), "Globalizzazione e povertà nei paesi in via di sviluppo", relazione presentata al seminario *Globalizzazione e Disuguaglianza*, ISAE, novembre, Roma.
- Filmer D., Hammer J e L. Pritchett (1997), "Health Policy in Poor Countries: Weak Link in The Chain", *World Bank Working Paper*, No. 847, Washington D.C.
- Frenzen P.D. e D.P. Hogan (1982), "The Impact of Class, Education, And Health Care on Infant Mortality in a Developing Society: The Case of Rural Thailand", *Demography*, Vol. 19, Issue 3.
- Gallino L. (2002), *Globalizzazione e disuguaglianza*, Laterza, Roma-Bari.
- Gentili A.M. (2002), "Lo Stato nazione in Africa", *Il Mulino*, No. 400, 2/2002.
- Gupta I. e A. Mitra (2002), "Economic Growth, Health and Poverty an Exploratory Study on India", XIII World Congress of IEA, Lisbona, 9-13 Sept. 2002.
- Hanushek E.A. e D.D. Kimko (2000), "Schooling Labor-Force Quality, and the Growth of Nations", *The American Economic Review*, Vol. 90 No. 5, pp. 1184-1208, disponibile sul sito <http://www.worldbank.org/poverty/strategies/sourcons>.
- International Family Planning Perspectives (1982), *Health Care and Primary Education Affect Fertility More Than Income*, Vol. 8, No.3, 105-107.
- ISAE (2000), "Povertà e disagio: analisi e metodi", in *Regolamentazione, competitività e cittadinanza*, Rapporto trimestrale, aprile, Roma.
- ISAE (2002), "Istruzione in Italia e in Europa: un'analisi comparata", in *Finanza pubblica e redistribuzione*, Rapporto trimestrale, ottobre.
- Jomo, K.S. (2000), Globalization, Liberalization, Poverty and Income Inequality in Southeast Asia, lavoro presentato alla Conferenza su "Povertà e disuguaglianza nei Paesi in via di sviluppo: un dibattito sugli effetti della Globalizzazione", OECD Development Centre, Parigi, 30 novembre - 1 Dicembre.
- Lembo P. (2002), "Analisi dell'impatto redistributivo della globalizzazione tra paesi ricchi e paesi poveri (disuguaglianza inter-paesi)", relazione presentata al seminario *Globalizzazione e Disuguaglianza*, ISAE, novembre, Roma.
- Kelly A. C. (1991), "The Human Development Index: "Handle with Care"", *Population and Development Review*, Vol. 17, No.2., pp. 315-324.
- Lodde S. (2000), "Capitale umano e sviluppo economico. Cosa sappiamo in teoria e nei fatti?", *Contributi di ricerca CRENOS*.
- Lucas (1988), "On The Mechanics of The Economic Development", *Journal of Monetary Economics*, Vol. 22, pp. 3-42.

- Lundberg M. e Squire, L. (2001), "The simultaneous evolution of growth and inequality", disponibile sul sito http://www.eudn.org/Download/lundberg_squire.
- Mankiw N.G., Romer D. , Weil D.N. (1992), "Contribution to the Empirics of Economic Growth", *Quarterly Journal of Economics*, Vol. 22, pp. 3-42.
- Milanovic, B. (1999), "True world income distribution, 1988-1993: first calculation based on household surveys alone", *The Economic Journal*, gennaio.
- Mingat A. e Tan J. (1998), "The mechanics of progress in education: Evidence from Cross-Country data", *World Bank Working Paper*, No. 2015, Washington D.C.
- Muhuri P. (1995), "Health Programs, Maternal Education and Differential Child Mortality in Matlab, Bangladesh", *Population and Development Review*, Vol. 21, No. 4, pp. 813-834.
- Murru, M. (2002), "La sconfitta sanitaria", *Il Mulino*, Vol.No.400, 2/2002.
- Nelson R.R. e Phelps E. S (1996) "Investment in Humans, Technological Diffusion, and Economic Growth", *The American Economic Review*, Vol. 56, No 1/ 2, pp. 69-75.
- O'Rourke, K. (2001), "Globalization and Inequality: Historical Trends", *NBER Working Paper Series*, No. 8339, Cambridge, giugno.
- O'Rourke, K. e J. Williamson (2000), "When Did Globalization Begin?", *NBER Working Paper Series*, No. 7632 Cambridge, aprile.
- OECD (1998), *Human Capital Investments an International Comparison*, OECD, Parigi.
- OECD (2001), *Teachers for Tomorrow's Schools: Analysis of the World Educations Indicators*, OECD, Parigi.
- Panikar P. G. K. (1999), Health Transition in Kerala, *Discussion Paper No.10*, Centre for Development Studies Thiruvananthapuram.
- Panikar P.G.K. (1999), "Health Transition in Kerala", *Discussion Paper*; No. 10, dicembre, pp. 1-40.
- Pedersen J. D. (1999), "Coping with Globalization: India and Brazil", disponibile sul sito...
- Planning Commission Government of India (2002), "National Human Development Report 2001", marzo.
- Palloni A. e H. Rofdimonona (1997), *The Effects of Infant Mortality on Ferility Revisited: Some New Evidence* , Center of Demography and Ecology, University of Wisconsin.
- Prennushi G. (2002), "Disuguaglianze di reddito tra paesi: indicatori, evoluzione nel tempo e impatto della globalizzazione", relazione presentata al seminario *Globalizzazione e Disuguaglianza*, ISAE, novembre, Roma.
- Preston S. H. (1975), "The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development", *Population Studies*, Vol. 29, No.2., pp. 231-248.
- Preston S. (1978), *The Effects of Infant and Child Mortality on Fertility*, New York Academic Press.

- Psacharopoulos G. (1984), "The Contribution of Education to Economic Growth. International Comparisons", *Cambridge: American Enterprise Institute*, Ballinger Publishing Company, pp. 335-60.
- Psacharopoulos G. e H. A. Patrinos (2002), "Return to Investment in Education: A Further Update", *World Bank Working Paper*, No.2881, Washington D.C.
- Raman Kutty V., Thankappan K.R., Kannan K.P. e Aravindan K.P. (1993), "How Socioeconomic Status Affects Birth and Death Rates in Rural Kerala, India: Results of a Health Study", *International Journal of Health Services*, Vol. 23, No. 2, pp. 373-386.
- Raman Kutty V. (2000), "Historical Analysis of the Development of Health care Facilities in Kerala State, India", *Health Policy and Planning*, Vol. 15, gennaio, pp. 103-109.
- Rao Mohan J. (1998), "Development in the Time of Globalization", *Working Paper Series*, No.2, UNDP.
- Ravallion M. (2001), "Growth, Inequality and Poverty: Looking Beyond Averages", *World Bank Working Paper*, No.2558, Washington D.C.
- Ravallion M. (2002), "The Debate on Globalization, Poverty and Inequality: Why Measurement Matters", disponibile sul sito www.worldbank.org.
- Ravallion M. e G. Datt (2001), "Why Has Economic Growth Been More Pro-poor in Some States of India than Others?", disponibile sul sito www.worldbank.org.
- Robbins D. (1996), "Evidence on Trade and Wages in the Developing World", *OECD Development Centre Technical Paper* No. 119, Paris.
- Rodrik D. (2002), "Feasible Globalization", *mimeo*, Harvard University, disponibile all'indirizzo <http://ksghome.harvard.edu/~drodrik.academic.ksg/papers>
- Sachs J.D., Mellinger A. e J.L. Gallup (2001), "The Geography of Poverty and Wealth", *Scientific American*, Vol. 284, No. 3, pp.70-75.
- Sala-i-Martin X. (2002), "The Disturbing Rise in Global Income Inequality", reperibile sul sito internet www.columbia.edu/~xs23/papers/globalincomeinequality
- Segall M., Tipping G., Lucas H., Truong Viet Dung, Nguyen Thanh Tam, Dao Xuan Vinh e Dao Lan Huong (2000), *Health Care Seeking by the Poor in Transitional Economies: The case of Vietnam*, Institute of Development studies, Brighton, U.K.
- Sen A. (2002), *Globalizzazione e libertà*, Arnoldo Mondadori Editore, Milano.
- Spiezia V. (2002), "Integrazione economica e impatto sulla povertà nei paesi in via di sviluppo", relazione presentata al seminario *Globalizzazione e Disuguaglianza*, ISAE, novembre, Roma.
- Stiglitz J. (2002), *La globalizzazione e i suoi oppositori*, Einaudi, Torino.
- Streitfeld K., Singarimbun M. e I. Diamond (1990), "Maternal Education and Child Immunization", *Demography*, Vol.27, No.3.

- Tipping G. (2000), *The Social Impact of User Fees for Health Care on Poor Households, Desk Study commissioned by the Health Policy Unit, Ministry of Health, Vietnam.*
- Todaro M. P. (1993), *Introduzione all'economia del sottosviluppo*, Loesher Editore.
- U.N. Country Team Vietnam (2003), "Health Care Financing for Vietnam", *Discussion Paper No.2*, giugno.
- UNDP (1990), *Human Development Report*, Oxford University Press, New York.
- UNDP (1991), *Human Development Report*, Oxford University Press, New York.
- UNDP (1992), *Human Development Report*, Oxford University Press, New York.
- UNDP (1997), *Human Development Report*, Oxford University Press, New York.
- UNDP (1999), *Human Development Report*, Oxford University Press, New York.
- UNDP (2002), *Arab Human Development Report*, Oxford University Press, New York.
- UNDP (2003), *Human Development Report*, Oxford University Press, New York.
- Wagner J. e W. Lorenz (1988), "An International Comparison of The Rates of Return to Human Capital: Evidence From Five Countries", *LIS Working Paper*, No. 23.
- Wagstaff A. (2002), "Inequalities in Health in Developing Countries: Swimming Against the Tide?", *World Bank Working Paper*, No. 2795, Washington D.C.
- Wagstaff A. e Nguyen N.N. (2003), "Poverty and Survival Prospects of Vietnamese Children under Doi Moi", *World Bank Working Paper*, No.2832, Washington D.C.
- Winter C. e R. Macina, *Girls' Education, World Bank Support Trough International Development Association.*
- World Bank (1990), *World Development Report 1990. Poverty*, Oxford University Press, New York.
- World Bank (1998), *Education and Training in The East Asia and Pacific Region*, disponibile sul sito www.worldbank.org
- World Bank (2001), *World Development Report 2000/2001. Attacking Poverty*, Oxford University Press, New York.
- World Bank (2001a), *Poverty Reduction Strategy Source-book*, disponibile su <http://www.worldbank.org/poverty/strategies/sourcons.htm>.
- World Bank (2001b), *Poverty Reduction and Economic Management: Social Indicators*, disponibile sul sito www.worldbank.org.
- World Bank (2002), *World Development Indicators 2002*, Oxford University Press, New York.
- World Bank (2003a), "Vietnam - Delivering on its promise", *Country Development Report 2003*, Hanoi.

Prezzo: € 10