



**AZIONE PER LA  
SALUTE GLOBALE**

RISORSE ADEGUATE  
SISTEMI SANITARI RAFFORZATI  
ACCESSO EQUO

# 2010

## CONTO ALLA ROVESCIA

PER GLI OBIETTIVI DI SVILUPPO  
DEL MILLENNIO PER LA SALUTE



# SOMMARIO

## Sezione 1

<b>Sintesi</b>	<b>3</b>
<b>2010: un anno decisivo</b>	<b>4</b>
<b>I conti con la realtà</b>	<b>6</b>
<b>Perchè l'Europa deve agire</b>	<b>8</b>

## Sezione 2

<b>Tre punti dai quali partire:</b>	<b>12</b>
<b>1. promuovere l'accesso gratuito all'assistenza sanitaria per i più poveri</b>	<b>12</b>
<b>2. potenziare le risorse umane impiegate in sanità nei paesi in via di sviluppo</b>	<b>14</b>
<b>3. garantire il coinvolgimento delle comunità locali nei processi decisionali</b>	<b>16</b>

## Sezione 3

<b>Raccomandazioni</b>	<b>18</b>
------------------------	-----------

<b>Bibliografia</b>	<b>22</b>
---------------------	-----------

<b>Acronimi</b>	<b>23</b>
-----------------	-----------

Chiusura redazionale marzo 2010.

Questo Rapporto, redatto da Rebekah Webb, è stato realizzato dal network europeo Azione per la salute globale. L'analisi dei dati è stata eseguita dal Gruppo di ricerca sull'Aiuto pubblico allo sviluppo (APS) di Azione per la salute globale, con la guida tecnica e il supporto di Joachim Rüppel, Medical Mission Institute Würzburg (Germania), che ha anche redatto la tabella sui dati relativi all'APS.

Azione per la salute globale ringrazia le comunità locali, gli operatori e le operatrici della sanità, i funzionari e le funzionarie del governo in Cambogia, Malawi e Sierra Leone, che ci hanno dedicato il loro tempo ed hanno voluto condividere con noi le loro esperienze. Ringrazia inoltre ActionAid Sierra Leone, CESTAS Malawi e Plan Cambogia per il loro aiuto nella realizzazione delle interviste.

Azione per la salute globale è finanziata con un contributo della Bill & Melinda Gates Foundation.

Foto di copertina: Giacomo Pirozzi / Panos



# SINTESI

## Il 2010 è un anno decisivo.

Dieci anni fa i leader mondiali si sono assunti l'impegno di ridurre la mortalità infantile sotto i cinque anni e la mortalità materna, di garantire l'accesso universale alla salute riproduttiva, nonché di arrestare la diffusione di Hiv/Aids, malaria e altre malattie entro il 2015.

Sono rimasti soltanto cinque anni per raggiungere gli Obiettivi di sviluppo del Millennio (MDG) sulla salute e oggi la situazione non è molto migliorata rispetto ad allora:

- ogni minuto una donna muore per complicazioni legate alla gravidanza e al parto – dal 1990 ad oggi non ci sono stati progressi significativi nella riduzione della mortalità materna;
- ogni giorno circa 29.000 bambini muoiono prima di aver compiuto i cinque anni – nella stragrande maggioranza dei casi per cause che potrebbero essere facilmente prevenute;
- ogni anno la tubercolosi, l'Hiv/Aids e la malaria uccidono oltre cinque milioni di persone – con un costo di milioni di dollari per le economie di paesi già poverissimi.

Agire è un dovere e un obbligo morale: queste morti rappresentano un'enorme violazione al diritto universale alla salute, che tutti gli stati sono vincolati a rispettare. Più e più volte i governi dei paesi industrializzati come quelli dei paesi in via di sviluppo hanno assicurato il loro impegno politico e il loro sostegno finanziario alle politiche per la salute. Ai paesi ricchi costerebbe solo un decimo dell'un per cento del loro Prodotto Interno Lordo (PIL) aiutare i paesi più poveri, che sono anche quelli colpiti più duramente dalla crisi finanziaria globale.

Come possiamo raggiungere gli MDG sulla salute nei prossimi cinque anni? Come possiamo garantire il diritto alla salute? Questo Rapporto indica tre punti dai quali partire:

- 1) promuovere l'accesso gratuito all'assistenza sanitaria per i più poveri;
- 2) potenziare le risorse umane impiegate in sanità nei paesi in via di sviluppo;
- 3) garantire il coinvolgimento delle comunità locali nei processi decisionali e integrare un approccio di genere in tutte le politiche, i programmi e i progetti per la salute.

Queste idee non sono una novità: chi è impegnato in prima linea nel campo dell'assistenza sanitaria nei paesi in via di sviluppo le sostiene da anni; gli studiosi e gli economisti che si occupano di salute pubblica le appoggiano con convinzione; gli Stati membri della UE e la Commissione Europea hanno già preso impegni specifici per affrontarle. E tuttavia il tempo continua a scorrere, invano.

Azione per la salute globale esorta gli Stati membri dell'UE a destinare lo 0,1% del PIL al raggiungimento degli Obiettivi di sviluppo per la salute. Tale contributo dovrebbe essere finalizzato al rafforzamento dei servizi di assistenza sanitaria di base gratuiti, inclusi i servizi per la salute sessuale e riproduttiva, a garantire alle comunità locali un ruolo di primo piano nei processi di programmazione, implementazione e valutazione delle politiche sanitarie e a assicurare l'accesso universale alle cure per tutti e tutte. Ciò andrebbe fatto, o meglio, deve essere fatto a partire da quest'anno.

## 2010: UN ANNO DECISIVO

**L'8 SETTEMBRE 2000 SI È TENUTO IL PIÙ GRANDE RADUNO DI LEADER MONDIALI NELLA STORIA DELL'UMANITÀ. ERANO PRESENTI ANCHE TUTTI I CAPI DI STATO E/O DI GOVERNO DEI 27 STATI MEMBRI DELL'UNIONE EUROPEA (UE). IN QUELLA SEDE È STATA ADOTTATA LA DICHIARAZIONE DEL MILLENNIO CHE AFFERMA:**

*“Noi non risparmieremo i nostri sforzi per liberare i nostri simili, uomini, donne e bambini, dall'abietta e disumanizzante condizione della povertà estrema, alla quale sono attualmente soggetti oltre un miliardo di esseri umani. Noi ci impegniamo a rendere il diritto allo sviluppo una realtà per ogni uomo e ogni donna e a liberare l'intero genere umano dalla necessità.”*

*“In qualità di leader, pertanto, abbiamo un dovere verso tutti i popoli del pianeta, specialmente quelli più vulnerabili e, in particolare, verso le bambine e i bambini del mondo intero, ai quali appartiene il futuro.”<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Dichiarazione del Millennio delle Nazioni Unite, Assemblea Generale delle Nazioni Unite, settembre 2000.

## L'ASSEMBLEA SI È IMPEGNATA A RAGGIUNGERE ENTRO IL 2015

otto obiettivi universali, definiti "Obiettivi di sviluppo del Millennio" (MDG),<sup>2</sup> dei quali tre sono specificamente dedicati alla salute:

**MDG 4 - ridurre di due terzi la mortalità infantile sotto i cinque anni;**

**MDG 5 - ridurre di tre quarti la mortalità materna e garantire l'accesso universale ai servizi per la salute riproduttiva;**

**MDG 6 - contrastare e arrestare la diffusione di Hiv/Aids, malaria e altre gravi malattie.**

Non si tratta di ideali e nobili aspirazioni, ma di traguardi specifici, concreti e – cosa più importante di tutte – tecnicamente realizzabili, raggiungibili in un lasso di tempo ragionevolmente breve, tramite un percorso comune e globale che paesi industrializzati e paesi in via di sviluppo devono intraprendere insieme.<sup>3</sup>

Dopo dieci anni, dovremmo essere ormai a buon punto nella loro realizzazione.

Tuttavia, secondo le Nazioni Unite (NU), tra tutti gli obiettivi indicati nella Dichiarazione del Millennio, gli MDG direttamente correlati alla salute sono proprio quelli per cui sono stati fatti meno progressi.<sup>4</sup> Le conseguenze sono particolarmente gravi per donne e ragazze che subiscono maggiormente il peso delle carenze dell'assistenza sanitaria e la difficoltà ad accedervi.

<sup>2</sup> La natura strettamente interconnessa degli otto Obiettivi di sviluppo del Millennio (MDG) fa sì che essi debbano essere considerati come un "pacchetto" unico. Gli altri cinque obiettivi sono: MDG 1: eliminare la povertà estrema e la fame; MDG 2: raggiungere l'istruzione elementare universale; MDG 3: promuovere l'uguaglianza di genere e l'empowerment delle donne; MDG 7: assicurare la sostenibilità ambientale; MDG 8: sviluppare una collaborazione globale per lo sviluppo.

<sup>3</sup> Discorso del Segretario Generale dell'ONU, Kofi Annan, 6 novembre 2003.

<sup>4</sup> World Health Statistics. WHO, 2008.

<sup>5</sup> Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank. WHO, 2007.

<sup>6</sup> WHO Estimates of the Causes of Death in Children, J. Bryce et al. *The Lancet*, Vol.365, 2005.

<sup>7</sup> Tuberculosis: The Facts. WHO, 2006.

<sup>8</sup> World Health Report. WHO, 1995.

<sup>9</sup> Children and Malaria Infosheet. Roll Back Malaria, senza data.

<sup>10</sup> WHO Factsheet. WHO/Stop TB Partnership, 2007.

<sup>11</sup> Effect of human immunodeficiency virus treatment on maternal mortality at a tertiary center in South Africa: A 5-year audit, Black V et al. *Obstetrics and Gynaecology*, 114 (2), 292-299, 2009.

<sup>12</sup> No woman should die giving life, Facts and Figures. UNFPA, 2007.

<sup>13</sup> Engendering Action for Global Health, AFGH 2009.

## OGGI, NEL SUD DEL MONDO, DOPO DIECI ANNI DALLA DICHIARAZIONE DEL MILLENNIO:

- ogni minuto una donna muore a causa di complicazioni durante la gravidanza o il parto;<sup>5</sup>
- ogni giorno circa 29.000 bambini sotto i cinque anni di età muoiono;<sup>6</sup>
- ogni anno la tubercolosi, l'Aids e la malaria uccidono oltre cinque milioni di persone.<sup>7</sup>

Queste morti – principalmente dovute alla povertà<sup>8</sup> - costituiscono un'emergenza sanitaria globale e, senza dubbio, la più grande violazione dei diritti umani del nostro tempo. Nei paesi industrializzati questo genere di decessi è estremamente raro: in quasi tutta l'Europa la probabilità che un bambino muoia prima di aver compiuto cinque anni è minore dell'1%, e le morti per cause collegate alla gravidanza e al parto, per tubercolosi, malaria e ormai perfino per l'Aids sono molto rare.

Le malattie legate alla povertà e alla carenza di servizi per la salute sessuale e riproduttiva sono strettamente interconnesse. In Africa la malaria è responsabile della morte di un bambino su cinque<sup>9</sup>, mentre la tubercolosi è una delle cause principali di decesso tra i malati di Aids.<sup>10</sup> La probabilità che una donna sieropositiva muoia durante la gravidanza o il parto è oltre sei volte superiore alla media,<sup>11</sup> mentre è dieci volte più probabile che un bambino orfano di madre non superi i primi due anni di vita.<sup>12</sup> Chi più di tutti paga il prezzo di questa situazione sono le donne e le ragazze: anche se tradizionalmente si fanno carico della salute di tutta la famiglia, in realtà sono le persone che meno facilmente dispongono delle risorse e dello status necessario per poter accedere all'assistenza sanitaria, anche nelle sue forme più basilari.<sup>13</sup> Tutti gli MDG per la salute sono pertanto inestricabilmente legati e interdipendenti: la loro natura trasversale impone che vengano affrontati con un approccio coerente e globale.

# MDG 4:

**A CHE PUNTO SIAMO NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO DI RIDURRE DI DUE TERZI LA MORTALITÀ INFANTILE?**

Nel Sud del mondo, nel 2008, il tasso di mortalità infantile dei bambini sotto i cinque anni è diminuito solo del 28% rispetto al 1990;<sup>14</sup> un bambino etiope ha oggi 30 probabilità in più di morire entro i cinque anni rispetto a un bambino italiano o spagnolo;<sup>15</sup> meno della metà delle donne sieropositive che aspettano un figlio ha accesso ai medicinali per la prevenzione della trasmissione dell'Hiv ai propri bambini.<sup>16</sup> Inoltre, la maggior parte dei bambini sotto i cinque anni che muoiono ogni anno potrebbe essere salvata con misure semplici e molto spesso poco costose, come soluzioni reidratanti, vaccini, antibiotici e zanzariere.<sup>17</sup>

14 Levels and trends in under five mortality, 1990-2008, D. You. *The Lancet*, Vol. 375, 2010. Also: *The State of the World's Children*. UNICEF, 2009

15 World Health Statistics. WHO, 2009.

16 Towards universal access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. UNAIDS 2009.

17 *The State of the World's Children*. UNICEF, 2008.

# MDG 5:

**A CHE PUNTO SIAMO NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO DI RIDURRE DI TRE QUARTI LA MORTALITÀ MATERNA E DI GARANTIRE L'ACCESSO UNIVERSALE ALLA SALUTE RIPRODUTTIVA?**

Tra tutti gli MDG, quello che meno si avvicina alla realizzazione è il miglioramento della salute materna. Nell'Africa subsahariana, il tasso di mortalità materna non ha registrato progressi negli ultimi due decenni.<sup>18</sup> In Africa la probabilità che una ragazza di 15 anni muoia per cause legate alla maternità è oggi di una su 22, contro una su 120 in Asia e solo una su 7.300 nei paesi più industrializzati.<sup>19</sup>

Per quel che riguarda l'accesso ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva, meno della metà delle donne incinte nei paesi in via di sviluppo possono godere di un'adeguata assistenza prenatale, mentre più della metà dei parti nell'Asia meridionale ha luogo senza la supervisione di personale qualificato,<sup>20</sup> e solo una donna su quattro nell'Africa subsahariana ha accesso alla contraccezione.<sup>21</sup>

18 The MDG Report. UN 2009

19 Tale rischio è indicato come "adult lifetime risk of maternal death", in *Maternal Mortality in 2005: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*. WHO, 2007.

20 World Health Statistics. WHO 2009.

21 The MDG Report. UN 2009.

# MDG 6:

**A CHE PUNTO SIAMO NEL CONTRASTO ALLA DIFFUSIONE DELL'HIV/AIDS, DELLA MALARIA E DELLE ALTRE MALATTIE GRAVI? ABBIAMO RAGGIUNTO L'ACCESSO UNIVERSALE ALLE CURE PER L'HIV/AIDS?**

Alcuni passi avanti nella lotta contro la malaria sono stati fatti: in 27 paesi si è registrata una riduzione fino al 50% nel numero di casi di malaria tra il 1990 e il 2006; ciononostante, nei paesi in via di sviluppo di questa malattia muore ancora un bambino ogni trenta secondi.<sup>22</sup> La tubercolosi raggiunge oggi un picco nella sua diffusione, con 9,4 milioni di nuovi casi segnalati nel 2008.<sup>23</sup>

Nel frattempo, l'obiettivo di garantire entro il 2010 l'accesso universale alle cure contro l'Hiv/Aids è stato palesemente disatteso: solo la metà dei 9,5 milioni di persone che ne hanno bisogno ha ricevuto assistenza durante il 2008.<sup>24</sup> La pandemia sta sopravanzando gli sforzi fatti per la prevenzione: per ogni due malati che ricevono terapie antiretrovirali contro l'Hiv, altri cinque contraggono il virus.<sup>25</sup>

22 10 Facts on Malaria. WHO, 2009.

23 WHO Factsheet. WHO/Stop TB Partnership, 2007.

24 Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. UNAIDS 2009.

25 UNAIDS Annual Report 2008: Towards Universal Access, UNAIDS 2009.



FOTO ©TERRE DES HOMMES

“ I nostri figli muoiono a causa della mancanza del denaro necessario per pagare i conti degli ospedali ”

Membri della comunità di Gbundorbu nel distretto di Bo, Sierra Leone



FOTO ©LAHOÈNE ABIB, MÉDECINS DU MONDE

“ A volte è impossibile assistere tutte le donne: alcune finiscono per partorire da sole, perché le ostetriche sono troppo occupate con qualcun'altra. Semplicemente, non disponiamo di personale sufficiente per poter assistere ogni donna e ogni bambino nel modo in cui andrebbe fatto ”

Rachel Macleod, capo ostetrica, Bwaila Hospital, Lilongwe (Malawi)



FOTO ©GAVIN SMITH/EVINE/ACTIONAID

“ Secondo le statistiche raccolte in tre centri sanitari, almeno il 15% della popolazione ha la tubercolosi. L'infezione respiratoria acuta è molto comune tra i bambini: per quelli sotto i cinque anni abbiamo rilevato che si arriva al 25%. Alcuni villaggi si trovano nell'area della foresta, quindi circa l' 1% dell'intera popolazione è affetto dalla malaria ” – il governatore del distretto di Srei Snam, Cambogia ”

Il governatore del distretto di Srei Snam, Cambogia

# PERCHÉ L'EUROPA DEVE AGIRE

## SONO CINQUE LE RAGIONI FONDAMENTALI PER LE QUALI L'UNIONE EUROPEA (UE) DEVE URGENTEMENTE AFFRONTARE LA CRISI SANITARIA GLOBALE:

### N. 1: NEGARE L'ASSISTENZA SANITARIA È UNA GRAVE VIOLAZIONE DEL DIRITTO ALLA SALUTE

*“Ogni individuo ha diritto a un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari; e ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in altro caso di perdita di mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà. La maternità e l'infanzia hanno diritto a speciali cure e assistenza” - Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, 1948.*

Il diritto a conseguire il più alto livello possibile di salute mentale e fisica, conosciuto come Diritto Universale alla Salute, è tutelato dal Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali, ratificato da molti paesi membri delle Nazioni Unite.<sup>26</sup> Ogni paese al mondo ha ratificato almeno un trattato internazionale relativo ai diritti umani in cui viene riconosciuto tale diritto.<sup>27</sup>

### N. 2: I POVERI SONO STATI I PIÙ COLPITI DALLA CRISI FINANZIARIA GLOBALE

*“Non possiamo permettere che un clima economico sfavorevole ci ostacoli nella realizzazione degli impegni assunti nel 2000. Al contrario, i nostri sforzi volti a far ripartire la crescita economica devono essere considerati come un'opportunità per prendere alcune delle difficili decisioni necessarie alla creazione di un futuro più equo e sostenibile.” – Ban Ki-Moon, Segretario Generale dell'ONU, nella Prefazione al Rapporto sugli MDG del 2009.*

Nell'Africa subsahariana il rallentamento della crescita economica causato dalla crisi finanziaria globale costerà ai 390 milioni di persone che già vivono in condizione di estrema povertà 18 miliardi di dollari, pari a una riduzione del 20% del reddito di ogni singolo individuo.<sup>28</sup> Questa flessione sta avendo un impatto diretto sugli sforzi per raggiungere gli MDG: secondo l'UNAIDS, le Organizzazioni non governative (ONG) che forniscono assistenza sanitaria a orfani e bambini vulnerabili, vedranno ridursi il volume dei loro finanziamenti e saranno costrette a un drastico ridimensionamento delle loro attività e della loro copertura.<sup>29</sup>

In seguito alla crisi finanziaria globale, i cittadini europei potrebbero pensare che i bisogni “interni” siano più urgenti rispetto a quelli dei paesi in via di sviluppo. Invece, proprio in questa congiuntura sfavorevole, investire negli MDG sarebbe tutt'altro che un lusso, bensì un modo per dare un incentivo fondamentale alla ripresa economica globale. Ad esempio, un'analisi dei costi della scarsa o pessima qualità della salute materna e infantile ha messo in luce, come conseguenza, una perdita annua di produttività pari a 95 milioni di dollari in Etiopia e a circa 85 milioni di dollari in Uganda.<sup>30</sup> L'Aids, da solo, è responsabile di una flessione annua nella crescita economica del 0,5%-1,2% del Prodotto Interno Lordo (PIL) di metà degli stati dell'Africa subsahariana.<sup>31</sup>

Proprio perché per affrontare la crisi finanziaria globale sono necessarie riforme strutturali a lungo termine, adesso più che mai è fondamentale investire sulla salute globale e adoperarsi per evitare che i più poveri scivolino ulteriormente nella miseria.

<sup>26</sup> Adottato nel 1966 come parte della Carta internazionale dei diritti umani ed entrato in vigore nel 1976, il Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali (ICESCR) vincola gli stati a riconoscere “il diritto di ogni individuo a godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale che sia in grado di conseguire” (ICESCR, art. 12).

<sup>27</sup> The Right to Health, Factsheet. OHCHR, 2008.

<sup>28</sup> The Millennium Development Goals – Bankable Pledge or Sub-Prime Asset?, K.Watkins and P. Montjourides. UNESCO Future Forum, 2nd March 2009.

<sup>29</sup> The Global Economic Crisis and HIV Prevention and Treatment Programmes: Vulnerabilities and Impact. UNAIDS, 2009.

<sup>30</sup> The costs of maternal-newborn illness and mortality. M.K. Islam and U-G. Gerdtham, Discussion paper series: Moving towards universal coverage: Maternal-newborn health and poverty, Working Paper No. 2. WHO, 2006.

<sup>31</sup> The impact of HIV and AIDS on Africa's economic development, S. Dixon et al. *British Medical Journal*, Vol. 324, 2002.





### N. 3: L'EUROPA HA PROMESSO DI AGIRE, PIÙ E PIÙ VOLTE

La Dichiarazione del Millennio non è stata la sola occasione in cui i leader mondiali si sono impegnati a prendere provvedimenti in favore della salute globale: da allora impegni e promesse di finanziamenti sono state reiterati più volte. La tabella seguente ne indica soltanto alcuni:

Anno	Evento	Impegno	È stato rispettato?
2001	Sessione speciale dell'Assemblea generale delle NU (UNGASS), New York	I paesi donatori si sono impegnati a raggiungere entro il 2005 un obiettivo globale di spesa annua tra i 7 e i 10 miliardi di dollari per la lotta contro l'Hiv/Aids nei paesi a basso e medio reddito	No – la spesa annua nel 2005 è stata di 4,3 miliardi di dollari <sup>32</sup>
2001	Summit africano su Hiv/Aids, tubercolosi e altre malattie infettive collegate, Abuja	Tutti i governi africani si sono impegnati a stanziare il 15% dei propri bilanci nazionali per la salute	No – soltanto sei tra i 53 stati africani hanno rispettato questo impegno <sup>33</sup>
2005	G8, Gleneagles	Italia, Francia, Germania e Regno Unito si sono impegnati a migliorare i servizi sanitari nei paesi più poveri contrastando la carenza di personale sanitario e ad assicurare l'accesso universale alle cure per l'Hiv/Aids entro il 2010	No – per soddisfare gli MDG ci sarebbe bisogno di quattro milioni di operatori sanitari in più <sup>34</sup> e solo la metà delle persone sieropositive riceve cure adeguate <sup>35</sup>
2006	UNGASS, New York	I donatori si sono impegnati ad aumentare gli interventi nazionali sostenibili nei confronti dell'Hiv/Aids [...] mirando al raggiungimento dell'obiettivo dell'accesso universale alle cure, alla prevenzione, all'assistenza e al sostegno	No – ogni giorno 7.500 persone contraggono l'Hiv <sup>36</sup>
2008	Conferenza sulla finanza per lo sviluppo, Doha	La UE ha riconfermato il proprio impegno per garantire lo 0,56% del Prodotto Interno Lordo (PIL) nel 2010 (e lo 0,7% nel 2015) in Aiuto pubblico allo sviluppo	Improbabile – Il 17 novembre 2009 il Ministro per lo sviluppo internazionale svedese ha annunciato che l'UE potrebbe non raggiungere questo obiettivo <sup>37</sup>
2008	Forum di alto livello sull'efficacia degli aiuti, Accra	I paesi donatori e i paesi in via di sviluppo si sono impegnati ad ampliare, entro il 2010, il dialogo a livello nazionale sullo sviluppo, incrementando anche la partecipazione della società civile	No – I partner della società civile non sono ancora stati riconosciuti come attori legittimi <sup>38</sup>

<sup>32</sup> International Assistance for HIV/AIDS in the Developing World: Taking Stock of the G8, Other Donor Governments and the European Commission, J. Kates & E. Lief. Kaiser Family Foundation, 2006.

<sup>33</sup> World Health Statistics. WHO, 2009.

<sup>34</sup> World Health Report. WHO, 2006.

<sup>35</sup> Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. UNAIDS, 2009.

<sup>36</sup> AIDS Epidemic Update. UNAIDS, 2009.

<sup>37</sup> Dichiarazione del ministro svedese per la cooperazione e lo sviluppo internazionale Gunilla Carlsson, rilasciata al Consiglio per lo sviluppo il 17 novembre 2009. Cfr. Euromapping 2009, DSW/EPF 2009.

<sup>38</sup> Case Studies on Aid Effectiveness: Ethiopia, Nepal and Zambia. AFGH, 2009.

## PERCHÈ L'EUROPA DEVE AGIRE

### N. 4: POSSIAMO PERMETTERCELO

*“Siamo del parere che maggiori investimenti nel campo della salute – che costerebbero ai paesi donatori approssimativamente un decimo dell'1% del loro reddito – verrebbero ripagati ampiamente in termini di milioni di vite salvate ogni anno, di crescita economica e di rafforzamento della sicurezza globale” - Commissione su Macroeconomia e Salute dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), 2001*

La spesa globale che sarebbe necessaria al raggiungimento degli MDG non è affatto ambiziosa: non si tratta di reperire l'1% del Prodotto Interno Lordo, ma soltanto un decimo di questo 1%. Dunque, a fronte di somme relativamente piccole, i guadagni che se ne potrebbero ricavare sono enormi, sia in termini di vite salvate che di crescita economica. È stato calcolato, per esempio, che ogni anno la malaria costa all'economia africana più di 12 miliardi di dollari in termini di reddito perso, quando una piccola frazione di questa cifra sarebbe sufficiente per tenere la malattia sotto controllo.<sup>39</sup>

La pianificazione familiare è un altro “ottimo affare”: i moderni metodi contraccettivi per gli 818 milioni di donne dei paesi in via di sviluppo desiderose di evitare una gravidanza costerebbero, in media, solo 1,20 dollari per anno a testa.<sup>40</sup> Questo consentirebbe di prevenire ogni anno la perdita di 38 milioni di anni di vita in salute delle donne (definiti Anni di Vita persi o vissuti con disabilità, DALY), frutto di complicazioni legate alla gravidanza.<sup>41</sup>

È attualmente in discussione una serie di provvedimenti attraverso i quali si potrebbero facilmente raccogliere i fondi necessari per raggiungere gli MDG, come per esempio la Tassa sulle transazioni valutarie e la Tassa sulle transazioni finanziarie, conosciuta anche come la “Robin Hood Tax”. Azione per la salute globale ritiene che tutte queste misure siano meritevoli di ulteriori approfondimenti.

### N.5: NON C'È TEMPO DA PERDERE

Il tempo stringe. Siamo già nel 2010 e sono rimasti soltanto cinque anni per rispettare gli impegni presi con i poveri del mondo. Nel frattempo abbiamo già tradito la promessa di garantire l'accesso universale a prevenzione, assistenza, cure e sostegno per i malati di Hiv/Aids.

Questo settembre si terrà a New York un secondo summit sugli MDG; il 2010 è l'ultima occasione rimasta per fare il punto della situazione, per tentare di superare quelle barriere che si frappongono al raggiungimento del traguardo, per elaborare un piano d'azione coraggioso e dare l'ultima spinta per centrare questi obiettivi.

Sono in gioco miliardi di vite.

<sup>39</sup> Global Malaria Action Plan. Roll Back Malaria Partnership, 2008.

<sup>40</sup> Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health, S. Singh et al, UNFPA 2009.

<sup>41</sup> Gli Anni di vita con disabilità (DALY) sono indicatori che misurano il peso di una malattia in base a mortalità e morbidità. Un DALY approssimativamente equivale a un anno di vita in salute.





# TRE PUNTI DAI QUALI PARTIRE

Come possiamo raggiungere gli MDG per la salute in cinque anni? Come possiamo garantire il diritto alla salute?

Innanzitutto è fondamentale che gli impegni presi sui finanziamenti vengano rispettati, sia da parte dei paesi donatori che da parte dai paesi in via di sviluppo. I fondi così stanziati devono essere destinati principalmente a rafforzare sistemi sanitari che garantiscano: **gratuità dei servizi; partecipazione delle comunità locali nei processi di programmazione, implementazione e valutazione; accesso universale alle cure per tutti e per tutte.**

Tenendo conto di ciò, questo Rapporto prende in esame in modo più approfondito tre aspetti interrelati e urgenti della crisi globale sanitaria: la politica sempre più diffusa di imporre l'accesso a pagamento ai servizi sanitari, anche ai soggetti più deboli; la scarsità di operatori e operatrici della sanità nei paesi colpiti da epidemie; l'esclusione delle organizzazioni comunitarie (CBO, Community Based Organizations) dai processi decisionali che impattano sulla politiche sanitarie. Il peso di tutto ciò ricade in modo sproporzionato su donne e ragazze: pur essendo tradizionalmente responsabili dell'assistenza sanitaria di base all'interno delle famiglie e delle comunità, sono spesso discriminate nell'accesso ai servizi sanitari e hanno esigenze sanitarie specifiche spesso trascurate. Se vogliamo affrontare in maniera adeguata gli MDG non possiamo negare la necessità di integrare un approccio di genere nelle politiche per la salute.

Per affrontare tali problemi, i paesi donatori devono decidere di stanziare lo 0,1% del loro PIL per la salute dei paesi in via di sviluppo – un piccolo gesto, considerato quanto tale investimento può generare anche in termini di ritorno economico.

## 1) PROMUOVERE L'ACCESSO GRATUITO ALL'ASSISTENZA SANITARIA PER I PIÙ POVERI

L'assistenza sanitaria gratuita per le donne in stato di gravidanza, i bambini e gli anziani – specialmente se percepiscono un reddito basso o nullo – è prassi consueta in Europa. Si tratta del risultato di una politica che, da un lato, riconosce l'importanza di garantire a tutti e a tutte, anche e soprattutto ai più deboli, il diritto alla salute; e dall'altro è pragmaticamente consapevole della redditività degli investimenti nell'assistenza sanitaria di base.

Nei paesi più poveri del mondo, dove la maggioranza degli abitanti vive con meno di 1,25 dollari al giorno, l'assistenza sanitaria gratuita è invece l'eccezione e non la regola. Una visita o una ricetta medica possono arrivare a costare anche quanto un mese di stipendio<sup>42</sup> e ogni anno oltre 100 milioni di persone finiscono in condizioni di povertà semplicemente perché devono pagare per la propria assistenza medica.<sup>43</sup>

In Africa, l'idea di un sistema sanitario a pagamento prese piede negli anni '80, quando gli stati, pesantemente indebitati, faticavano a coprire i deficit collegati alla spesa sanitaria.<sup>44</sup> Come parte di una serie di riforme del settore della sanità, raccomandate dalla Banca mondiale e dal Fondo monetario internazionale (FMI), furono ideati dei "ticket per gli utenti" o "contributi" attraverso cui raccogliere denaro per rimpinguare gli scarsi bilanci della sanità; l'intenzione era anche quella di ridurre la pressione sui rispettivi sistemi sanitari scoraggiando l'accesso alle cure non urgenti. Secondo la Dichiarazione di Bamako del 1987, l'obiettivo originale della politica dei "ticket" era quello di favorire i bisogni dei poveri; i bambini sotto i cinque anni, le donne che allattavano al seno e gli anziani avrebbero dovuto essere esentati da qualsiasi pagamento. Nei fatti, però, non è stato così se non in rari casi. Anzi, il risultato di questo provvedimento è stato quasi completamente negativo: non solo tale politica non ha fruttato quanto era stato previsto a livello finanziario (di solito meno del 5% del bilancio nazionale per la sanità<sup>45</sup>), ma ha avuto anche un impatto rovinoso sui più poveri tra i poveri.<sup>46</sup>

Il rapporto tra politica dei "ticket" e MDG per la salute può essere ben illustrato confrontando la situazione di due



FOTO © ACTIONAID

42 No cash, no care. MSF 2009.

43 Protecting households from catastrophic health expenditures, K.Xu et al. Health Affairs, Vol. 6, 2007.

44 Universal healthcare and the removal of user fees, R.Yates. The Lancet, Vol. 373, 2009.

45 The lessons of user fee experience in Africa, L. Gilson. Health Policy Plan 1997; 12: 273-285.

46 Universal healthcare and the removal of user fees, R.Yates. The Lancet, Vol. 373, 2009.

“Le infermiere ci chiedono soldi per curare noi e i nostri bambini, e se non ne hai devi indebitarti o dare in pegno la tua raccolta di riso o altri beni, come le piantagioni di cacao”

- Hawa Jalloh

paesi in via di sviluppo, lo Sri Lanka e la Sierra Leone. Lo Sri Lanka è stato uno dei pochi paesi che negli anni '80 ha deciso di non seguire la politica della Banca mondiale e ha continuato a garantire l'assistenza sanitaria di base gratuita, finanziandola con il gettito fiscale a un costo pari solo all'1,8% del PIL.<sup>47</sup> Oggi lo Sri Lanka è il paese del Sud-Est asiatico con il più basso tasso di mortalità materna, mentre il tasso di mortalità infantile è vicino a quello di paesi con un PIL molto più alto, come Turchia o Cina.<sup>48</sup>

La Sierra Leone, invece, presenta il tasso di mortalità infantile più alto al mondo.<sup>49</sup> Un bambino su cinque muore prima di aver compiuto un anno; la povertà è estrema e il 70% della popolazione vive con meno di un dollaro al giorno.<sup>50</sup> Il sistema sanitario nazionale, però, impone il pagamento delle cure mediche, e una semplice visita arriva a costare quanto 25 giorni di paga di un lavoratore medio.<sup>51</sup>

I racconti degli abitanti della comunità Gbunderbu del distretto di Bo, in Sierra Leone, sono tutti molto simili tra loro:

*“Mia sorella Aiah Abi Siaffa aspettava un bambino ed è morta all'ospedale di Bo perché non potevamo permetterci le spese per un intervento chirurgico, mentre l'altra, Hawa Ansumana, è morta per dissanguamento dopo aver partorito” – Sando Bendu*

Chi per professione si occupa di assistenza ai malati è dolorosamente consapevole di cosa significa chiedere denaro ai poveri:

*“Per noi è davvero imbarazzante, la gente chiede prestiti, si affida alla comunità e ai gruppi religiosi come pure ai parenti che vivono nei centri urbani o all'estero perché li aiutino con le spese mediche”*

– Prince Magoma, Ufficiale sanitario in capo della comunità Gbunderbu

Una campagna locale, la “Coalizione Salute per Tutti”, ha documentato molti casi di pazienti deceduti a causa della mancanza delle risorse necessarie per le cure mediche. La ricerca ha mostrato come la responsabilità diretta del cattivo stato della salute vada imputata all'alto costo dei servizi medici ed è stata molto utile per convincere i funzionari statali a un ripensamento. Il dottor Kisito Dao, del Ministero della Salute e della Sanità, ammette:

*“Il costo è una barriera all'accesso alle cure nel paese, e dal momento che la Sierra Leone è una nazione povera - il 70% della popolazione vive con meno di un dollaro al giorno-, ciò va a incidere sullo stato di salute dei suoi cittadini. Una recente ricerca ha rivelato che la*



FOTO ©ACTIONAID

*maggior parte dei costi per la salute vengono sostenuti privatamente, di tasca propria, cosa che i disoccupati e le persone povere delle zone rurali non possono decisamente permettersi”.*<sup>52</sup>

Anche in seguito agli sforzi e agli appelli della “Coalizione Salute per Tutti” e di altre realtà locali, il governo della Sierra Leone sembra finalmente aver riconosciuto il legame tra riscossione dei “ticket” sanitari e raggiungimento degli MDG. All'Assemblea generale delle Nazioni Unite del 2009, insieme a Burundi, Ghana, Liberia, Malawi e Nepal, la Sierra Leone si è impegnata ad allargare l'accesso all'assistenza sanitaria gratuita alla fascia più debole della popolazione.<sup>53</sup>

Su iniziativa del presidente, dall'aprile 2010 sarà garantito il diritto a servizi sanitari “totalmente gratuiti” alle donne in stato di gravidanza e allattamento e ai bambini fino a cinque anni. In linea con la Dichiarazione di Abuja del 2001, il 15% del bilancio nazionale sarà destinato a far fronte a questa nuova politica, ma ci si attende che contributi arrivino anche dal settore privato, dalle organizzazioni comunitarie e dai donatori internazionali.<sup>54</sup> Concentrando i propri sforzi su due gruppi sociali così importanti, si prevede che la Sierra Leone potrà fare grandi progressi nella riduzione della mortalità materna e infantile.

Tuttavia, se i funzionari pubblici, gli operatori sanitari e i membri della comunità hanno accolto favorevolmente il progetto, allo stesso tempo hanno espresso anche forti preoccupazioni per quanto verrà richiesto al sistema sanitario:

*“Le risorse umane qualificate saranno inadeguate, sia per quanto riguarda le competenze, sia dal punto di vista delle attrezzature e della copertura di cui il paese ha bisogno. Nel nostro piano strategico abbiamo fatto un calcolo di quanto questo verrà a costare, e c'è bisogno di molti investimenti. Ad esempio, a livello di comunità locali di distretto mancano ostetriche, ginecologi e chirurghi”*<sup>55</sup>

47 Investing in maternal health: Learning from Malaysia and Sri Lanka, I. Pathmanathan et al. World Bank 2003.

48 World Health Statistics. WHO, 2009.

49 World Health Statistics. WHO, 2009.

50 Intervista al dr. Kisito Dao, del Ministero della salute e dei servizi igienici della Sierra Leone, AFGH, febbraio 2010.

51 No cash no care. MSF, 2009.

52 Intervista al dr. Kisito Dao, del Ministero della salute e dei servizi igienici della Sierra Leone, AFGH, febbraio 2010.

53 Task force di alto livello sul finanziamento innovativo dei sistemi sanitari, settembre 2009.

54 Intervista al dr. Kisito Dao, del Ministero della salute e dei servizi igienici della Sierra Leone, AFGH, febbraio 2010.

55 Intervista al dr. Kisito Dao, del Ministero della salute e dei servizi igienici della Sierra Leone, AFGH, febbraio 2010.



## 2) POTENZIARE LE RISORSE UMANE IMPIEGATE IN SANITÀ

È evidente: non è possibile offrire assistenza sanitaria in assenza di medici, ostetriche e infermieri/e. Tuttavia ciò è esattamente quel che si sta tentando di fare nella maggior parte dei paesi in via di sviluppo. Mentre in Europa ci sono in media 32 medici ogni 10.000 persone, in Africa il rapporto è soltanto di due ogni 10.000.<sup>56</sup> Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, i paesi in "condizioni critiche" – cioè i paesi che devono fronteggiare una grave carenza di personale sanitario adeguatamente qualificato e supportato –, sono 57 in totale, 36 dei quali in Africa.<sup>57</sup>

In Malawi la mancanza di operatori sanitari è definita "una catastrofe" dai professionisti del settore. Negli anni '80, molti medici e molte infermiere hanno lasciato il paese per andare a lavorare in Europa – tanto che tra il serio e il faceto si diceva che c'erano più medici malawiani a Manchester che in tutto il Malawi. Ancora oggi le infermiere nel paese sono solo 8.000, a fronte di una popolazione di 15 milioni di persone<sup>58</sup> e in alcuni ospedali statali la metà dei posti di lavoro rimane vacante.<sup>59</sup> Gli operatori sanitari attribuiscono questa situazione alle paghe basse e al pesantissimo carico di lavoro in confronto con il settore privato:

*"Ti sfinisci. E ti senti frustrata perché c'è troppo lavoro. Assistiamo 45, 50 parti al giorno, ed è davvero sfiancante"*  
– Ruth Mwala, Caposala, Bwaila Hospital, Lilongwe (Malawi)

Le cause di questa carenza di operatori sanitari sono complesse e vanno individuate sia nel basso numero di persone che decide di intraprendere la professione e negli scarsi fondi destinati alla formazione, sia anche nell'incapacità di trattenere il personale assunto in quelle aree in cui ce ne sarebbe maggior bisogno.

In contesti nei quali la sanità ha sofferto una grave insufficienza di investimenti, i motivi che favoriscono l'abbandono e l'emigrazione occupazionale sono svariati: nelle aree rurali le strutture sanitarie sono spesso vecchie e cadenti, quando non addirittura inesistenti; non esistono raccolte di dati e quindi statistiche su cui basare una pianificazione strategica; i medicinali più essenziali scarseggiano sempre, mentre dove i farmaci non mancano il loro destino è quello di deperire e scadere in qualche magazzino, perché non esiste un sistema di distribuzione. Gli investimenti adeguati per la formazione e quelli volti a trattenere e motivare il personale medico sono rari; in linea con le indicazioni del FMI, in alcuni paesi i salari del settore pubblico sono congelati anche mentre infuriando le epidemie, e può persino accadere che il personale non



FOTO ©JOSE LAVEZZI

venga pagato.

Questa crisi è legata anche a questioni di genere. In molte parti del mondo, la forza lavoro sanitaria è in larga parte femminile<sup>60</sup> e le donne si trovano a vivere in condizioni dure e inique: turni di lavoro interminabili, estenuanti e pagati con salari bassi. Per esempio nel distretto di Kitgum, nell'Uganda del nord, un'infermiera professionale guadagna solo 100 dollari al mese.<sup>61</sup> Altrove, come in Afghanistan, le donne sono discriminate sia dal punto di vista dell'accesso all'educazione che dell'accesso ai servizi sanitari. Infatti, gli operatori sanitari sono per la maggior parte uomini e poiché alle donne non è permesso rimanere sole con una persona di sesso maschile (a meno che non sussista tra loro un rapporto di parentela), non possono nemmeno essere visitate da un medico. In entrambi i casi, la salute delle donne risente della mancanza di consapevolezza tra i professionisti della salute sul ruolo che la disuguaglianza di genere ricopre nelle cause e nella perpetuazione delle malattie, nella realizzazione del diritto alla salute e nell'accesso ai servizi sanitari.

A ciò si aggiungono una serie di fattori di attrazione ('pull' factors) che spingono il personale verso il settore privato o all'estero, come ad esempio condizioni lavorative migliori. Perfino in Germania una quota significativa di medici emigra in Scandinavia, in Svizzera o negli USA per sfuggire al sovraccarico derivante dalla combinazione doppi turni/salari bassi.<sup>62</sup> Allo stesso modo, mentre in Uganda c'è un solo primario in tutto il distretto di Kitgum (con una popolazione attorno alle 280.000 persone), circa 250 medici ugandesi lavorano in Sud Africa.<sup>63</sup> Negli ultimi anni paesi come l'Olanda e la Gran Bretagna hanno cercato di risolvere le loro (relative) carenze di personale assumendo medici e infermiere provenienti dai paesi in via di sviluppo.<sup>64</sup>

56 World Health Statistics. WHO, 2009.

57 World Health Report. WHO, 2006.

58 Intervista a Ruth Mwala, Direttore servizi infermieristici, Bwaila Hospital, Lilongwe. AFGH, febbraio 2010.

59 Intervista al dottor Meguid, Direttore del dipartimento di ginecologia e ostetricia, Kamuzu Central Hospital, Lilongwe. AFGH, febbraio 2010.

60 Gender and Health Workforce Statistics. Spotlight on Statistics Series 2. WHO, 2008.

61 Fact Finding Mission to Uganda. AFGH, febbraio 2010, rapporto non pubblicato.

62 Warum Deutschland die Aerzte weglassen (Why Doctors are Leaving Germany). Die Welt, 18 settembre 2007, consultabile su: [www.welt.de/wirtschaft/article1194407/Warum\\_Deutschland\\_die\\_Aerzte\\_weglassen.html](http://www.welt.de/wirtschaft/article1194407/Warum_Deutschland_die_Aerzte_weglassen.html). and Warum so viele Aerzte Deutschland verlassen, Die Welt, 25 ottobre 2007, consultabile su: [www.welt.de/wirtschaft/article1297145/Warum\\_so\\_viele\\_Aerzte\\_Deutschland\\_verlassen.html](http://www.welt.de/wirtschaft/article1297145/Warum_so_viele_Aerzte_Deutschland_verlassen.html)

63 Presentazione di un parlamentare ugandese, in occasione della Fact Finding Mission in Uganda. AFGH, febbraio 2010.

64 NHS too reliant on foreign nurses. The Independent, 12 maggio 2004, consultabile su: [www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/nhs-too-reliant-on-foreign-nurses-563075.html](http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/nhs-too-reliant-on-foreign-nurses-563075.html).

*“Anche se vai al centro sanitario finisci per trovarti di fronte a infermiere stanchissime, demotivate, frustrate e spesso completamente all'oscuro degli ultimi progressi della medicina: la qualità dell'assistenza è scarsa, motivo per cui le persone preferiscono non andarci neppure”*

- Dott. Tarek Meguid, Direttore del dipartimento di ginecologia e ostetricia, Kamuzu Central Hospital, Lilongwe (Malawi)

In ambito sanitario la mancanza di coordinamento tra il settore privato e quello pubblico può avere serie ricadute sulla forza lavoro locale, provocando lo spostamento del personale da un'area all'altra. La conseguente “fuga di cervelli” non riguarda solo l'emigrazione dai paesi poveri verso quelli più ricchi, ma ha luogo anche all'interno dei singoli stati: dalle zone rurali a quelle urbane, dal settore pubblico a quello privato.

Il dottor Meguid, uno dei pochi ginecologi attivi in Malawi, racconta una storia tipica:

*“Avevamo un'ottima caposala nel nostro ospedale: sulla cinquantina, con molta esperienza, un'ostetrica davvero in gamba, zelante e intelligente; ha ricevuto un'offerta di lavoro dalla Scozia impossibile da rifiutare e così se ne è andata e abbiamo perso questa persona straordinaria. L'ho rivista quando è tornata per le vacanze, era un po' in imbarazzo, ma ha spiegato: ‘Qualcuno deve pur mantenere la mia famiglia..’*

*Bisogna capire che la maggior parte di questi operatori sanitari non deve occuparsi solo dei propri parenti stretti, ma anche delle loro famiglie estese. Molte, moltissime di queste persone hanno avuto fratelli e sorelle che sono morti o che stanno morendo di Hiv, e pertanto devono farsi carico anche dei loro figli, dal momento che sono le uniche a percepire uno stipendio. Sarebbe ingiusto e ingenuo biasimarli, dire: “Ah, questi operatori sanitari, pensano solo al denaro!” Non è così. Fondamentalmente sono anch'essi vittime di un perverso meccanismo volto a sfruttare la loro povertà. Ma questa situazione non può più andare avanti”*

L'emorragia di operatori sanitari dai luoghi in cui ce ne sarebbe più bisogno è una delle cause principali della mancanza di progressi nel raggiungimento degli MDG per la salute. Si stima che i paesi con meno di 23 professionisti nel campo dell'assistenza sanitaria (cioè medici, infermiere ed ostetriche) ogni 10.000 persone difficilmente potranno arrivare a soddisfare i tassi di copertura medica richiesti per soddisfare gli MDG.<sup>65</sup> Secondo l'OMS, solo per affrontare la crisi nei 57 paesi che versano nelle condizioni peggiori sarebbero necessari quattro milioni di operatori sanitari in più.<sup>66</sup>

Recentemente diversi governi hanno provato ad affrontare questo problema elaborando ambiziosi piani per la formazione di risorse umane nel campo della sanità. In Etiopia il governo ha assunto membri delle comunità locali per utilizzarli come “operatori e operatrici sanitari di comunità” negli ambulatori di ogni villaggio. Circa 33.000 operatori e operatrici sanitari di comunità, per la maggior parte donne, hanno ormai completato il corso di formazione di un anno, propedeutico al loro inserimento nei servizi di assistenza sanitaria di base agli abitanti delle zone rurali.<sup>67</sup>

Anche se gli indicatori sanitari la collocano ancora agli ultimi posti, l'Etiopia sta registrando risultati notevoli per quanto riguarda il miglioramento dell'accesso all'assistenza sanitaria in tutto il suo territorio. La copertura dell'assistenza sanitaria pubblica è passata dal 61% del 2003 all'87% del 2007, mentre la copertura totale – compresi i servizi offerti da strutture sanitarie private – è cresciuta dal 70% al 98% nello stesso periodo.<sup>68</sup>

La mobilità degli operatori sanitari è influenzata da una complessa rete di concause: per questo ogni sforzo per aumentare le risorse umane impiegate in sanità va unito a misure efficaci volte a trattenere nei posti in cui più ve n'è bisogno sia gli operatori sanitari già esistenti che quelli appena formati.<sup>69</sup> I professionisti della salute del Malawi sanno bene, grazie a esperienze personali dirette, che ciò è più difficile che far arrivare infermieri dall'estero o formare nuovo personale. Occorre rendere più invitanti le cliniche e gli ospedali, adeguare i salari, gli alloggi e le strutture necessarie alla formazione.

Un'operatrice sanitaria ha dichiarato a proposito del proprio ospedale:

*“Sappiamo che il governo sta facendo del suo meglio per formare nuove ostetriche, ma la maggior parte delle persone poi non vuole venire a lavorare qua”.*<sup>70</sup>

Per contrastare alcuni dei fattori che inducono gli operatori sanitari a emigrare all'estero, è stato elaborato un “Codice di condotta globale per le assunzioni internazionali di personale sanitario”, la cui approvazione verrà proposta il prossimo maggio durante l'Assemblea Mondiale della Sanità. L'UE da tempo ha riconosciuto la necessità di un tale codice: nelle Conclusioni del Consiglio del maggio 2007 si sottolinea l'importanza dello “sviluppo e dell'attuazione di un codice di condotta dell'UE in materia di pratiche etiche di assunzione degli operatori sanitari, sulla base delle migliori prassi esistenti negli Stati membri”.<sup>71</sup>

Un tale codice di condotta sarebbe già dovuto essere in vigore. Non appena sarà approvato, la UE dovrà immediatamente agire per introdurre dei meccanismi che ne permettano l'applicazione e il monitoraggio da parte di tutti gli Stati membri e assicurarsi che sia vincolante dal punto di vista legale.

65 World Health Statistics. WHO, 2009.

66 World Health Report. WHO, 2006.

67 Extension workers drive Ethiopia's primary healthcare, W. Wakabi. *The Lancet*, Vol. 372, 2008.

68 Centre for National Health Development in Ethiopia: cfr. <http://cnhde.ei.columbia.edu/documents/docs.php>.

69 Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Background paper, WHO, 2009.

70 Intervista a Jessie Banda, ostetrica del Reparto Maternità Mwayila, Bwaila Hospital, Lilongwe. AFGH, febbraio 2010.

71 Conclusioni del Consiglio sul Programma d'azione europeo per affrontare la grave carenza di operatori sanitari nei paesi in via di sviluppo 2007-2013, 2007.

### 3) GARANTIRE IL COINVOLGIMENTO DELLE COMUNITÀ LOCALI NEI PROCESSI DECISIONALI

In assenza di un servizio sanitario nazionale funzionante, affidabile e accessibile, è la comunità che si occupa di tappare i buchi: le mogli si prendono cura dei loro congiunti, i fratelli e le sorelle si occupano gli uni degli altri, le nonne accolgono gli orfani. Reti di persone sieropositive hanno allestito e stanno facendo funzionare farmacie comunitarie, servizi di consultorio e hanno messo in piedi progetti per autofinanziare le necessità delle comunità locali.<sup>72</sup> Oggi, nell'Africa subsahariana, una parte significativa dell'assistenza sanitaria è garantita dalle organizzazioni basate sulle comunità e dalle ONG locali.<sup>73</sup>

Non risponde al vero l'idea che le comunità afflitte da alti tassi di malattie infettive e problemi sanitari siano vittime passive, in disperata attesa di un intervento da parte di esperti esterni. Anzi, le iniziative sanitarie che originano dalle comunità si stanno rivelando fortemente innovative, pratiche e proficue.

*“Adesso sono felice. Quando i miei bambini si ammalano, li porto al centro sanitario. Non devo spendere troppo, perché il centro adesso è vicino, il che è utile per le persone povere come me. Ci incontriamo una o due volte al mese, condividiamo le nostre opinioni sui servizi del centro. Sono stata la prima a partorire al centro, qualche giorno dopo l'inaugurazione”*

– Som Sam, della comunità di Prey, Cambodia.

Gli interventi più efficaci sono quelli che sostengono la partecipazione delle comunità locali nei processi decisionali. Metodi di partecipazione attiva come il “Modello di Mobilitazione Comunitaria Warmi” sviluppato in Bolivia stanno cominciando ad essere messi in pratica in molti paesi. Questo modello prevede che le donne della comunità si riuniscano per discutere dei problemi relativi alla gravidanza, sviluppino soluzioni proprie per poi metterle in pratica in cooperazione con i leader locali e con gli operatori sanitari. Nel distretto di Makwanpur, in Nepal, un progetto del genere è servito a ridurre il tasso di mortalità infantile di un terzo e a limitare il numero dei decessi delle donne durante il parto.<sup>74</sup>

Le strutture comunitarie (come i centri sanitari, le scuole e gli impianti idrici) tendono ad essere conservate meglio e utilizzate di più quando i membri della comunità partecipano al processo decisionale.<sup>75</sup> Per esempio, nelle zone rurali della Cambogia un Comitato Sanitario Locale supervisiona la gestione di un nuovo centro sanitario per mezzo di incontri regolari tra funzionari, operatori sanitari e membri della comunità, in modo da indirizzare gli interventi dove più ce n'è bisogno.

Khiep Saoeurt è un'infermiera del nuovo centro sanitario ed è una diretta testimone dei benefici di questo tipo di partecipazione attiva:

*“Da quando è stato aperto il nuovo centro sanitario nel villaggio di Prey, la maggior parte delle donne incinte viene qui a partorire e alcune mi chiedono consigli durante la gravidanza. Gli abitanti del villaggio sembrano capire meglio quali siano i rischi del parto e questo è il risultato degli sforzi congiunti del capo villaggio, del capo della comunità, del comitato del centro sanitario, del personale e di tutti i volontari e*



FOTO © PLAN INTERNATIONAL

72 How Community-based AIDS organisations are fighting the HIV epidemic in Africa. AIDES, 2005.

73 Informal health workers – to be encouraged or condemned? F. Omaswa. Bulletin of the World Health Organisation, febbraio 2006.

74 Community Participation: Lessons for Maternal, Newborn and Child Health, M. Rosato et al. *The Lancet*, Vol. 372, 2008.

75 Going Local to Achieve the MDGs: Stories from Eight Countries. UNDP, 2009.





*le volontarie che hanno lavorato sodo per educare, incoraggiare e sostenere la nostra gente affinché ottenesse i servizi di cui ha bisogno al centro sanitario”*

I decisori politici vanno e vengono; perché i cambiamenti siano reali e duraturi è necessario che le persone che si trovano in prima linea vengano coinvolte in tutte le iniziative inerenti all'assistenza sanitaria e che vengano incluse nei processi decisionali.

Koch Neak, un operatore sanitario di una ONG locale, spiega perché l'approccio partecipativo è così importante: *“Per mettere in pratica l'intero progetto è necessaria una buona collaborazione con le autorità locali, perché i problemi sanitari sono i problemi della loro comunità, dei loro bambini. La nostra ONG è solo uno strumento di aiuto temporaneo e non rimarrà in questa comunità per sempre. La partecipazione della comunità è fondamentale per risolvere i problemi”*.

I vantaggi che la partecipazione della comunità comporta a livello di risultati sanitari sono evidenti, come spiega Mak Samphear, governatore del distretto:

*“Abbiamo osservato che con una buona direzione da parte di governo e autorità locali, quest'area è stata assistita da diverse ONG. Di conseguenza il sistema sanitario è molto migliorato. L'assistenza sanitaria materna è stata resa più efficace. Secondo una relazione del Consiglio della comunità sui problemi delle donne e dei bambini, soltanto il 10% delle donne incinte non riesce a ricevere assistenza sanitaria professionale; l'uso di cure tradizionali per i piccoli è sempre meno diffuso: circa il 95% dei bambini sotto i cinque anni è stato adeguatamente vaccinato”*

È sempre più evidente che la partecipazione attiva della comunità nell'erogazione dei servizi sanitari, nella programmazione e nei processi decisionali può svolgere un ruolo fondamentale per il raggiungimento degli MDG.<sup>76</sup> Tuttavia è raro che la società civile venga coinvolta nel dialogo sulle politiche sanitarie a livello nazionale, così come è raro che gli operatori sanitari delle comunità, le organizzazioni basate sulle comunità, le cooperative femminili e le reti di persone sieropositive ottengano un riconoscimento formale all'interno dei dibattiti sulle politiche del paese.

Annualmente, in Etiopia, il contributo economico degli oltre 300 tra ambulatori e cliniche gestiti da ONG e organizzazioni basate sulle comunità si aggira sui 24 milioni di dollari.<sup>77</sup> Sempre in Etiopia, uno studio ha mostrato che mettendo in grado gruppi di donne locali di individuare la malaria e di curarla efficacemente e a



FOTO ©NICOLAS AXELROD/ACTIONAID

domicilio, è stato possibile ridurre del 40% il numero dei decessi tra i bambini.<sup>78</sup>

Nonostante questi risultati, recentemente il governo etiope si è mosso per limitare il coinvolgimento della società civile nei processi politici, introducendo una nuova legge che regola il settore della “beneficenza”. I dati relativi ai diritti umani nel paese sono negativi e indicano che le organizzazioni comunitarie non hanno voce in capitolo e non possono costituire una vera alternativa. Per esempio, nel luglio del 2009 il governo ha sospeso 42 ONG per “comportamenti che esulano dai loro mandati” accusandole di “riferire di abusi dei diritti umani nel tentativo di ostacolare la pacificazione e lo sviluppo della regione”. Le norme recentemente approvate dal governo hanno inoltre limitato la libertà di stampa e il lavoro delle organizzazioni della società civile che si occupano della difesa dei diritti.<sup>79</sup>

E tutto ciò non accade soltanto in Etiopia: in Nepal e in Zambia Azione per la salute globale ha documentato che quando le organizzazioni comunitarie avrebbero avuto bisogno di una maggiore capacità d'azione per poter ricoprire un ruolo importante nel raggiungimento degli MDG, hanno invece subito una limitazione dei loro diritti.<sup>80</sup>

Ultimamente tutti questi paesi hanno firmato accordi con paesi donatori interni alla rete della International Health Partnership (IHP+),<sup>81</sup> in cui il riconoscimento del ruolo della società civile come partner pienamente paritario è considerato essenziale.<sup>82</sup> In tutta la rete dei paesi aderenti all'IHP+ le comunità locali devono essere sostenute per mezzo di iniziative che ne favoriscano la partecipazione ai processi decisionali e alla progettazione di interventi sanitari senza che ne derivi alcun rischio di intimidazioni, violenze o emarginazione.

76 Community Participation in Service Delivery and Accountability, S. Commins, 2007.  
77 Ethiopia: Aid Effectiveness in the Health Sector. AFGH, 2009.  
78 Community Participation: Lessons for Maternal, Newborn and Child Health, M. Rosato et al. *The Lancet*, Vol. 372, 2008.  
79 Ethiopia: Aid Effectiveness in the Health Sector, AFGH, 2009.  
80 Zambia: Aid Effectiveness in the Health Sector and Nepal: Aid Effectiveness in the Health Sector. AFGH, 2009.  
81 Presentata il 5 settembre 2007 a Londra, la International Health Partnership (IHP+) è una coalizione di agenzie sanitarie internazionali, governi e donatori impegnata nel miglioramento delle condizioni sanitarie dei paesi in via di sviluppo in linea con gli MDG, a cui anche l'Italia ha aderito.  
82 Note on Civil Society Engagement. International Health Partnership and Related Initiatives (IHP+), 4 giugno 2008. Consultabile su: [www.internationalhealthpartnership.net/pdf/07\\_CS\\_O\\_Engagement\\_Concept\\_Note\\_13\\_June\\_2008\\_FINAL.pdf](http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/07_CS_O_Engagement_Concept_Note_13_June_2008_FINAL.pdf)

# RACCOMANDAZIONI

Oggi, a soli cinque anni dal termine ultimo per il raggiungimento degli MDG, è indispensabile che tutti gli Stati membri dell'UE rispettino gli impegni presi, sostenendo i paesi in via di sviluppo nel processo di rafforzamento dei loro sistemi sanitari e aiutandoli a garantire l'accesso all'assistenza sanitaria per tutti e tutte.

Oltre agli aiuti finanziari, sono tre le azioni più urgenti e necessarie che possono risultare efficaci e fare davvero la differenza nello sforzo di raggiungere gli MDG per la salute entro il 2015:

- 1) promuovere l'accesso gratuito all'assistenza sanitaria per i più poveri, compresi i servizi per la salute sessuale e riproduttiva;
- 2) potenziare le risorse umane impiegate in sanità nei paesi in via di sviluppo;
- 3) garantire che le comunità locali interessate prendano parte ai processi decisionali.

L'Unione europea si è già impegnata ad affrontare questi ostacoli. Adesso però è il momento di agire:

## 1) GLI STATI MEMBRI DELL'UE DEVONO GARANTIRE CHE PERLOMENO LO 0,1% DEL LORO PRODOTTO INTERNO LORDO (PIL) VENGA STANZIATO PER RAFFORZARE I SISTEMI DI ASSISTENZA SANITARIA DI BASE E GARANTIRE L'ASSISTENZA SANITARIA GRATUITA NEI PAESI IN VIA DI SVILUPPO.

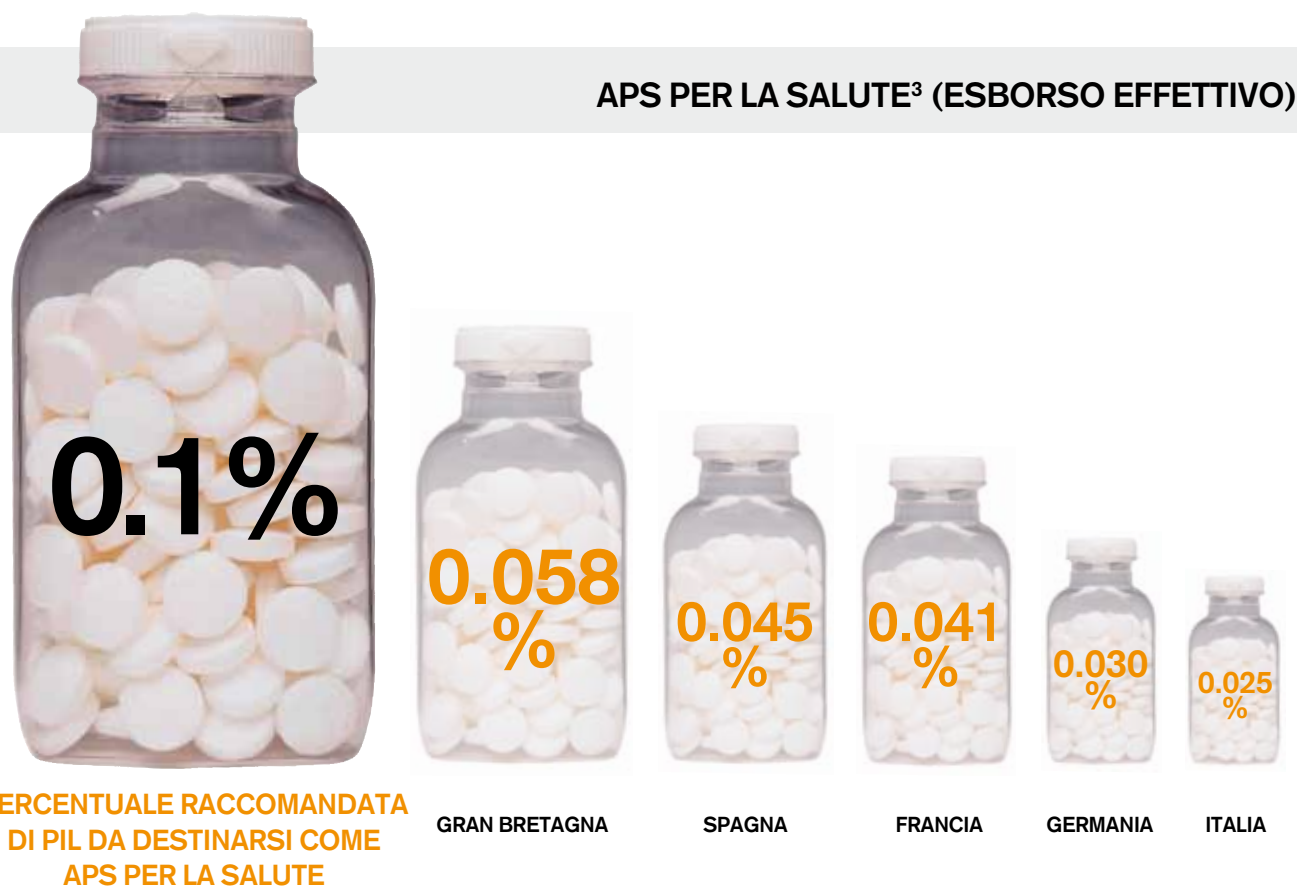
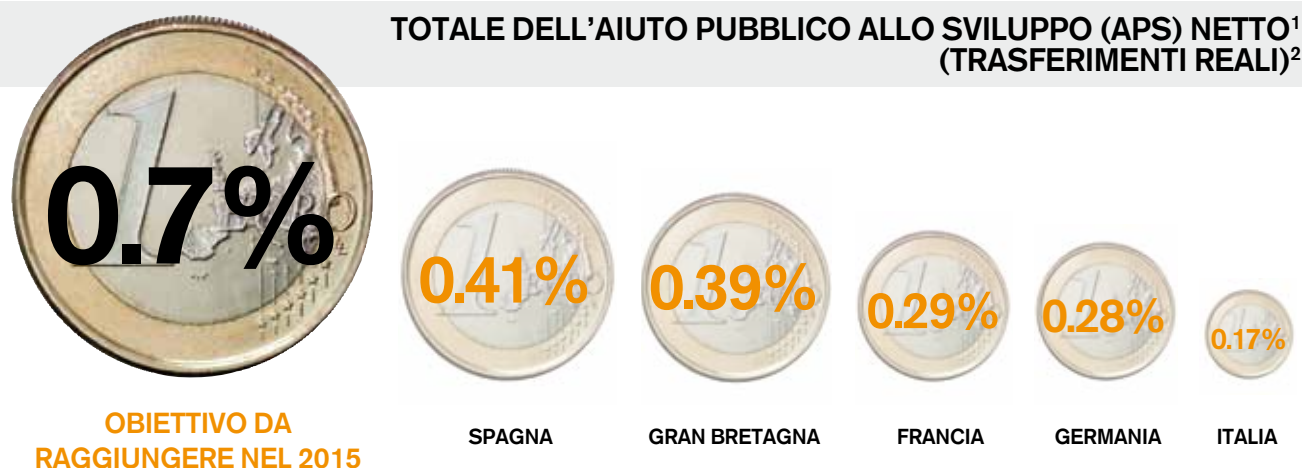
Una decina di anni fa, la Commissione Macroeconomia e Salute dell'OMS ha suggerito che, in aggiunta agli stanziamenti fatti dagli stessi paesi in via di sviluppo, i paesi donatori avrebbero dovuto stanziare almeno lo 0,1% del loro PIL per gli aiuti sanitari e il raggiungimento degli MDG per la salute.

Come illustrato di seguito, nessuno dei cinque Stati membri più ricchi della UE - i paesi in cui risiedono le ONG partner di Azione per la salute globale - ha neppure lontanamente sfiorato l'obiettivo prefissato.

### Promemoria degli impegni presi dalla UE sulle spese per la salute nel 2008:

- *"La UE intende rivestire un ruolo di rilievo nel contribuire a colmare il divario finanziario per la salute che viene stimato, per il 2010, a 134 miliardi di Euro; ciò significa un aumento del sostegno finanziario da parte dell'UE di 8 miliardi di Euro entro il 2010, di cui quasi 6 miliardi di Euro destinati all'Africa"* - Programma d'azione dell'UE sugli MDG, 2008
- *"Il Consiglio ribadisce la necessità di sviluppare e implementare nuove fonti innovative di finanziamento in modo da migliorare la qualità dei flussi di finanziamento allo sviluppo, specialmente in termini di stabilità e prevedibilità delle risorse e incoraggia fortemente gli Stati membri a intensificare gli sforzi per istituire nuovi meccanismi innovativi di finanziamento"* - Conclusioni della Commissione sull'accelerazione dei progressi verso la realizzazione degli MDG, 2008
- *"L'UE mira a definire degli obiettivi misurabili per migliorare la prevedibilità dei flussi di aiuto per un periodo di almeno 3 anni di anticipo, basandosi su previsioni indicative e su verifiche costanti"* - Linee guida dell'UE per Accra, 2008

## CONTRIBUTI APS/PIL DI 5 PAESI EUROPEI DONATORI NEL 2008 (IN %)



1) APS, Aiuto pubblico per lo sviluppo: secondo la definizione del Comitato per l'Aiuto allo Sviluppo/Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE/DAC), questa cifra rappresenta gli esborsi al netto: sono stati cioè sottratti i rimborsi di capitale rispetto ai prestiti precedenti.

2) La cifra ufficiale meno: la cancellazione del debito, i costi sostenuti per gli studenti, quelli per i rifugiati (primo anno) e quelli amministrativi, elementi che sono invece inclusi secondo le linee guida DAC/OCSE e che però non rappresentano flussi reali di risorse di APS verso i paesi beneficiari.

3) Per permettere un confronto con le stime di risorse necessarie, sono state prese in considerazione tutte le attività di aiuto che coincidono con la definizione di finanziamenti per la salute del Progetto del Millennio, sia che siano attualmente registrate sotto il settore sanitario o no. Questa definizione include sia il costo della gestione di un sistema sanitario che offre le prestazioni mediche di base sia quel tipo di interventi solitamente forniti al di fuori del sistema sanitario, come ad esempio la prevenzione delle malattie più importanti. D'altra parte la definizione adottata esclude i progetti per la nutrizione realizzati da istituzioni operanti fuori dal sistema sanitario, così come anche le attività legate alle politiche e alla gestione della popolazione come interventi di censimento o sulla migrazione.

## 2) GLI STATI MEMBRI DELL'UE E LA COMMISSIONE EUROPEA DEVONO SOSTENERE CON FORZA L'ACCESSO GRATUITO ALL'ASSISTENZA SANITARIA.

In particolare devono:

- **formulare proposte concrete sul modo in cui i paesi in via di sviluppo possono incrementare l'accesso gratuito e universale ai servizi sanitari**, inclusi i servizi per la salute sessuale e riproduttiva, con speciale attenzione ai bisogni di donne, ragazze e popolazioni emarginate;
- **sostenere i paesi che scelgono di fornire assistenza sanitaria gratuita** e in particolare sviluppare un progetto per fornire sostegno finanziario e tecnico ai sei paesi (Burundi, Ghana, Liberia, Malawi, Nepal e Sierra Leone) che hanno dichiarato all'Assemblea Generale delle Nazioni Unite del settembre 2009 l'intenzione di istituire un sistema di assistenza sanitaria gratuita per le popolazioni vulnerabili.

**Promemoria degli impegni dell'UE sulle politiche di assistenza sanitaria gratuita:**

- *"Forniremo contributi prevedibili e pluriennali per i sistemi sanitari africani, in modo che tutti gli africani possano avere accesso all'assistenza sanitaria di base, gratuitamente laddove i governi scelgano di garantirla, sostenendo l'obiettivo dei governi africani di stanziare il 15% del loro bilancio pubblico per la salute"* - UE e Africa: Verso una partnership strategica, dicembre 2005
- *"Individueremo delle azioni congiunte per il rafforzamento dei sistemi sanitari nazionali e locali, inclusi i sistemi di gestione sanitaria partecipativi, per la gratuità dell'assistenza sanitaria di base, per il consolidamento dei sistemi sanitari di prevenzione, per l'educazione alla salute e per un più forte coinvolgimento della società civile"* - Una Strategia congiunta Africa-UE, dicembre 2007

## 3) GLI STATI MEMBRI DELL'UE E LA COMMISSIONE EUROPEA DEVONO FORNIRE AI PAESI IN VIA DI SVILUPPO IL SUPPORTO TECNICO E FINANZIARIO ADEGUATO PER CONSOLIDARE LA LORO CAPACITÀ DI PIANIFICARE E IMPLEMENTARE I PROGRAMMI VOLTI AD INCREMENTARE IL PERSONALE SANITARIO.

In particolare essi devono:

- **stanziare contributi sufficienti e sostenibili** per formare risorse umane da impiegare nei sistemi sanitari dei paesi in via di sviluppo e garantire che il 25% dell'APS per la salute sia diretto a coprire la formazione ed i salari del personale sanitario, come raccomanda l'OMS;
- **agire sulla domanda e sui fattori di attrazione che muovono la migrazione internazionale degli operatori sanitari** da un lato aumentando il numero degli operatori negli Stati membri dell'UE attraverso lo sviluppo della formazione e la promozione di condizioni di lavoro favorevoli; dall'altro, conducendo la negoziazione del Codice di Condotta dell'OMS e favorendone l'attuazione, in modo che siano rispettati sia il diritto universale alla salute sia il diritto dei lavoratori qualificati a emigrare, e promuovendo l'applicazione del Codice in tutta l'UE.

**Promemoria di alcuni degli impegni dell'UE sul personale sanitario:**

- *"Quale fondamento della lotta alle tre pandemie, il Consiglio ricorda ricorda l'obiettivo generale del rafforzamento dei sistemi sanitari, inclusi i servizi sanitari locali e di comunità, sia pubblici che privati, integrando i servizi per l'Hiv/Aids, la malaria e la tubercolosi con l'assistenza sanitaria di base ed investendo negli operatori sanitari, compreso lo sviluppo di capacità in materia di prevenzione, cura, assistenza e reti sanitarie locali"* - Conclusioni del Consiglio sullo stato di avanzamento dei lavori sul programma europeo di azione per la lotta contro l'Hiv/Aids, la malaria e la tubercolosi attraverso azioni esterne, 2009
- *"È necessario stanziare adeguate risorse finanziarie per assicurare soluzioni sostenibili alla crisi delle risorse umane nel più ampio contesto del finanziamento del settore sanitario nei paesi in via di sviluppo. Il Consiglio si richiama anche all'Impegno dei Paesi membri del maggio 2005 (...), così come all'impegno di promuovere meccanismi di finanziamento prevedibili e a lungo termine per accrescere lo spazio fiscale disponibile per investimenti sulla salute"* - Conclusioni del



Consiglio sul Programma d'azione europeo per affrontare la grave carenza di operatori sanitari nei paesi in via di sviluppo 2007-2013, 2007

- *“Il Consiglio raccomanda che venga fornito un sostegno per aiutare ad **elaborare, gestire, monitorare e valutare strategie di sviluppo delle risorse umane come parte del sistema sanitario nazionale**, coinvolgendo allo stesso tempo la società civile e il settore privato e garantendo una gestione nazionale”* - Conclusioni del Consiglio sul Programma Europeo per affrontare la grave carenza di operatori sanitari nei paesi in via di sviluppo 2007-2013, 2007
- *“Si auspica un investimento maggiore da parte dell'UE in questo settore per contribuire a (...) un finanziamento aggiuntivo per i piani nazionali, attraverso la Partnership internazionale per la salute e nel quadro dell'iniziativa “Providing for Health”. Inoltre, si auspica un maggiore investimento da parte dell'UE per **contribuire all'aumento e al rafforzamento della forza lavoro sanitaria**, allo sviluppo di sistemi di finanziamento per la salute sostenibili, inclusa la protezione sociale nella sanità”* - Programma d'azione dell'UE sugli MDG, 2008

#### 4) GLI STATI MEMBRI DELL'UE E LA COMMISSIONE EUROPEA DEVONO FORNIRE UN SUPPORTO MIRATO PER GARANTIRE LO SVILUPPO DI CAPACITÀ DELLA SOCIETÀ CIVILE – IN PARTICOLARE DELLE ORGANIZZAZIONI COMUNITARIE CHE RAPPRESENTANO GRUPPI VULNERABILI ED EMARGINATI – PER PERMETTERE UN LORO SIGNIFICATIVO COINVOLGIMENTO IN TUTTI I PROGRAMMI DELL'UE SULLA SALUTE.

In particolare essi devono:

- **impegnarsi a sostenere il coinvolgimento della società civile nei processi chiave della International Health Partnership (IHP+)**, incluse le valutazioni congiunte delle strategie nazionali e l'istituzione di un meccanismo di finanziamento dedicato al rafforzamento dei sistemi sanitari;
- **sviluppare chiare linee guida e un piano d'azione ambizioso** che garantiscano il coinvolgimento costante della società civile nello sviluppo delle politiche e delle strategie sanitarie nazionali;
- **impegnarsi a fornire sostegno politico e finanziario** per permettere alla società civile

di svolgere un ruolo decisivo nel richiamo dei paesi donatori e dei governi nazionali alle proprie responsabilità;

- **garantire che la prospettiva di genere e il diritto alla salute siano effettivamente integrati** in tutte le politiche, i programmi ed i progetti ai diversi livelli e settori attraverso assistenza tecnica e finanziaria.

#### Promemoria degli impegni della UE sulla partecipazione comunitaria:

- *“È necessario che i donatori si impegnino a sostenere il coinvolgimento di parlamenti, società civile e altre parti in gioco, **compresi i gruppi emarginati e le organizzazioni delle donne**, nel processo di assunzione e rafforzamento della responsabilità interna”* - Conclusioni del Consiglio sull'efficacia degli aiuti, 2008
- *“L'UE **accoglie e sostiene favorevolmente il coinvolgimento delle organizzazioni della società civile nelle consultazioni politiche** e nell'attuazione di programmi di sviluppo, essendo esse parte integrante del processo di formazione di stati responsabili e dinamici oltre che, spesso, **le più capaci nel fornire servizi ai settori più deboli o remoti della società**”* - Conclusioni del Consiglio sull'accelerazione dei progressi verso la realizzazione degli MDG, 2008
- *“Il Consiglio accoglie favorevolmente l'impegno del Programma Europeo a includere una **prospettiva di genere in tutte le sue azioni**, compresa l'uguaglianza tra i sessi nell'erogazione dei servizi sanitari e nell'avanzamento di carriera, come anche nell'alleggerimento del peso dell'assistenza a livello comunitario e locale, solitamente gravante soprattutto su donne e ragazze”* - Programma Europeo per affrontare la grave carenza di operatori sanitari nei paesi in via di sviluppo 2007-2013, 2007
- *“Il Consiglio prende atto che **una risposta efficace nei confronti delle tre malattie richiede un maggior coinvolgimento delle persone e delle comunità colpite.... nonché della società civile e del settore privato, nella pianificazione delle strategie e dei programmi, e che tale impegno richiede spesso un sostegno per lo sviluppo di capacità delle organizzazioni locali della società civile**”* - Conclusioni del Consiglio sullo stato di avanzamento dei lavori sul Programma europeo di azione per la lotta contro l'Hiv/Aids, la malaria e la tubercolosi attraverso azioni esterne, 2009

# BIBLIOGRAFIA

- Azione per la salute globale, 2009.** Case Studies on Aid Effectiveness: Ethiopia, Nepal and Zambia.
- Azione per la salute globale, 2009.** Engendering Action for Global Health.
- Azione per la salute globale, febbraio 2010.** Intervista con il Dr. Meguid, Direttore del dipartimento di Ginecologia e Ostetricia, Kamuzu Central Hospital, Lilongwe.
- Azione per la salute globale, febbraio 2010.** Intervista con il Dr. K. Dao, Ministro della Salute e dei servizi igienici, Sierra Leone.
- Azione per la salute globale, febbraio 2010.** Intervista con Jessie Banda, ostetrica al Bwayila Maternity Wing, Bwaila Hospital, Lilongwe.
- AIDES, 2005.** How Community-based AIDS organisations are fighting the HIV epidemic in Africa.
- Annan Kofi.** Discorso del Segretario Generale dell'ONU, 6 Novembre 2003.
- Black V. et al.** Effect of human immunodeficiency virus treatment on maternal mortality at a tertiary center in South Africa: A 5-year audit. *Obstetrics and Gynaecology* 114 (2), 292-299, 2009.
- Bryce J. et al.** WHO Estimates of the Causes of Death in Children. *The Lancet*, Vol.365, 2005.
- Commins S.** Community Participation in Service Delivery and Accountability. 2007.
- Consiglio d'Europa.** Conclusioni del Consiglio sul Programma d'azione europeo per affrontare la grave carenza di operatori sanitari nei paesi in via di sviluppo 2007 - 2013, maggio 2007.
- Dixon S. et al.** The impact of HIV and AIDS on Africa's economic development. *British Medical Journal*, Vol. 324, 2002.
- German Foundation for World Population (DSW) and European Parliamentary Forum (EPF).** Euromapping 2009.
- Gilson L.** The lessons of user fee experience in Africa. *Health Policy Plan* 1997; 12: 273-285.
- Gunilla Carlsson,** dichiarazione del ministro rilasciata al Consiglio per lo sviluppo il 17 novembre 2009.
- High Level Taskforce on Innovative Financing for Health Systems,** settembre 2009.
- International Health Partnership and Related Initiatives.** Note on Civil Society Engagement. 4 giugno 2008. Disponibile su: [www.internationalhealthpartnership.net/pdf/07\\_CSO\\_Engagement\\_Concept\\_Note\\_13\\_June\\_2008\\_FINAL.pdf](http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/07_CSO_Engagement_Concept_Note_13_June_2008_FINAL.pdf).
- Islam M. K. and Gerdtham U-G.** The costs of maternal-newborn illness and mortality., Discussion paper series: Moving towards universal coverage: Maternal-newborn health and poverty, Working Paper No. 2. WHO, 2006.
- Kates J., Lief E.,** International Assistance for HIV/AIDS in the Developing World: Taking Stock of the G8, Other Donor Governments and the European Commission. Kaiser Family Foundation, 2006.
- MSF 2009.** No cash, no care.
- NHS too reliant on foreign nurses.** The Independent, 12 maggio 2004, disponibile su: [www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/nhs-too-reliant-on-foreign-nurses-563075.html](http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/nhs-too-reliant-on-foreign-nurses-563075.html).
- OHCHR, 2008.** The Right to Health, Factsheet.
- Omaswa F.** Informal health workers – to be encouraged or condemned? *Bulletin of the World Health Organisation.* Febbraio 2006.
- Pathmanathan I. et al.** Investing in maternal health: Learning from Malaysia and Sri Lanka, World Bank 2003.
- Roll Back Malaria Partnership, 2008.** Global Malaria Action Plan.
- Roll Back Malaria, senza data.** Children and Malaria Infosheet.
- Rosato M. et al.** Community Participation: Lessons for Maternal, Newborn and Child Health. *The Lancet*, Vol. 372, 2008.
- Singh S. et al.** Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health, UNFPA 2009.
- UN General Assembly,** International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 16 dicembre 1966, United Nations, Treaty Series, vol. 993, p. 3, disponibile su: [www.unhcr.org/refworld/docid/3ae6b36c0.html](http://www.unhcr.org/refworld/docid/3ae6b36c0.html)
- UN 2009.** The MDG Report.
- UNAIDS 2008.** Annual Report.
- UNAIDS 2009.** Towards universal access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector.
- UNAIDS, 2009.** AIDS Epidemic Update.
- UNAIDS, 2009.** The Global Economic Crisis and HIV Prevention and Treatment Programmes: Vulnerabilities and Impact.
- UNAIDS, 2009.** Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector.
- UNDP, 2009.** Going Local to Achieve the MDGs: Stories from Eight Countries.
- UNFPA, 2007.** No woman should die giving life, Facts and Figures.
- UNICEF, 2008.** The State of the World's Children.
- UNICEF, 2009.** The State of the World's Children.
- United Nations General Assembly, September 2000.** United Nations Millennium Declaration.
- Wakabi W.** Extension workers drive Ethiopia's primary healthcare. *The Lancet*, Vol. 372, 2008.
- Warum Deutschland die Aerzte weglaufen.** Die Welt, 18 settembre 2007, disponibile su: [www.welt.de/wirtschaft/article1194407/Warum\\_Deutschland\\_die\\_Aerzte\\_weglaufen.html](http://www.welt.de/wirtschaft/article1194407/Warum_Deutschland_die_Aerzte_weglaufen.html)
- Warum so viele Aerzte Deutschland verlassen.** Die Welt, 25 ottobre 2007, disponibile su: [www.welt.de/wirtschaft/article1297145/Warum\\_so\\_viele\\_Aerzte\\_Deutschland\\_verlassen.html](http://www.welt.de/wirtschaft/article1297145/Warum_so_viele_Aerzte_Deutschland_verlassen.html)
- Watkins K. and Montjourides P.** The Millennium Development Goals – Bankable Pledge or Sub-Prime Asset?, UNESCO Future Forum, 2 marzo 2009.
- WHO, 1995.** World Health Report.
- WHO, 2006.** Tuberculosis: The Facts.
- WHO, 2006.** World Health Report.
- WHO, 2007.** Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank.
- WHO, 2007.** Maternal Mortality in 2005: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank.
- WHO, 2008.** Gender and Health Workforce Statistics. Spotlight on Statistics Series 2.
- WHO, 2008.** World Health Statistics.
- WHO, 2009.** 10 Facts on Malaria.
- WHO, 2009.** Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Background paper.
- WHO, 2009.** World Health Statistics.
- WHO/Stop TB Partnership, 2007.** Tuberculosis: The Facts.
- Xu K. et al.** Protecting households from catastrophic health expenditures, *Health Affairs*, Vol. 6, 2007.
- Yates R.** Universal healthcare and the removal of user fees. *The Lancet*, Vol. 373, 2009.
- You D.** Levels and trends in under five mortality, 1990-2008. *The Lancet*, Vol. 375, 2010.



# ACRONIMI

APS	Aiuto pubblico allo sviluppo
AFGH	Azione per la salute globale (Action for Global Health)
Aids	Sindrome da immunodeficienza acquisita
CBO	Organizzazioni comunitarie
DAC	Comitato per l'aiuto allo sviluppo
DALY	Anni di vita con disabilità (Disability-Adjusted Life Year)
UE	Unione Europea
PIL	Prodotto interno lordo
Hiv	Virus umano dell'immunodeficienza acquisita
IHP+	International Health Partnership and Related Initiatives
FMI	Fondo monetario internazionale
MDG	Obiettivi di sviluppo del Millennio
MSF	Medecins Sans Frontieres
ONG	Organizzazione non governativa
OCSE	Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico
OHCHR	Office of the High Commissioner for Human Rights (Ufficio dell'Alto Commissario per i rifugiati)
OMS	Organizzazione mondiale della sanità
ONU	Organizzazione delle Nazioni Unite
UN	United Nations
UNAIDS	The Joint United Nations Programme on Hiv/Aids
UNDP	United Nations Development Programme (Programma di sviluppo delle Nazioni unite)
UNFPA	United Nations Population Fund (Fondo per la Popolazione delle Nazioni Unite)
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session (Sessione speciale dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite)
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia)
WHO	World Health Organisation (Organizzazione mondiale della sanità)

Azione per la salute globale è una rete di organizzazioni non governative europee che si occupano di salute e sviluppo e chiedono all'Unione europea e ai suoi Stati membri di impegnarsi in maniera più decisa per migliorare le condizioni sanitarie nei paesi in via di sviluppo. Azione per la salute globale promuove la tutela del diritto alla salute per tutti e per tutte. Un miliardo di persone al mondo non ha accesso ad alcun tipo di assistenza sanitaria; l'Europa può fare di più per cambiare questa situazione: pur essendo il primo donatore in assoluto, la quantità di spese che destina alla salute non è ancora sufficiente ad adempiere agli impegni assunti.

Le organizzazioni partner della rete possono contare su esperti di Hiv/Aids, tubercolosi, diritti e salute sessuale e riproduttiva e si sono unite per promuovere un approccio alla salute il più ampio possibile. Azione per la salute globale vuole promuovere la consapevolezza della necessità di un approccio integrato ai problemi della salute globale, concentrandosi in particolar modo su tre specifiche necessità: ottenere più risorse finanziarie, rendere l'assistenza sanitaria accessibile per coloro che più ne hanno bisogno, in particolare per le ragazze e per le donne e rafforzare i sistemi sanitari affinché abbiano tutti gli strumenti per rispondere alle esigenze della popolazione.

Il quarto Rapporto "2010. Conto alla rovescia" analizza i progressi compiuti nel raggiungimento degli Obiettivi di sviluppo del Millennio (MDG) per la salute. A soli cinque anni dalla scadenza prefissata per raggiungere tali Obiettivi, è giunto il momento di agire. Azione per la salute globale propone tre aree di intervento decisive per le politiche dell'Unione europea e dei suoi Stati membri: le Raccomandazioni vogliono essere un punto di partenza per assicurare che gli MDG per la salute siano raggiunti e che siano compiuti progressi nella promozione del diritto alla salute per tutti e per tutte.

Contatti: [coordination@actionforglobalhealth.eu](mailto:coordination@actionforglobalhealth.eu)



FOTO © TERRES DES HOMMES

Visitate il nostro sito per sapere di più sul lavoro di Azione per la salute globale e su come partecipare alle campagne e alle attività di advocacy.

[www.actionforglobalhealth.eu](http://www.actionforglobalhealth.eu)



**AZIONE PER LA SALUTE GLOBALE**

RISORSE ADEGUATE  
SISTEMI SANITARI RAFFORZATI  
ACCESSO EQUO



act:onaid



STOP AIDS ALLIANCE

A joint initiative by STOP AIDS Action and the International HIV/AIDS Alliance

terre des hommes  
Hilfe für Kinder in Not

Alliance



interact

