



AZIONE PER LA SALUTE GLOBALE

RISORSE ADEGUATE
SISTEMI SANITARI RAFFORZATI
ACCESSO EQUO

Azione per la salute globale è una nuova rete di advocacy formata da ONG con sede in Francia, Germania, Italia, Spagna, Regno Unito e a Bruxelles. Azione per la salute globale chiede all'Europa di impegnarsi a sostenere con urgenza i Paesi in via di sviluppo per il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio per la salute entro il 2015. Visita il nostro sito web per conoscere notizie, inviare commenti e partecipare a dibattiti sulla salute globale: www.actionforglobalhealth.eu

In Italia, i partner di Azione per la salute globale sono
AIDOS - Associazione italiana donne per lo sviluppo e
CESTAS - Centro di Educazione Sanitaria e Tecnologie Appropriate Sanitarie
Contatto: italia@actionforglobalhealth.eu

Azione per la salute globale è coordinata da ActionAid.
Contatto: coordination@actionforglobalhealth.eu



act:onaid





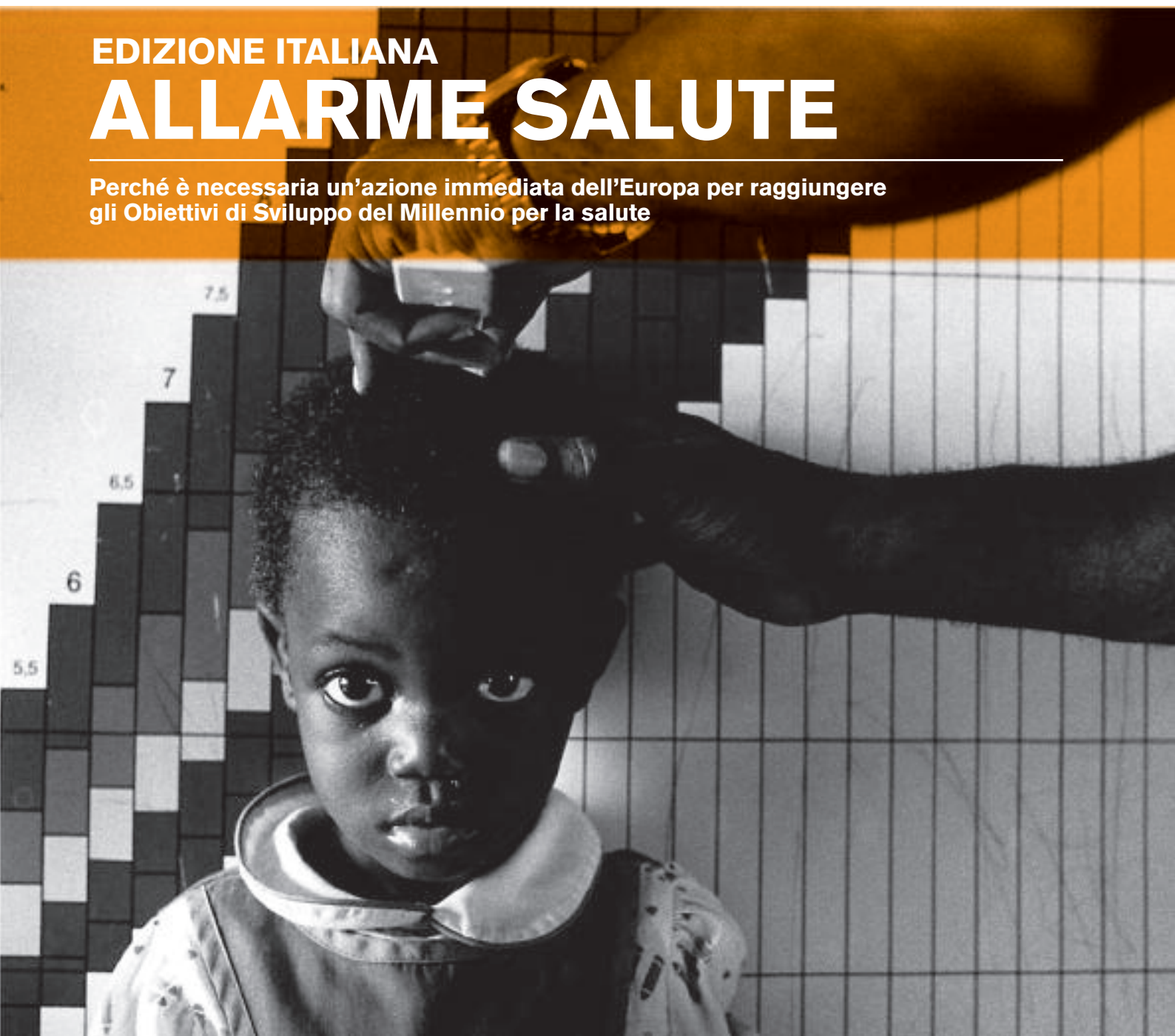
AZIONE PER LA SALUTE GLOBALE

RISORSE ADEGUATE
SISTEMI SANITARI RAFFORZATI
ACCESSO EQUO

EDIZIONE ITALIANA

ALLARME SALUTE

Perché è necessaria un'azione immediata dell'Europa per raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio per la salute



AZIONE PER LA SALUTE GLOBALE È STATA FONDATA NELL'OTTOBRE 2006 E RIUNISCE QUINDICI ORGANIZZAZIONI NON GOVERNATIVE (ONG) CON SEDE IN FRANCIA, GERMANIA, ITALIA, SPAGNA, REGNO UNITO E A BRUXELLES. L'OBIETTIVO DELLA RETE È MONITORARE L'EFFETTO DELLE AZIONI E DELLE POLITICHE DEI GOVERNI EUROPEI SULLA SANITÀ DEI PAESI IN VIA DI SVILUPPO PER CONTRIBUIRE A MIGLIORARE LE LORO POLITICHE.

La nostra preoccupazione nasce dalla consapevolezza che l'Europa non sta ancora facendo abbastanza per sostenere i Paesi in via di sviluppo nel raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio per la salute entro il 2015. Questo primo documento è incentrato sui finanziamenti resi disponibili dai governi europei per la sanità nei Paesi in via di sviluppo tramite l'Aiuto Pubblico allo Sviluppo (APS); il dossier rappresenta una posizione concordata tra le ONG che costituiscono Azione per la salute globale e costituisce la nostra azione congiunta di advocacy. I prossimi dossier continueranno a monitorare la disponibilità di APS finalizzato alla salute e si occuperanno anche di altre importanti aree, tra le quali il rafforzamento dei sistemi sanitari, il rapporto tra la questione di genere e la salute, la ricerca e lo sviluppo.

Questo dossier è suddiviso in tre sezioni. La prima esamina i problemi generali relativi al raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (Millennium Development Goals - MDGs) per la salute, la seconda si concentra sul ruolo che l'Europa potrà assumere in questo ambito; la terza esamina il ruolo svolto dal Governo italiano.

SOMMARIO

2	SINTESI	29	Ricerca e Sviluppo	58	Terza parte: i nuovi meccanismi di finanziamento e la finanza per lo sviluppo
6	RACCOMANDAZIONI	30	Efficacia degli Aiuti	62	I Partenariati Pubblico Privato (PPP)
8	SEZIONE UNO: RAGGIUNGERE GLI MDGs PER LA SALUTE	31	Conclusioni	64	La partecipazione italiana ai principali partenariati internazionali sulla salute
8	Prima parte: i progressi degli MDGs	32	SEZIONE DUE: CONTRIBUTI DELL'EUROPA AGLI OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL MILLENNIO PER LA SALUTE	65	Conclusioni e raccomandazioni per il Governo italiano
8	Gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio e la salute	32	L'Europa come donatore	68	ABBREVIAZIONI
10	Salute, diritti umani e sviluppo economico	34	Gli impegni per la salute delle politiche dell'UE nella cooperazione allo sviluppo	69	BIBLIOGRAFIA
12	Progressi degli MDGs per la salute	35	Gli impegni specifici dell'UE in materia di salute		
16	Seconda parte: finanziamenti per gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio	36	Gli impegni finanziari in materia di salute		
16	Cosa occorre per finanziare gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio?	37	Gli stanziamenti finanziari dell'UE per la salute		
16	Gli sforzi dei Paesi in via di Sviluppo per investire nella sanità	38	La Commissione Europea		
17	Il ruolo dei governi donatori	38	La Commissione Europea e l'aiuto allo sviluppo		
18	Spesa sanitaria in percentuale sull'APS complessivo	40	I meccanismi di erogazione della Commissione Europea		
20	Spesa sanitaria in percentuale sul PNL dei donatori	41	La Dichiarazione di Parigi e la suddivisione dei compiti nell'Unione Europea		
20	Come ottenere questi aumenti di contributi da parte dei donatori?	42	Conclusioni e raccomandazioni per l'Unione Europea e la Commissione Europea		
22	Terza parte: come verrà usato l'aumento di APS per la salute?	44	SEZIONE TRE: L'AIUTO PUBBLICO ALLO SVILUPPO PER LA SANITÀ: QUANTITÀ, QUALITÀ E NUOVE TENDENZE IN ITALIA		
22	Aumentare l'accesso all'assistenza sanitaria di base rafforzando i sistemi sanitari	44	Prima parte: la cooperazione allo sviluppo in Italia		
23	Accesso equo ai servizi di assistenza sanitaria	50	Seconda parte: le strategie dell'APS italiano in campo sanitario		
24	Spazio fiscale				
26	Iniziative Globali per la Salute				
26	Risorse umane				
28	Genere & partecipazione				

RINGRAZIAMENTI

Questo dossier è stato prodotto dai partner di Azione per la salute globale. Ringraziamo tutti coloro che hanno offerto il loro prezioso contributo e in particolare: Naomi Foxwood, Catharine Taylor e Mark Pearson (sezione uno); Mirjam van Reisen di EEPA (sezione due); Roger Drew che ha coordinato entrambe le prime due sezioni; Raffaele Salinari, Tommaso Rondinella e Emanuela Limiti (sezione tre)

Coordinamento editoriale per l'edizione italiana: Irene Viola (CESTAS) e Natalia Lupi (AIDOS)

Impaginazione: Roberto M. Rubbi

Stampa: Sate, Ferrara

Sintesi

Nel 2000, i capi di stato e di governo di 189 Paesi si sono impegnati a raggiungere entro il 2015 otto ambiziosi obiettivi di sviluppo, globalmente conosciuti come gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (Millennium Development Goals - MDGs). Questo lavoro si concentra sui tre dedicati in maniera specifica alla salute. Attualmente siamo a metà strada dal traguardo del 2015 e sebbene si siano registrati alcuni progressi, la realizzazione di tutti e tre gli obiettivi è ancora significativamente fuori portata. Il nostro dossier giunge alla conclusione che non saranno mai raggiunti al ritmo attuale. È quindi necessario agire subito. I paesi europei hanno l'opportunità di assumere un ruolo leader in questo settore vitale e "Allarme Salute: perché è necessaria un'azione immediata dei paesi europei per raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio per la salute" intende spiegare come farlo.

Azione per la salute globale è una rete europea che unisce quindici organizzazioni non-governative (ONG) con sedi a Bruxelles e in Francia, Germania, Italia, Spagna e Regno Unito. La rete nasce per richiamare l'attenzione dei Governi europei sul mancato adempimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio per la salute e sulla necessità di un sostegno effettivo dell'Europa all'impegno dei Paesi in via di sviluppo a raggiungerli entro il 2015.

Allarme Salute: perché è necessaria un'azione immediata dei paesi europei per raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio per la salute è la prima pubblicazione di una serie che verrà prodotta dalla rete **Azione per la salute globale**. Il documento è incentrato sul livello di Aiuto Pubblico allo Sviluppo (APS) per la salute che l'Unione Europea e i singoli Governi europei – tra i quali in particolare la Francia, la Germania, l'Italia, la Spagna e il Regno Unito – sono tenuti a garantire in modo da accelerare i progressi verso il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio per la salute. La pubblicazione è suddivisa in tre sezioni principali: la prima esamina le azioni necessarie a livello internazionale; la seconda si concentra sul ruolo che l'Europa potrà assumere in questo ambito; la terza analizza in maniera specifica il ruolo

dell'Italia. Il documento formula infine una serie di raccomandazioni per i Governi europei (p. 6) e per il Governo italiano in particolare (p. 66).

La salute è una componente essenziale dello sviluppo e pertanto costituisce un obiettivo trasversale a tutti gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio. Infatti, tre di questi sono specificatamente incentrati su tale aspetto. La salute e lo sviluppo economico sono strettamente collegati: godere di buona salute costituisce un fattore di sviluppo del benessere sociale ed economico che a sua volta contribuisce a migliorare le condizioni di salute. Molti documenti internazionali riconoscono la salute come un diritto umano primario.

Ciò premesso, è molto preoccupante che gli attuali progressi previsti per gli MDGs per la salute non siano al passo rispetto alle tappe di avvicinamento al traguardo del 2015, in particolare nell'Africa subsahariana, dove ad esempio, un bambino su cinque muore prima del raggiungimento dei cinque anni. La mortalità per motivi legati al parto resta il principale problema, i decessi per AIDS e altre nuove infezioni da HIV continuano a crescere, così come aumentano i nuovi casi di tubercolosi. Oltre un milione di persone muore ogni anno a causa della malaria, una malattia prevenibile e curabile: la maggior parte di loro sono bambini dell'Africa sub-sahariana.

Occorrono più fondi per la salute. Nel 2001, la Commissione su Macroeconomia e Salute (CMH) dell'Organizzazione mondiale della sanità ha stimato che per raggiungere gli MDGs per la salute occorrevano annualmente altri 57 miliardi di dollari (circa 43 miliardi di euro) entro il 2007 e 94 miliardi di dollari (circa 70 miliardi di euro) entro il 2015. Sebbene i Paesi in via di sviluppo abbiano cercato di rispondere, ad esempio, impegnandosi a destinare almeno il 15% dei loro bilanci nazionali per migliorare il settore sanitario, la mancanza di risorse locali determina di fatto la necessità di far provenire la maggior parte dei fondi da donazioni. La CMH ha stimato che entro il 2007 sono necessarie risorse finalizzate alla salute per 27 miliardi di dollari (ca 20 miliardi di euro), che dovranno raggiungere i 38 miliardi di dollari (ca 28 miliardi di euro) entro il 2015. I livelli attuali sono molto al di sotto di queste cifre, ovvero tra

i 6 e i 12 miliardi di dollari (circa 4,5-9 miliardi di euro) nel 2004. I livelli indicati potranno essere raggiunti se i donatori rispetteranno l'impegno di destinare lo 0,7% del loro prodotto nazionale lordo (PNL) all'Aiuto Pubblico allo Sviluppo e se si assicureranno che almeno il 15% del loro contributo venga speso per la salute. La CMH ha fissato l'obiettivo di destinare alla salute lo 0,1% del PNL, e di fatto, poiché pochi paesi rispettano l'impegno di fornire donazioni complessive pari allo 0,7% del PNL, si dovrà destinare una percentuale più alta dei fondi di APS alla salute se si vuole raggiungere l'obiettivo.

Tuttavia, avere maggiori risorse economiche non è sufficiente. Sono necessari anche cambiamenti delle prassi e delle politiche, quali:

- rivedere le politiche macroeconomiche restrittive, come quelle del Fondo Monetario Internazionale, che limitano l'entità dei fondi spesi per i servizi pubblici;
- rafforzare i sistemi sanitari sia tramite i canali esistenti, bilaterali e multilaterali, sia tramite nuove iniziative sanitarie globali, quali il Fondo globale per la lotta all'AIDS, la tubercolosi e la malaria e la GAVI Alliance;
- affrontare la crisi delle risorse umane che colpisce il settore sanitario;
- assicurare l'accesso equo e universale ai servizi sanitari di base e integrare nell'assistenza sanitaria un approccio di genere per contrastare la condizione di discriminazione femminile;
- fornire più finanziamenti alla ricerca rivolta ai paesi poveri, che ricevono solo il 10% dei fondi, nonostante siano gravati del 90% dei problemi sanitari mondiali;
- distribuire gli aiuti in un modo più allineato e armonizzato, in linea con i principi della Dichiarazione di Parigi sull'Efficacia degli Aiuti.

I paesi europei hanno un ruolo cruciale per il raggiungimento degli MDGs. Secondo le cifre del 2005 del Comitato di Assistenza per lo Sviluppo (DAC) dell'Organizzazione per la Cooperazione Economica e lo Sviluppo (OCSE), i paesi europei hanno fornito

più della metà (52%) dei fondi per l'Aiuto Pubblico allo Sviluppo complessivi erogati da parte di tutti i paesi che aderiscono al DAC. Tuttavia, si potrebbe fare di più se i paesi rispettassero il loro impegno a fornire lo 0,7% del loro PNL per l'Aiuto Pubblico allo Sviluppo. Attualmente, i paesi membri dell'Unione Europea (con l'esclusione dei 10 ultimi membri) si sono tutti impegnati a raggiungere l'obiettivo entro il 2015 e a fornire lo 0,51% del loro PNL all'APS entro il 2010.

La Commissione Europea fornisce una parte significativa dell'Aiuto Pubblico allo Sviluppo totale della UE attraverso il bilancio per lo sviluppo e il Fondo Europeo per lo Sviluppo (FES). La Commissione Europea ha individuato, in generale, sia delle politiche a sostegno degli Obiettivi del Millennio, che delle politiche mirate alla salute; inoltre, sta sostenendo un programma d'azione per combattere l'HIV/AIDS, la tubercolosi e la malaria ed è stata uno dei principali finanziatori del Fondo globale. Il Consiglio per gli Affari Generali e le Relazioni Estere (GAERC) dell'Unione Europea ha recentemente approvato un piano destinato ad affrontare la cruciale carenza di operatori sanitari nei Paesi in via di sviluppo. La Commissione Europea si è impegnata a destinare alla sanità di base e all'istruzione di base e secondaria il 20% dei fondi destinati ai programmi regionali del suo bilancio per lo sviluppo entro il 2009. Tuttavia, si potrebbe fare di più per risolvere le seguenti criticità:

- attualmente, solo circa il 4,7% dell'APS della Commissione Europea va a beneficio della salute, molto al di sotto del 15% che viene raccomandato in questo dossier;
- una riduzione dell'APS per la salute, che passerà da 110 miliardi di euro a 84 miliardi di euro all'anno, a causa della assimilazione dei bilanci tematici della Commissione Europea in un'unica voce, definita "Investire sulle persone". Nonostante il 55% di questa voce verrà speso per la salute, in valori assoluti l'importo sarà inferiore a quanto viene attualmente stanziato;
- i programmi paese della Commissione Europea non includono la salute nelle loro aree focali, se non in rari casi;

- mancanza di uno strumento per quantificare con precisione le spese per la salute effettuate dalla Commissione Europea attraverso il General Budget Support (sostegno al bilancio generale). Le proposte di destinare alla salute una percentuale teorica dei fondi del Budget Support rischiano di far sovrastimare l'APS della Commissione Europea destinato alla salute.

Azione per la salute globale ha redatto un'analisi dell'aiuto allo sviluppo dei paesi in cui hanno sedi le ONG parte della rete europea. È possibile accedere ai diversi dossier dal nostro sito: www.actionforglobalhealth.eu. Sulla base di dati OCSE-DAC, del rapporto tra APS e PNL e della percentuale di APS dedicata a "salute e popolazione" bilateralmente nel 2005, emerge come tutti i nostri governi siano lontani dall'obiettivo stabilito di devolvere lo 0.1% del PNL alla salute: l'Italia si assesta allo 0.001%, la Francia allo 0.014%, la Germania al 0.006%, la Spagna al 0.027% e Regno Unito al 0.042%."

La cooperazione sanitaria italiana vive le medesime difficoltà da tempo imputate all'intera cooperazione allo sviluppo italiana. Nell'ultimo decennio le risorse destinate alla cooperazione allo sviluppo in Italia sono andate riducendosi e, nonostante i lievi miglioramenti dell'ultimo anno, sono del tutto insufficienti a far fede agli impegni presi nelle sedi internazionali.

Anche dal punto di vista qualitativo la cooperazione italiana in generale, e quella sanitaria in particolare, presenta gravi deficit:

- assenza di strategie, tanto sotto il profilo geografico che sotto quello settoriale;
- inefficienza burocratica nell'approvazione dei progetti e nel rispetto dei pagamenti;
- incoerenza tra la componente bilaterale, che ha raggiunto livelli di spesa quasi trascurabili, e la componente multilaterale che rappresenta la gran parte degli aiuti italiani ma che spesso diverge dalle linee che la cooperazione italiana si prepone;
- scarsa trasparenza e mancanza di dati;
- assenza di qualsiasi tipo di monitoraggio e valutazione.

Sebbene il nuovo governo abbia restituito alla cooperazione allo sviluppo una centralità da tempo perduta e abbia iniziato a definire delle nuove strategie d'azione, appare urgente una profonda riforma del sistema italiano di cooperazione che garantisca una guida politica unica per la definizione delle strategie e un'agenzia in grado di farsi carico della gestione e del coordinamento di tutte le attività legate alla cooperazione internazionale.

La cooperazione italiana considera la promozione della salute un suo obiettivo prioritario, in quanto diritto fondamentale e fattore essenziale per la crescita economica e lo sviluppo umano. Tuttavia le risorse sono assolutamente insufficienti a far fede ai propositi e al raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio. L'affermata priorità del settore sanitario si traduce in impegni che non superano mai il 5% del totale delle risorse, attestandosi mediamente intorno al 3,7% dal 2000, anno della definizione degli MDGs.

Due sono le linee strategiche che la cooperazione italiana ha seguito negli ultimi anni nelle sue iniziative in ambito sanitario: il sostegno ai sistemi sanitari nazionali e quello ai sistemi sanitari locali e ai processi di decentramento. Ultimamente si pone anche un'importante enfasi sulla necessità di affrontare i problemi sanitari attraverso un più ampio approccio in grado di ridurre la vulnerabilità delle popolazioni beneficiarie attraverso anche l'educazione, la nutrizione, le pari opportunità e l'ambiente. In questa direzione va anche il recente progetto di creazione di un partenariato sulla salute con i paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente.

Benché le linee strategiche mostrino una predilezione da parte della cooperazione sanitaria italiana per un approccio "orizzontale", preferibile per garantire il diritto alla salute e anche per la lotta alle pandemie, nella realtà dei fatti molte delle iniziative che compongono l'azione italiana sono all'interno di iniziative multilaterali e partenariati pubblico privato che prediligono azioni mirate a singole malattie, delineando, piuttosto, un approccio "verticale".

Inoltre, le possibilità di monitorare le azioni italiane per il raggiungimento dei tre MDGs sanitari sono fortemente limitate dall'assenza di un'informazione

completa che associ i diversi programmi e progetti al raggiungimento di specifici MDGs. Per il futuro è imprescindibile che la cooperazione italiana non solo imponga le proprie linee strategiche per il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio ma anche che si doti di statistiche capaci di monitorare e meglio programmare le proprie azioni.

Infine, di fronte all'evidenza dell'incapacità da parte della comunità internazionale di raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, si sta cercando di definire nuovi meccanismi di finanziamento delle attività di cooperazione. Benché l'Italia stia partecipando alle principali iniziative attuate in questo campo, nessuna di esse è in grado di modificare radicalmente la situazione. L'Italia dovrebbe invece farsi promotrice di quelle iniziative capaci di intaccare realmente un sistema finanziario, commerciale e fiscale globale che condanna la gran parte dei paesi del Sud all'impossibilità di sviluppare dei sistemi sanitari nazionali che garantiscano il diritto alla salute a tutta la popolazione.



Raccomandazioni

1. AGIRE CON URGENZA:

a metà del termine dato per i Millennium Development Goals, ci appelliamo ai governi finanziatori affinché riconoscano pubblicamente la mancanza di progressi fatti affinché si impegnino ad agire urgentemente per consentire ai Paesi in via di sviluppo di raggiungere gli MDGs per la salute entro il termine fissato del 2015.

2. FINANZIAMENTO PIENO:

l'obiettivo della Commissione su Macroeconomia e Salute (27 miliardi di dollari all'APS per la salute nel 2007 per garantire il raggiungimento degli MDGs) è ancora molto lontano quando siamo ormai giunti a metà del termine dato per gli MDGs. Pertanto, Azione per la salute globale, sollecita i governi finanziatori a intraprendere azioni urgenti per colmare questo buco finanziario e a impegnarsi per il raggiungimento di questa cifra entro il 2009.

3. DARE PRIORITÀ IMMEDIATA ALLA SALUTE:

per raggiungere gli MDGs per la salute entro il 2015, sono necessari solleciti e sostanziali investimenti per la salute. Ci appelliamo ai governi donatori europei affinché diano priorità alla salute con la disponibilità di nuove risorse per l'APS e affinché assicurino che la percentuale di APS bilaterale per la salute non scenda al di sotto del 15%.

4. 0,1% del PNL:

i governi donatori europei dovrebbero puntare a destinare lo 0,1% del proprio PNL all'APS per la salute: senza attendere fino al raggiungimento dello 0,7% del rapporto APS/PNL, perché gli investimenti di lungo periodo devono essere realizzati il più presto possibile in modo tale da influire sui risultati sanitari dei Paesi in via di sviluppo entro il 2015.

5. SISTEMI SANITARI FORTI:

Azione per la salute globale riconosce che gli investimenti per il rafforzamento dei sistemi sanitari sono stati ampiamente trascurati negli ultimi anni e pertanto si appella ai governi donatori affinché garantiscano che gli aumenti nella disponibilità di APS per la salute diano la priorità a investimenti sostenibili a lungo termine per tutti gli aspetti che riguardano il rafforzamento dei sistemi sanitari. Inoltre, in questi ulteriori finanziamenti, un'attenzione prioritaria dovrebbe essere rivolta a investimenti significativi per le risorse umane, sia formali che informali, che operano nel settore sanitario.

6. ACCESSO EQUO:

i donatori dovrebbero assicurarsi che il loro investimento di APS per la salute sostenga l'accesso universale ed equo all'assistenza sanitaria e che aiuti i Paesi in via di sviluppo a rimuovere quelle barriere finanziarie che limitano l'accesso dei poveri.

7. APRIRE LO SPAZIO FISCALE:

i paesi donatori dovrebbero chiedere al Fondo Monetario Internazionale di rimuovere la pressione sui bilanci pubblici dei paesi a reddito basso o medio-basso e di ampliare le agevolazioni fiscali per le spese sanitarie.

8. RENDERE COMPATIBILI LE INIZIATIVE GLOBALI PER LA SALUTE:

sollecitiamo i donatori a continuare a sostenere le Iniziative Globali per la Salute, quali il GFATM (Fondo globale per la lotta all'AIDS, tubercolosi e malaria), GAVI (Alleanza Globale per i Vaccini e l'Immunizzazione) e a lavorare al loro fianco per assicurare la loro compatibilità con il rafforzamento dei sistemi sanitari. I governi donatori europei dovrebbero sostenere le proposte specifiche di un finanziamento prevedibile e a lungo termine per iniziative rivolte ai sistemi sanitari.

9. COMPENSAZIONE PER IL PERSONALE SANITARIO ATTUALMENTE IN EUROPA:

ci appelliamo all'Europa affinché assicuri la compensazione finanziaria per i paesi che hanno formato operatori sanitari che attualmente lavorano in Europa; al fine di arrestare la pratica del reclutamento attivo nei Paesi in via di sviluppo, questa compensazione dovrebbe corrispondere alle spese di formazione in Europa.

10. EQUITÀ DI GENERE:

l'APS per la salute dovrà essere usato per sostenere l'accesso equo ai servizi, ivi inclusi i servizi per la salute sessuale e riproduttiva e i governi donatori europei dovrebbero garantire che i dati disaggregati di genere per i bambini, gli adolescenti e gli adulti siano usati per correggere gli squilibri nell'accesso equo ai servizi sanitari.

11. CHIUDERE IL DIVARIO 10/90:

Azione per la salute globale ritiene che gli investimenti per la ricerca e lo sviluppo costituiscano un elemento essenziale per assicurare un sistema sanitario pienamente funzionale. Pertanto, chiediamo ai governi donatori di invertire il divario degli investimenti 10/90 per la ricerca e lo sviluppo e di accrescere in modo significativo la quantità di fondi disponibili per lo sviluppo di nuovi farmaci e nuove tecnologie per affrontare i più stringenti problemi sanitari dei Paesi in via di sviluppo, cioè il 90% dei problemi sanitari del mondo.

12. ASSICURARE L'EFFICACIA DEGLI AIUTI:

l'APS per la salute dovrebbe rispondere ai principi della Dichiarazione di Parigi sull'Efficacia degli Aiuti, tra cui ownership, allineamento e armonizzazione. Il sostegno al bilancio generale e settoriale dovrà essere supportato da indicatori chiari per monitorare la spesa, dal monitoraggio della società civile e da coerenti politiche di realizzazione.

Il Summit del Millennio del settembre del 2000 ha visto i leader di paesi ricchi e poveri impegnare le loro nazioni in un ambizioso partenariato globale per ridurre l'estrema povertà. Gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (MDGs) sono costituiti da un insieme di 8 obiettivi con vincoli temporali: il loro raggiungimento garantirebbe a ogni persona del pianeta i diritti umani di base alla salute, all'istruzione, all'abitazione e alla sicurezza, come auspicato nella Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo.

SEZIONE UNO:

RAGGIUNGERE GLI MDGs PER LA SALUTE

PRIMA PARTE:

I progressi degli MDGs

Gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio e la salute

Nel settembre 2000, al Summit del Millennio dell'ONU, i leader dei paesi ricchi e poveri impegnarono le loro nazioni in un ambizioso partenariato globale per ridurre l'estrema povertà¹ e le disuguaglianze attraverso gli otto Obiettivi di Sviluppo del Millennio. Questi obiettivi scaturirono da una serie di conferenze dell'ONU degli anni '90² e sostituirono i Target per lo Sviluppo Internazionale che erano stati formulati in quel periodo. Sono stati poi usati come base per lo sviluppo di piani globali internazionali (Progetto dell'ONU del Millennio, 2005a). Sebbene non siano stati esenti da critiche (a es. Attaran, 2005), gli MDGs costituiscono gli obiettivi di riduzione della povertà più specifici, più omnicomprensivi e più ampiamente sostenuti tra quelli

mai realizzati; godono di un inedito sostegno politico in tutti i paesi, sono fatti propri da organizzazioni governative e non governative e sono raggiungibili (ONU, 2005/2006).

Tre degli Obiettivi del Millennio sono specificamente diretti al miglioramento della salute delle persone che vivono nei paesi a basso o medio reddito. Si concentrano sulla riduzione della mortalità infantile, sul miglioramento della salute materna e sulla lotta all'HIV, AIDS, malaria, tbc e ad altre malattie. Sebbene la sanità abbia un ruolo importante in altri Obiettivi (OMS, 2007a; Tabella 1), questi tre sono quelli presi in esame da questo dossier.

Tabella 1: gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio³:
Obiettivi e indicatori connessi alla salute (fonte: OMS, 2007a)

MDG 1:	Eliminare la povertà estrema e la fame
Obiettivi:	Tra il 1990 e il 2015, dimezzare la percentuale di persone che soffrono la fame
Indicatori:	Incidenza dei bambini sotto peso prima dei cinque anni di età Percentuale della popolazione al di sotto del livello minimo dietetico di consumo energetico
MDG 2:	Raggiungere l'istruzione primaria universale
MDG 3:	Promuovere l'uguaglianza di genere e l'empowerment delle donne
MDG 4:	Ridurre la mortalità infantile
Obiettivi:	Tra il 1990 e il 2015, ridurre di due terzi il tasso di mortalità al di sotto dei 5 anni di età
Indicatori:	Tasso di mortalità al di sotto dei 5 anni Tasso di mortalità infantile Percentuale di bambini di 1 anno vaccinati contro il morbillo



Fotografia:
Gideon Mendel
Corbis/Actionaid

MDG 5: Migliorare la salute materna

Obiettivi: Tra il 1990 e il 2015, ridurre di tre quarti il tasso di mortalità materna.

Accesso Universale alla Salute Riproduttiva

Indicatori: Tasso di mortalità materna

Percentuale di nascite assistite da personale sanitario esperto

MDG 6: Combattere l'HIV/AIDS, la malaria e altre malattie

Obiettivi: Arrestare, entro il 2015, e invertire la tendenza della diffusione dell'HIV e dell'AIDS

Entro il 2015 aver fermato e aver iniziato a invertire l'incidenza della malaria e di altre malattie principali

Indicatori: Incidenza dell'HIV tra le donne incinte di 15-24 anni

Percentuale dell'uso del preservativo e proporzione di utilizzo di altri contraccettivi

Tasso di frequenza scolastica degli orfani rispetto ai non orfani di età compresa tra i 10 e i 14 anni

Incidenza e tassi di mortalità associati alla malaria

Percentuale della popolazione delle aree a rischio di malaria che usa misure efficaci di prevenzione e di cura della malattia

Incidenza e tassi di mortalità associati alla Tbc

Percentuale dei casi di Tbc individuati e curati sottoposti a DOTS

MDG 7: Garantire la sostenibilità ambientale

Obiettivi: Entro il 2015 aver dimezzato la percentuale di persone che non hanno accesso sostenibile ad acqua potabile e a servizi igienici

Entro il 2020 aver raggiunto un miglioramento significativo di vita per almeno 100 milioni di abitanti di baraccopoli

Indicatori: Percentuale della popolazione che usa combustibili solidi

Percentuale della popolazione, sia urbana sia rurale, con accesso sostenibile a migliori fonti d'acqua

Percentuale della popolazione, sia urbana sia rurale con accesso a migliorate condizioni di igiene

MDG 8: Sviluppare un partenariato globale per lo sviluppo

Obiettivi: In collaborazione con le società farmaceutiche, fornire accesso a farmaci essenziali a basso costo nei Paesi in via di sviluppo

Indicatori: Percentuale della popolazione con accesso a farmaci essenziali a basso costo su una base sostenibile

¹ Nelle sue molte dimensioni, tra cui la povertà del reddito, la fame, la malattia, la mancanza di un alloggio adeguato e l'esclusione

² Così come il Summit Mondiale per lo Sviluppo Sociale di Copenhagen del 1995

³ Gli Obiettivi del Millennio specificatamente connessi alla sanità (a es. gli MDGs 4-6) sono stati evidenziati in grigio

Salute, diritti umani e sviluppo economico

La salute è stata definita come uno stato di benessere fisico, mentale e sociale (rif. Riquadro 1). Azione per la salute globale riconosce che la salute è non solo un diritto umano di base, ma anche una 'leva' per lo sviluppo economico.

Molti documenti internazionali si riferiscono alla salute in termini di diritti umani (rif. Riquadro 2); tuttavia, dopo oltre 30 anni, molte persone che vivono in ambienti con scarse risorse non hanno tuttora un accesso equo neppure ai servizi di base (Hall and Taylor, 2003).

Precarie condizioni di salute e povertà sono collegate e si rafforzano reciprocamente: le persone povere sono più soggette alle malattie, hanno un accesso più limitato alle cure sanitarie e sono costrette a vendere dei beni o a prendere denaro a prestito a tassi elevati per far fronte a problemi sanitari (UNDP 1998). Perciò la riduzione della povertà può portare vantaggi sanitari; tuttavia, una migliore sanità non è solo un prodotto dello sviluppo economico, ma contribuisce anche alla crescita economica (rif. Riquadro 3).

Fotografia:
© Jenny Matthews
ActionAid



Riquadro 1: definizioni della salute, sistemi e trattamenti sanitari

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la salute in modo ampio 'non solo come l'assenza di infermità e di malattie ma anche come uno stato di benessere fisico, mentale e sociale' (OMS, 1948). In modo analogo, l'OMS definisce il sistema sanitario come 'tutte quelle attività il cui scopo primario sia quello di promuovere, conservare o restituire la salute' (Crisp, 2007).

Tuttavia, altri definiscono i sistemi sanitari in senso più stretto, richiedendo:

- un quadro politico comune, valori condivisi, norme comuni e strumenti di raccolta e di condivisione delle informazioni;
- una struttura organizzativa e procedure dirigenziali (Crisp, 2007).

Ciò riflette forse una visione più ristretta della salute, intesa come trattamento sanitario, che potrebbe essere definita come la prevenzione, la cura e la gestione della malattia e la conservazione del benessere mentale e fisico attraverso servizi offerti dalle professioni mediche e paramediche.

Riquadro 2: la salute come diritto umano

La Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo afferma che: 'ciascuno ha il diritto a un livello di vita adeguato per la salute e il benessere suo e della sua famiglia, per quel che riguarda l'alimentazione, l'abbigliamento, l'alloggio, nonché l'assistenza medica e i servizi sociali necessari.' (ONU, 1948)

La Convenzione Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali riconosce il diritto di ciascun individuo a godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale conseguibili. (art. 12, ICESR, adottata nel 1966).

La costituzione dell'OMS afferma che 'il godimento del massimo standard di salute ottenibile è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano senza distinzione di razza, religione, credo politico, condizione economica o sociale.' (OMS, 2006)

La dichiarazione di Alma-Ata ha affermato che la salute, così come definita dall'OMS, è un diritto umano fondamentale e che il raggiungimento del più alto standard di salute possibile è uno dei più importanti scopi sociali mondiali, la cui realizzazione richiede l'azione di molti altri settori sociali ed economici oltre che del settore sanitario.' (Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria di Base, 1978)

Riquadro 3: legami tra povertà e salute

La malattia contribuisce alla povertà del nucleo familiare. Ad esempio, circa il 20-30% del reddito annuo può andare perduto se il capofamiglia è colpito da Tbc attiva, mentre il reddito di 15 anni andrà perduto se questa persona muore. (OMS 2002).

La malattia pregiudica la crescita economica nazionale. Ad esempio, gli economisti ritengono che la malaria sia responsabile di una 'penalizzazione della crescita' fino all'1,3% annuo in alcuni paesi africani (RBM, senza data). Uno studio sistematico condotto sulla stima delle spese da sostenere per malattie relative al periodo della maternità e neonatale concludeva che queste causano perdite della produttività annuale pari a 95 milioni di dollari per l'Etiopia e circa 85 milioni di dollari per l'Uganda (Islam and Gerdtham, 2006). Gli effetti economici dell'HIV e dell'AIDS sono stati ben documentati. Ad esempio:

- in Botswana, nei prossimi dieci anni, ogni individuo che percepisce reddito ha la probabilità di acquisire un'ulteriore persona a suo carico a causa dell'epidemia di AIDS (UNAIDS 2006);
- la rassegna di undici studi sugli effetti economici dell'AIDS è giunta alla conclusione che questa malattia aveva ridotto i tassi di crescita economica media in Africa del 2-4% annuo (Dixon et al., 2002);
- nel Sud Africa uno studio ha suggerito che, portando al 50% la percentuale di coloro che ricevono la necessaria terapia antiretrovirale, si ridurrebbe l'effetto dell'epidemia sulla crescita economica del 17% (Bureau for Economic Research, 2006);

Il miglioramento della salute aumenta la crescita economica. Ad esempio, si è registrato che fino a un terzo la crescita annua del PIL può essere attribuita al capitale salute, mentre un aumento di un anno dell'aspettativa di vita è associato a un incremento del tasso di crescita a lungo termine fino a 4 punti percentuali nei Paesi in via di sviluppo come in quelli sviluppati (Bloom et al., 2004).

Progressi degli MDGs per la salute

Il mese di luglio 2007 costituisce il punto intermedio tra il momento del summit, in cui gli Obiettivi del Millennio sono stati adottati (rif. p. 8) e il termine del 2015, fissato per il loro raggiungimento. Sono stati registrati alcuni successi: ad esempio, nel 2006, si è constatato che gli obiettivi riguardanti l'acqua potabile non erano lontani dal conseguimento (ONU, 2006). Tuttavia, le notizie riguardanti gli Obiettivi per la salute sono state molto meno positive:

- la mortalità infantile fino al quinto anno di vita è in diminuzione, ma i dati relativi all'Africa sub-sahariana rimangono molto preoccupanti (cfr. Figura 1);
- la mortalità materna resta elevata;

- gli sforzi per prevenire l'HIV stanno registrando successi in alcune aree, ma le morti e le nuove infezioni continuano ad aumentare;
- si sta verificando la crescita dei nuovi casi di tubercolosi, sia pure escludendo quelli associati all'HIV (ONU, 2006).

Nel Riquadro 4 sono esaminati in dettaglio gli studi disponibili sui progressi riguardanti gli Obiettivi del Millennio per la salute.

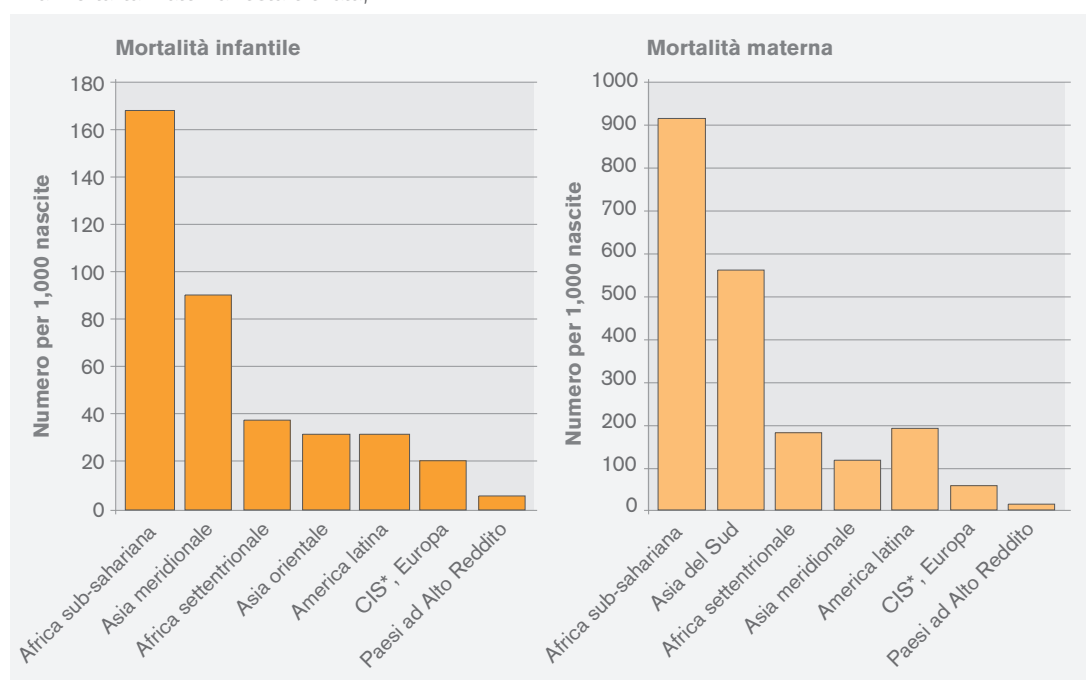


Figura 1: mortalità infantile e materna per regioni selezionate⁴

⁴Commonwealth o Comunità degli Stati Indipendenti, costituita con l'Accordo di Minsk dell'8.12.1991 tra Bielorussia, Federazione Russa e Ucraina



RACCOMANDAZIONE 1: AGIRE CON URGENZA

A metà del termine dato per i Millennium Development Goals, ci appelliamo ai governi finanziatori affinché riconoscano pubblicamente la mancanza di progressi fatti e si impegnino ad agire urgentemente per consentire ai Paesi in via di sviluppo di raggiungere gli MDGs per la salute entro il termine fissato del 2015.

⁴ Dati dell'ONU, 2006; OMS, 2007b e Banca Mondiale, 2007

Riquadro 4: progressi sugli MDGs per la salute

MDG 4: Ridurre la mortalità infantile

In breve – Nell'insieme, questo MDG è quello che registra meno progressi rispetto a tutti gli altri, nonostante la disponibilità di interventi efficaci, semplici, e a basso costo (Banca Mondiale, 2007).

Più in dettaglio – Nel 2003, si è registrato che ogni anno sono morti 10,8 milioni di bambini al di sotto dei 5 anni di età (Black et al., 2003). Nel 2004 questa cifra è passata a 10,5 milioni (ONU, 2006). Alcuni paesi sono in grado di registrare trend positivi. Ad esempio, in Malawi la mortalità al di sotto dei 5 anni è scesa stabilmente sin dagli anni '60 (OMS, 2007b) e l'Eritrea ha dimezzato la mortalità infantile tra il 1990 e il 2005 (Banca Mondiale, 2007). In America Latina e nei Caraibi, nell'Asia Sud-Orientale e Orientale e nell'Africa settentrionale, i tassi di mortalità infantile stanno scendendo del 3% annuo. Tuttavia, questi trend positivi non sono sufficienti per raggiungere gli MDGs, non sono omogenei all'interno dei paesi e non sono riscontrabili nell'Africa sub-sahariana, dove nessun paese sta facendo progressi per raggiungere questo obiettivo. Sebbene solo il 20% dei bambini del mondo viva nell'Africa sub-sahariana, questa regione registra la metà di tutte le morti al di sotto dei 5 anni. Globalmente, nel 2004, 168 bambini su 1.000 nati vivi sono morti prima dei cinque anni nell'Africa sub-sahariana (ONU, 2006; Banca Mondiale, 2007; cfr Figura 1). Solo 32 paesi su 147 sono sulla buona strada per raggiungere questo MDG nel 2015. L'esperienza negli stati più poveri è particolarmente scarsa: solo 2 di questi stati su 35 stanno facendo progressi per raggiungere questo Obiettivo (Banca Mondiale, 2007). Alcuni progressi sono stati realizzati per accrescere i livelli di vaccinazione contro il morbillo: tra il 1990 e il 2004, i livelli di vaccinazione sono passati dal 56 al 65% nell'Africa sub-sahariana e dal 58 al 62% nell'Asia meridionale. Ciò nonostante, nel 2004, 454.000 bambini sono morti a causa del morbillo. Sei sono i paesi in cui vivono i due terzi dei bambini del mondo non protetti da questa malattia: si tratta della Cina, della Repubblica Democratica del Congo, dell'India, dell'Indonesia, della Nigeria e del Pakistan (ONU, 2006).

MDG 5: Migliorare la salute materna

In breve – Le informazioni disponibili sono scarse ma i tassi di mortalità sono cambiati di poco nell'Africa sub-sahariana e nell'Asia meridionale, dove si registra il maggior numero di morti (ONU, 2006).

Più in dettaglio – 500.000 sono i casi annui stimati di morte materna e il 99% di questi si verifica nei Paesi in via di sviluppo. Tra i paesi ricchi e i paesi poveri c'è una notevole discrepanza rispetto alla mortalità materna: ad esempio, nei paesi ricchi il tasso di mortalità materna corrisponde a 10-14 casi per ogni 100.000 nati vivi e nell'Africa sub-sahariana è di 921 per 100.000 nati vivi (cfr. Figura 1). A causa della scarsa disponibilità di dati sulla mortalità materna, molti paesi registrano e analizzano la disponibilità di personale sanitario esperto nell'affrontare le complicanze del parto. In 27 dei 32 Paesi in via di sviluppo è cresciuta la percentuale di parti assistite da personale esperto, a es. in Marocco (31,8%), in Nicaragua (25,1%), in Indonesia (17,1%), e in Egitto (14,7%). I paesi dell'Africa sub-sahariana invece hanno trend negativi, a es. Zambia (-3,1%) e Kenya (-2,8) e anche in paesi con trend positivi, questi riguardavano in larga misura le famiglie più ricche (rif. Figura 2). Di conseguenza, nella maggior parte dei paesi, le differenze riguardanti l'accesso all'assistenza perinatale tra il quintile più ricco e il quintile più povero nella maggior parte dei paesi, mostrano divari di equità maggiori che in ciascun altro servizio sanitario (Banca Mondiale, 2007).

MDG 6: Lotta all'HIV, all'AIDS, alla malaria e ad altre malattie

In breve – L'obiettivo del Millennio N. 6 è fuori portata. Sono infatti in aumento le nuove infezioni da HIV, le morti per AIDS e i nuovi casi di tbc.

Più in dettaglio – Globalmente, alla fine del 2006 circa 39,5 milioni di persone vivevano con l'HIV, con un aumento di 2,6 milioni dal 2004 e circa 2,9 milioni di persone sono morte per AIDS. Mentre la diffusione dell'HIV è rallentata in alcune parti dell'Africa sub-sahariana, questa zona resta comunque il centro dell'epidemia. Quasi due terzi (63%) di tutti coloro che vivono con l'HIV si trovano nell'Africa sub-sahariana, dove le donne risultano particolarmente colpite da questa malattia: non solo perché il loro tasso di infezione risulta più elevato rispetto a quello degli uomini ma anche perché è più probabile che esse si facciano carico dell'assistenza di persone infettate dall'HIV. Recentemente, i maggiori aumenti delle infezioni da HIV si sono verificati nell'Europa Orientale e nell'Asia Centrale e Orientale. È accresciuto l'accesso ai programmi di prevenzione e di trattamento efficaci:

ad esempio, tra il dicembre 2003 e il giugno 2006, nell'Africa sub-sahariana c'è stato un aumento di dieci volte tanto nel numero di persone sottoposte a terapia antiretrovirale, con più di 1 milione di persone sottoposte a trattamento. Progressi particolarmente significativi sono stati riscontrati in alcuni paesi africani tra cui il Botswana, il Kenya, il Malawi, la Namibia, il Ruanda, il Sud Africa, l'Uganda e lo Zambia (UNAIDS e OMS, 2006).

Ogni anno ci sono circa 350-500 milioni di manifestazioni cliniche di malaria, che sfociano in più di 1 milione di morti; circa il 60% di tutti i casi e più dell'80% delle morti riguarda l'Africa sub-sahariana (RBM et al., senza data).

Tuttavia ci sono stati dei successi, quali la distribuzione delle zanzariere da letto: in soli quattro anni (1999-2003) la distribuzione delle zanzariere è aumentata di dieci volte nell'Africa sub-sahariana, anche se gli abitanti delle città tendono a usare le zanzariere sei volte di più degli abitanti delle campagne; in modo analogo, il quintile più ricco della popolazione ha una probabilità 11 volte maggiore di usarle, rispetto al quintile più povero (ONU, 2006).

Nel 2005 ci sono stati circa 8,8 milioni di nuovi casi di Tbc e 1,6 milioni di morti; negli ultimi anni c'è stato qualche progresso nella riduzione dell'incidenza e delle morti per Tbc anche se la sua incidenza nel mondo ha avuto un'impennata. Tuttavia, il numero totale di nuovi casi di Tbc era ancora in leggera crescita a causa degli aumenti registrati in Africa, in Medio Oriente e nel Sud-East Asiatico (OMS, 2007c).

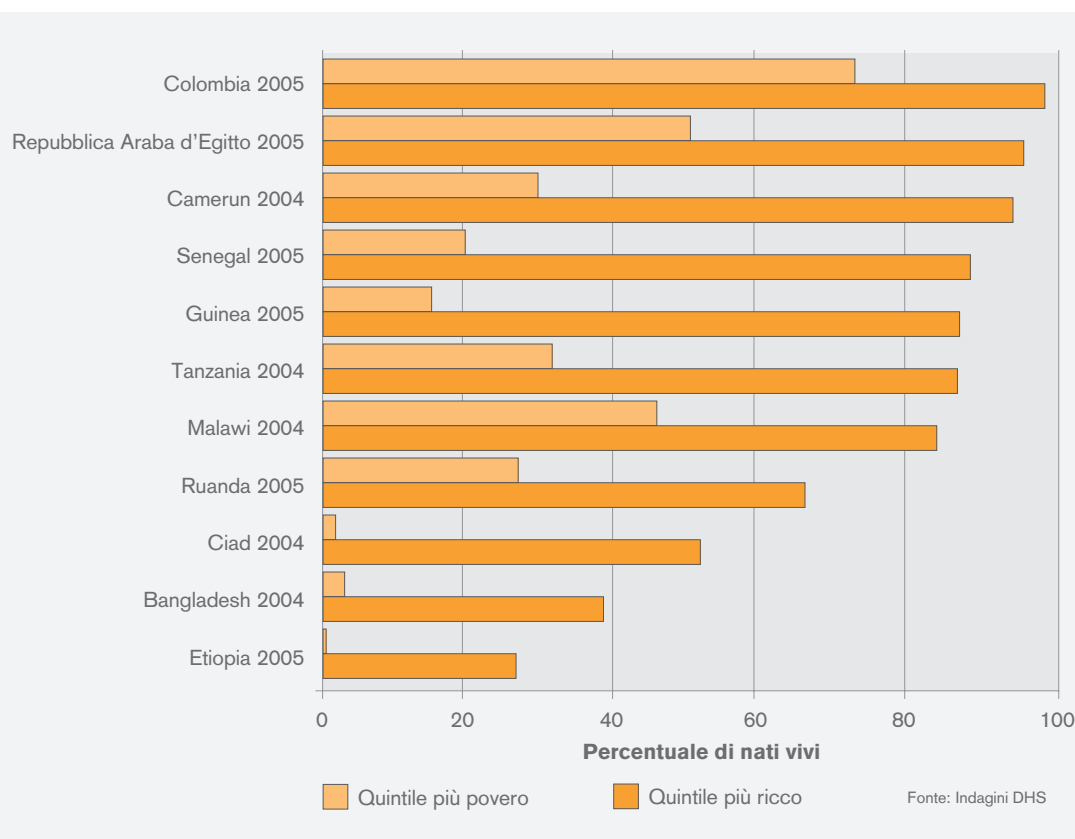


Figura 2: Accesso ad assistenza medica professionale a seconda del quintile di benessere della famiglia

SECONDA PARTE:

Finanziamenti per gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio

Questa parte del dossier è dedicata al finanziamento di interventi sanitari necessari per rispettare gli Obiettivi del Millennio per la salute⁵ ed esamina il ruolo dei governi per rispondere a questa necessità.

Cosa occorre per finanziare gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio?

Nel 2001, la Commissione su Macroeconomia e Salute (CMH) ha fornito l'analisi più completa della quantità di denaro necessaria per raggiungere gli MDGs per la salute (CMH, 2001). Si stima che la spesa per la sanità in 83 paesi poveri dovrebbe crescere da 106 miliardi di dollari⁶ nel 2002 a 163 miliardi di dollari entro il 2007 e a 200 miliardi di dollari entro il 2015⁷. Ciò comporterebbe una spesa annua aggiuntiva di 57 miliardi di dollari entro il 2007 e di 94 miliardi di dollari entro il 2015, comprendendo sia la crescita della popolazione sia l'accresciuta copertura dei servizi. La Commissione su Macroeconomia e Salute ha stimato che lo stanziamento di questi ulteriori finanziamenti tramite l'APS contribuirebbe a raggiungere gli MDGs per la salute, salverebbe 8 milioni di vite e comporterebbe benefici economici per circa 186 miliardi di dollari

l'anno per i paesi a medio e basso reddito. Altre stime sono analoghe o anche più alte; diversi studi basati su un singolo paese hanno dimostrato che i costi sono estremamente elevati, in particolar modo nei paesi con alta incidenza di HIV⁸ (Progetto del Millennio dell'ONU, 2004). Altri approcci di stima di spesa hanno cercato di valutare più direttamente alcune necessità indispensabili per il rafforzamento dei sistemi sanitari, e per sostenerne l'aumento progressivo, includendo i costi più dettagliati dei vari componenti del pacchetto essenziale per la sanità (Johns et al., 2007; Stenberg et al., 2007). Dunque, le cifre della CMH sono considerate utili da Azione per la salute globale poiché sono significativamente superiori a quanto viene donato attualmente, ma rispecchiano ancora una soglia minima rispetto a quanto è veramente necessario.

Gli sforzi dei Paesi in via di sviluppo per investire nella sanità

La CMH ha anticipato che la maggior parte dei fondi necessari verrebbe dagli stessi Paesi in via di sviluppo, 35 miliardi di dollari entro il 2007 e 63 miliardi di dollari entro il 2015 (CMH, 2001).

I Paesi in via di sviluppo si sono impegnati a identificare le risorse da investire nel rafforzamento dei loro sistemi sanitari, in modo da poter raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio per la salute. Ad esempio, i leader africani hanno sottoscritto la Dichiarazione di Abuja sull'HIV, AIDS, tbc e sulle altre malattie infettive collegate, con la quale si impegnano

a destinare almeno il 15% dei loro bilanci nazionali al miglioramento del settore sanitario (OUA, 2001).

I progressi verso l'obiettivo della Dichiarazione di Abuja continuano a passo moderato: fino al 2006, solo un paese africano ha raggiunto l'obiettivo. Circa un terzo dei paesi dell'Africa sub-sahariana ha destinato il 10% o più dei rispettivi bilanci nazionali al settore sanitario, il 38% dei paesi ha destinato il 5-10% mentre il 29% meno del 5% (Unione Africana, 2005/2006).

⁵ Si affrontano numerose sfide quando si cerca di identificare e confrontare le informazioni sulla spesa sanitaria: tra queste la scarsa disponibilità di dati; la lentezza con cui vengono resi disponibili i dati internazionali; la diversità dei periodi a cui fanno riferimento; l'uso di diverse valute; le differenze tra impegni ed esborsi effettivi; la vastità e la mancanza di chiarezza delle attività incluse (non è infatti sempre chiaro se siano incluse o meno le spese per la pianificazione familiare; le spese attraverso i canali multilaterali e le modalità di trattamento degli strumenti di aiuto indistinti, quali il sostegno dal bilancio generale...)

⁶ Cfr nota 7, p. 37

⁷ Cfr Tabella A2.4, p. 166, CMH, 2001

⁸ Le stime dei requisiti di finanziamento annuo per la sanità variano da 20,6 dollari a testa in Bangladesh a 3,8 dollari a testa in Tanzania

Il ruolo dei governi donatori

Nonostante questi sforzi, la CMH ha ritenuto che fossero necessari ulteriori fondi per raggiungere gli MDGs per la salute. Presumendo che, nel 2002 fossero disponibili per la salute 6 miliardi di dollari USA⁹, la CMH ha sollecitato i paesi donatori affinché le risorse complessive dell'APS per la salute raggiungessero i 27 miliardi di dollari entro il 2007 e i 38 miliardi di dollari entro il 2015. Ciò comporterebbe aumenti della spesa sanitaria dei donatori pari a 22,1 miliardi di dollari entro il 2007 e di 30,7 miliardi di dollari entro il 2015 (CMH, 2001). La Tabella 2 mostra gli impegni e gli esborsi finanziari per gli obiettivi legati alla sanità e popolazione¹⁰ tra il 2001 e il 2005 (OCSE-DAC, 2007) da cui risulta

che c'è stato un grande aumento degli esborsi per la sanità nel periodo¹¹, ma va considerato che gli esborsi del 2002 sono stati di soli 3,5 miliardi di dollari, ovvero significativamente al di sotto dei 6 miliardi di dollari previsti dalla CMH¹². Altre pubblicazioni forniscono cifre più elevate di spesa dell'APS per la salute, ad esempio suggerendo che abbia toccato i 12 miliardi di dollari nel 2004¹³ (Michaud, 2003; Schieber et al., 2006; OMS, 2006c). Nonostante questa incertezza circa i livelli attuali e passati di APS destinato alla salute¹⁴, c'è tuttora un divario chiaramente considerevole tra le risorse fornite dai donatori e le necessità di risorse stimate.

Tabella 2: impegni ed Esborsi dei Donatori per salute e popolazione come riferito dall'OCSE-DAC: 2001-2005 (milioni di dollari USA) (OCSE-DAC, 2007)

	2001		2002		2003		2004		2005	
	Imp	Esb	Imp	Esb	Imp	Esb	Imp	Esb	Imp	Esb
Bilaterali										
Austria	4	23	8	5	14	6	24	8	30	9
Belgio	66	69	126	69	86	85	103	81	122	104
Danimarca	33	27	66	-	85	50	145	63	107	76
Finlandia	23	15	36	15	36	21	24	-	31	-
Francia	143	159	153	160	192	195	299	256	252	310
Germania	123	129	171	99	214	181	231	232	200	252
Grecia	-	-	4	4	12	12	22	37	32	32
Irlanda	26	2	64	64	90	90	99	99	105	105
Italia	24	-	74	9	78	72	63	52	25	9
Lussemburgo	24	-	26	-	25	-	30	30	39	39
Paesi Bassi	138	130	220	157	144	218	259	219	301	259
Portogallo	8	8	8	8	8	8	10	10	10	10
Spagna	73	90	85	95	86	100	124	116	99	99
Svezia	44	81	114	74	120	98	139	153	300	195
Regno Unito	324	210	644	418	593	379	568	453	1,188	648
Totale UE	1,052	943	1,797	1,174	1,784	1,514	2,138	1,808	2,840	2,147
Altri Bilaterali	1,727	309	2,244	1,792	3,009	2,641	3,612	2,753	3,566	3,356
Totali Bilaterali	2,779	1,252	4,041	2,966	4,793	4,155	5,750	4,561	6,406	5,503
Multilaterali										
Commissione Europea	294	73	213	76	234	98	523	201	669	421
Altri Multilaterali	1,032	426	1,146	470	2,786	896	2,161	1,209	2,635	1,313
Totali Multilaterali	1,326	499	1,359	546	3,020	994	2,684	1,410	3,304	1,734
Totale APS salute	4,104	1,751	5,400	3,512	7,812	5,150	8,434	5,971	9,710	7,238
Totali della UE ¹⁵	1,346	1,016	2,010	1,250	2,018	1,612	2,661	2,009	3,509	2,568
Percentuale dell'ODA totale per la salute dalla UE	33	58	37	36	26	31	32	34	36	35

⁹ La CMS ha notato che non erano disponibili delle cifre precise: cfr. p. 11 e nota finale 19, p. 112 (CMS, 2001)

¹⁰ Le cifre sono quelle riferite al DAC dai donatori. Poiché queste vengono presentate sulla base della classifica DAC potrebbero non corrispondere alle cifre fornite dai singoli donatori. Le cifre riguardano tutte le attività presenti nelle categorie salute e popolazione.

¹¹ Salite da 1,75 miliardi di dollari nel 2001 a 7,24 miliardi di dollari nel 2005

¹² Anche se le cifre della CMH escludevano la pianificazione familiare, che è stata stimata ammontare a circa 600 milioni di dollari all'anno (CMH, 2001)

¹³ La cifra dell'OCSE-DAC per il 2004 era di 6 miliardi di dollari USA.

¹⁴ La CMH ha notato che era difficile ottenere cifre precise e coerenti per l'APS relativo alla salute (CMH, 2001, nota 19, p. 112). Cfr. nota 6, p. 37.

¹⁵ Bilaterale UE più CE



RACCOMANDAZIONE 2: FINANZIAMENTO PIENO

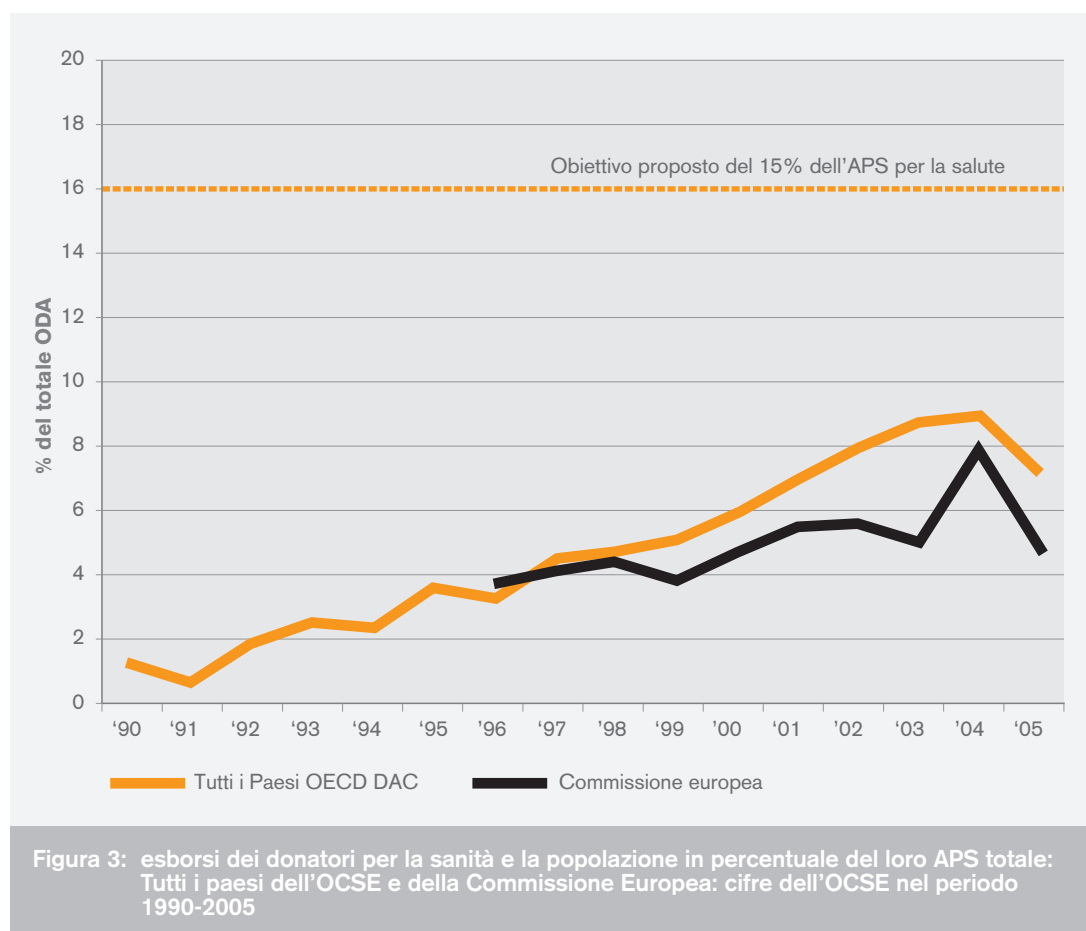
L'obiettivo della Commissione su Macroeconomia e Salute (27 miliardi di dollari all'APS per la salute nel 2007 per garantire il raggiungimento degli MDGs) è ancora molto lontano quando siamo ormai giunti a metà del termine dato per gli MDGs. Pertanto, Azione per la salute globale, sollecita i governi finanziatori a intraprendere azioni urgenti per colmare questo buco finanziario e a impegnarsi per il raggiungimento di questa cifra entro il 2009.

Spesa sanitaria in percentuale sull'APS complessivo

Per raggiungere i 27 miliardi di APS per la salute entro il 2009 è necessario aumentarne sia i livelli totali che la parte destinata alla salute. Tra il 1990 e il 2005, la percentuale di APS finalizzata alla salute è cresciuta in modo significativo (rif. Figura 3) ed è necessario che questa tendenza continui. Nonostante tali aumenti, la quota di APS che i singoli donatori destinano alla sanità dai loro programmi bilaterali resta ben al di sotto del 15% necessario per rispettare gli Obiettivi per la salute,

anche se esistono differenze significative tra i vari donatori (rif. Tabella 3).

Si noti che queste cifre non includono tutti i finanziamenti per la sanità forniti dai donatori; è perciò necessario un metodo di calcolo che permetta di considerare tutti i finanziamenti alla sanità dei paesi donatori, comprendendo anche i fondi versati tramite agenzie multilaterali e forniti con il sostegno del bilancio generale¹⁶.



¹⁶ Cfr nota 6, p. 37.

Tabella 3: percentuale degli esborsti di APS per la salute e la popolazione: cifre dell'OCSE-DAC: Paesi predefiniti e anni predefiniti tra il 1990 e il 2005

	1990	1995	2000	2003	2004	2005
Francia						
Esborso dell'APS per salute e popolazione	28	26	41	195	256	310
Esborso totale dell'APS	1972	2220	2153	8792	8378	10018
Percentuale dell'APS per salute e popolazione	1.4	1.2	1.9	2.2	3.1	3.1
Germania						
Esborso dell'APS per salute e popolazione	5	62	54	181	232	252
Esborso totale dell'APS	2065	2519	1131	5261	5193	13489
Percentuale dell'APS per salute e popolazione	0.2	2.5	4.8	3.4	4.5	1.9
Italia						
Esborso dell'APS per salute e popolazione	3	1	-	72	52	9
Esborso totale dell'APS	557	325	87	1293	792	1886
Percentuale dell'APS per salute e popolazione	0.5	0.3	-	5.6	6.6	0.5
Spagna						
Esborso dell'APS per salute e popolazione	-	35	106	100	116	99
Esborso totale dell'APS	-	115	886	1345	1615	969
Percentuale dell'APS per salute e popolazione	-	30.4	12.0	7.4	7.2	10.2
Regno Unito						
Esborso dell'APS per salute e popolazione	-	-	187	379	453	648
Esborso totale dell'APS	-	-	972	2747	4082	7186
Percentuale dell'APS per salute e popolazione	-	-	19.2	13.8	11.1	9.0
Tutti i donatori bilaterali del DAC						
Esborso dell'APS per salute e popolazione	163	552	914	4155	4561	5503
Esborso totale dell'APS	12819	15294	17703	58085	64627	93011
Percentuale dell'APS per salute e popolazione	1.3	3.6	5.2	7.2	7.1	5.9

✦ RACCOMANDAZIONE 3: DARE PRIORITÀ IMMEDIATA ALLA SALUTE

Per raggiungere gli MDGs per la salute entro il 2015, sono necessari solleciti e sostanziali investimenti per la salute. Ci appelliamo ai governi donatori europei affinché diano priorità alla salute con la disponibilità di nuove risorse per l'APS e affinché assicurino che la percentuale di APS bilaterale per la salute non scenda al di sotto del 15%.



Fotografia:
© Kalpesh Lathigra
NB Pictures/ActionAid

Spesa sanitaria in percentuale sul PNL dei donatori

La Commissione su Macroeconomia e Salute stima che i fondi ulteriori necessari per il raggiungimento degli Obiettivi per la salute siano grosso modo equivalenti allo 0,1% del PNL dei donatori, presumendo dei livelli crescenti di reddito nei paesi ricchi (CMH, 2001)¹⁷. Azione per la salute globale consi-

dera che questo sia un utile obiettivo per fornire una guida ai donatori. Attualmente molti governi donatori non forniscono lo 0,7 del PNL agli aiuti, perciò il raggiungimento di questo obiettivo richiederà, almeno nel breve periodo, di aumentare notevolmente la % di aiuti destinati alla sanità.

RACCOMANDAZIONE 4: 0,1% del PNL

I governi donatori europei dovrebbero puntare a destinare lo 0,1% del proprio PNL all'APS per la salute: senza attendere fino al raggiungimento dello 0,7% del rapporto APS/PNL, perché gli investimenti di lungo periodo devono essere realizzati il più presto possibile in modo tale da influire sui risultati sanitari dei Paesi in via di sviluppo entro il 2015.

Fotografia:
© Sven Torfinn
Panos pictures



Come ottenere questi aumenti di contributi da parte dei donatori?

Per essere più efficaci questi ulteriori fondi dovranno essere destinati a quei paesi che ricevono minori finanziamenti e dovranno essere erogati attraverso la combinazione di una serie di meccanismi che comprenda:

- l'aiuto finanziario bilaterale ai paesi a basso e medio reddito;
- le organizzazioni multilaterali di finanziamento, quali la Banca Mondiale e le agenzie dell'ONU;
- iniziative globali di finanziamento sanitario quali il Fondo globale per la Lotta all'AIDS, tbc e malaria o l'Alleanza GAVI.

Non è necessario che ogni donatore fornisca il sostegno finanziario per la salute ai Paesi in via di sviluppo con le stesse modalità. I donatori dovrebbero avvalersi delle loro esperienze e competenze specifiche in diverse aree della salute. Ad esempio, quelli con minor esperienza del canale bilaterale, come i paesi che sono diventati membri della UE recentemente, potrebbero preferire l'utilizzo di altri meccanismi finanziari quali le iniziative multilaterali o globali per la sanità.

¹⁷ In effetti, la CMH si riferiva al RNL che, attualmente, è stato ampiamente sostituito dal PNL. Ad esempio, la DAC dell'OCSE è passata al PNL nel 2001. Il PNL e il RNL sono essenzialmente la stessa cosa a eccezione della modalità con cui trattano i redditi dei non-residenti, una differenza significativa in alcuni paesi come l'Irlanda. Per l'Italia da considerare equivalente al PIL, seguendo la denominazione dei conti economici nazionali.

TERZA PARTE:

Come verrà usato l'aumento di APS per la salute?

Aumentare l'accesso all'assistenza sanitaria di base rafforzando i sistemi sanitari

Il rafforzamento della capacità dei sistemi sanitari di fornire l'assistenza sanitaria di base a tutti i cittadini è vitale per consentire ai paesi di raggiungere gli Obiettivi per la salute. Ad esempio, è stato stimato che raggiungere il 90% dei bambini con interventi che abbiano sufficienti o anche solo limitate prove di efficacia potrebbe prevenire il 63% delle morti infantili (Jones et al., 2003). Sebbene tali interventi mirati possano produrre effetti tangibili su una o più cause di morte infantile a breve termine, nel lungo periodo la sostenibilità di tutti gli interventi richiede investimenti per il rafforzamento dei sistemi sanitari. L'OMS definisce ciò come 'costruire la capacità di componenti cruciali dei sistemi sanitari per ottenere miglioramenti più equi e sostenibili attraverso i servizi sanitari e i risultati sanitari' (OMS, 2006b).

Tuttavia, i sistemi sanitari dei Paesi in via di sviluppo sono deboli e costituiscono l'ostacolo principale al raggiungimento degli Obiettivi per la salute; rafforzarli

richiede ulteriori risorse. Esistono notevoli discrepanze tra le spese per la sanità nei paesi ricchi e in quelli poveri: ad esempio, sebbene i 30 paesi dell'OCSE rappresentino soltanto il 20% della popolazione mondiale, incidono per il 90% della spesa sanitaria globale. La Tabella 4 illustra gli stridenti contrasti tra le spese sanitarie in alcuni paesi europei e in alcuni dei paesi più poveri del mondo. Ciò persiste, in termini assoluti, persino in paesi che investono una grande percentuale del loro reddito nazionale e delle loro spese statali nella sanità, ad esempio in Malawi (OMS, 2007b).

Il riconoscimento della necessità di ulteriori finanziamenti per il rafforzamento dei sistemi sanitari ha portato l'OMS a proporre la 'linea-guida 50:50' (OMS, 2006c), secondo cui la metà dell'assistenza allo sviluppo per la sanità dovrebbe essere indirizzata al rafforzamento dei sistemi sanitari, utilizzandone almeno la metà per le strategie nazionali di rafforzamento delle risorse umane in ambito sanitario (cfr p. 26).

Tabella 4: spesa pro capite per la sanità nel 2004: Paesi selezionati

Paese	Spesa statale sanitaria pro capite al tasso medio di cambio (\$USA)	Spesa totale sanitaria come percentuale del PIL	Spesa statale sanitaria generale come percentuale della spesa statale totale
Paesi dell'OCSE			
Francia	2715	10.5	15.4
Germania	2709	10.6	17.3
Italia	1936	8.7	13.7
Spagna	1397	8.1	14.7
Regno Unito	2502	8.1	15.9
Paesi in via di sviluppo			
Cambogia	6	6.7	11.4
Etiopia	3	5.3	9.4
Haiti	13	7.6	23.9
Malawi	14	12.9	28.8
Nepal	4	5.6	8.1
Nigeria	7	4.6	3.5



RACCOMANDAZIONE 5: SISTEMI SANITARI FORTI

Azione per la salute globale riconosce che gli investimenti per il rafforzamento dei sistemi sanitari sono stati ampiamente trascurati negli ultimi anni e pertanto si appella ai governi donatori affinché garantiscano che gli aumenti nella disponibilità di APS per la salute diano la priorità a investimenti sostenibili a lungo termine per tutti gli aspetti che riguardano il rafforzamento dei sistemi sanitari. Inoltre, in questi ulteriori finanziamenti, un'attenzione prioritaria dovrebbe essere rivolta a investimenti significativi per le risorse umane, sia formali che informali, che operano nel settore sanitario.

Accesso equo ai servizi di assistenza sanitaria

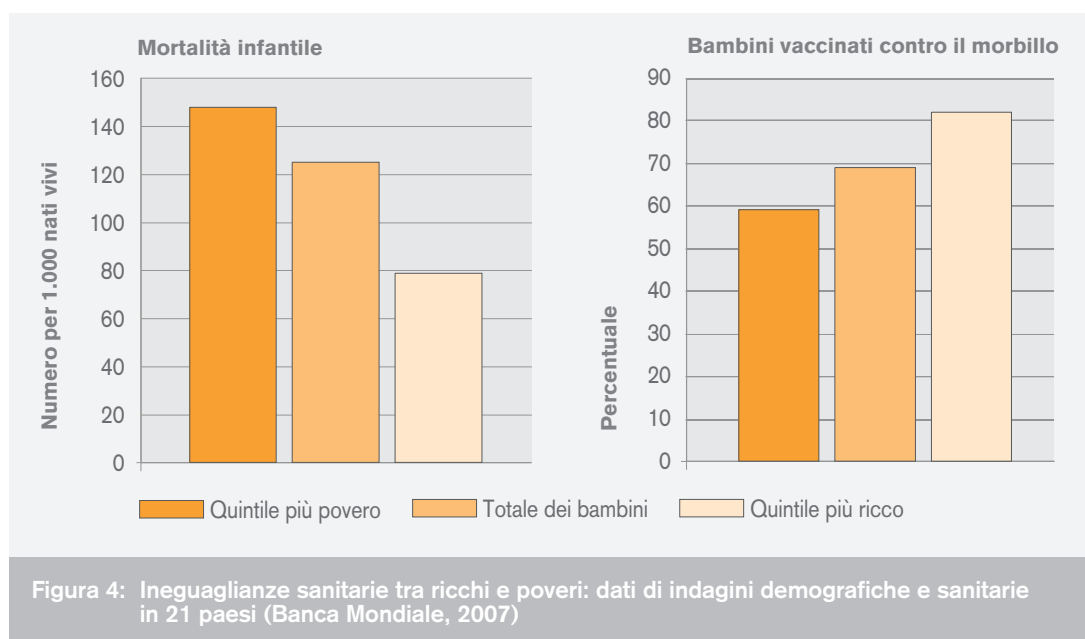
Un ragionevole progresso verso gli Obiettivi per la salute verrà ottenuto solo se le popolazioni più povere avranno accesso all'assistenza sanitaria. Tuttavia, esistono notevoli discrepanze tra l'accesso dei poveri e dei ricchi ai servizi sanitari all'interno degli stessi paesi (cfr Figura 4). Nei paesi poveri, soprattutto nelle aree rurali, i ricchi sono in grado di accedere ai servizi sanitari a pagamento che sono negati ai poveri (Banca Mondiale, 2007).

Queste differenze tra ricchi e poveri dimostrano che le barriere finanziarie a livello familiare costituiscono

un notevole ostacolo all'accesso ai servizi e numerosi paesi stanno cercando di superarle in modi diversi (rif. riquadro 5). Esistono preoccupazioni su alcuni degli approcci alternativi al finanziamento sanitario, ad esempio le diverse forme di assicurazione, in quanto essi rischiano di privare i più poveri e vulnerabili dei servizi essenziali e di anteporre le preoccupazioni finanziarie alle necessità sanitarie della popolazione. Tuttavia, questi nuovi approcci possono allargare la base finanziaria per i servizi sanitari e ridurre la dipendenza dai donatori.



Fotografia:
© Gideon Mendel
Corbis/ActionAid



Riquadro 5: esempi dei diversi approcci dei paesi per superare le barriere finanziarie all'accesso all'assistenza sanitaria

In **Ghana**, il governo ha abolito i ticket per i servizi di assistenza materna, ed è stato verificato che ne è conseguito un notevole aumento dei parti assistiti in strutture sanitarie tra le donne più povere e meno istruite; l'aumento maggiore – da circa un terzo (35%) a più della metà (51%) ha riguardato le donne senza istruzione (Penfold et al., 2006).

In **Nepal**, il governo ha introdotto un sistema di incentivi monetari o tramite voucher sia per i fornitori, sia per le madri, per incrementare il numero dei parti assistiti da personale esperto; inoltre, sono stati sviluppati programmi in collaborazione con alcune ONG per aumentare l'accesso ai servizi per i gruppi più vulnerabili (DFID, 2005).

Il **Ruanda** ha introdotto schemi assicurativi comunali i cui associati pagano una quota annua e ricevono gratuitamente assistenza sanitaria di base; ciò ha portato a un incremento nell'uso dei servizi da parte di coloro che hanno aderito all'assicurazione. In tre governatorati dell'**Egitto**, fondi assicurativi sociali sanitari forniscono agli associati un pacchetto essenziale di servizi sanitari. In **Mali**, con il contributo del distretto, del comune e dei singoli pazienti, viene finanziato un sistema di trasporto e assistenza per donne che necessitano di cure urgenti durante il travaglio e il parto. In **Bolivia**, viene richiesto ai comuni di usare il 6% dei fondi del governo centrale per sostenere un fondo assicurativo che garantisce gratuitamente a tutti gli utenti alcuni servizi sanitari pediatrici e ostetrico-ginecologici, portando a un maggior uso dei servizi sanitari e a un miglioramento della loro qualità (Dmytraczenko et al. 2003).

RACCOMANDAZIONE 6: ACCESSO EQUO

I donatori dovrebbero assicurarsi che il loro investimento di APS per la salute sostenga l'accesso universale ed equo all'assistenza sanitaria e che aiuti i Paesi in via di sviluppo a rimuovere quelle barriere finanziarie che limitano l'accesso dei poveri.

Spazio fiscale

Molte organizzazioni, in particolare le ONG, si preoccupano perché le politiche degli istituti finanziari internazionali, in particolare il FMI, costituiscono una restrizione alla capacità dei paesi di investire nei servizi pubblici, per esempio nell'istruzione e nella sanità (cfr. Christian Aid, 2006; Wemos, 2006). Il Ghana, il Kenya e lo Zambia, per esempio, hanno fissato un tetto ai loro bilanci salariali per il settore pubblico perché si stanno avvicinando al livello dell'8% dei loro PIL; sopra tale livello le spese salariali sono 'considerate eccessive' dal FMI. Nel Ghana, questo significa che non è possibile assumere nuovo personale sanitario né aumentarne gli stipendi/incentivi senza il permesso del Ministero delle Finanze (Wemos, 2006).

Questi problemi hanno provocato richieste di maggior spazio fiscale, che viene definito¹⁸ come lo 'spazio in un bilancio dello stato che gli consente di fornire risorse per uno scopo desiderato¹⁹ senza pregiudicare la sostenibilità della sua posizione finanziaria o la stabilità

dell'economia (Heller, 2005).¹ Sebbene il FMI sia 'aperto alla creazione di spazio fiscale', le preoccupazioni riguardanti l'inflazione, gli effetti sugli altri settori e la sostenibilità a lungo termine dei finanziamenti necessari (Heller, 2006; FMI, 2005/6) indicano che il FMI ha comunque 'un approccio molto prudente' (Wemos, 2006).

Uno dei problemi delle politiche degli istituti finanziari internazionali è il breve termine e la natura incerta degli impegni internazionali di aiuto. Ad esempio, in Guinea, il finanziamento dei donatori ha rappresentato il 19% della spesa sanitaria annuale nel 1998, è sceso ad appena il 2% nel 1999 prima di risalire al 18% nel 2000 (Banca Mondiale, 2005a). Un andamento analogo è riscontrabile in altri paesi (Figura 5). Dopo la Dichiarazione di Parigi sull'Efficacia degli Aiuti (High Level Forum, 2005) ci sono stati alcuni tentativi di miglioramento nelle pratiche di assistenza. Il Ministero inglese per lo Sviluppo Internazionale (DFID), la Commissione Europea e GAVI

¹⁸ Da parte del FMI

¹⁹ Come la salute

hanno annunciato la loro intenzione di muoversi nella direzione di impegni decennali di finanziamento (ad esempio, DFID, 2006). Questo tipo di impegno stabile e a

lungo termine è auspicabile e dovrebbe essere più ampiamente disponibile per i Paesi in via di sviluppo ai fini del perseguimento degli Obiettivi.



Figura 5: impegni dei donatori per la salute in sette paesi africani: 1997-2000

RACCOMANDAZIONE 7: APRIRE LO SPAZIO FISCALE

I paesi donatori dovrebbero chiedere al Fondo Monetario Internazionale di rimuovere la pressione sui bilanci pubblici dei paesi a reddito basso o medio-basso e di ampliare le agevolazioni fiscali per le spese sanitarie.

Iniziative Globali per la Salute

Le Iniziative Globali per la Salute (GHI-Global Health Initiatives) o i Partenariati Globali per la Salute (GHP- Global Health Partnerships) si sono spesso concentrati su malattie specifiche quali l'HIV, l'AIDS, la tbc e la malaria, o su altre iniziative sanitarie 'verticali', tra cui le vaccinazioni e le immunizzazioni, come nel caso dell'Alleanza GAVI e del Fondo globale per la lotta all'AIDS, la tubercolosi e la malaria, ottenendo ottimi risultati in termini di motivazione dei donatori e dell'incremento delle risorse: infatti, molti dei recenti aumenti di APS per la salute sono pervenuti tramite questa via. Queste iniziative hanno anche portato a notevoli aumenti nella diffusione di servizi specifici e, pertanto, c'è chi ritiene che, oltre all'attenzione a lungo termine sui sistemi sanitari, siano di per sé necessarie. Ad esempio, Sachs sostiene che 'occorrono programmi mirati al controllo delle malattie, come programmi per la realizzazione dei sistemi sanitari dell'Africa (Sachs, 2007).'

Tuttavia, c'è chi teme che queste iniziative possano distogliere l'attenzione dagli approcci alla sanità pubblica di più lungo termine, che sono incentrati sull'istituzione di sistemi sanitari sostenibili (Garrett, 2007). C'è infatti il pericolo che la proliferazione dei progetti dei donatori incrementi la frammentazione della distribuzione degli aiuti aumentando al contempo i costi di transazione. Questo rischio avrebbe un peso rilevante per la capacità governativa già oberata di molti Paesi in via di sviluppo, in quanto sottrarre tempo e risorse ai compiti governativi essenziali (ODI, 2005). Negli ultimi anni, le Partnership per la Salute Globale hanno dimostrato di essere sempre più consapevoli di questo problema e stanno compiendo ogni sforzo per garantire che le loro risorse vengano usate per rafforzare i sistemi sanitari (rif. Riquadro 6).

Riquadro 6: uso dei fondi del Partenariato Globale per la Salute per rafforzare i sistemi sanitari.

Esempi: Nella zona centrale di **Haiti**, i fondi per l'AIDS sono stati spesi per potenziare i sistemi sanitari pubblici in genere, con conseguente riduzione della mortalità materna e aumento delle aspettative di vita (Farmer, 2006).

Il consiglio direttivo dell'**Alleanza GAVI** ha concordato di investire 500 milioni di dollari per il potenziamento dei sistemi sanitari dal 2006 al 2010, riconoscendo che si tratta di un passo necessario se si vogliono raggiungere gli MDGs 4 e 5 (GAVI, 2007).

Il **Global Fund** ha una componente specifica per il potenziamento dei sistemi sanitari usata già in cinque round e che, a tal scopo, ha fornito finanziamenti a fondo perduto alla Cambogia, al Malawi e al Ruanda, anche se con scarso successo. Nei round 6 e 7, le attività di potenziamento dei sistemi sanitari dovranno essere incluse in proposte mirate a specifiche malattie e per il round 7 tali elementi dovranno essere chiaramente descritti e preventivati nella fase di richiesta (Global Fund, 2007a).



RACCOMANDAZIONE 8: RENDERE COMPATIBILI LE INIZIATIVE GLOBALI PER LA SALUTE

Sollecitiamo i donatori a continuare a sostenere le Iniziative Globali per la Salute, quali il GFATM (Fondo globale per la lotta all'AIDS, tubercolosi e malaria), GAVI (Alleanza Globale per i Vaccini e l'Immunizzazione) e a lavorare al loro fianco per assicurare la loro compatibilità con il rafforzamento dei sistemi sanitari. I governi donatori europei dovrebbero sostenere le proposte specifiche di un finanziamento prevedibile e a lungo termine per iniziative rivolte ai sistemi sanitari.

Risorse umane

Le risorse umane per la salute vengono sempre più considerate cruciali per il raggiungimento entro il 2015 degli MDGs per la salute; e nel 2006 il Rapporto Mondiale sulla Salute si è concentrato su questo argomento (OMS, 2006c). Cinquantasette paesi devono affrontare una carenza drammatica di

personale sanitario, equivalente a un deficit globale di 2.4 milioni di medici, infermieri e ostetriche. Questa crisi è particolarmente grave nell'Africa sub-sahariana (rif. Figura 6) e sta minando la capacità dei sistemi sanitari di fornire servizi efficaci nei paesi interessati.

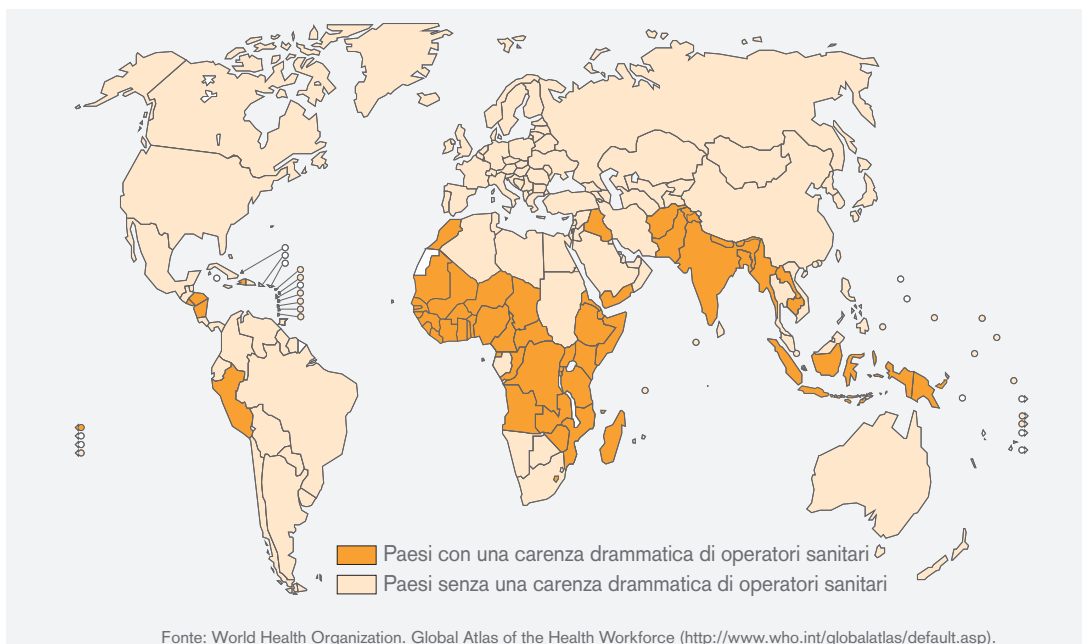


Figura 6: paesi con una carenza drammatica di operatori sanitari
(fonte: OMS, 2006c, Figura 3, p. xviii)

Le cause della crisi sono molteplici e complesse e comprendono:

- condizioni di lavoro carenti, inclusi gli stipendi e altri incentivi;
- restrizioni alla revisione dei bassi stipendi degli operatori sanitari, dovute alla mancanza di 'spazio fiscale' (rif. p. 24) e alla riluttanza dei donatori a finanziare spese ricorrenti per le risorse umane (Progetto del Millennio dell'ONU, 2005a);
- migrazione degli operatori sanitari dalle zone rurali a quelle urbane, dal settore pubblico al privato/ONG, dalla sanità ad altri settori e ad altri paesi. Rappresentando un gruppo di ONG con sede in Europa, Azione per la salute globale è particolarmente cosciente del ruolo che gioca l'Europa sui fattori di "attrazione" che incoraggiano la migrazione verso i paesi ricchi;
- malattia e morte degli operatori sanitari per AIDS. Il Botswana, ad esempio, ha perso il

17% dei suoi operatori sanitari a causa dell'AIDS tra il 1999 e il 2005 (Avert, 2007a), mentre, uno studio svolto in una regione dello Zambia ha riscontrato che il 40% delle ostetriche risultava positivo all'HIV (UNAIDS, 2006).

Nello sforzo di affrontare questi problemi sono state avviate diverse iniziative: ad esempio, in Malawi, il Programma Emergenza Risorse Umane (rif. DFID, 2004), costato 272 milioni di dollari, è stato istituito per affrontare ed eliminare alcuni dei fattori di "attrazione" della migrazione, anche fornendo incentivi agli operatori sanitari. Il Consiglio per gli Affari Generali e per gli Affari Esteri (GAERC) dell'UE ha recentemente approvato un programma di azione per affrontare la drammatica carenza di operatori sanitari nei Paesi in via di sviluppo, programma che include alcuni criteri per il reclutamento degli operatori sanitari (Consiglio d'Europa, 2007a; rif. Riquadro 11).

RACCOMANDAZIONE 9: COMPENSAZIONE PER IL PERSONALE SANITARIO CHE ATTUALMENTE SI TROVA IN EUROPA

Ci appelliamo all'Europa affinché assicuri la compensazione finanziaria per i paesi che hanno formato operatori sanitari che attualmente lavorano in Europa; al fine di arrestare la pratica del reclutamento attivo nei Paesi in via di sviluppo, questa compensazione dovrebbe corrispondere alle spese di formazione in Europa.

Genere & partecipazione

Il terzo MDG è quello che promuove la parità tra i sessi e l'emancipazione delle donne. Tuttavia il raggiungimento di queste finalità ha delle implicazioni che vanno al di là di questo Obiettivo. Senza progressi nella direzione della parità tra i sessi e dell'emancipazione delle donne, nessuno degli MDGs per la salute verrà raggiunto (MDGender.net, senza data).

La malnutrizione di donne e ragazze dovuta alla discriminazione sessuale può accrescere le possibilità di complicazioni letali durante la gravidanza. Le norme sociali che limitano la mobilità delle donne o che richiedono il consenso di un uomo della famiglia prima di cercare le cure sanitarie possono pericolosamente ritardare, o persino impedire, l'accesso delle donne a trattamenti salvavita durante un'emergenza ostetrica (OMS, 2003). Si stima che 200 milioni di donne nei Paesi in via di sviluppo non abbiano possibilità di avere una contraccezione efficace, con conseguente mortalità e morbidità durante la gravidanza e nei periodi attigui (UNFPA, 2007). A seguito di ampie campagne portate avanti dai difensori della salute riproduttiva, nell'ambito dell'MDG 5, è stato concordato un nuovo obiettivo per l'accesso universale alla salute riproduttiva che riflette il Programma d'Azione definito dalla Conferenza Internazionale sulla Popolazione e lo Sviluppo (ICPD, 1994) tale obiettivo è vitale non solo per la riduzione della mortalità materna, ma anche per lo sradicamento della povertà e l'emancipazione delle donne (Baroness Royal, 2007). Sono stati proposti diversi indicatori per valutare i progressi verso il raggiungimento dell'obiettivo (OMS, 2006d/e).

La partecipazione e il coinvolgimento delle donne nei servizi sanitari che le riguardano ricoprono un'importanza fondamentale (Progetto del Millennio dell'ONU,

2005b), anche se spesso questi vengono limitati e minati da regole socio-culturali che impediscono la loro partecipazione alla vita pubblica, riducono i loro movimenti o impongono carichi di lavoro e responsabilità familiari eccessivi. Ad esempio, una indagine contenuta nei Poverty Reduction Strategy Papers (PRSPs) di quattro paesi ha rivelato che gli sforzi governativi per ascoltare e consultare le donne a tutti i livelli non erano soddisfacenti e di conseguenza, i problemi di genere emergono in modo frammentato e arbitrario (Whitehead, 2003). Tuttavia, la partecipazione è un valore per diritto proprio, che contribuisce al processo con cui le persone diventano attori efficaci delle proprie vite e della società²⁰. I Poverty Reduction Strategy Papers (PRSPs) sono stati pensati per dare voce ai poveri, per coinvolgere la società civile e per conferire ownership ai cittadini e ai governi nazionali. La valutazione dei PRSPs è giunta alla conclusione che, sebbene i processi partecipativi includessero nuovi attori nel dialogo, erano ostacolati dalla limitata capacità governativa e dalla scarsa volontà di coinvolgere la società civile e hanno avuto solo effetti limitati sul disegno dei PRSP: effetti che sono svaniti una volta che questi ultimi sono stati messi a punto (Banca Mondiale, 2004/2005b). Certe materie, quali la politica macroeconomica, sono state 'largamente messe da parte' nei processi partecipativi (FMI, 2004). Il grado con cui le donne sono state coinvolte nei processi partecipativi associati ai PRSPs in queste valutazioni non è stato analizzato.

Un maggior coinvolgimento delle organizzazioni, sia femminili sia della società civile, che si interessano ai problemi sanitari dei gruppi più vulnerabili e marginalizzati, avrebbe potuto garantire che la politica sanitaria fosse organizzata in modo da riflettere le loro esigenze: questo è particolarmente importante quan-

Riquadro 7: gli MGDs di genere e per la salute: Esempi e Problematicità

In **India**, uno studio su oltre 85.000 bambini ha dimostrato un ridotto utilizzo dei servizi ospedalieri per le bambine rispetto ai bambini (Bahl et al., 2005).

Nell'**Asia meridionale**, l'accesso delle donne e delle ragazze ai servizi sanitari fa parte di un più ampio ventaglio di ineguaglianze di genere (Fikree and Pasha, 2004).

Le persone, la cui **identità di genere** esce dagli schemi, si trovano ad affrontare problemi particolari quando si rivolgono ai servizi sanitari, ad esempio i transessuali; ciò ha impatti negativi sulla salute delle persone che si trovano "al di fuori delle norme di genere" e ostacola la loro capacità a garantirsi l'accesso a servizi sanitari appropriati nell'ambito di sistemi sanitari comprensivi (Collins and Sheehan, 2004).

²⁰ Freedman, L., et al 'Who's got the Power (Chi ha il potere)': Trasformare i sistemi sanitari per le Donne e i Bambini. Task Force per i Progetti del Millennium dell'ONU sulla salute infantile e materna (2005)

do si parla della tendenza di molti donatori verso strumenti di aiuto quali il sostegno settoriale e di bilancio. In modo analogo, garantire che tutte le informazioni

raccolte attraverso il monitoraggio siano disaggregate per genere consentirebbe di identificare e contrastare le ineguaglianze di genere.

RACCOMANDAZIONE 10: EQUITÀ DI GENERE

L'APS per la salute dovrà essere usato per sostenere l'accesso equo ai servizi, ivi inclusi i servizi per la salute sessuale e riproduttiva e i governi donatori europei dovrebbero garantire che i dati disaggregati di genere per i bambini, gli adolescenti e gli adulti siano usati per correggere gli squilibri nell'accesso equo ai servizi sanitari.

Ricerca e Sviluppo

Nel 1990, la Commissione sulla Ricerca Sanitaria per lo Sviluppo ha stimato che meno del 10% delle risorse finanziarie disponibili per la ricerca nel campo della salute globale era stato dedicato ai problemi sanitari dei Paesi in via di sviluppo, i quali però sono gravati da oltre il 90% dei problemi sanitari mondiali. Questo squilibrio è stato chiamato il divario 10/90, divario che persiste nonostante il fatto che le risorse finanziarie complessivamente disponibili per la ricerca nel campo della salute siano aumentate da 30 miliardi di dollari nel 1986 a 109 miliardi di dollari nel 2001; di queste, il 44% viene dal settore pubblico, il 48% dal settore privato-imprenditoriale e l'8% dal settore privato no-profit (Forum Globale per la Ricerca Sanitaria, 2007a). Sono urgentemente necessarie ulteriori ricerche sulle esigenze sanitarie dei Paesi in via di sviluppo, ricerche che dovrebbero riguardare la mancanza di farmaci e di tecnologie appropriate oltre che generare conoscenze e documentare come funzionano le politiche, i sistemi e i servizi in luoghi e ambienti diversi.

Il Forum Globale per la Ricerca Sanitaria ha prodotto diversi studi sul divario 10/90, dei quali il più recente è stato quello sugli anni 2003-4 (Forum

Globale per la Ricerca Sanitaria, 2007b). Le problematiche sottolineate da questo Forum in relazione alla Ricerca e allo Sviluppo includono:

- un investimento drammaticamente insufficiente per la ricerca sulla salute che affronti i problemi sanitari dei paesi a reddito medio e basso;
- una grave carenza a livello di paese per quel che riguarda la capacità di progettare, condurre e utilizzare la ricerca sanitaria;
- una generalizzata mancanza di capacità di gestire la ricerca sanitaria per ottimizzarne l'impatto sulla salute dei gruppi vulnerabili, sulle prestazioni dei sistemi sanitari e sulla definizione delle priorità degli interventi di assistenza sanitaria, in modo particolare nei paesi dove il peso delle malattie è più elevato.

Inoltre, ci sono problemi politici connessi allo sviluppo di nuovi prodotti farmaceutici, ad esempio per il trattamento dell'AIDS, qui vengono illustrati nella Figura 7²¹. L'APS dovrebbe garantire l'accesso a strumenti medici sia nuovi che già esistenti, tramite l'uso efficace delle flessibilità dei TRIPS e dei finanziamenti innovativi per la ricerca e lo sviluppo.

Figura 7: tempistica delle questioni politiche connesse allo sviluppo di nuovi farmaci

Nel 1995 l'Organizzazione Mondiale del Commercio (OMC) adotta il documento Aspetti Commerciali dei Diritti di Proprietà Intellettuale (TRIPS) che mira a tutelare la proprietà intellettuale dei paesi membri

Nel 2001 la conferenza ministeriale dell'OMC a Doha ha fatto un passo indietro affermando che la proprietà intellettuale non dovrebbe essere prioritaria rispetto alla salute pubblica

Nel 2003 l'OMC ha introdotto una rinuncia temporanea al 'paragrafo 6' dei TRIPS, che consente ai paesi di importare farmaci generici da altri paesi per fronteggiare crisi sanitarie

Nel 2005, la conferenza ministeriale dell'OMC di Hong Kong ha reso permanente la deroga al 'paragrafo 6'

1995

2005

²¹ Ciò si basa su informazioni di Avert, 2007b che approfondisce queste questioni in maggior dettaglio.



RACCOMANDAZIONE 11: CHIUDERE IL DIVARIO 10/90

Azione per la salute globale ritiene che gli investimenti per la ricerca e lo sviluppo costituiscano un elemento essenziale per assicurare un sistema sanitario pienamente funzionale. Pertanto, chiediamo ai governi donatori di invertire il divario degli investimenti 10/90 per la ricerca e lo sviluppo e di accrescere in modo significativo la quantità di fondi disponibili per lo sviluppo di nuovi farmaci e nuove tecnologie per affrontare i più stringenti problemi sanitari dei Paesi in via di sviluppo, cioè il 90% dei problemi sanitari del mondo.

Efficacia degli Aiuti

Non solo l'assistenza allo sviluppo per la salute è a livelli insufficienti per raggiungere gli MDGs sanitari (rif. p. 12) ma gli aiuti vengono persino trasmessi secondo modalità che sono inefficaci per rispondere alle priorità sanitarie più urgenti dei Paesi in via di sviluppo. Per raggiungere gli MDGs per la salute, i governi donatori europei devono aumentare la quantità dei loro aiuti e migliorarne la qualità. La Dichiarazione di Parigi sull'Efficacia degli Aiuti (High Level Forum, 2005) fornisce cinque criteri per rendere gli aiuti più efficaci (Riquadro 8). Ci sono state diverse iniziative che cercano di misurare l'efficacia degli aiuti, scorporando gli aiuti che vengono considerati non efficaci o non reali (ActionAid, 2006; Roodman, 2006).

In misura sempre crescente, i donatori forniscono aiuti tramite il supporto al bilancio generale e settoriale, finanziando il bilancio degli stati tramite il sistema dei governi e fornendo così dei fondi non finalizzati che possono essere usati secondo le priorità dei governi, così come delineato nella Strategia per la Riduzione della Povertà (PRS) e il Medium Term Expenditure Framework (MTEF). Il sostegno al bilan-

cio, sia generale che settoriale, può essere usato per finanziare una politica globale e un programma di spesa nell'ambito di un settore, ad esempio la sanità. Tali programmi vengono chiamati Approcci Settoriali Ampi (SWAs-Sector Wide Approach) e, normalmente, hanno un meccanismo di revisione congiunta e un sistema di monitoraggio delle prestazioni che si basa sullo schema usato dal governo per la valutazione delle proprie prestazioni (DFID, 2007). Il sostegno al bilancio non costituisce lo strumento di aiuto più adatto a ogni contesto (rif. Tabella 5). Laddove si usa il sostegno al bilancio, c'è la necessità di:

- rafforzare il monitoraggio delle spese, delle attività e dei risultati;
- intensificare il controllo della società civile sulla politica e sulla pratica;
- garantire la realizzazione di politiche coerenti.

Affinché gli aiuti siano efficaci, occorre che siano distribuiti ai paesi a seconda delle loro necessità; il riquadro 9 mostra che, attualmente, non è sempre così.

Riquadro 8: criteri della Dichiarazione di Parigi sull'Efficacia degli Aiuti

Titolarità: i Paesi in via di sviluppo dovrebbero assumere la guida effettiva delle loro politiche e strategie di sviluppo e coordinare le azioni di sviluppo. I donatori devono rispettare e sostenere questa assunzione di responsabilità.

Allineamento: I donatori dovrebbero fornire il loro supporto globale alle strategie nazionali, alle istituzioni e alle procedure dei Paesi in via di sviluppo.

Armonizzazione: Le azioni dei donatori dovrebbero essere maggiormente e collettivamente coordinate, trasparenti ed efficaci.

Gestione che produca risultati: Gli aiuti andrebbero gestiti e resi operativi attraverso un processo incentrato sui risultati desiderati e basandosi su informazioni che migliorino il processo decisionale.

Responsabilità reciproca: I donatori e i Paesi in via di sviluppo dovrebbero incrementare la responsabilità e la trasparenza reciproca sull'uso delle risorse per lo sviluppo.

²² Da SSS, 2007 – particolarmente le sezioni 6.5 e 6.15-6.17

²³ È probabile che il supporto di bilancio richieda il sostegno con dialogo politico e assistenza tecnica in tutte le situazioni.

²⁴ Il supporto al bilancio generale è più adatto ai paesi a basso rischio, mentre quello settoriale al bilancio è più adeguato per i paesi a rischio medio.



Tabella 5: idoneità del sostegno al bilancio in diversi paesi e contesti differenziati²²

Contesti in cui il sostegno al bilancio può costituire uno strumento di aiuto appropriato

Paesi che dipendono dagli aiuti esterni

Paesi con un framework macroeconomico stabile e un provato impegno, teso a riformare e migliorare la qualità della valutazione delle finanze pubbliche. Questi paesi possono essere definiti come a basso o medio rischio²⁴.

Contesti in cui il sostegno al bilancio può dover essere sostituito o rinforzato con altri strumenti di aiuto²³

Paesi ad alto rischio

Paesi in situazione di conflitto

Stati fragili

Settori o problemi trasversali che richiedono pochi beni pubblici costosi

Situazioni con 'restrizioni della domanda'

Situazioni in cui l'attribuzione di finanziamenti esterni non sostiene le priorità, i piani e i bilanci nazionali

Riquadro 9: distribuzione per paese degli aiuti per la sanità

Recentemente, l'OMS ha effettuato uno studio in 67 paesi per vedere come vengono distribuiti gli aiuti per la salute in relazione allo stato di salute e al livello di sviluppo. Lo studio ha confrontato i dati finanziari dell'OCSE-DAC sull'APS con le statistiche su salute e sviluppo pubblicate dall'OMS, dalla Banca Mondiale e da altre agenzie dell'ONU. I paesi sono stati raggruppati sulla base di situazioni sanitarie comparabili, prendendo in considerazione i tassi di mortalità infantile, l'aspettativa di vita alla nascita e i tassi presunti di incidenza dell'AIDS nella popolazione adulta. È stata analizzata la distribuzione degli aiuti sanitari all'interno dei paesi e tra loro.

In linea generale, gli aiuti per la salute vengono distribuiti a seconda delle necessità sanitarie: i paesi con i peggiori risultati sanitari tendono a beneficiare di livelli maggiori di aiuti, mentre i paesi con migliori risultati sanitari ne ricevono meno. Tuttavia, nell'ambito dei paesi con esigenze sanitarie simili, ci sono grosse differenze negli aiuti alla salute. Ad esempio:

- Lo Zambia e la Repubblica Centrale Africana hanno valori di mortalità infantile rispettivamente di 182 e 193 per 1.000. L'aspettativa di vita alla nascita è di 40 anni in Zambia e di 41 nella Repubblica Centrale Africana. Tra il 2000 e il 2005, lo Zambia ha ricevuto impegni di APS per la salute per 16.61 dollari pro-capite, in confronto ai soli 5,30 dollari della Repubblica Centrale Africana;
- L'Uganda e il Togo hanno livelli di mortalità infantile, di aspettativa di vita e di incidenza di HIV raffrontabili; tuttavia, l'Uganda ha ricevuto 7,81 dollari di aiuti pro-capite e il Togo 2,40 dollari (OMS, 2007d).

RACCOMANDAZIONE 12: GARANTIRE L'EFFICACIA DEGLI AIUTI

L'APS per la salute dovrebbe rispondere ai principi della Dichiarazione di Parigi sull'Efficacia degli Aiuti, tra cui titolarità, allineamento e armonizzazione. Il sostegno al bilancio generale e settoriale dovrà essere supportato da indicatori chiari per monitorare la spesa, dal monitoraggio della società civile e da coerenti politiche di realizzazione.

Conclusioni

La 1a Sezione di questo dossier ha preso in considerazione ciò che è necessario affinché il mondo raggiunga gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio per la salute entro il 2015. A tutt'oggi i progressi fatti risultano insufficienti e tutti e tre questi obiettivi sono fuori portata in modo significativo, principalmente perché i fondi che sono attualmente stanziati dai donatori per l'assistenza allo sviluppo in campo sanitario sono ben al di sotto del 27 miliardi di dollari che erano richiesti entro il 2007.

La 1a Sezione illustra alcune modalità con cui questi ulteriori fondi possono essere resi disponibili e indica i criteri per spenderli.

Azione per la salute globale sollecita fortemente i governi donatori europei ad assumere un ruolo guida per assicurare che l'aiuto allo sviluppo in ambito sanitario possa garantire il raggiungimento degli Obiettivi del Millennio per la salute. La 2a Sezione di questo dossier esamina più in dettaglio il ruolo che può giocare l'Europa.

Questo capitolo prende in considerazione gli stanziamenti complessivi dell’Aiuto Pubblico allo Sviluppo dell’UE in materia di salute e si concentra, in particolare, sul contributo erogato dalla Commissione Europea.

SEZIONE DUE:

CONTRIBUTI DELL’EUROPA AGLI OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL MILLENNIO PER LA SALUTE

L’Europa come donatore

Nel suo insieme, l’Unione Europea (UE) è il più grande donatore di aiuti, contribuendo con il 52% del totale dell’Aiuto Pubblico allo Sviluppo (APS)¹. Ciò significa che l’Europa sta dando un contributo vitale per il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (MDGs) e quindi, in prospettiva, per l’eliminazione della povertà. Tramite la propria cooperazione allo sviluppo, l’UE si è impegnata a sostenere, in particolare, i programmi per la salute, adottando anche obiettivi vincolanti. Tuttavia, a tali obiettivi e impegni non sono seguiti i necessari finanziamenti, o sono mancati gli strumenti per distribuire in modo efficace i fondi destinati a migliorare la salute nei Paesi in via di sviluppo. Il contributo dell’Unione Europea agli aiuti allo sviluppo è rappresentato dal totale dei contributi forniti dai 27 Stati Membri e dalla Commissione Europea. A Marzo 2002, i 15 Stati Membri dell’UE (i cosiddetti UE15²) hanno concordato di impegnarsi a

raggiungere ognuno lo 0,33% nel rapporto APS/PNL e l’obiettivo globale dello 0,39% entro il 2006, per arrivare all’obiettivo fissato dall’ONU dello 0,7% entro il 2015 (Impegni di Barcellona, assunti nell’ambito della conferenza di Monterrey sul finanziamento dello sviluppo). Nel 2005, queste cifre sono state corrette definendo il target dello 0,51% dell’APS/PNL (UE 15) e dello 0,17% per i nuovi Stati Membri (UE 10), da raggiungere entro il 2010. Ciò porterebbe a un contributo collettivo dello 0,56% entro il 2010, ovvero a 20 miliardi di euro di aiuti supplementari, dei quali la metà è destinata all’Africa³.

Al momento, la Grecia (0,17%), l’Italia (0,29%), il Portogallo (0,21%) e la Spagna (0,27%) devono ancora incrementare la loro quota di APS per raggiungere questo obiettivo (rif. Grafico 8).

Fotografia:
© Pep Bonet
Panos pictures



¹ Fonte: OCSE-DAC – Comitato di Aiuto allo Sviluppo dell’Organizzazione per la Cooperazione Economica e lo Sviluppo – 2006.

² I paesi UE15 sono: Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Paesi Bassi, Portogallo, Spagna, Svezia e Regno Unito.

³ Comunicazione della Commissione al Consiglio e al Parlamento Europeo sul finanziamento per lo sviluppo e l’efficacia degli aiuti – le sfide poste dall’aumento degli aiuti UE nel periodo 2006-2010, COM (2006) 85 definitivo.



Fotografia:
© Lahcène Abib
Médecins du Monde

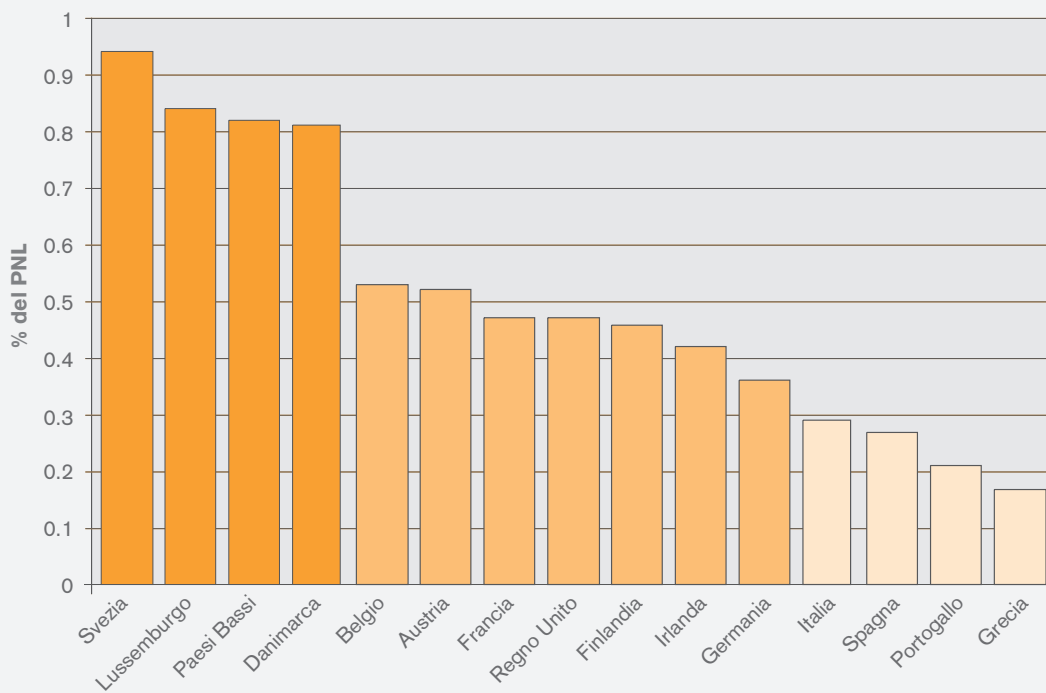


Grafico 8: percentuale del PNL fornito come APS dai paesi UE membri del DAC: dati per il 2005 (fonte: OCSE-DAC 2006)

Gli impegni per la salute delle politiche dell'UE nella cooperazione allo sviluppo

I seguenti impegni sono stati concordati dall'Unione Europea e si applicano agli Stati Membri e alla Commissione Europea e costituiscono il quadro di riferimento per l'attuazione dei programmi di aiuto.

Riquadro 10: gli impegni delle politiche dell'UE in materia di aiuti internazionali

L'UE si è esplicitamente impegnata a sostenere gli **Obiettivi di Sviluppo del Millennio**, da ultimo nel Consiglio Relazioni Esterne del 2005 (23/24 Maggio), riaffermando l'approccio secondo cui il principio della national ownership dovrebbe guidare la collaborazione tra l'UE e i Paesi in via di sviluppo e giungendo alla conclusione che è necessario fornire finanziamenti più prevedibili.

Il **Parlamento Europeo** ha approvato varie risoluzioni connesse agli aiuti internazionali, tra le quali:

- una **risoluzione sull'efficacia degli aiuti e sulla corruzione nei Paesi in via di sviluppo** (Parlamento Europeo, 2006) si è concentrata sui meccanismi per aumentare la credibilità e la trasparenza, anche grazie a mezzi di comunicazione liberi e indipendenti, a organi di controllo della società civile e a una sempre maggiore partecipazione delle donne, dichiarando anche che "il budget aid, l'assistenza finanziaria al bilancio, dovrebbe essere sempre stanziata per un settore specifico";
- una **risoluzione sull'assistenza finanziaria al bilancio dei Paesi in via di sviluppo** (Parlamento Europeo, 2007) che dichiara che il sostegno a settori specifici del bilancio (sectoral budget support) o gli approcci settoriali (sector-wide approaches) dovrebbero essere considerati come strumenti privilegiati per l'intervento nei settori della salute e dell'istruzione.

Il **Consensus Europeo** adottato dalla **Commissione Europea**, dal Parlamento Europeo e dal Consiglio dell'UE nel 2006 come quadro congiunto di riferimento della politica dell'UE per la cooperazione allo sviluppo, definisce il perseguimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio come il principale obiettivo della politica di cooperazione dell'UE. Questo documento include degli impegni molto chiari per promuovere la salute e i diritti sessuali e riproduttivi; per affrontare patologie come l'HIV/AIDS, la tubercolosi, la malaria; per far fronte alla grave carenza di risorse umane dei servizi sanitari; per impegnarsi a destinare finanziamenti equi alla salute e al potenziamento dei sistemi sanitari, oltre che per rendere i medicinali più accessibili ai poveri. Il Consensus contiene anche un impegno a inserire l'approccio di genere in tutti gli aspetti della cooperazione per lo sviluppo.

Durante le celebrazioni per il 50° anniversario dell'UE nel 2007, i Ministri per lo Sviluppo dell'UE hanno adottato il **Comunicato di Petersberg sulla Politica Europea per lo Sviluppo** (Ministero Federale per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico, 2007), rinnovando l'impegno di affrontare i problemi di salute nei Paesi in via di sviluppo. Il Comunicato identifica la riduzione della mortalità infantile come uno dei principali obiettivi europei per lo sviluppo e sottolinea l'importanza dell'assistenza sanitaria di base e della protezione contro infezioni prevenibili, come l'HIV.

Nel Maggio 2007, il Consiglio per gli Affari Generali e per gli Affari Esteri dell'UE (GAERC) ha adottato le conclusioni sull'**Uguaglianza di Genere e l'empowerment delle donne nella Cooperazione allo Sviluppo** che evidenziano il problema dell'accesso limitato delle donne ai servizi sanitari di base, indicando la salute e i diritti sessuali e riproduttivi come la principale area di preoccupazione. Il documento afferma che maggiori investimenti a sostegno della salute sessuale e riproduttiva costituiscono un diritto umano fondamentale e che un miglioramento dello stato di salute delle donne ha effetti positivi sull'economia in generale. Infine, cita come causa di profonda preoccupazione l'incidenza crescente dell'infezione da HIV tra le donne e le ragazze.

Nel Maggio 2007, i Ministri per lo Sviluppo dell'UE hanno sottoscritto una bozza di proposta per la **Strategia Unificata UE-Africa** (Europa, 2007), con lo scopo di assicurare che tutti gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio vengano raggiunti in tutti i paesi africani entro il 2015. Una sezione del documento, dedicata ai temi chiave dello sviluppo include il rafforzamento dei sistemi sanitari nazionali per garantire sufficienti operatori sanitari, infrastrutture, sistemi di gestione e forniture per raggiungere gli Obiettivi in materia di salute. Il documento elenca inoltre l'ottenimento dell'accesso universale ai servizi di salute riproduttiva entro il 2015 e l'integrazione del genere in tutte le politiche, specialmente per quanto riguarda l'accesso ai servizi sociali per le donne.

Gli impegni specifici dell'UE in materia di salute

I seguenti impegni dell'UE si concentrano sulla realizzazione di un quadro di riferimento per le politiche a sostegno della salute.

Riquadro 11: impegni politici dell'UE in materia di salute nei Paesi in via di sviluppo

Una **Comunicazione della Commissione Europea sulla Salute e sulla Povertà** è stata adottata nel Marzo 2002 con lo scopo di orientare gli investimenti per la salute, per le popolazioni e per la lotta all'AIDS al fine di raggiungere gli Obiettivi del Millennio in materia di salute. Il quadro di riferimento ha quattro fili conduttori: migliorare i risultati riguardanti la salute, l'AIDS e la popolazione a livello nazionale, specialmente nei paesi più poveri; ottimizzare i benefici sanitari e minimizzare i potenziali rischi sanitari derivanti dal sostegno della Commissione Europea ad altri settori; salvaguardare dalla povertà i soggetti più vulnerabili attraverso il sostegno di meccanismi di finanziamento sanitario equi e corretti; e investire nella messa a punto di specifici beni pubblici a livello mondiale.

Questi impegni sono stati ribaditi nel Maggio 2002 dalle **Conclusioni del Consiglio UE** che affermano: "In previsione dell'ottenimento di risultati sanitari migliori e del raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo in materia di salute concordati a livello internazionale, l'UE sosterrà fortemente quei Paesi in via di sviluppo che hanno accettato di lavorare per ottenere i risultati fissati da essi stessi per gli investimenti sulla salute, come indicato nella Dichiarazione di Abuja. Tuttavia, anche nel miglior caso di buone politiche e di maggiori finanziamenti per la salute da parte dei governi dei Paesi in via di sviluppo, esisterebbe comunque un grosso divario finanziario; il raggiungimento degli Obiettivi del Millennio in materia di salute richiederà un grosso incremento degli aiuti esterni per questo settore" (cfr p. 16).

Nel 2005, la Comunità Europea ha istituito un **Programma di Azione per la lotta all'HIV/AIDS, malaria e tubercolosi**, riconoscendo la crescente insufficienza dei fondi che entro il 2007 avrebbero dovuto raggiungere 14,9 miliardi di dollari, divisi in 11,5 mld di dollari per HIV/AIDS, 2,6 mld di dollari per la malaria e 0,8 mld di dollari per la tubercolosi. Il Programma di Azione suggerisce che l'UE dovrebbe tendere a un contributo che aiuti a sanare il divario finanziario riguardante le tre patologie al fine di raggiungere l'Obiettivo N.6 di Sviluppo del Millennio e che rifletta l'importanza dell'Europa come partner internazionale per lo sviluppo.

Il Consiglio Europeo ha recentemente approvato un **Programma Europeo di Azione per Affrontare la Drammatica Carenza di Operatori Sanitari nei Paesi in via di sviluppo** (14 maggio 2007), che include i criteri di reclutamento degli operatori dell'assistenza sanitaria e che sottolinea la necessità di un maggiore sostegno dell'UE allo sviluppo delle competenze dell'amministrazione pubblica, includendo: la gestione delle risorse umane, la formazione, l'attuazione della riforma del servizio civile e la promozione di stipendi dignitosi e di altri incentivi. Il Consiglio ha riconosciuto che sono necessarie risorse finanziarie adeguate, in modo particolare quelle a lungo termine e prevedibili, come il sostegno generale e settoriale al bilancio, per incrementare lo spazio fiscale e rendere gli investimenti sulla salute sostenibili nel tempo (cfr. p. 27).

Gli impegni finanziari in materia di salute

Dal 2001, il bilancio annuale dell'UE ha incluso dei parametri di riferimento per gli stanziamenti della Comunità Europea all'Aiuto Pubblico allo Sviluppo. Questi parametri sono stati rafforzati nel corso degli anni:

- nel 2003, il Parlamento Europeo e la Commissione Europea si sono accordati per includere tra i parametri quello del 35% della spesa per la salute e l'istruzione;
- nel 2004, tutte le voci di bilancio per i rapporti della Comunità Europea con i Paesi in via di sviluppo nell'area ACP (Africa, Caraibi e Pacifico), in America Latina, in Asia, nel Medio Oriente e nell'area del Mediterraneo comprendevano un parametro di stanziamento pari al 35% degli impegni annuali per le infrastrutture sociali ("principalmente salute e istruzione, ma anche assistenza macroeconomica con condizionalità nel settore sociale"). All'interno di tale parametro, un minimo del 20% degli impegni annuali totali dovrebbe essere destinato ad "attività nei settori della salute e dell'istruzione di base, comprendendo il sectoral budget support (sostegno al bilancio settoriale) per i ministeri della salute e dell'istruzione";
- nel 2005 e nel 2006, sono stati mantenuti i parametri di riferimento del 20% e del 35%; inoltre, dal 2005, la Commissione Europea è stata obbligata a predisporre una relazione sulle modalità grazie alle quali il suo lavoro ha "contribuito all'obiettivo del 35% per le infrastrutture sociali e al raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio";
- nel 2007, i parametri di stanziamento sono stati mantenuti, ma all'interno della quota del 20% è stata aggiunta anche l'istruzione secondaria. Le relazioni della Commissione Europea sono state emendate per includere anche valutazioni sui parametri di riferimento aggiornati. La Commissione Europea si è impegnata ad assicurare che, entro il 2009, il 20% dei fondi assegnati ai programmi geografici coperti dallo Strumento per la Cooperazione e lo Sviluppo (DCI – Development and Cooperation Instrument) sia destinato alla salute di base e all'istruzione di base e secondaria.

Nonostante l'UE abbia ripetutamente riconosciuto la salute come fattore vitale per lo sviluppo e come elemento chiave delle proprie politiche, tuttavia non ha ancora realizzato i propri impegni.

Fotografia:
© Giacomo Pirozzi
Panos pictures



⁴ Bilancio UE 2004

⁵ Bilancio UE 2006

Gli stanziamenti finanziari dell'UE per la salute

Nel periodo 2001-2004, la Commissione Europea si era fatta carico del 22-25% degli impegni di APS dell'UE, ma solo del 7-9% delle erogazioni effettive (rif. Tabella 6). La situazione è migliorata nel 2005: infatti la Commissione Europea ha più che triplicato

le sue erogazioni, da 2,7 miliardi di dollari nel 2004 a 9,0 mld di dollari nel 2005, facendosi così carico del 17% del totale dei finanziamenti dell'UE all'Assistenza Pubblica allo Sviluppo nel 2005.

Tabella 6: percentuale di APS erogato dall'UE attraverso la Commissione Europea: Impegni ed Erogazioni. Fonte: dati per il periodo 2001-2005 dall'OCSE - DAC, espressi in miliardi di dollari (2007).

	2001		2002		2003		2004		2005	
	Imp	Ero	Imp	Ero	Imp	Ero	Imp	Ero	Imp	Ero
APS Totale Bilaterale dell'EU a 15 Stati Membri	16.8	14.9	23.7	20.2	27.3	27.6	29.9	29.5	45.1	44.8
APS della Commissione Europea	5.5	1.4	6.6	1.4	8.0	2.0	9.1	2.7	11.4	9.0
APS Totale dell'UE	22.3	16.3	30.3	21.6	35.3	29.6	39.0	32.2	56.5 ^e	53.8
Percentuale di APS Totale da parte della Commissione Europea	25%	9%	22%	7%	23%	7%	23%	8%	20%	17%

La Commissione Europea e l'Assistenza allo Sviluppo in materia di salute

Nel 2005, la Commissione Europea ha erogato per la sanità il 4,7% del proprio APS complessivo (rif. Tabella 7): sebbene ciò rappresenti un modesto incremento rispetto ai livelli del 1996 (rif. Tabella 3,

sezione uno, p. 19), si rimane ben al di sotto del 15% richiesto per raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio in materia di salute.

Tabella 7: percentuale di APS devoluto dalla Commissione Europea a supporto della salute e della popolazione: Impegni ed erogazioni. Dati del periodo 2001-2005 dell'OCSE-DAC, espressi in milioni di dollari (OCSE, 2007)

	2001		2002		2003		2004		2005	
	Imp	Ero	Imp	Ero	Imp	Ero	Imp	Ero	Imp	Ero
APS della Commissione Europea per salute e popolazione	294	73	213	76	234	98	523	201	669	421
APS totale della Commissione Europea	5,476	1,364	6,609	1,397	8,024	2,001	9,099	2,651	11,355	9,023
Percentuale di APS della Commissione Europea per salute e popolazione	5.4%	5.4%	3.1%	5.4%	2.9%	4.9%	5.8%	7.6%	5.9%	4.7%

Contributi finanziari collettivi dell'UE per la salute

Nel 2005, l'UE ha stanziato a sostegno della sanità 3,5 mld di dollari, pari al 6,2% dei 55,7 miliardi che si era impegnata a destinare all'APS (rif. Tabella 2, sezione uno, p. 17). In forma collettiva, l'UE fornisce circa un terzo dell'Aiuto Pubblico allo Sviluppo in materia di salute erogato dai paesi del DAC.

Si stima che i paesi UE del DAC dovrebbero dedicare 13,5 miliardi di dollari entro il 2007 e 19,1

miliardi di dollari entro il 2015, per raggiungere l'obiettivo fissato dall'OMS, pari allo 0,1% del PNL da devolvere alla sanità (rif. p. 20, sezione uno)⁷.

Allo stesso modo, la Commissione Europea dovrebbe destinare all'Aiuto Pubblico allo Sviluppo in materia di salute 1,3 miliardi di dollari nel 2007 e 1,9 mld di dollari nel 2015 (Azione per la salute globale, 2007).

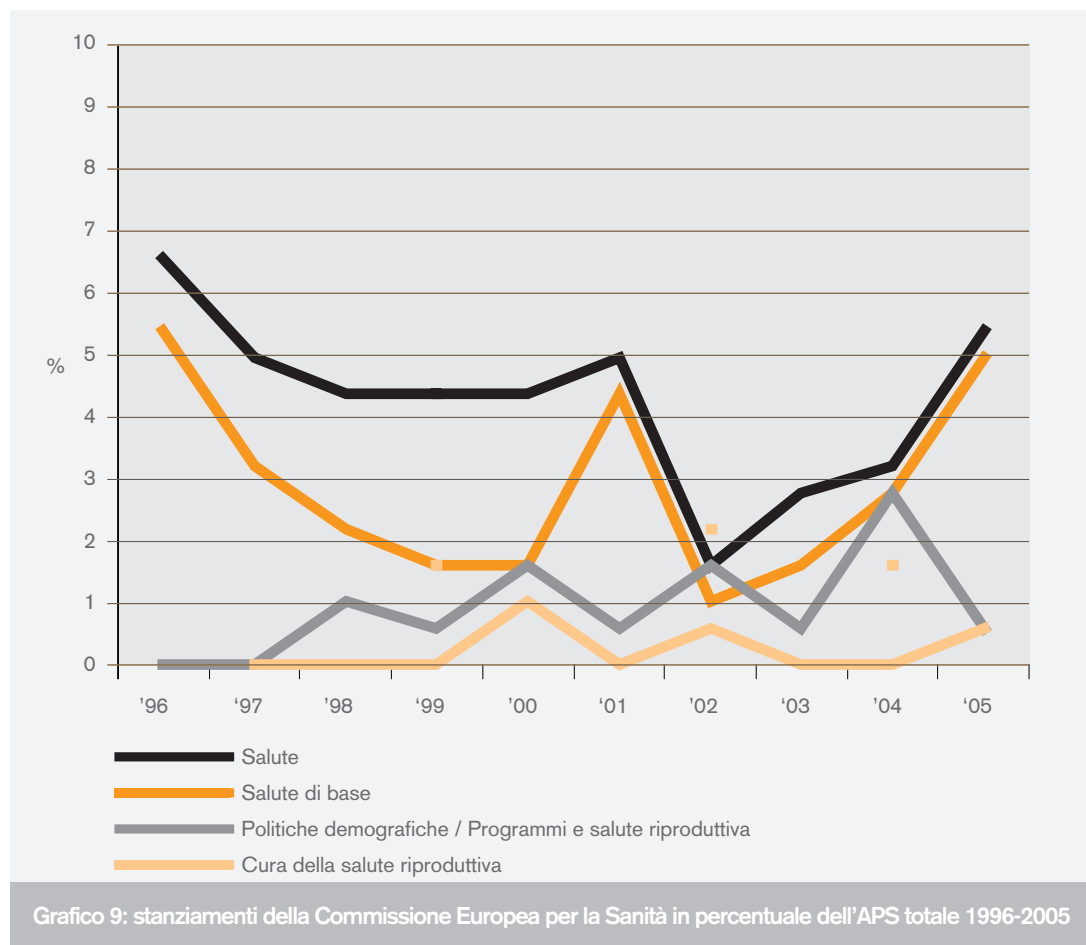
⁶ Queste cifre non sono strettamente correlate ai 55,7 miliardi di dollari indicati dall'OCSE-DAC, 2006, perché le cifre nella tabella sono rappresentate in milioni di dollari USA ai prezzi correnti del 2006, mentre l'importo di 55,7 miliardi è riferito a prezzi costanti del 2004.

⁷ Commissione su Macroeconomia e Salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS.

La Commissione Europea

La Commissione Europea gestisce circa il 20% degli stanziamenti UE per l'APS e ha destinato 51 miliardi di euro per la cooperazione allo sviluppo nel periodo 2007-2013: questo stanziamento può essere suddiviso in contributi tematici e contributi erogati attraverso i programmi dei Paesi in via di sviluppo. A partire dal 2006 però, la percentuale

degli stanziamenti della Commissione Europea per la salute è diminuita, nonostante un incremento dell'APS totale dell'UE e il chiaro obiettivo degli MDGs. I contributi della Commissione Europea riflettono la media dei Paesi UE pari al 4,5% dell'APS destinata alla salute.



La Commissione Europea e l'aiuto allo sviluppo

La Commissione Europea eroga gli aiuti attraverso due canali principali: lo Strumento per la Cooperazione e lo Sviluppo (DCI) e il Fondo Europeo per lo Sviluppo (FES)⁹. Le caratteristiche dei due canali sono evidenziate nella Tabella 8. Il decimo FES coprirà il periodo 2008-2013 e deve essere ancora ratificato (EuropAfrica, 2006). La

Tabella 9 mostra i contributi dei paesi UE sia al DCI, sia al decimo FES. Francia, Germania, Italia e Regno Unito contribuiscono ognuno con una percentuale superiore al 10% per entrambi i canali; tutti insieme, incidono per il 62% sul DCI e per il 68% sul FES.

⁹ Il FES rappresenta lo strumento principale degli aiuti comunitari per la cooperazione allo sviluppo con gli Stati ACP e con i Paesi e territori d'oltremare. Non rientra ancora nel bilancio generale della Comunità ed è finanziato da contributi volontari degli Stati membri, dispone di regole finanziarie proprie ed è diretto da un comitato specifico. Tradizionalmente ogni singolo FES dura cinque anni.

Tabella 8: caratteristiche dello Strumento per la Cooperazione e lo Sviluppo (DCI) e del Fondo Europeo per lo Sviluppo (FES)

DCI	FES
Parte del bilancio generale dell'UE	Separato dal bilancio generale dell'UE. Gli Stati Membri UE contribuiscono direttamente al FES
Riguarda paesi in Asia, America Latina, Medio Oriente e Sud Africa	Riguarda paesi dell'Africa, dei Caraibi e del Pacifico (area ACP). Il FES è basato sull'accordo di collaborazione ACP-UE (Accordo di Cotonou)
Il processo decisionale finanziario è condiviso tra il Parlamento Europeo (PE) e il Consiglio UE. Il PE dà l'assenso definitivo al bilancio annuale.	L'autorità sul processo decisionale finanziario resta agli Stati Membri dell'UE, mentre il PE accorda l'approvazione annuale.

Tabella 9: contributi degli Stati Membri dell'UE allo Strumento per la Cooperazione e lo Sviluppo (DCI) nel Bilancio UE 2007 e al decimo Fondo Europeo per lo Sviluppo (Commissione Europea, 2007a; Consiglio della UE, 2005c)

Stato Membro	DCI		FES	
	Contributo (%)	Contributo (€m)	Contributo (%)	Contributo (€m)
Austria	2.3	13.7	2.4	546.6
Belgio	3.0	18.1	3.5	800.7
Bulgaria	0.2	1.5	0.1	31.8
Cipro	0.1	0.9	0.1	20.4
Repubblica Ceca	1.0	6.3	0.5	115.7
Danimarca	2.1	12.4	2.0	453.6
Estonia	0.1	0.7	0.1	11.3
Finlandia	1.6	9.4	1.5	333.4
Francia	17.4	104.9	19.6	4434.3
Germania	19.9	120.1	20.5	4649.8
Grecia	1.9	11.7	1.5	333.4
Ungheria	0.8	4.9	0.6	124.8
Irlanda	1.5	8.9	0.9	206.4
Italia	13.3	80.8	12.9	2916.9
Lettonia	0.2	1.0	0.1	15.9
Lituania	0.2	1.3	0.1	27.2
Lussemburgo	0.3	1.5	0.3	61.2
Malta	0.1	0.3	0.03	6.8
Paesi Bassi	4.7	28.3	4.9	1100.1
Polonia	2.5	15.0	1.3	294.9
Portogallo	1.5	8.8	1.2	260.8
Romania	0.9	5.6	0.4	83.9
Slovacchia	0.4	2.5	0.2	47.6
Slovenia	0.3	1.8	0.2	40.8
Spagna	9.6	57.7	7.9	1780.5
Svezia	2.7	16.2	2.7	621.5
Regno Unito	11.5	69.7	14.8	3361.5
TOTALE	100.0	604.0	100.0	22682.0



Fotografia:
© Stéphane Lehr
Médecins du Monde

Meccanismi di erogazione della Commissione Europea

Programmi Strategici Nazionali

I Programmi Strategici Nazionali (CSPs- Country Strategy Programmes) servono come base per lo stanziamento dei finanziamenti destinati a paesi specifici e, in linea con la Dichiarazione di Parigi sull'allineamento e l'armonizzazione dell'aiuto allo sviluppo (rif. sezione uno, p. 30), dovrebbero essere coordinati con le priorità identificate dai governi nazionali. Tuttavia, la salute è raramente scelta come area prioritaria⁹. Gli stanziamenti al settore della salute sembrano essere particolarmente scarsi per i paesi dell'Africa, dei Caraibi e del Pacifico (area ACP). Una ricerca condotta per il "2015-Watch" indica che su 61 bozze dei Programmi Strategici Nazionali dell'area ACP solo 2 includeranno il sostegno alla salute come settore focale¹⁰.

È inoltre evidente che l'effettiva integrazione dell'approccio di genere, un requisito per tutte le politiche

UE, non sia stata completamente inserita nelle strategie dei paesi. Nel caso della Commissione Europea, nel 2003 il rapporto dal titolo "Valutazione tematica dell'Integrazione di Genere nella Cooperazione per lo Sviluppo della Commissione Europea con Paesi Terzi" ha riconosciuto il lavoro costruttivo che è stato fatto, ma ha concluso che gli obiettivi politici specifici riguardanti la parità e l'integrazione del genere nella cooperazione allo sviluppo della Commissione Europea sono stati deboli. Inoltre, il documento ha evidenziato che le risorse finanziarie stanziata in modo specifico per sostenere l'integrazione di genere nella cooperazione allo sviluppo sono state trascurabili se confrontate con quelle stanziata per altri temi trasversali. Molte raccomandazioni di questo rapporto rimangono valide, sia per la Commissione sia per alcuni Stati Membri dell'UE¹¹.

Sostegno al Bilancio Generale

Appaiono impressionanti i dati relativi alla diminuzione degli stanziamenti della Commissione Europea per il Sectoral Budget Support (Sostegno settoriale al Bilancio) in ambito sanitario mentre è notevolmente aumentato il sostegno al bilancio generale. Al fine di aumentare l'efficacia del proprio APS, la Commissione Europea ha fissato l'obiettivo di far passare il 50% dei propri aiuti per il 2007 attraverso il sostegno al bilancio. Al momento, non si hanno informazioni chiare a disposizione sugli indicatori relativi al Sostegno al Bilancio Generale, quali, ad esempio, gli indicatori dell'equità di genere. Inoltre, non esiste alcuna pianificazione o politica che assicuri che la salute di base venga correttamente affrontata nei Paesi che non soddisfano le condizioni per ottenere il Sostegno al Bilancio, che spesso sono quelli che più necessitano di sostegno per realizzare le strutture sanitarie di base.

Inoltre, la Commissione Europea sta elaborando delle proposte volte a conteggiare i contributi ero-

gati attraverso il Sostegno al Bilancio Generale alla salute e all'istruzione all'interno dei dati settoriali statistici forniti all'OCSE-DAC. In un recente incontro di esperti, la credibilità delle metodologie proposte è stata discussa ed è stata raggiunta la conclusione che l'allocazione settoriale del Sostegno al Bilancio Generale non fornirebbe dati attendibili e, potenzialmente, potrebbe far aumentare il contributo della Commissione Europea per la salute, anche se non sono aumentati gli stanziamenti per la salute sul campo. In questo modo, verrebbero anche nascoste le carenze della Commissione Europea nell'affrontare i problemi sanitari tramite il proprio APS.

La **Commissione Europea** sta attualmente preparando proposte per la stipula di contratti che vincoleranno in modo più esplicito il Sostegno al Bilancio Settoriale al raggiungimento dei risultati degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio. In questo modo, sarebbero disponibili maggiori fondi prevedibili e a lungo termine, inclusi quelli per le spese ricorrenti.

⁹ Cfr. anche il Report di Azione per la salute globale: 'Una prognosi Infausta? I fondi della CE per lo Sviluppo per la Salute' (2007) e il 4° Rapporto di Alliance 2015, "2015 Watch" (2007).

¹⁰ Alliance 2015, op. cit. (2007)

¹¹ Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo e al Consiglio, Parità dei Sessi ed Emancipazione delle donne nella Cooperazione per lo Sviluppo, COM (2007) 100 definitivo.

Stanziamenti tematici

Fino al 2007, una parte significativa della spesa per la sanità della Commissione Europea è stata stanziata sotto numerose voci tematiche separate del bilancio, ivi comprese quelle per le malattie correlate alla povertà (HIV/AIDS, malaria e tubercolosi), salute sessuale e riproduttiva e approccio di genere¹². Collettivamente, queste voci di bilancio hanno apportato contributi pari a circa 110 milioni di euro e, attualmente, si stanno fondendo in un solo strumento tematico per lo sviluppo umano e sociale, denominato "Investire nelle persone". Questo strumento si fonda su quattro capisaldi: salute, istruzione,

uguaglianza di genere e altri aspetti dello sviluppo umano e sociale. Gode di uno stanziamento per i prossimi sette anni di 1.065 miliardi di euro, dei quali almeno il 55% deve essere destinato alla salute. Ciò significherebbe che, in media, circa 84 milioni di euro all'anno sarebbero disponibili per la salute grazie a questo meccanismo (Azione per la salute globale, 2007). Tuttavia, nel 2007 l'intero pacchetto per la salute di "Investire nelle persone" sarà devoluto al Fondo globale per la Lotta all'AIDS, alla malaria e alla tubercolosi (GFTAM).

Sostegno al Fondo globale per la lotta all'AIDS, la malaria e la tubercolosi

La Commissione Europea è stata una grande sostenitrice del Fondo globale per la lotta all'AIDS, la malaria e la tubercolosi (GFTAM) sin da quando è stato istituito nel 2002. Per il periodo dal 2002 al 2010, la Commissione ha promesso un totale di

922,5 milioni¹³ di euro (circa 1,18 mld di dollari), dei quali ha pagato, a giugno 2007, 639 milioni di dollari (Fondo globale, 2007b), con contributi provenienti sia dal bilancio UE ("Investire nelle persone") sia dal FES.

La Dichiarazione di Parigi e la suddivisione dei compiti nell'Unione Europea

Implicazioni del Codice di Condotta dell'UE in materia di Divisione dei Compiti nell'ambito della Politica per lo Sviluppo sull'APS destinato alla salute

La Commissione Europea e gli Stati Membri UE hanno partecipato alla messa a punto della Dichiarazione di Parigi sull'Efficacia degli Aiuti (cfr p. 30). Nel maggio 2007, l'UE ha adottato il Codice di Condotta in materia di Divisione dei Compiti nell'ambito della Politica per lo Sviluppo (Commissione Europea, 2007c) che delinea i criteri ai quali i donatori UE aderiscono (rif. Riquadro 12). Le implicazioni di questa suddivisione dei compiti sono ancora poco chiare, ma sussistono alcune preoccupazioni in merito ai seguenti punti:

- i settori strategici non sono esplicitamente identificati¹⁴;
- sono poco chiari i meccanismi per garantire che la salute sia affrontata in modo appropriato in tutti i Paesi in via di sviluppo;
- il Principio Guida 1: potrebbe essere soggetto a un'interpretazione ambigua e alcuni donatori potrebbero intendere di non doversi concentrare sulla salute di un particolare Paese poiché altri soggetti se ne stanno già occupando. Dai documenti che identificano le strategie per programmi paese risulta inoltre evidente che la Commissione Europea non sta dando la priorità alla salute, (rif. paragrafo seguente);
- in determinati Paesi non sembra esistere alcun meccanismo per controllare i contributi UE complessivi per settori strategici come quello sanitario;
- gli aiuti ai paesi privi di finanziamenti non sono esplicitamente identificati¹⁵. Ne consegue una mancanza di chiarezza in merito alle decisioni sui finanziamenti.

¹² Regolamento (CE) No. 1568/2003 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 15 Luglio 2003

¹³ Questo importo è costituito da 522 milioni di euro per il periodo 2002-6 e da 400 milioni di euro per il periodo 2007-2010, come annunciato nel giugno 2007, e sarà fornito dal bilancio UE e dal decimo FES. Ciò significa che la cifra annuale fornita al Fondo globale da parte della Commissione Europea rimarrà ampiamente statica attorno ai 100 milioni di euro all'anno (per maggiori dettagli: cfr Fondo globale, 2007b)

¹⁴ Sebbene la salute dei bambini sia indirettamente indicata come settore correlato di riduzione della povertà

¹⁵ Eccetto gli "stati fragili" in generale.

Riquadro 12: codice di Condotta in materia di Divisione dei Compiti nell'ambito della Politica per lo Sviluppo: Principi Guida

I donatori UE si impegnano a:

1. concentrare le proprie attività all'interno del Paese su settori focali
2. riconvertire le altre attività all'interno del Paese
3. garantire un'adeguata presenza comunitaria nei settori strategici
4. utilizzare le stesse pratiche nella cooperazione con le istituzioni partner regionali
5. individuare i paesi prioritari
6. provvedere ai paesi emarginati dagli aiuti
7. analizzare ed espandere i settori di forza mondiali
8. avanzare sul piano della complementarità verticale e della complementarità relativa a modalità e strumenti
9. promuovere insieme la divisione dei compiti
10. riformare maggiormente i sistemi di erogazione degli aiuti

Conclusioni e raccomandazioni per l'Unione Europea e la Commissione Europea

L'Unione Europea è nel suo insieme un donatore di aiuti internazionale molto importante. Nel 2005, la Commissione Europea e i paesi dell'UE che sono membri del DAC hanno contribuito all'APS per un totale di 55,7 miliardi di dollari, che corrispondono al 52% dell'APS totale fornito dai paesi del DAC. La Commissione Europea fornisce fondi all'APS attraverso il bilancio UE e il Fondo Europeo per lo Sviluppo (FES). Nel periodo 2001-2004, la Commissione ha erogato tra il 7 e il 9% dell'APS complessivo dell'UE nell'ambito dei Paesi OCSE-DAC; nel 2005, questa cifra è salita al 17%.

L'Unione Europea ha assunto un elevato numero di impegni politici importanti per la salute nei Paesi in via di sviluppo, compreso lo stanziamento per la salute di base e per l'istruzione di base e secondaria, pari ad almeno il 20% dell'APS della Commissione. Tuttavia, nel 2005, solo il 4,7% dell'Aiuto Pubblico allo Sviluppo erogato dalla Commissione è stato destinato alla salute e la popolazione: una percentuale ben al di sotto del 15% richiesto per raggiungere gli Obiettivi del Millennio sulla salute. Altre preoccupazioni riguardano:

- il fatto che i Programmi Strategici per Paese della Commissione Europea non diano priorità alla salute;
- il rischio che il Codice di Condotta in materia di Divisione dei Compiti nell'ambito della Politica per lo Sviluppo possa essere interpretato nel senso che la Commissione dovrebbe lasciare gli investimenti per la salute ad altri donatori dell'Unione Europea;
- i timori che l'inclusione degli stanziamenti tematici nella sola voce di bilancio "Investire nelle persone" possa portare a una riduzione dei fondi provenienti dalla Commissione Europea disponibili per gli Obiettivi del Millennio in tema di salute;
- una mancanza di chiarezza sulle modalità di monitoraggio dei fondi erogati ai paesi attraverso il General Budget Support, in particolare in riferimento ai criteri di individuazione delle spese per la sanità e dei relativi benefici per la salute.

RACCOMANDAZIONE 1: DARE PRIORITÀ ALLA SALUTE SUBITO

Facciamo appello alla Commissione Europea affinché garantisca che la sua quota di Aiuto Pubblico allo Sviluppo stanziata per la salute non sia inferiore al 15%.

RACCOMANDAZIONE 2: RISPETTARE IL PARAMETRO DI RIFERIMENTO DEL 20% DI APS

Per il 2009, la Commissione Europea ha concordato di stanziare il 20% del suo Aiuto Pubblico allo Sviluppo all'istruzione e alla salute: al fine di raggiungere questo obiettivo, la Commissione Europea dovrebbe aumentare i suoi stanziamenti per la salute, specialmente in Africa.

RACCOMANDAZIONE 3: GARANTIRE UN ESAME ACCURATO DA PARTE DEL PARLAMENTO EUROPEO

Il Parlamento Europeo dovrebbe mettere in atto una procedura adeguata per garantire che la Commissione Europea onori il parametro di riferimento del 20%; una procedura che comprenda anche la richiesta alla Corte dei Conti Europea di chiarire se la Commissione Europea abbia messo in atto meccanismi atti a raggiungere questi obiettivi concordati.

RACCOMANDAZIONE 4: ASSICURARE L'EFFICACIA DEGLI AIUTI

La Commissione Europea dovrebbe garantire che il General Budget Support contribuisca alla salute attraverso l'adozione di sistemi di controllo trasparenti che individuino indicatori adatti a misurare il rafforzamento dei sistemi sanitari.

RACCOMANDAZIONE 5: GARANTIRE FINANZIAMENTI PREVEDIBILI E A LUNGO TERMINE

La Commissione Europea dovrebbe sviluppare un meccanismo per il finanziamento prevedibile a lungo termine delle spese ricorrenti affinché i governi possano aumentare il numero di operatori sanitari, fattore chiave per il rafforzamento dei sistemi sanitari.

RACCOMANDAZIONE 6: ACQUISIRE INFORMAZIONI SUI FINANZIAMENTI PER LA SALUTE

L'Unione Europea dovrebbe dotarsi di un meccanismo per raccogliere i dati sui finanziamenti per la salute da parte dei paesi dell'UE e dalla Commissione Europea, in grado di identificare dove sono necessari maggiori finanziamenti per la salute e i paesi cui mancano livelli appropriati di aiuti per lo sviluppo.

In questa terza sezione viene analizzato in maniera specifica l’Aiuto Pubblico allo Sviluppo italiano in ambito sanitario dall’anno 2000 a oggi, con particolare riguardo ai tre Obiettivi di Sviluppo del Millennio che individuano esplicitamente indicatori legati alla salute.

SEZIONE TRE:

L’AIUTO PUBBLICO ALLO SVILUPPO PER LA SANITÀ: QUANTITÀ, QUALITÀ E NUOVE TENDENZE IN ITALIA

PRIMA PARTE:

La cooperazione allo sviluppo in Italia

Purtroppo la cooperazione sanitaria, incluso il sostegno agli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (MDGs), vive le medesime difficoltà da tempo imputate all’intera cooperazione allo sviluppo italiana sia in termini quantitativi (insufficienza delle risorse effettivamente impiegate, nonostante i lievi miglioramenti dell’ultimo anno), che qualitativi (assenza di strategie, inefficienza burocratica, squilibrio tra la componente multilaterale e la bilaterale, scarsa trasparenza).

Sebbene il nuovo governo abbia restituito alla cooperazione allo sviluppo una centralità da tempo perduta e abbia iniziato a definire delle nuove strategie d’azione, in Italia si lamenta ancora l’assenza di una

chiara linea politica e una grave carenza di risorse, almeno in relazione al ruolo che il nostro paese vorrebbe e dovrebbe avere a livello internazionale. Il raggiungimento dello 0,7% nel rapporto tra Aiuto Pubblico allo Sviluppo (APS) e PIL da anni viene inteso come un miraggio piuttosto che un obiettivo concreto, va registrato come non sia stato rispettato neanche l’impegno preso a Barcellona nel 2002 (e ribadito nel Documento di Programmazione Economica e Finanziaria – DPEF 2003-2006) di raggiungere lo 0,33% nel 2006. L’APS italiano non supera infatti lo 0,20% del PIL, cifra che consente all’Italia di attestarsi solo al terzultimo posto tra i paesi donatori.



Feeding Programme
per bambini malnutriti,
Sierra Leone
Fotografia:
© Mariangela
Boiani/Cestas

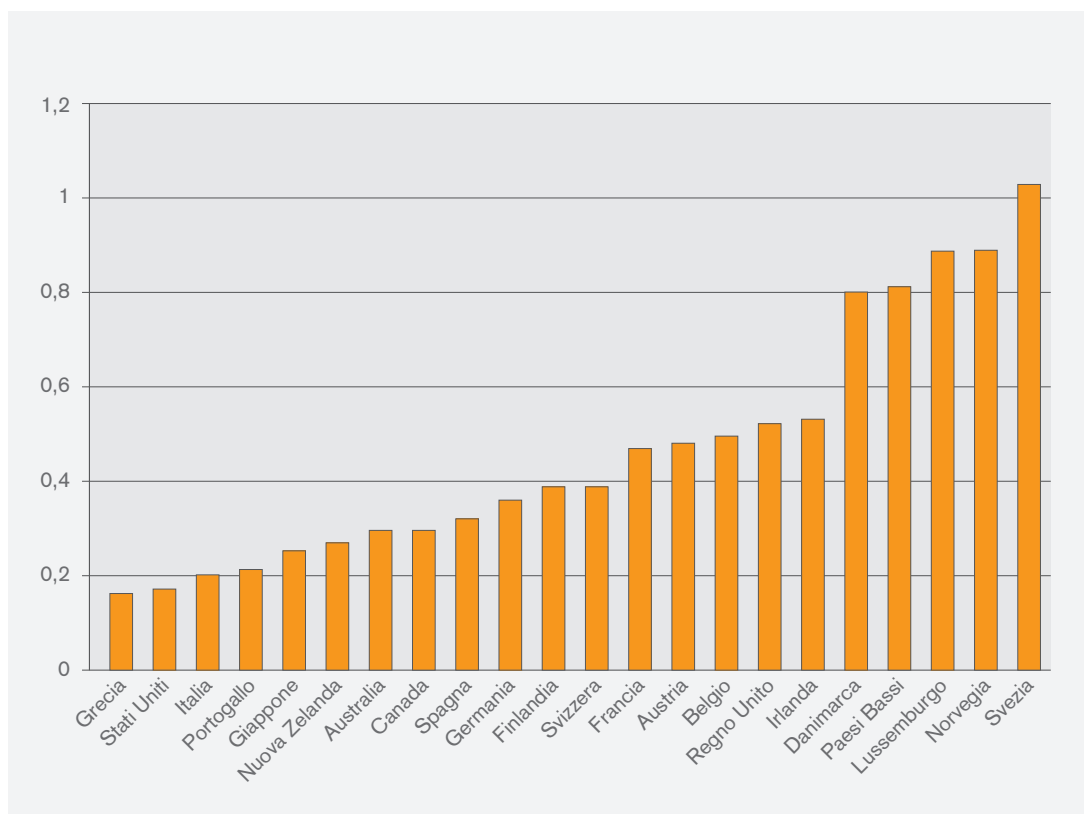


Figura 1: rapporto APS/PIL per i paesi donatori dati per il 2006 (fonte: OCSE-DAC 2007)

Canale bilaterale e multilaterale

Per quanto riguarda le capacità gestionali l'Italia registra, a differenza degli altri paesi membri dell'OCSE/DAC¹, un forte squilibrio tra l'utilizzo del canale bilaterale e quello multilaterale in favore di quest'ultimo. Dal 1995 in poi, infatti, gli stanziamenti dell'APS multilaterale italiano hanno superato, spesso di gran lunga, quelli del bilaterale. Depurando i dati delle somme afferenti alle operazioni di cancellazione del debito (quasi totalmente legati al canale bilaterale), si è toccata nel 2004 la quota del 79%. A differenza di quanto si potrebbe supporre, però, l'utilizzo del canale multilaterale in termini così massicci non è frutto di una precisa strategia politica, ad esempio per acquisire maggiore peso decisionale all'interno delle organizzazioni internazionali, ma è piuttosto una scelta quasi obbligata, dettata dalla lentezza delle procedure di erogazione dell'aiuto bi-

laterale e dal timore di possibili scandali generato dagli anni di Tangentopoli. Si può parlare di un rifugio nel canale multilaterale, considerato più prestigioso e meno rischioso rispetto all'eventualità di un uso distorto dei fondi pubblici nella gestione diretta delle attività.

La scelta multilaterale italiana può quindi ricondursi a "un'opportunità amministrativa che consente di non bloccare i fondi e di raggiungere il volume programmato di spesa, senza incorrere negli strali della Ragioneria, con meno esposizione e attraverso modalità che restano estranee all'ordinamento giudiziario italiano. Si tratta in qualche modo di un "multilaterale senza multilateralismo", data la puntuale assenza politica dell'Italia dalle grandi discussioni che riguardano la *governance* degli organismi internazionali"².

Tabella 1: destinazione dell'APS italiano nel 2005 per principali aggregati (milioni di euro).

	Valore	Percentuale
Bilaterale senza cancellazioni del debito	482,7	11,8%
Cancellazioni del debito	1343,34	32,8%
Multilaterale	2270,04	55,4%
APS Totale	4096,14	100,0%

Fonte: OCSE/DAC

Distribuzione geografica e settoriale degli aiuti pubblici allo sviluppo italiano

Un altro aspetto particolarmente controverso e dibattuto, nonché oggetto di critica da parte dell'OCSE, e che rileva l'assenza di un coerente dibattito politico nell'allocatione delle risorse, è il problema della distribuzione geografica degli aiuti. Le Relazioni Previsionali fornite dal Ministero degli Affari Esteri (MAE) indicano che "nell'ambito della cooperazione bilaterale, le priorità geografiche dell'Italia resteranno focalizzate principalmente sul continente africano, con particolare riguardo all'Africa sub-sahariana"³. Ma, in realtà, se tra il 1999 e il 2000 l'Africa sub-sahariana riceveva il 47,8% dei doni d'aiuto, negli anni successivi la percentuale è diminuita progressivamente fino all'attuale 38,9%, a vantaggio dei paesi mediterranei e del Medio Oriente, passati dal 12,2% al 40,8% (Figura 2). Il compromesso europeo del 25 maggio 2005 prevedeva che metà dell'aumento degli aiuti venisse rivolto all'Africa: l'Italia ha invece tagliato le risorse, destinandole altrove⁴.

La distribuzione geografica degli aiuti italiani appare fortemente scostante tra un anno e l'altro.

Come sottolinea l'OCSE nella *Peer Review* sull'Italia del 2004, le scelte dei beneficiari e dei relativi stanziamenti di risorse mancano di una strategia di fondo, mancando i criteri e indicatori di *performance* che le indirizzino.

L'Italia concede un ingente volume di risorse a pochi paesi legati all'Italia da vincoli politici, culturali, storici e commerciali, mentre disperde "a pioggia", senza un apparente criterio, il resto degli aiuti a un elevato numero di altri Stati. Questo è il chiaro segno di una mancanza di strategia di lungo periodo nelle scelte di cooperazione attuate. Le sole eccezioni sono paesi come Etiopia e Mozambico che figurano sempre tra i primi dieci paesi beneficiari.

Per arrivare a una migliore gestione degli interventi e delle risorse disponibili, nonché a un miglior impatto

¹ Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico – Direzione per la Cooperazione allo Sviluppo

² Sbilanciamoci! (2007)

³ MAE (2007) Relazione previsionale e programmatica sulle attività di cooperazione allo sviluppo nell'anno

⁴ ActionAid, (2007), L'Italia e la lotta alla povertà nel mondo.



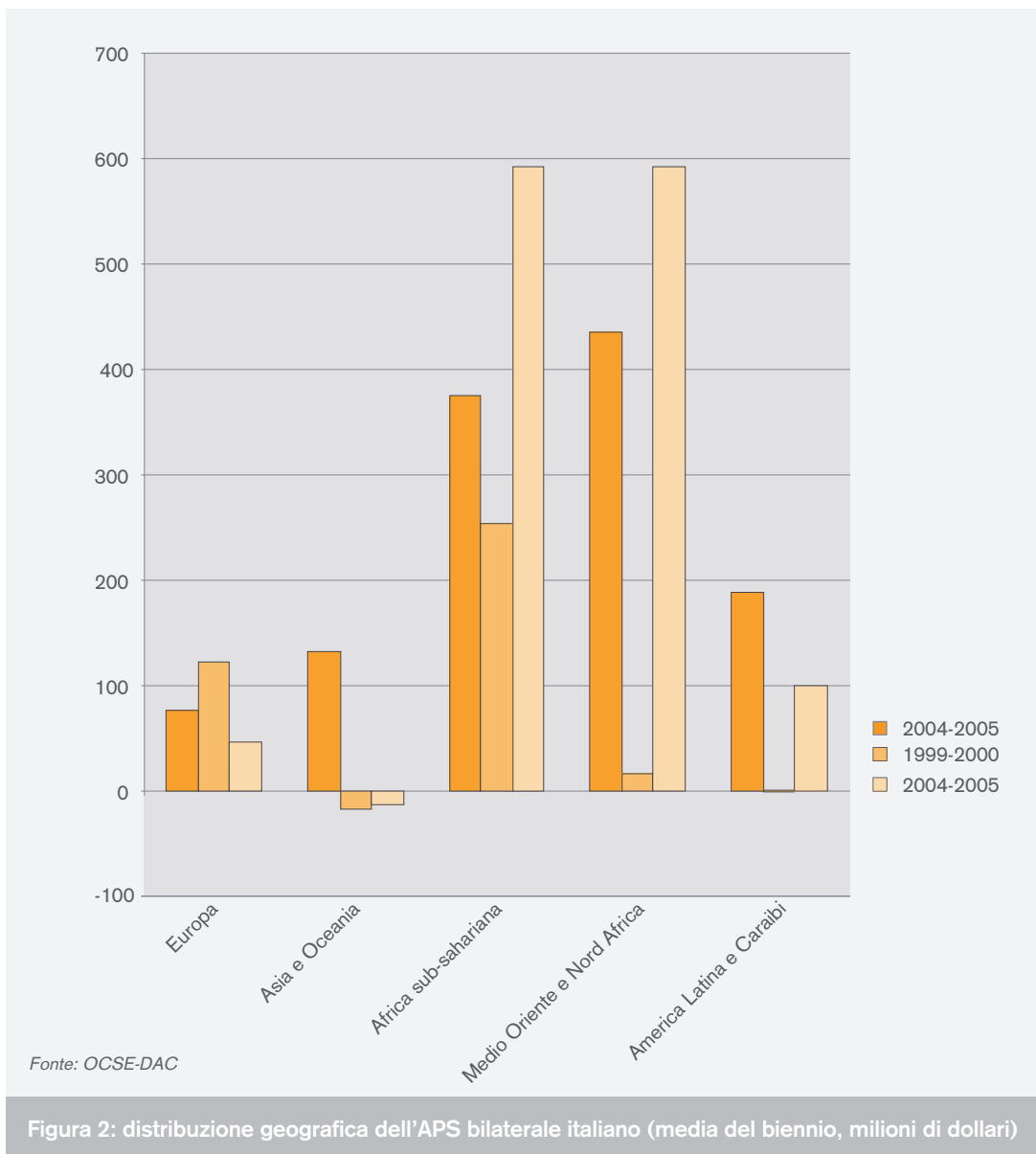


Figura 2: distribuzione geografica dell'APS bilaterale italiano (media del biennio, milioni di dollari)

delle azioni stesse, una soluzione auspicabile potrebbe essere la concentrazione degli aiuti e una loro pianificazione pluriennale che sia rigorosamente rispettata ed eviti gli interventi a pioggia.

La Tabella 2 mostra la distribuzione dell'APS italiano secondo i principali capitoli di spesa.

Per tutte le voci si nota una forte oscillazione tra i diversi anni, il che implica l'impossibilità di attuare politiche di medio periodo e denota la chiara mancanza di una strategia.

Si nota come salute ed educazione, che dovrebbero rappresentare aspetti centrali delle attività di cooperazione allo sviluppo hanno un ruolo marginale, oltre che un finanziamento discontinuo. In alcuni anni si sono raggiunti livelli irrisori di risorse dedicate all'e-

ducazione di base, non arrivando neppure a un milione di dollari. In termini percentuali questi due settori rappresentano rispettivamente l'1,3% e il 2,5% dell'APS nel 2005.

La voce che ha in assoluto il peso maggiore è la cancellazione del debito. Bisogna ricordare a tal riguardo come le cancellazioni rappresentino esclusivamente un misura contabile, non un esborso di risorse. Questo significa che l'Aiuto Pubblico allo Sviluppo italiano non solo è di dimensioni molto modeste, ma è anche gonfiato dalla contabilizzazione come APS delle operazioni sul debito.

Infine, a scapito della trasparenza della cooperazione italiana va una quota importante di risorse alla voce "non specificato".

Tabella 2: distribuzione settoriale degli aiuti bilaterali (milioni di dollari)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Infrastrutture sociali e amministrative	149,59	170,87	144,85	183,06	214,69	282,09
Educazione	22,06	60,86	59,19	24,51	82,92	53,44
Di cui: Educazione di base	0,24	0,09	0,32	0,1	20,09	2,17
Salute	39,18	16,15	21,66	65,26	46,68	101,77
Di cui: Salute di base	12,78	5,11	2,55	63,51	27,53	43,68
Popolazione	6,99	1,78	6,4	1,33	4,27	10,46
Acqua e igiene	51,72	14,87	4,58	6,76	5,89	69
Governare e società civile	3,98	12,09	8,41	34,03	38,67	37,45
Altri servizi e infrastrutture sociali	25,66	65,12	44,61	51,17	36,26	9,99
Infrastrutture economiche	20,07	31,23	9,62	20,79	33,2	292,1
Produzione	111,67	54,45	28,37	29,89	54,34	33,86
Multisetore	49,58	60,38	60,35	82,76	240,02	118,56
Assistenza ai programmi	69,38	178,21	97,74	119,75	98,49	48,11
Debito	216,5	14,24	619,52	598,41	117,64	1679,95
Aiuti umanitari	37,43	102,58	55,27	68,98	63,06	34,45
Spese amministrative	20,04	31,38	37,12	47,53	62,59	40,26
Supporto alle Organizzazioni non Governative	45,86	101,21	43,25	34,14	45,25	90,82
Non specificato	0,64	5,02	125,64	143,42	86,27	43,38
APS	2891,52	3517,63	2474,62	2153,32	1981,29	4096,14

Fonte: OCSE-DAC

La mancanza di dati

Va inoltre evidenziato come l'analisi della cooperazione internazionale in Italia sia particolarmente difficoltosa a causa della grave carenza di dati disponibili. Lo stesso Ministero degli Affari Esteri non dispone di un quadro chiaro della situazione e da ciò derivano gravi difficoltà nell'approntare qualsiasi tipo di programmazione. In simili circostanze risulta complesso anche il compito di effettuare ricerche approfondite in questo settore, avendo a disposizione dati frammentari e parziali.

Ne è esempio evidente quello relativo alle erogazioni dei dicasteri che finanziano solo marginalmente l'APS, la cui contabilizzazione è fortemente carente. L'APS italiano è infatti gestito per circa un quarto dalla Direzione Generale per la

Cooperazione allo Sviluppo (DGCS) del Ministero degli Affari Esteri e per i restanti tre quarti dal Ministero dell'Economia. Resta una quota che oscilla tra il 2 e il 5% che è gestita da altri ministeri. Nella Tabella 3 si vede chiaramente come i dati presentino importanti lacune.

Nel caso del Ministero della Salute, ad esempio, nel 2002 non è stata contabilizzata come APS nessuna spesa, e nel 2003 e 2004 solo somme molto esigue se confrontate con il valore del 2005, anche se il Ministero della Salute e in particolare l'Istituto Superiore di Sanità hanno iniziato le loro attività di cooperazione allo sviluppo prima di questa data.

Tabella 3: l'APS dei ministeri a eccezione della DGCS (euro)

	2002	2003	2004	2005
Ministero degli Affari Esteri – altre DG	22.219.071	5.193.245		1.693.259
AGEA	46.570.138			
Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali		44.933.842		
Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare	9.850.000	28.482.885	35.035.670	45.982.077
Ministero delle Attività Produttive	4.221.331		17.920.129	
Ministero della Giustizia	3.281.767			
Ministero per l'Innovazione e le Tecnologie			561.768	
Ministero dell'Interno	14.049.158	38.764.720	24.545.162	
Ministero della Pubblica Istruzione	1.455.084	97.831		
Presidenza del Consiglio dei Ministri - Funzione Pubblica	232.354			
Ministero della Salute		805.711	30.560	22.260.098
TOTALE	101.878.901	118.278.233	78.093.288	70.182.119
Numero di progetti descritti	304	249	58	68

Fonte: Sbilanciamoci! (2007)

L'inversione di tendenza

Non manca tuttavia qualche segnale in controtendenza.

Il primo è stato dato con la nomina da parte del Governo Prodi di un vice ministro per la cooperazione allo sviluppo, quando fino a oggi la cooperazione è sempre stata guidata da un direttore generale.

Anche la Finanziaria per il 2007 ha mostrato l'intenzione di invertire la tendenza alla costante riduzione delle risorse per il finanziamento della legge che regola le attività di cooperazione 49/87, destinando 600 milioni di euro, il minimo tante volte chiesto dalla società civile italiana per mantenere in vita le attività di cooperazione bilaterale.

Il Governo ha inoltre varato nel marzo 2007 un Disegno di Legge Delega per la riforma della cooperazione che verrà calendarizzato per la discussione in Senato nell'aprile dello stesso anno. La Delega prevede, tra l'altro, l'istituzione di un'agenzia con compiti di gestione, la possibilità che i privati possano partecipare al suo finanziamento, un accresciuto ruolo per la società civile ed enti locali, nonché forme di coordinamento tra i vari dicasteri che, a diverso titolo, interagiscono con l'Aiuto allo sviluppo.

Ultimo, ma non per importanza, la definizione di obiettivi quantitativi nell'ultimo Documento di Programmazione Economica e Finanziaria (DPEF)

stilato dal Consiglio dei Ministri. In tale documento il governo prevede una *road map* per il raggiungimento degli obiettivi finanziari per i prossimi tre anni (0,33% nel 2008, 0,42% nel 2009 e 0,51% nel 2010), e definisce gli impegni presi nelle sedi internazionali come prioritari al momento di discutere la legge Finanziaria. Simili impegni "scritti nero su bianco" non possono non essere valutati come importanti segnali positivi, anche se purtroppo non va dimenticato come già in passato diversi propositi del DPEF siano stati in seguito disattesi. Al fine di introdurre meccanismi innovativi di finanziamento della cooperazione allo sviluppo, l'Italia ha aderito al gruppo di lavoro internazionale Leading Group on Solidarity Levies to Fund Development oltre ad aver attivato un tavolo di discussione presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze su tasse di scopo e tassazione delle transazioni valutarie internazionali.

Al fine di "poter concretizzare il rilancio" della cooperazione italiana, nel rispetto degli impegni assunti a livello internazionale, si promuove la rilevanza di una programmazione triennale delle risorse, alla luce della constatazione che "solo una pianificazione attenta e di medio periodo può consentire di intraprendere un percorso ragionato verso il raggiungimento degli obiettivi perseguiti, sia sul piano finanziario (rapporto APS/PIL), sia su quello della riuscita ottimale dei progetti nei PVS"⁵.

⁵ MAE Relazione previsionale e programmatica sulle attività di cooperazione allo sviluppo 2007

SECONDA PARTE:

Le strategie dell'APS italiano in campo sanitario

L'impegno della cooperazione italiana nel settore della salute, come emerge da tutti i documenti ufficiali, appare essere prioritario. L'impegno assunto dal Comitato per l'Aiuto allo Sviluppo dell'OCSE (DAC) a partire dal 1996, ufficializzato con il documento "Shaping the 21st Century: the Contribution of Development Co-operation" e successivamente ribadito nell'ambito della "Dichiarazione del Millennio" delle Nazioni Unite, sottolinea come il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo in ambito sanitario sia una delle condizioni "sine qua non" per la lotta alla povertà globale.

Come ribadito anche nell'ultima Relazione al parlamento sull'attuazione della politica di cooperazione allo sviluppo (2005), la cooperazione italiana considera la promozione della salute un suo obiettivo prioritario, in quanto diritto fondamentale e fattore essenziale per la crescita economica e lo sviluppo umano. Gli interventi si conformano, generalmente, ad alcuni principi guida: l'equità nella distribuzione e nell'accesso alle risorse sanitarie; la prevenzione; la partecipazione comunitaria; l'utilizzo di tecnologie appropriate; l'inter-settorialità e la promozione dell'autosufficienza locale.

La tabella 4 permette di analizzare l'evoluzione nel tempo delle risorse impegnate in attività legate alla sanità e alla sanità di base, nella cooperazione bilaterale.

Come si può notare, l'andamento degli impegni mostra un percorso discontinuo passando da un minimo di 16 milioni di dollari nel 2001 fino a oltre 101 milioni nel 2005.

Dall'andamento dei dati sembra difficile desumere che ci sia un progetto organico della cooperazione italiana nel settore della salute e si può, invece, desumere che siano stati finanziati progetti "a pioggia". Infatti, la stessa Nota Informativa sugli indirizzi di programmazione 2007-2009 segnala la necessità di superare questa logica di finanziamento, attraverso una definizione più marcata delle priorità geografiche e settoriali.

Tali risorse sono assolutamente insufficienti al raggiungimento degli Obiettivi del Millennio. L'affermata priorità del settore sanitario si traduce in impegni che non superano mai il 5% del totale delle risorse, attestandosi mediamente intorno al 3,7% nel periodo in considerazione. Le quote salgono se si depura l'APS dall'ammontare dedicato alla cancellazione del debito, ma anche in questo modo per nessun anno si raggiunge la soglia del 15% dell'APS destinato alla salute, obiettivo posto dalla Commissione su Macroeconomia e Salute. Tale soglia dovrebbe per di più essere associata al raggiungimento dello 0,7% del rapporto APS/PIL. Per raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio sanitari l'Italia dovrebbe quindi destinare alla salute lo 0,1% del PIL. Ovvero la metà del totale degli aiuti nel 2006.

Un quadro dettagliato della cooperazione nell'area sociosanitaria è stato fornito dal MAE in una relazione pubblicata nel giugno scorso⁶. Le iniziative in corso, a dicembre 2006, nell'area sociosanitaria sono state 157 in 45 paesi per un valore complessivo (gli impegni finanziari sono da imputare a più anni) di oltre 410

Tabella 4: impegno italiano per la salute (milioni di euro)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
APS	1376,26	1626,95	2332,13	2432,85	2461,54	5090,9
APS/PIL	0,13%	0,15%	0,20%	0,17%	0,15%	0,29%
Salute	39,18	16,15	21,66	65,26	46,68	101,7
Salute di base	12,78	5,11	2,55	63,51	27,53	43,68
Salute/APS	2,8%	1,0%	0,9%	2,7%	1,9%	2,0%
Salute/PIL	0,004%	0,001%	0,002%	0,005%	0,003%	0,006%
Salute di Base/APS	0,9%	0,3%	0,1%	2,6%	1,1%	0,9%
Salute di Base/PIL	0,0012%	0,0005%	0,0002%	0,0044%	0,0017%	0,0025%

Fonte: Elaborazioni su dati OCSE/DAC

⁶ DIPCO n.22, 7 Giugno 2007

milioni di euro. "Tale importo non include le attività di carattere umanitario in risposta a calamità naturali o causate dall'uomo, né i numerosi programmi integrati di sviluppo, che comprendono spesso interventi a carattere sociosanitario"⁷.

Il 72% degli interventi è finanziato a dono, contro un 28% a credito concentrati soprattutto nelle Americhe. Nessun intervento a credito è andato all'Africa sub-sahariana. Questa è invece la regione

dove sono realizzate più iniziative, 78 su 157 e dove affluisce oltre un terzo delle risorse.

Per quanto riguarda gli enti esecutori (Tabella 6), benché quasi la metà degli interventi siano gestiti direttamente dalla cooperazione italiana, questi utilizzano circa un quarto delle risorse. Un altro quarto è destinato al canale multilaterale, mentre oltre un terzo è gestito dai Governi locali.

Tabella 5: cooperazione Sociosanitaria.
Modalità di finanziamento delle iniziative in corso a dicembre 2006 (euro)

Modalità di finanziamento	Finanziamento	Numero iniziative
Dono (*) di cui	295.354.250	146
Ordinari	273.287.587	132
Emergenza	22.066.663	14
Credito	115.126.263	11
Totale	410.480.513	157

Fonte: DIPCO n.22, 7 Giugno 2007

Tabella 6: ente esecutore (doni e crediti). Iniziative in corso a dicembre 2006 (euro)

Ente esecutore	Finanziamento	Numero iniziative
Governi locali (*)	148.051.562	21
Enti pubblici italiani	37.798.608	14
Gestione diretta	102.282.036	77
Ong promossi e affidati	20.357.360	19
Organismi internazionali	101.990.947	26
Totale	410.480.513	157

Fonte: DIPCO n.22, 7 Giugno 2007
(*) Crediti e art. 15.

Tabella 7: area geografica. Iniziative deliberate (in corso a dicembre 2006) (euro)

Area geografica	Finanziamento	Numero iniziative
Africa sub-sahariana	152.285.573	78
Americhe	75.366.602	16
Asia e Oceania	58.165.559	25
Europa	35.282.477	7
Mediterraneo e Medio Oriente	89.380.302	31
Totale	410.480.513	157

Fonte: DIPCO n.22, 7 Giugno 2007

Le linee strategiche

Due sono le linee strategiche che la cooperazione italiana ha seguito negli ultimi anni nelle sue iniziative in ambito sanitario⁸: il sostegno ai sistemi sanitari nazionali e quello ai sistemi sanitari locali e ai processi

di decentramento. La prima strategia viene adottata per contribuire al sostegno delle politiche e dei piani sanitari nazionali, favorendo il coordinamento tra i maggiori donatori e le Organizzazioni internazionali.

⁷ DIPCO n.22, 7 Giugno 2007

⁸ MAE (2004) Relazione al Parlamento sull'attuazione della politica di cooperazione allo sviluppo.

Nella ricerca di un approccio sempre più integrato l'Italia ha sviluppato attività di assistenza tecnica ai Ministeri della Salute, avvalendosi anche della collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Nel tempo, in particolare dal 1997, è cresciuto l'approccio integrato settoriale a scapito del più tradizionale approccio "a progetto", ossia il finanziamento di singole iniziative. Dal 2003 sono stati inoltre avviati i primi "Programmi Settoriali" quali contributo ai piani di sviluppo sanitari nazionali in Etiopia e in Uganda articolati in sostegno al bilancio pubblico e assistenza tecnica in gestione diretta.

La seconda linea strategica, invece, si concentra su quelle aree geografiche che coincidono con quelle del decentramento politico-amministrativo, ossia distretti, province, dipartimenti. In questo ambito l'Italia ha promosso programmi tesi a sviluppare il decentramento del sistema sanitario, sostenendo a livello locale la realizzazione dei piani definiti a livello nazionale. È su questo piano che si sviluppa in particolare l'integrazione tra interventi in diversi settori (il cosiddetto approccio integrato o orizzontale), coerentemente con la strategia della cooperazione sanitaria italiana di sostenere la salute di base con particolare riguardo a quella preventiva, integrando gli interventi realizzati in altri ambiti (ad esempio agricoli, sanitari, per la promozione del ruolo economico e sociale delle donne...).

È ormai un dato acquisito che la salute e gli altri settori economici e sociali sono collegati e si influenzano reciprocamente. Da una parte la salute non solo è riconosciuta come "un diritto umano fondamentale, ma anche come un fattore essenziale per lo sviluppo socioeconomico complessivo"⁹; dall'altra anche in Italia è infatti ormai assodato che la salute non è il risultato di sole politiche sanitarie ma è spesso definita dall'attenzione che vi si pone in altri contesti. A questo proposito, riteniamo di grande importanza proseguire nella ricerca del nuovo campo definito dalle Procedure di Valutazione d'impatto di Tecnologie Sanitarie e di Politiche non Sanitarie¹⁰.

Si tratta di procedure che non devono necessariamente prevedere meccanismi standardizzati, bensì devono essere aperte alla partecipazione di tutti gli stakeholders, essere capaci di garantire equità, di influenzare le decisioni e di costituire "un ponte virtuale e virtuoso tra la conoscenza scientifica e le ricadute che questa conoscenza può avere in ambito di salute indirizzando le decisioni politiche"¹¹

L'impostazione strategica data alle politiche sociosanitarie ribadisce la necessità di andare verso la realizzazione degli Obiettivi del Millennio, in particolare in riferimento agli obiettivi 4, 5 e 6, relativi alla riduzione della mortalità infantile e materna e alla lotta alle pandemie.

In questa direzione va anche una recente iniziativa congiunta del Ministero degli Affari Esteri e del Ministero della Salute per la creazione di un partenariato per la salute con i paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente finalizzato a elaborare una strategia coerente per gli interventi sanitari nell'area e facilitare la pianificazione delle attività, dando loro una visione strategica. Tale "**diplomazia della salute**" è concepita come "uno strumento che fornisce un efficace contributo alla pace e allo sviluppo nel Mediterraneo, non meno che attraverso gli strumenti tradizionali della politica estera"¹².

L'iniziativa prevede la partecipazione di regioni ed enti locali, aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere, istituti di ricerca e formazione e organizzazioni non governative.

Punto di partenza del possibile partenariato è un censimento delle attività di cooperazione sanitaria nel bacino del Mediterraneo e in Medio Oriente. Dalla analisi finora svolta emerge "una prevalenza degli interventi limitati ad un solo Paese partner rispetto agli interventi multi-Paese (64 e 12 rispettivamente). I settori con maggior impatto sono l'ematologia; la telemedicina e formazione; la medicina genetica e oncologia; la salute materno infantile; l'ortopedia; i sistemi informativi"¹³.

⁹ DIPCO n.22, 7 Giugno 2007

¹⁰ Health Impact Assessment HIA Health Technologies Assessment HTA, il primo è uno protocollo per valutare la salute in tutte le politiche (ad esempio: educazione, industria, agricoltura, trasporti, pianificazione urbana, ambiente, etc.), il secondo è uno strumento per valutare le tecnologie, i modelli e le strategie sanitarie scelte rispetto all'efficacia pratica e alla loro reale applicabilità tenendo nella loro giusta considerazione valori di equità e accessibilità;

¹¹ Siliquini Roberta, Health Impact Assessment: Processi e Tecnologie in Atti della conferenza per la costituzione di un Partenariato per la salute con i paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente, Ministero degli Affari Esteri e Ministero della Salute, 8 febbraio 2007, Roma.

¹² Newsletter della Presidenza del Consiglio dei Ministri Anno VII N.6, 13 febbraio 2007, www.governo.it

¹³ Di Martino, M.P., P. Malara (2007) *Analisi e considerazioni sulle esperienze realizzate* in: Ministero degli Affari Esteri e Ministero della Salute, Conferenza per la costituzione di un partenariato per la salute con i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente, *Atti della Conferenza*, Roma, 8 febbraio 2007

Benché si tratti di un'iniziativa ancora da sviluppare, appare il percorso idoneo per rafforzare il coordinamento di tutti gli attori (pubblici e privati) che sono impegnati nel campo della salute nelle regioni inte-

Approccio verticale e approccio orizzontale

In generale è importante distinguere due possibili strategie negli interventi di carattere sanitario. Da un lato il cosiddetto approccio verticale, di cui fanno parte quegli interventi mirati al controllo di singole malattie o gruppi di malattie. Si tratta del tipo di interventi proposto negli ultimi anni dalla Banca Mondiale e poi adottati dal G8.

A questo si contrappone l'approccio orizzontale, ovvero interventi mirati al rafforzamento dei sistemi sanitari nel loro complesso che pongano al centro dell'azione il raggiungimento del diritto alla salute nella sua complessità. Esso mira a promuovere sistemi sanitari che siano accessibili a fasce ampie della popolazione, che garantiscano quantomeno le cure primarie e che siano inseriti in un contesto multisetoriale che consideri componenti del diritto alla salute anche la nutrizione, l'istruzione, l'abitazione e servizi idrici e igienici¹⁴.

Secondo l'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale l'approccio verticale è fallimentare per almeno tre motivi:

1. "non si è agito sui determinanti distali delle malattie: il reddito, l'istruzione, l'abitazione, l'ambiente, le infrastrutture, etc. Anzi, le disuguaglianze tra paesi e nei paesi sono cresciute, anche a causa delle inique politiche del commercio mondiale;
2. i programmi verticali – la cui gestione è affidata a fondi e agenzie internazionali – rafforzano artificialmente temporaneamente le linee di erogazione dei servizi sanitari dedicate a malattie o interventi specifici (AIDS, malaria, tubercolosi, etc.), creano assurde e nocive forme di competizione tra servizi (gli operatori locali tendono a collocarsi presso le agenzie economicamente più generose) e rendono ancora più precario e inefficiente il funzionamento del sistema sanitario locale;

ressate nonché lo strumento adatto alla definizione di una strategia coerente per gli interventi sanitari.

3. la verticalizzazione si è accompagnata a radicali politiche di privatizzazione dei servizi sanitari: ovunque prestazioni a pagamento, con la conseguenza di rendere difficilmente accessibili i servizi e di esporre le popolazioni alla "trappola medica della povertà" (l'impoverimento critico delle famiglie provocato dalle spese mediche)¹⁵.

Ciò che emerge dalla tabella 5 è che l'Italia ha promosso, almeno negli ultimi anni, un approccio alla salute sistematico, che potremmo definire "orizzontale", in quanto non si concentra su determinate tematiche o malattie ma mira all'inclusione di appropriate strategie e interventi nei piani sanitari nazionali e locali in modo che nei Paesi in via di sviluppo venga garantita innanzitutto l'accessibilità universale a servizi sanitari efficaci ed efficienti¹⁶.

Va ricordato che l'Italia è il paese europeo che, in percentuale sul totale degli aiuti allo sviluppo, maggiormente finanzia le organizzazioni internazionali, il cui approccio è prevalentemente verticale. Questo crea una certa discrepanza tra le linee guida in cooperazione sanitaria e la destinazione effettiva delle risorse, nonché tra le strategie sul canale bilaterale, tramite le quali si rivendica un approccio integrato alla promozione della salute e la destinazione effettiva delle risorse, e quelle sul multilaterale.

Tuttavia, per l'Italia un ruolo fondamentale nel sostegno alla salute nei PVS è attribuito alla lotta contro le grandi pandemie. Infatti, è ormai riconosciuto che l'AIDS, ad esempio, sia uno dei più importanti elementi di morbilità e, di conseguenza, un ostacolo allo sviluppo. In questo ambito, l'Italia ha contribuito a tutte le fasi preparatorie della costituzione del Fondo globale per la lotta all'AIDS, la tubercolosi e la malaria.

¹⁴ Osservatorio Italiano sulla Salute Globale (2006)

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ Osservatorio Italiano sulla Salute Globale (2004) p. 251

L'Italia e l'utilizzo del Budget Support

L'iniziativa di sostegno al bilancio generale dello Stato (General Budget Support) si inquadra nel contesto delle attività della Task Force OCSE-DAC sulle *Donor Practices* quale seguito della Conferenza di Monterrey (marzo 2002). Nel corso della successiva Conferenza di Roma sull'armonizzazione delle procedure d'aiuto (febbraio 2003) e poi ancora in quella di Parigi del marzo 2005 sono stati discussi i seguiti operativi necessari a migliorare l'efficacia della cooperazione allo sviluppo, in particolare mediante l'armonizzazione delle politiche di sviluppo, delle procedure e delle attività di ciascun donatore e si è sancito il passaggio dal *project aid* (il classico aiuto a progetto nel quale i donatori finanziano una precisa iniziativa) al *programme aid* (un sostegno finanziario ai governi beneficiari senza l'individuazione di progetto definito). La prerogativa alla base di questo cambiamento di strategie è da ricercarsi nel diverso ruolo che si vuole affidare ai paesi beneficiari: non più passivi *recipients* degli aiuti dei donatori, spesso oltretutto frutto di incostanti dinamiche di politica interna, bensì protagonisti del proprio processo di sviluppo. Inoltre nella nuova visione dell'efficacia dello sviluppo, i paesi donatori sono tenuti ad "allinearsi" alla strategia del paese beneficiario e, soprattutto, a coordinarsi maggiormente tra loro in uno schema di "divisione dei compiti" che minimizzi le duplicazioni e le inefficienze¹⁷.

Il General Budget Support, insieme al Sectoral Budget Support e al Sector-wide Approach non sono altro che gli strumenti tramite i quali può essere attuato un *programme aid*:

- **General budget support:** consiste nel finanziamento diretto del bilancio dello Stato del paese beneficiario e nell'attivazione di un meccanismo di dialogo politico e di controllo sullo sviluppo del paese, sulla lotta alla povertà e sul consolidamento dei processi di democrazia e buon governo. Proprio il dialogo permanente tra i donatori e il governo beneficiario diventa la base per l'implementazione del programma congiunto. Le questioni chiave in questo dialogo sono il progresso nella riduzione della povertà, la mobilitazione delle risorse locali e la gestione della finanza pubblica¹⁸;

- **Sectoral budget support:** (sostegno settoriale al bilancio) consiste nel sostegno non all'intero bilancio ma a una sua spesa specifica, come ad esempio la sanità;
- **Sector-wide approach:** (approccio settoriale ampio) consiste nell'individuazione congiunta da parte del donatore e del beneficiario di una strategia pluriennale di intervento in un determinato settore, per la quale condividono spese e realizzazione.

La modalità di aiuto rappresentata dal sostegno diretto al bilancio statale sembra acquisire un interesse sempre maggiore agli occhi di molti paesi europei ma non dell'Italia, che al contrario appare come uno dei donatori meno propensi all'utilizzo di un simile strumento, al quale pare preferire ancora il più tradizionale aiuto a progetto, nonostante nella dichiarazione di Parigi si invitino i paesi a donare il 66% dei propri aiuti tramite il canale del *programme aid*.

Eppure l'unica esperienza italiana nell'ambito del General Budget Support, ossia il sostegno diretto al bilancio del Mozambico, viene definita dagli esperti come pienamente riuscita, anche se tuttora rimane un caso del tutto isolato.

La prima erogazione di fondi italiani attraverso il General Budget Support in Mozambico risale al 2003, quando si decise di stanziare 9,6 milioni di euro (da erogare in tre anni) a favore del bilancio del paese africano, senza tuttavia modificare la strategia degli aiuti tramite singoli progetti (l'Italia è attualmente il donatore che in Mozambico ha il maggior numero di progetti in corso). Nonostante l'esperienza abbia portato a risultati senza dubbio positivi, negli ultimi anni non si è assistito a un aumento considerevole delle risorse impiegate in tale settore. Nel 2004 e nel 2005, infatti, le somme stanziare sono rimaste pressoché invariate, superando di poco i 4 milioni di dollari (più precisamente 4.199.616 dollari), mentre nel 2006 l'Italia ha approvato un nuovo finanziamento per il triennio 2006 – 2009 di 11,4 milioni di euro (circa il 20% degli aiuti totali destinati al Mozambico)¹⁹.

¹⁷ Granturco, L. (2006)

¹⁸ Per un'attenta analisi degli aspetti positivi e delle criticità dello strumento del General Budget Support cfr. ActionAid "L'Italia e la lotta alla povertà nel mondo. Rapporto 2007" p. 44 – 45; Granturco, L. op. cit. 2006

¹⁹ Dati in ActionAid (2007)



Per valutare i risultati ottenuti tramite il General Budget Support ci si serve in genere dello strumento del Joint Review. Infatti mentre la programmazione governativa nella quale vengono individuati i vari settori di intervento ha una scadenza quinquennale, per il Joint review ci si riunisce annualmente e si misura il grado di attuazione delle linee di pianificazione individuate per ridurre la povertà assoluta attraverso la valutazione delle performance sia del governo ricevente (soprattutto sulle sue scelte di sviluppo) che di quelli donatori. Accanto al Joint review, nel quale partecipano collettivamente i rappresentanti del governo beneficiario e quelli di tutti i paesi donatori, viene stilato poi, dai soli donatori, il Joint donor review. Il suo esito positivo risulta essere una condizione imprescindibile per la continuazione del sostegno diretto al bilancio dello Stato.

L'Italia e il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio: gli Obiettivi sanitari

Nello specifico, gli obiettivi che l'Italia e tutta la Comunità Internazionale hanno definito nel quadro della Dichiarazione del Millennio²⁰ sono:

4° diminuire la mortalità infantile

Riducendo di 2/3 il tasso di mortalità fra i bambini al di sotto dei cinque anni di età;

5° migliorare la salute materna

Ridurre di 3/4, tra il 1990 e il 2015, il tasso di mortalità materna;

6° combattere l'HIV/AIDS, la malaria e altre malattie

fermare e cominciare a invertire la tendenza alla diffusione dell'HIV/AIDS

fermare e cominciare a invertire l'incidenza della malaria e di altre importanti malattie.

Non è in realtà possibile analizzare dettagliatamente quali risorse siano stanziati dal Governo italiano per il raggiungimento degli Obiettivi del Millennio a causa dell'assoluta mancanza di dati specifici. La descrizione di programmi e dei progetti non include mai gli obiettivi che si pensa di affrontare attraverso tali azioni.

Obiettivi n. 4 e 5

La Cooperazione italiana incentra l'impegno a favore dei diritti dei bambini con finanziamenti all'UNICEF e all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Come mostrano i dati in tabella relativi agli esborsi, è da rilevare che l'apporto all'UNICEF è stato altalenante, compromettendo la continuità delle iniziative finanziate.

Nel suo tentativo di combattere la mortalità materna, l'Italia si impegna con finanziamenti all'UNICEF (17,5 milioni di dollari nel 2005) e all'OMS (42,3 milioni di dollari per il 2004/2005), ai quali si sommano quelli volontari destinati all'UNFPA (Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione) che sono passati dai circa 3 milioni di dollari 2002 ai 2,5 milioni del 2005.

Seppure mancanti i dati del 2006, nel 2007 il comitato direzionale per la cooperazione allo sviluppo ha deliberato la concessione di 12 milioni di euro all'UNICEF, in flessione rispetto al 2005, e 2 milioni

di euro all'UNFPA, in linea con il dato 2005.

Inoltre, si segnala la concessione di contributi all'OMS per 9 milioni di euro.

La questione della riduzione della mortalità materna (MDG 5) è strettamente legata alla salute sessuale e riproduttiva e alle politiche per le pari opportunità. Nonostante la Legge 49/87 avesse tra gli obiettivi prioritari il miglioramento della condizione femminile nei Paesi in via di sviluppo, la cooperazione allo sviluppo del Governo italiano non ha mai prestato la dovuta attenzione alle tematiche di genere e ha completamente disatteso gli impegni presi a livello internazionale e, soprattutto, le indicazioni della Unione Europea che nella Risoluzione del consiglio del 1995 e nelle successive Conclusioni e Raccomandazioni, chiedeva ai paesi membri di integrare le tematiche di genere (*gender mainstreaming*) nei programmi e progetti e al tempo stesso di realizzare attività specifiche per l'*empowerment* delle donne in tutti i Paesi in via di sviluppo.

²⁰ Per un quadro completo di tutti gli MDGs e dei loro indicatori si veda la Tabella 1 della Sezione 1

A differenza di quanto è stato fatto dalla stessa Commissione Europea e dagli altri paesi donatori, dopo una sperimentazione all'inizio degli anni '90, non si è mai avviato un programma di formazione all'analisi e pianificazione di genere per i funzionari ed esperti della Direzione generale per la cooperazione allo sviluppo, per cui mancano le competenze necessarie. Nel 1998 erano state approvate le Linee guida per le politiche di genere²¹ che di fatto non hanno mai avuto seguito.

È praticamente impossibile quantificare l'effettivo ammontare di risorse sui canali multi e bilaterali destinate alle politiche di genere o ad attività specifiche a favore della componente femminile della popolazione. Per dare un'idea dell'ammontare degli aiuti di cui si parla, basti considerare che nel 2003 le risorse destinate ad azioni specifiche per l'*empowerment* delle donne erano nulle, mentre nel 2004 sono state di 9 milioni di dollari. I fondi destinati a progetti che prevedevano una ricaduta indiretta ammontavano rispettivamente a 2 milioni di dollari nel 2003 e a 30 milioni di dollari nel 2004²². Per avere un dato di confronto, la Germania negli stessi due anni ha stanziato un totale di 4,5 miliardi

di dollari solo in azioni positive a beneficio di gruppi di donne²³.

Per quanto riguarda il flusso dei finanziamenti per il settore materno – e la salute sessuale e riproduttiva – a parte i finanziamenti irrisori all'UNFPA, non solo non si hanno dati certi sui progetti specifici realizzati dalle ONG o a gestione diretta, ma neppure se all'interno dei progetti e programmi sanitari, compresi quelli rivolti alla cura e prevenzione dell'HIV/AIDS, si stia realizzando una prospettiva di genere, che tenga conto degli interessi e bisogni specifici di donne e uomini in una determinata società.

Per il futuro, anche se appare evidente la volontà politica di invertire la tendenza, al di là dei proclami, l'*empowerment* delle donne è un'ulteriore priorità della cooperazione nel triennio sulla quale indirizzare le azioni e i progetti della cooperazione italiana con i paesi partner..." dal Comitato Direzionale del Ministero degli Affari Esteri (MAE) 15-3-2007 emerge come dalle delibere di concessione di fondi per il periodo 2007-2009 a progetti di vario genere presentati da ONG, non ve ne sia nessuno che abbia come obiettivo esplicito il miglioramento delle condizioni di vita delle donne²⁴.

Fotografia: © Aidos

Donna medico spiega l'uso dei contraccettivi, Centro per la salute delle donne in Giordania, realizzato da Aidos in collaborazione con Noor al Hussein Foundation, organizzazione non governativa giordana.



²¹ Linee-guida per la valorizzazione del ruolo delle donne e la promozione di un'ottica di genere nell'aiuto pubblico allo sviluppo dell'Italia, Novembre 1998, www.cooperazioneallosviluppo.esteri.it

²² CRS – Aid Activity Database, OCSE/DAC

²³ Actionaid (2007)

²⁴ Dipco n. 14/2007 – Cd del 15-3-2007

Obiettivo n. 6

Nei contributi della Direzione Generale allo sviluppo nel settore sanitario quelli destinati all'obiettivo 6 sono preponderanti. Per questo motivo, e per il fatto che i dati sono forniti ed elaborati in modo diffuso e particolareggiato, si è scelto di analizzare la distribuzione degli aiuti in sanità attraverso lo studio degli impegni presi contro la lotta all'AIDS. Non è possibile ottenere un quadro altrettanto dettagliato per le altre pandemie. È solo possibile dire che dei circa 800

milioni donati al Fondo globale per la Lotta all'AIDS, la tubercolosi e la malaria il 58% è andato all'AIDS, il 17% alla tubercolosi e il 24% alla malaria.

Complessivamente, esclusa la contribuzione al GFATM e considerando congiuntamente sia gli impegni bilaterali che multilaterali, si nota come a parte i due picchi del 2001 e del 2006 le risorse impiegate per la lotta all'AIDS si siano attestate in modo costante intorno ai 13 milioni di euro.

Tabella 8: l'Italia e la lotta all'AIDS (euro)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
HIV/AIDS ²⁵	21.508.124	13.416.173	12.578.036	13.858.953	10.899.283	13.955.961	26.418.844

Fonte: Italy and the fight against AIDS, tuberculosis and malaria, MAE

Per quanto concerne il futuro, dalla Nota Informativa sugli Indirizzi di Programmazione 2007-2009 (DIPCO n.14/2007) si evincono chiaramente quali saranno le priorità regionali e settoriali degli

interventi della cooperazione italiana. Come area geografica da privilegiare viene indicata l'Africa sub-sahariana, area che peraltro ha sempre visto un cospicuo impegno anche negli anni passati.

Il Fondo globale per la lotta all'AIDS, la tubercolosi e la malaria.

Lo strumento principale per la lotta alle pandemie utilizzato dal Governo Italiano è il Fondo globale per la lotta all'AIDS la tubercolosi e la malaria. Il finanziamento di tale fondo da parte dell'Italia ha incontrato negli ultimi anni spesso grandi difficoltà. Sebbene attualmente tutti i debiti siano stati onorati, i pagamenti sono sempre avvenuti con un certo ritardo. Per fare fronte a queste mancanze e impegnarsi a garantire la continuità del contributo italiano al Fondo, è stata presentata alle Camere una proposta di legge denominata "Istituzione del Fondo di finanziamento del Fondo globale per la lotta all'AIDS, la tubercolosi e la malaria", che prevede lo stanziamento di 50 milioni di euro per il 2006, 130 per il 2007, e 200 per il 2008. La proposta non si ferma tuttavia al 2008, ma individua le modalità tramite cui stabilire la dotazione del Fondo a partire dal 2009 e in una prospettiva pluriennale²⁶.

²⁵ Inoltre, si devono considerare circa 5 milioni di euro nel periodo 2000-2004 che non passano dalla DCGS, ma da altri dicasteri e dalla Cooperazione decentrata, e si devono considerare altri 2 milioni per interventi di emergenza in Tanzania nel 2005, sempre legati alla lotta all'AIDS.

²⁶ Ministero Affari Esteri, *Relazione Previsionale e Programmatica sulle attività di cooperazione allo sviluppo nell'anno 2007*

TERZA PARTE:

I nuovi meccanismi di finanziamento e la finanza per lo sviluppo

Benchè la grande maggioranza delle persone pensi che in generale i paesi del Nord del mondo facciano uno sforzo per aiutare lo sviluppo di quelli del Sud, in pochi sanno che i cittadini del Sud del mondo vedono fuoriuscire i soldi dai loro paesi sotto forma di pagamento del debito estero con interessi, relazioni commerciali non eque e profitti altissimi ricavati illecitamente dalle loro economie da parte di multinazionali straniere. Tassi d'interesse sugli investimenti del 25-30% annuali non sono fuori dal comune in Africa. Canali sotterranei, invisibili per i cittadini del Nord o del Sud, deviano enormi quantità di denaro verso i paradisi fiscali²⁷.

La somma di tali meccanismi porta spesso a che i flussi provenienti dal Sud verso i paesi industrializzati superi di gran lunga gli aiuti internazionali.

Per mettere un po' d'ordine a questa situazione apparentemente paradossale, nel marzo del 2002 si è riunito un vertice intergovernamentale a Monterrey, in Messico, per parlare di "Finanza per lo Sviluppo".

Al fine di trovare nuove risorse da dedicare allo sviluppo e, in particolare, al raggiungimento degli Obiettivi del Millennio, da alcuni anni si è iniziato a

GAVI Alliance e AMC

La GAVI Alliance²⁸ (Global Alliance for Vaccines and Immunization) è un partenariato pubblico – privato finalizzato alla realizzazione e diffusione di vaccini per i bambini nei paesi poveri. Il partenariato include il GAVI Fund, alcuni governi nazionali, UNICEF, OMS, Banca Mondiale, Bill & Melinda Gates Foundation, alcune imprese farmaceutiche e alcune ONG.

Il *board* della GAVI è composto da 17 seggi, 13 a rotazione e 4 rinnovabili. I seggi rinnovabili sono per la Gates Foundation (il maggior donatore), la Banca Mondiale, l'OMS e l'UNICEF.

GAVI ha inoltre lanciato un'iniziativa per incentivare la ricerca di vaccini che essendo richiesti solo nel sud del mondo, non sono interessanti per le case farma-

elaborare meccanismi in grado di accrescere la quota di Aiuto Pubblico allo Sviluppo dei paesi donatori. Tale discussione ha portato a oggi alla definizione di molte proposte, dalla tassazione delle transazioni internazionali (la Tobin Tax), alla tassazione dei trasporti aerei o marittimi, alla definizione di meccanismi particolari per la tassazione delle imprese multinazionali, che sfruttano le differenze tra i sistemi fiscali locali per eludere importanti volumi di imposte.

A oggi sono stati messi in piedi alcuni primi strumenti di finanziamento che sfruttano meccanismi di mercato per trovare risorse da destinare agli Obiettivi del Millennio o per risolvere alcune criticità del mercato, in particolare quello della produzione di vaccini e di medicinali a basso costo per le malattie del Sud del mondo, spesso dimenticate dalle grandi imprese farmaceutiche.

I meccanismi già attivi sono solo una goccia rispetto alla quantità di risorse necessarie al raggiungimento degli obiettivi, ma si tratta pur sempre di meccanismi innovativi.

ceutiche non essendo garanzia di alti profitti. Il progetto pilota, l'AMC, di cui l'Italia è il primo finanziatore, potrebbe rappresentare una soluzione basata sul mercato per rispondere alle lacune del mercato stesso, in questo caso la mancanza di un vaccino per il pneumococco.

Un Advance Market Commitment (AMC) per i vaccini è un impegno finanziario dei paesi industrializzati volto a pagare l'acquisto futuro di un vaccino oggi non disponibile, a due condizioni: la prima, un prezzo concordato in anticipo; la seconda, che tale vaccino incontri le esigenze dei Paesi in via di sviluppo che lo richiedono. Vincolati da un contratto, gli sponsor, paesi donatori o fondazioni, s'impegnano finanziaria-

²⁷ Social Watch, Rapporto (2006)

²⁸ www.gavialliance.org



mente a sovvenzionare l'acquisto di futuri vaccini per un dato periodo di tempo. Dal canto loro i produttori di vaccini acconsentono a soddisfare determinati criteri riguardo l'efficacia del vaccino e a fornire il prodotto a prezzi ragionevoli. In altre parole, un AMC non è una garanzia di acquisto, infatti, un produttore farmaceutico otterrà in pagamento il prezzo concordato solo se il prodotto risponde agli standard stabiliti e se i Pvs lo richiedono.

I governi di Canada, Italia, Norvegia, Russia, Regno Unito e la Fondazione Bill & Melinda Gates si sono impegnati con 1,5 miliardi di dollari a lanciare il primo Advance Market Commitment per contribuire ad accelerare lo sviluppo e la disponibilità di un nuovo vaccino contro il pneumococco: l'Italia in particolare contribuisce da sola a quasi la metà del finanziamento.

Tabella 9: i contributi internazionali per l'AMC (milioni di euro)

Italia	635
Regno Unito	485
Canada	200
Russia	80
Norvegia	50
Fondazione Bill & Melinda Gates	50

IFF

L'International Finance Facility (IFF), lanciata nel gennaio 2003 dal ministro inglese Gordon Brown, mira a colmare la lacuna di 50 miliardi di dollari l'anno tra le risorse effettivamente impegnate dai singoli paesi e quelle identificate come necessarie per raggiungere gli MDGs entro il 2015. L'IFF permette ai paesi erogatori di "prendere in prestito" fondi aggiuntivi dai mercati di capitali internazionali per fornire aumenti nei flussi di aiuto fino al 2015: il denaro preso in prestito attraverso l'emissione di Buoni del Tesoro ad hoc dovrebbe essere restituito dai paesi erogatori negli anni successivi al 2015, al di fuori del loro bilancio di aiuto. L'IFF non prevede però nessuna garanzia riguardo i flussi finanziari per lo sviluppo dopo il 2015, successivamente i governi coinvolti nell'iniziativa saranno impegnati nel

ripagare i titoli emessi negli anni precedenti, con possibili gravi conseguenze per la continuazione dei programmi sociali nei paesi poveri.

La fase pilota dell'IFF attualmente già attiva è l'International Finance Facility for Immunization (IFF-Im), un meccanismo che anticipa i contributi dei donatori tramite l'emissione di BOT sul mercato finanziario internazionale, rendendo immediatamente disponibili le risorse per l'acquisto di vaccini da destinare ai paesi più poveri. L'Italia è il secondo sostenitore finanziario dell'IFF-Im con un contributo previsto di 504 milioni di euro distribuito in rate annuali fino al 2025²⁹.



Controllo antenatale
Centro Sanitario
Periferico, Sierra Leone
Fotografia:
© Mariangela
Boiani/Cestas

²⁹ Actionaid (2007)

Il gruppo pilota

In questa direzione è forse ancora più interessante la decisione di diversi paesi di riunirsi periodicamente per studiare la possibilità di avviare altri meccanismi innovativi per lo sviluppo o forme di vere e proprie tasse globali. Questo gruppo pilota o Leading Group on Solidarity Levies to Fund Development è a volte indicato come Lula-Chirac Group, dal nome dei Presidenti brasiliano e francese che lo hanno sostenuto fin dall'inizio. Questo gruppo conta al momento 43 membri ed è attualmente guidato da Francia, Brasile, Cile, Spagna, Germania e Algeria. Tra questi sono presenti tutti i grandi paesi europei - Francia, Germania, Gran Bretagna, Spagna, Olanda e altri. In occasione dell'incontro tenutosi a Brasilia dal 5 al 7 luglio del 2006 anche l'Italia, su iniziativa del Vice Ministro degli Esteri ha deciso di aderire.

La tassa sui biglietti aerei

La prima iniziativa emersa dalle attività del gruppo e già applicata in più di un paese è la tassa di solidarietà sui biglietti aerei (Air Ticket Levy)

La Francia, che ha guidato questa proposta sin dall'inizio, ha deciso di richiedere un contributo di 1 e 10 euro per i voli nazionali, rispettivamente per classe turistica e prima classe, e di 4 e 40 euro per le stesse classi sui voli internazionali. Il gettito, stimato dalla Francia in 200 milioni di euro all'anno,

Il gruppo pilota sta al momento ragionando su diverse proposte di tasse globali o altri meccanismi innovativi. Le riunioni si tengono periodicamente, sotto la presidenza a rotazione di uno dei paesi che partecipano.

Questo gruppo di studio e di lavoro rappresenta quindi in primo luogo un importante riconoscimento politico all'idea e alla necessità di discutere di sistemi di tassazione sopranazionale. Oltre all'importanza dal punto di vista politico, questo gruppo si pone anche come referente tecnico per la discussione e per l'avanzamento delle proposte, un luogo concreto di confronto anche per la società civile internazionale³⁰.

viene utilizzato per il finanziamento del programma UNITAID – International Drug Purchase Facility (IDPF) lanciato ufficialmente dall'Organizzazione Mondiale per la Sanità nel giugno 2006. Si tratta di un meccanismo di finanziamento, promosso da Francia, Brasile, Cile e Gran Bretagna per accelerare l'accesso a farmaci e a diagnosi per AIDS, tubercolosi e malaria.

Centro per bambini orfani, Sierra Leone
Fotografia:
© Mariangela Boiani/Cestas



³⁰ Sbilanciamoci! (2006)

Debito

Per mettere in condizioni i paesi poveri di affrontare i costi di un sistema sanitario che garantisca il diritto alla salute a tutti i cittadini è imprescindibile accelerare i meccanismi di cancellazione del debito estero dei paesi maggiormente indebitati in modo da liberare risorse che possano essere utilizzate per il rafforzamento dei sistemi sanitari.

La maggior parte dei paesi più poveri continua a dedicare fino al 20% del prodotto interno lordo al servizio del debito estero, sottraendo queste risorse a investimenti nei servizi base, fondamentali per migliorare le condizioni di vita della maggioranza più povera della loro popolazione. L'UNDP stima che il flusso di risorse per il ripagamento del debito dai Paesi in via di sviluppo verso il Nord del mondo ammonta a oltre 12 miliardi di euro al mese³¹.

Con la legge 209/2000, il governo italiano si impegna a cancellare il 100% del debito bilaterale ai paesi poveri altamente indebitati (HIPC, Highly Indebted Poor Countries) e IDA³², pari a circa il 19% del debito dei paesi del Club di Parigi, con la possibilità di includere anche paesi IDA blend³³, andando oltre i parametri fissati dal Club di Parigi.

Secondo l'articolo 2.3 della legge, le cancellazioni si sarebbero dovute effettuare nell'arco di tre anni a partire dal 2001. Nonostante il percorso non sia ancora stato completato, in questi tre anni la maggior parte del debito verso i paesi più indebitati, HIPC, è stato cancellato.

Secondo la relazione sull'attuazione della legge 209/2000 presentata dal Ministero dell'Economia e delle Finanze nel 2006³⁴, dall'attuazione della legge al 30 giugno 2005 l'Italia ha effettuato cancellazioni per 2.560,52 milioni di euro in favore di 25 paesi HIPC, inclusa la cancellazione di 46 milioni di euro circa di debito alla Repubblica Democratica del Congo con l'accordo pre-HIPC, su un totale di circa 4 miliardi di euro. Con le cancellazioni effettuate in attuazione dell'art.5 della legge 209/2000, il totale generale cancellato raggiunge i 2.682,2 milioni di euro³⁵.

Dal 2001 a oggi, ci sono stati invece ben pochi avanzamenti nella cancellazione del debito ai paesi

IDA, potenzialmente di circa 2 miliardi di Euro.

Secondo la legge 209/2000 infatti, e in particolare secondo l'articolo 5, il governo italiano apre alla possibilità della cancellazione del debito anche di paesi non HIPC ma, comunque parte dell'elenco dei paesi IDA – altri 25 paesi circa.

Alla legge 209 si aggiungono due iniziative. La prima propone la cancellazione dei debiti multilaterali, ovvero quelli relativi alle Istituzioni internazionali. Esse non possono semplicemente cancellare il debito ma hanno bisogno di una copertura finanziaria da parte dei paesi donatori. Tale copertura è regolata dalla Multilateral Debt Relief Initiative (MDRI), alla quale l'Italia ha già stanziato in Finanziaria 29 milioni di euro per il 2007 e 4 milioni per il 2008.

In realtà, nonostante sia stata pensata per sopperire alla riconosciuta insufficienza dell'iniziativa HIPC, pure l'MDRI è a oggi ben lontana dall'offrire una soluzione definitiva al problema del debito. La cancellazione, infatti, riguarda solamente 3 delle 23 istituzioni finanziarie internazionali creditrici, ovvero Banca Mondiale, Fondo Monetario Internazionale e Banca Africana dello Sviluppo, per un impegno complessivo di 40 miliardi di dollari, che permetterà una riduzione di circa il 64% dei debiti multilaterali

La seconda iniziativa è stata presa all'interno del Fondo globale. La cosiddetta Debt2Health Initiative si propone di liberare risorse che possano essere investite in interventi urgenti in campo sanitario o nella lotta all'AIDS, la tubercolosi e la malaria attraverso meccanismi di cancellazione del debito. Nella sua fase pilota la Germania ha cancellato 50 milioni di euro di debito indonesiano a fronte della garanzia da parte dell'Indonesia di spendere 25 milioni per programmi sanitari approvati dal Fondo globale.

Benché si reputi che la cancellazione di tutti i debiti verso i paesi del Sud del mondo debba essere attuata senza condizionalità, soprattutto nel caso di debiti illegittimi, ovvero contratti da regimi dittatoriali, l'Iniziativa Debt2Health, può essere efficace per accelerare processi negoziali di cancellazione.

L'auspicio è quindi che l'Italia assuma un ruolo attivo anche in questa iniziativa.

³¹ UNDP (2003).

³² Paesi che hanno un reddito medio pro-capite annuo inferiore a 1.025 dollari, che non hanno la capacità finanziaria di contrarre prestiti a termini di mercato e che attuano una politica di riduzione della povertà e promozione dello sviluppo

³³ Paesi che generalmente hanno un reddito medio pro-capite annuo superiore a USD 1.025, ma ai quali viene tuttavia concesso di contrarre prestiti a termini concessionali

³⁴ *Relazione sullo stato di attuazione della legge recante misure per la riduzione del debito estero dei paesi a più basso reddito e maggiormente indebitati* (al 30 giugno 2005).

³⁵ Sbilanciamoci (2007)

I Partenariati Pubblico Privato (PPP)

Le numerose delusioni riguardo i risultati ottenuti dagli attori pubblici nazionali e multilaterali, e soprattutto riguardo le difficoltà che gli attori nazionali hanno dimostrato nel mantenere gli impegni sul fronte multilaterale, si sono andati sviluppando nuovi modelli di collaborazione tra governi, imprese e società civile. Essi rappresentano un'ampia gamma di contatti bilaterali e progetti di cooperazione che vanno alla realizzazione del singolo progetto limitato nel tempo fino alla costante consultazione con il Segretariato Generale.

Diverse sono le cause di tale tendenza. Tra le altre l'insoddisfazione da parte di governi, istituzioni internazionali e ONG per la lentezza sconcertante dei processi negoziali globali e per la mancanza di volontà e capacità da parte di molti governi di impe-

I vantaggi

I PPP possono aiutare a superare tre limiti della cooperazione multilaterale tradizionale³⁶:

Governance. Invece di aspettare all'infinito che tutti i governi si mettano d'accordo su posizioni comuni, le alleanze tra governi politicamente affini e attori privati, siano essi imprese o organizzazioni non governative, possono assumere un ruolo guida e superare i deficit propri dell'attuale architettura della governance globale.

Partecipazione. Di fronte a una società globalizzata in cui le decisioni vengono prese a livelli sempre

I rischi

I partenariati pubblico privato portano con sé una serie di rischi ed effetti collaterali che devono essere considerati quando si affronta il tema³⁷:

Maggiore peso delle grandi multinazionali nella definizione delle strategie. I PPP permettono alle *corporation* e alle loro *lobby* di avere un peso crescente nella definizione delle agende politiche e nel condizionamento delle scelte dei governi. Esse possono usare i PPP per soddisfare propri interessi economici di breve periodo e per influenzare gli obiettivi politici a livello internazionale a proprio vantaggio nel lungo periodo.

Scelta del partner sbagliato. Le Nazioni Unite hanno nella loro credibilità e autorità morale la loro

gnarsi in maniera vincolante per il rispetto degli obiettivi finanziari presi nelle sedi internazionali.

I partenariati pubblico privato (PPP) sono spesso percepiti come l'unica via possibile per garantire un futuro alla cooperazione internazionale attraverso la definizione di un nuovo modello di multilateralismo.

Chi promuove la realizzazione dei PPP spesso assume che non ci sia alternativa a tale approccio. I progetti di collaborazione tra organismi nazionali, multilaterali, multinazionali o organizzazioni della società civile sono visti come pragmatici, flessibili e strettamente diretti alla soluzione dei problemi, in grado di superare gli scogli burocratici tipici delle Nazioni Unite.

più lontani dalla gente, la *partnership* pubblico privato può aiutare a coinvolgere attori non governativi all'interno di strutture decisionali formali.

Realizzazione e finanziamento. I governi spesso non rispettano gli impegni assunti a livello internazionale per la mancanza di strumenti, *know how*, risorse finanziarie o semplicemente volontà politica. I sostenitori della *partnership* pubblico-privato sostengono che tali ostacoli alla realizzazione e al finanziamento degli impegni possa essere superato solo trovando risorse aggiuntive da *corporation* e ricchi donatori.

maggiore potenzialità. È quindi controversa per l'ONU la collaborazione con partner le cui attività contravvengono ai principi della Carta delle Nazioni Unite, che sono responsabili di violare le norme e gli standard ONU e che sono ripetutamente soggetto di critiche da parte dell'opinione pubblica.

Distorsione della concorrenza e pretesa di rappresentatività. I PPP possono avere un effetto distorsivo della concorrenza, da un lato fornendo alle imprese partecipanti un'immagine positiva che le associa all'ONU, dall'altro aiutandole ad accedere a nuovi mercati e a ottenere un maggiore accesso ai governi.

³⁶ Sbilanciamoci! (2007)

³⁷ Martens, J. (2007)

Proliferazione dei partenariati e frammentazione della governance globale. L'esplosiva crescita dei PPP ha portato alla proliferazione di iniziative indipendenti e nuovi "fondi satellite" esterni al sistema delle Nazioni Unite. Questo può portare a cercare soluzioni isolate spesso per nulla coordinate che non solo contribuiscono a indebolire istituzionalmente l'ONU e le sue agenzie specializzate, ma impediscono lo sviluppo di strategie più ampie e comprensive.

Modelli elitari di governance globale

Quando si concede a tutti i partecipanti uguali diritti, la posizione centrale (politica e legale) occupata dai governi diventa secondaria. I PPP implicitamente sottovalutano il ruolo dei governi e delle organizzazioni multilaterali, mentre sovrastimano il peso politico degli attori privati, il che risulta particolarmente preoccupante per quei partenariati che definiscono norme internazionali e che influenzano lo sviluppo economico e sociale di un paese.

La trasparenza del partenariato, la sua rappresentatività e la composizione diventano fondamentali rispetto a suo valore democratico. Se i partner sono scelti arbitrariamente da governi o dalle istituzioni multilaterali, il partenariato darà solo un'illusione di

La pretesa maggiore governance si traduce spesso in frammentazione, la partecipazione è quella di gruppi che già possiedono la capacità di condizionare i governi e le risorse provenienti dalle *corporation* sono il più delle volte irrisorie. Gli stessi documenti delle Nazioni Unite sostengono che "l'impatto di queste nuove forme di partenariato per la governance globale non è ancora noto. È necessaria ancora esperienza pratica per mostrare dove porta questo percorso"³⁸.

partecipazione democratica. Se i partner sono auto-nominati ed escludono importanti gruppi toccati dalle attività del partenariato allora non si può pensare di avere alcuna legittimazione democratica.

La cooperazione internazionale deve quindi scegliere se proseguire il cammino verso un multilateralismo elitario che si affida a pochi attori con un grade potere escludendo il controllo democratico e la partecipazione oppure se cercare un multilateralismo solidale che accresca le responsabilità di istituzioni democratiche e che includa la partecipazione della società civile e, in maniera strettamente regolamentata, del settore privato.

Criteri rilevanti per la definizione dei PPP

Attualmente le linee guida per la regolamentazione dei rapporti con i privati sono molto vaghe e si limitano all'esclusione di quelle imprese che non rispettino i diritti umani, che tollerino il lavoro minorile o che commercino mine anti-uomo. Un set di principi riguardanti l'eticità e la trasparenza dei partner e che contribuiscano anche a garantire equilibri geografici e geopolitici risulta urgente e necessario.

Degli standard minimi di interazione. Il Governo Italiano, approfittando della propria presenza al Consiglio di Sicurezza, dovrebbe premere per una risoluzione dove siano definiti dei criteri di esclusione validi per tutta l'ONU. Chi viola le convenzioni internazionali ambientali e sociali o i principi delle Nazioni Unite (attraverso corruzione, evasione fiscale, etc.) deve non poter entrare a far parte di alcun PPP. Un buon modello potrebbero essere le linee guida dell'OCSE sulle imprese multinazionali.

Un corpo intergovernativo per le relazioni con il settore privato. Il coordinamento delle relazioni con il privato dovrebbe essere regolato da un ente che si faccia carico di compiere valutazioni d'impatto sistematiche e indipendenti e che svolga un ruolo di "difensore civico" come contatto ONU per i reclami. Dovrebbe essere in grado di regolamentare i rapporti tra ONU e privati, di verificarne l'opportunità e di mediare nelle controversie.

³⁸ United Nations (2004)

La partecipazione italiana ai principali partenariati internazionali sulla salute.

Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria

Il Fondo globale per la lotta all'AIDS, la tubercolosi e la malaria nasce da un'iniziativa del G8 di Genova del 2001. Esso nasce per finanziare programmi nazionali per la lotta alle tre malattie

A oggi il Fondo ha investito circa 5.5 miliardi di dollari in 132 paesi. Questo lo rende il principale strumento di lotta alle pandemie rappresentando il 60%

delle risorse destinate alla lotta alla tubercolosi, il 45% di quelle alla lotta alla malaria e il 20% di quelle destinate alla lotta all'AIDS. A oggi l'Italia ha contribuito al fondo con 200 milioni di dollari nei primi due anni e 590 milioni di euro negli anni successivi. Per il 2007 si è impegnata a versare altri 130 milioni di euro non ancora versati.

Global Polio Eradication Iniziative

Oltre 80 milioni di bambini di 23 paesi dell'Africa sub-sahariana (22 paesi dell'Africa centro-orientale più il Sudan) saranno vaccinati contro la poliomielite attraverso la più ampia campagna sanitaria pubblica della storia, che vede coinvolti più di un milione di vaccinatori. La campagna, partita nell'ottobre 2004, è promossa, nell'ambito della "Global Polio Eradication Iniziative", dall'UNICEF, dall'OMS, dal Rotary International e dal US Centers for Disease

Control and Prevention. I donatori del progetto sono soprattutto i governi occidentali, ma anche alcune aziende private, come Aventis e Wyeth (farmaceutiche) o De Beers (diamanti), la fondazione Bill&Melinda Gates. Contribuiscono anche la Banca mondiale e le banche Africana e interamericana di Sviluppo. Nel 2005 l'Italia ha pagato i primi 6 milioni di dollari dei 14 che si è impegnata a versare in tre anni.

Roll Back Malaria

Roll Back Malaria (RBM) è una partnership globale fondata nel 1998 dall'OMS, l'UNDP, l'UNICEF e la Banca Mondiale, con l'obiettivo di dimezzare, entro il 2010, l'impatto della malaria (si registrano oggi più di 300 milioni di casi gravi e un milione di decessi all'anno). La partnership coinvolge governi nazionali, organizzazioni della società civile e non governative, istituti di ricerca, associazioni professionali, agenzie per lo sviluppo e delle Nazioni Unite, banche per lo sviluppo e aziende private come ExxonMobil, Novartis e BASF. Per ottenere l'obiettivo di ridurre di almeno la metà l'impatto della malaria entro il 2010, Roll Back Malaria sta promuovendo quattro principali interventi strategici:

- rapido accesso alle terapie;
- zanzariere trattate con insetticidi (INT);
- prevenzione e controllo della malaria nelle donne incinte;
- epidemie di malaria e risposta alle emergenze.

L'Italia ha provveduto a versare la prima tranche (50 milioni di dollari) del finanziamento previsto per il 2002-2003 (200 milioni di dollari), collocandosi al secondo posto, tra i donatori, dopo gli Stati Uniti e garantendosi un seggio nel Consiglio di Amministrazione.

Stop TB

Partenariato pubblico-privato composto da 350 membri fra Organizzazioni Internazionali (OMS, Banca Mondiale, UNAIDS e Fondo globale per la lotta all'AIDS, la tubercolosi e la malaria), Organizzazioni non governative, Fondazioni private,

paesi donatori e beneficiari. L'Italia con 3,5 milioni di Euro versati all'OMS, è il terzo donatore dopo Stati Uniti e Canada ed è membro del Consiglio di Amministrazione della "STOP-TB Partnership".

UN AIDS

Avviato nel 1995, il Programma delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, UNAIDS) promuove e coordina la lotta contro la pandemia globale di HIV e AIDS.

UNAIDS gode del sostegno delle seguenti istituzioni: UNICEF, UNDP, UNFPA, ACNUR, OMS, UNESCO, Banca Mondiale, UNODC (Ufficio delle Nazioni Unite per la lotta al crimine e alla droga), PAM e ILO.

UNAIDS congiunge e consolida gli sforzi di queste organizzazioni per raggiungere i seguenti obiettivi:

- impedire la diffusione del virus HIV,
- migliorare l'assistenza sanitaria delle persone che già vivono con il virus HIV o l'AIDS,
- mitigare le ripercussioni sociali ed economiche della pandemia.

L'Italia è il diciassettesimo finanziatore, avendo donato 12,4 milioni di dollari dal 1995 a oggi. Nel 2006, non è stato tuttavia dato ancora nessun contributo

Conclusioni e raccomandazioni per il Governo italiano

La cooperazione allo sviluppo in Italia affronta una fase di profonda crisi, economica e di strategie, da cui si sta tentando di uscire. L'istituzione di un Vice Ministro con delega alla cooperazione, la presentazione della legge di riforma del sistema di cooperazione e i pochi fondi aggiuntivi stanziati in Finanziaria e la *road map* tracciata nell'ultimo DPEF appaiono come la possibile inversione di tendenza.

La cooperazione sanitaria affronta lo stesso tipo di problemi che affliggono la cooperazione nel suo complesso. A fronte dell'incapacità da parte del MAE di gestire efficacemente i fondi ci si è rifugiati sempre più nelle organizzazioni internazionali. Nel caso della cooperazione sanitaria questo ha portato a una incoerenza tra le linee guida della cooperazione bilaterale, incentrata sul rafforzamento dei sistemi sanitari nel loro complesso attraverso programmi "orizzontali", e la partecipazione a numerose iniziative multilaterali, spesso in partenariato con il settore privato, che hanno un approccio "verticale", che punta alla soluzione di problemi specifici senza però iniziare percorsi di cambiamento strutturale.

In generale l'APS italiano dedicato al sostegno agli Obiettivi del Millennio più strettamente sanitari risulta quindi ancora debole sia qualitativamente che quantitativamente. Dal punto di vista quantitativo l'Italia è nettamente fuori sia dai parametri dell'UE che da quelli delle Nazioni Unite per quanto concerne il rapporto APS/PIL. Dal punto di vista qualitativo,

l'eccessiva concentrazione degli interventi sulle pandemie di AIDS, tubercolosi e malaria, per quanto in linea con gli Obiettivi del Millennio, è caratterizzata da un approccio non ancora coerente con le linee guida della stessa cooperazione italiana che vede nel rafforzamento dei sistemi sanitari nazionali e nella salute di base e preventiva una forma "maggiore" di lotta a queste pandemie.

Il rispetto dei reiterati impegni che l'Italia ha preso a sostegno agli Obiettivi del Millennio sanitari rappresentano una condizione essenziale per l'efficacia dell'aiuto. Questo non può prescindere da una legge di riforma del sistema di cooperazione, che metta le risorse non solo quantitativamente all'altezza degli impegni, ma anche in grado di essere impegnate e spese.

Infine, di fronte all'evidenza dell'incapacità da parte della comunità internazionale di raggiungere gli Obiettivi del Millennio, si sta cercando di definire nuovi meccanismi di finanziamento delle attività di cooperazione. Benché l'Italia stia partecipando alle principali iniziative attuate in questo campo, nessuna di esse è in grado di modificare radicalmente la soluzione. L'Italia dovrebbe invece farsi promotrice di quelle iniziative che possano intaccare realmente un sistema finanziario, commerciale e fiscale globale che condanna la gran parte dei paesi del Sud del mondo a vedere capitali, risorse e persone fuggire verso i paesi del Nord.

Oltre alle raccomandazioni espresse nella prima e nella seconda sezione, Azione per la salute globale rivolge al Governo italiano le seguenti raccomandazioni specifiche:

RACCOMANDAZIONE 1: 15% DI AIUTO PUBBLICO ALLO SVILUPPO ALLA SALUTE

È necessario aumentare le risorse da destinare alla salute al fine di raggiungere la soglia del 15% di Aiuto Pubblico allo Sviluppo (APS), obiettivo posto dalla Commissione su Macroeconomia e Salute dell'OMS.

RACCOMANDAZIONE 2: 0,7% DEL PIL ALL'AIUTO PUBBLICO ALLO SVILUPPO

È indispensabile incrementare le risorse complessive da destinare all'Aiuto Pubblico allo Sviluppo fino al raggiungimento della quota dello 0,7% del PIL entro il 2015, partendo dal rispetto della *road map* definita nel Documento di Programmazione Economica e Finanziaria 2008-2011.

RACCOMANDAZIONE 3: RIEQUILIBRARE LA DISTRIBUZIONE DELL'APS TRA CANALE BILATERALE E MULTILATERALE

Il Governo italiano deve riequilibrare qualitativamente la distribuzione dell'APS tra il canale bilaterale e quello multilaterale, attualmente con un peso maggiore. Il raggiungimento di questo obiettivo rappresenta un segnale di maggior attenzione verso la complementarità, la coerenza e il coordinamento delle politiche di cooperazione anche in ambito europeo.

RACCOMANDAZIONE 4: PORTARE A TERMINE LA RIFORMA SULLA COOPERAZIONE

È necessaria una riforma complessiva della cooperazione allo sviluppo che sia fondata sull'aumento delle risorse e sulla promozione di fattori di qualità, quali la razionalizzazione della gestione, la semplificazione delle procedure, l'inclusione di nuovi soggetti, la programmazione e la definizione di chiare priorità di intervento geografico e settoriale.

RACCOMANDAZIONE 5: RAFFORZARE I SISTEMI SANITARI

È indispensabile che l'Italia promuova il rafforzamento dei sistemi sanitari nel loro complesso nell'ambito delle iniziative multilaterali e delle organizzazioni internazionali che adottano spesso interventi "verticali", mirati al controllo di singole malattie o gruppi di malattie.

RACCOMANDAZIONE 6: INTEGRARE LE TEMATICHE DI GENERE IN TUTTI I PROGRAMMI E PROGETTI

È necessario rivedere le politiche di genere e di *empowerment* delle donne, sia da un punto di vista quantitativo, che qualitativo. È essenziale integrare le tematiche di genere (*gender mainstreaming*) in tutti i programmi e progetti finanziati dal Ministero degli Affari Esteri e dagli altri attori della cooperazione internazionale e realizzare azioni positive per migliorare la condizione delle donne nei Paesi in via di sviluppo. A tal fine si ritiene necessario che tutti gli attori coinvolti nella cooperazione facciano proprie metodologie e strutture che tengano conto delle discriminanti di genere e delle pari opportunità, di modo da assicurare un migliore accesso alle informazioni e allo studio delle buone pratiche.

RACCOMANDAZIONE 7: RENDERE DISPONIBILI DATI DISAGGREGATI PER GENERE E MDGs

Si richiede che la Direzione Generale per la Cooperazione allo sviluppo elabori e fornisca dati completi e dettagliati su tutti gli interventi di cooperazione, in particolare in materia di sanità, in modo da facilitare le ricerche e valutazioni in questo settore e favorire la trasparenza degli interventi. Si sollecita inoltre l'elaborazione e la diffusione di dati ufficiali disaggregati secondo gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio e secondo interventi destinati a programmi per l'equità di genere, adesso mancanti.

RACCOMANDAZIONE 8: CANCELLAZIONE DEI DEBITI

L'Italia dovrebbe portare a completamento le cancellazioni del debito previste dalla legge 209/2000 e dovrebbe assumere un ruolo attivo nell'iniziativa volte alla cancellazione dei debiti multilaterali.

RACCOMANDAZIONE 9: GARANTIRE STANDARD DI ETICITÀ E TRASPARENZA DEI PARTENARIATI PUBBLICO-PRIVATO

È urgente e necessario stabilire i principi base per la definizione dei partenariati pubblico-privato, con particolare riferimento a criteri di eticità e di trasparenza dei partner e alla necessità di garantire equilibri geografici. A questo fine, l'Italia deve anche promuovere l'adozione di standard minimi di interazione con il settore privato e in particolare con le organizzazioni della società civile, anche attraverso l'istituzione di uno specifico organo intergovernativo.

Abbreviazioni

ACP	Africa, Caribbean and the Pacific (Africa, Caraibi e Pacifico)		(Organizzazione Non Governativa)
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome (Sindrome di Immuno-Deficienza Acquisita)	OAU	Organisation of African Unity (Organizzazione dell'Unità Africana)
ARV	Antiretrovirale (anche detta Terapia Antiretrovirale – ART)	APS	Aiuto Pubblico allo Sviluppo
BMJ	British Medical Journal (anche British Medical Association – BMA)	OECD	Organization for Economic Cooperation and Development (Organizzazione per la Cooperazione Economica e lo Sviluppo)
CMH	Commission on Macroeconomics and Health (Commissione su Macroeconomia e Salute)	PRS(P)	Poverty Reduction Strategy (Paper) (Documento sulla) Strategia per la Riduzione della Povertà)
COMMAT	Commonwealth Medical Trust	RBM	Roll Back Malaria
CSP	Country Strategy Paper (Documento di Strategia Nazionale)	SWAP	Sector-Wide Approach (Approccio Settoriale Ampio)
DAC	Development Assistance Committee (Comitato di Assistenza allo Sviluppo)	Tbc	Tubercolosi
DAH	Development Assistance for Health (Aiuto allo Sviluppo per la Salute)	TRIPS	Trade-Related aspects of Intellectual Property Rights (aspetti commerciali dei Diritti di Proprietà Intellettuale)
DCI	Development Cooperation Instrument (Strumento per la Cooperazione allo Sviluppo)	UK	United Kingdom (Regno Unito)
DFID	Department For International Development (UK) (Ministero inglese per lo Sviluppo Internazionale)	UN	United Nations (Nazioni Unite, ONU)
DOTS	Directly Observed Treatment Short Course (for TB)	UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (Programma delle Nazioni Unite per l'HIV e l'AIDS)
EDF	European Development Fund (Fondo Europeo per lo Sviluppo)	UNDP	United Nations Development Programme (Programma di Sviluppo delle Nazioni Unite)
EC	European Commission ¹ (Commissione Europea)	UNFPA	United Nations Population Fund (Fondo per le Popolazioni dell'ONU)
EU	European Union (Unione Europea)	US\$ ²	United States Dollar (\$USA)
GAERC	General Affairs and External Relations Council (of the EU) (Consiglio per gli Affari Generali e per le relazioni esterne della UE)	WHO	World Health Organisation (Organizzazione Mondiale della Sanità, OMS)
GAVI	The GAVI Alliance formerly Global Alliance for Vaccines and Immunization (L'Alleanza GAVI, già Alleanza Globale per i Vaccini e l'Immunizzazione)	OMC	Organizzazione Mondiale del Commercio (OMC) (World Trade Organisation, WTO)
PIL	Prodotto Interno Lordo		
GFATM	Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (Fondo globale per la lotta all'AIDS, la tubercolosi e la malaria)		
GHI	Global Health Initiative (Iniziativa Globale per la Salute)		
GHP	Global Health Partnership (Partenariato Globale per la Salute)		
PNL	Prodotto Nazionale Lordo		
RNL	Reddito Nazionale Lordo		
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Virus Umano dell'Immuno Deficienza Acquisita)		
ICPD	International Conference on Population and Development (Conferenza Internazionale sulla Popolazione e lo Sviluppo)		
IMF	International Monetary Fund (Fondo Monetario Internazionale)		
MDGs	Millennium Development Goals (Obiettivi di Sviluppo del Millennio)		
MTEF	Medium Term Expenditure Framework		
NGO	Non Government Organisation		

¹ A causa della sua ambiguità in quanto può anche indicare la Comunità Europea, in questa relazione non viene usata se non dove risulta inclusa nel titolo di una pubblicazione, come European Commission, 2003; Azione per la salute globale, 2007

² Le cifre di questo dossier vengono essenzialmente fornite nelle valute citate nelle pubblicazioni relative. Nella maggior parte dei casi si tratta di dollari USA. A scopo comparativo, nel Riassunto Esecutivo sono state fornite cifre in Euro calcolate sulla base dell'attuale tasso di cambio di euro 1 pari a dollari USA 1,37.

Bibliografia sezioni uno e due

ActionAid (2006) *Real Aid: Making Technical Assistance Work* Second of two reports, disponibile in http://www.actionaid.org.uk/doc_lib/real_aid2.pdf

Action for Global Health (2007) *An Unhealthy Prognosis: The EC's Development Funding for Health* May 2007, disponibile in http://www.eepa.be/wcm/dmdocuments/publications/PUB_Health_Report_CMYK.pdf

African Union (2005) *Progress Report on the Implementation of the Plans of Action of the Abuja Declarations for Malaria, HIV/AIDS and Tuberculosis* Revised Final Draft, 22 December 2005.

African Union (2006) *Special Summit of African Union on HIV and AIDS, Tuberculosis and Malaria (ATM)* Abuja, Nigeria, May 2006, disponibile in http://www.africa-union.org/root/au/conferences/past/2006/ma_y_summit/doc/en/ABUJA_CALL.pdf

Alliance 2015 (2007) Personal communication relating to material to be included in fourth edition of 2015 Watch

Attaran, A. (2005) *An Immeasurable Crisis? A Criticism of the Millennium Development Goals and Why They Cannot Be Measured* Published in PLoS Medicine, October 2005, volume 2, issue 10, e318

Avert (2007a) *The Impact of HIV and AIDS on Africa* Disponibile in <http://www.avert.org/aidsimpact.htm>

Avert (2007b) *TRIPS, AIDS and Generic Drugs* Disponibile in <http://www.avert.org/generic.htm>

Baroness Royall (2007) *New Target, New Prospects: Future Direction for MDG5 on Maternal Health* Speech at COMMAT/BMA conference, disponibile in http://www.commat.org/index.php?option=com_content&task=view&id=48&Itemid=35

Bahl, R., Bhandari, N., Taneja, S., Mazumder, S. and Bhan, G. (2005) *The Effect of Maternal Education on Gender Bias in Care-Seeking Behaviour for Common Childhood Illnesses* Social Science and Medicine, 2005, volume 60, number 4, 715-724, abstract disponibile in <http://www.cababstractsplus.org/google/abstract.asp?AcNo=20053016668>

Black, R. E., Morris, S. S. and Bryce, J. (2003) *Where and Why Are 10 Million Children Dying Every Year?* Lancet 361: 9376 2226 - 34(2003) Disponibile in http://www.cfwshops.org/download/child_survival.pdf

Bloom, D.E., Canning, D. and Jaypee S. (2004) *The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach* World Development, Vol. 32, No. 1, January 2004, pp. 1-13.

Bureau for Economic Research (2006) *The Macro-economic Impact of HIV/AIDS under Alternative Intervention Scenarios (with Specific Reference to ART) in the South African Economy* Disponibile in http://academic.sun.ac.za/beo/downloads/2006/aids/Final%20Aids%20Report_Jun06.pdf

Christian Aid (2006) *Challenging Conditions: A New Strategy for Reform at the World Bank and IMF* July 2006, disponibile in <http://www.christianaid.org.uk/indepth/607ifis/challengingconditions.pdf>

Collins, E. and Sheehan, B. (2004) *Access to Health Services for Transsexual People* Equality Research Series, disponibile in <http://www.glen.ie/public/pdfs/Access%20to%20Health%20Services%20for%20Transsexual%20People%5B1%5D%202004.pdf>

Commission on Macroeconomics and Health (2001) *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development* Disponibile in <http://www.cid.harvard.edu/cidcmh/CMHReport.pdf>

Council of the EU (2005a) *Council Conclusions: Accelerating Progress towards Achieving the Millennium Development Goals* External Relations Council, Brussels, May 2005, disponibile in <http://www.unmillenniumproject.org/documents/EUExternalRelations24May.pdf>

Council of the EU (2005b) *Joint Statement by the Council and the Representatives of the Governments of Member States Meeting with the Council, the European Parliament and the Commission on European Development Policy: The European Consensus* Adopted February 2007, disponibile in <http://www.dfid.gov.uk/eupresidency2005/eu-consensus-development.pdf>

Council of the EU (2005c) *Financial Perspective 2007-2013* Annex 2, disponibile in http://ue.eu.int/ueDocs/cms_Data/docs/pressdata/en/misc/87677.pdf

Council of the EU (2007a) *European Programme for Action to Tackle the Critical Shortage of Health Workers in Developing countries (2007-2013)* Note from Development Cooperation Working Party, March 2007, disponibile in http://www.eepa.be/wcm/mambots/editors/mostlyce/jscripts/tiny_mce/plugins/filemanager/files/EU_070515_GAERC_Conclusions_Healthworkers.pdf

Council of the EU (2007b) *Gender Equality and Women's Empowerment in Development Cooperation* Disponibile in <http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/07/st09/st09561.en07.pdf>

Crisp, N. (2007) *Global Health Partnerships: The UK Contribution to Health in Developing countries* February 2007

DFID (2004) *UK pledges £100m for better Health in Malawi* Disponibile in <http://www.dfid.gov.uk/news/files/pressreleases/pr-malawi-health-full.asp>

DFID (2005) *DFID's Maternal Health Strategy: Reducing Maternal Deaths: Evidence and Action: First Progress Report* December 2005, disponibile in <http://www.dfid.gov.uk/pubs/files/maternal-health-progress-report.pdf>

DFID (2006) *Eliminating World Poverty: Making Governance Work for the Poor* White Paper produced July 2006, disponibile in <http://www.dfid.gov.uk/wp2006/whitepaper-printer-friendly.pdf>

DFID (2007) *Sector Wide Approaches* Disponibile in <http://www.dfid.gov.uk/mdg/aid-effectiveness/swaps.asp>

Dixon, S., McDonald, S. and Roberts, J. (2002) *The Impact of HIV and AIDS on Africa's Economic Development* BMJ, 2002, January 26; 324(7331): 232-234, disponibile in <http://www.pubmed-central.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1122139>

Dmytraczenko, T., Rao, V. and Ashford, L. (2003) *Health Sector Reform: How It Affects Reproductive Health Policy* Brief produced by Measure Communication and PHR Plus, disponibile in <http://www.prb.org/pdf/HealthSectorReformbw.pdf>

Europa (2002) *Health: Health and Poverty Reduction* Disponibile in <http://europa.eu/scadplus/leg/en/lvb/r12516.htm>

Europa (2006) *Financing for development and aid effectiveness* Disponibile in <http://europa.eu/scadplus/leg/en/lvb/r12536.htm>

Europa (2007) *Outline for the Joint EU-Africa Strategy* Disponibile in http://ec.europa.eu/development/ICenter/Pdf/2007/EU-Africa_Strategy_outlinefinal070515_en.pdf

Europafrica (2006) *EU-Africa e-alert: EDF 10, Development Cooperation Instrument and EU Development Policy* Disponibile in <http://europafrica.org/2006/11/15/edf-10-development-cooperation-instrument-and-eu-development-policy/>

EuropaWorld (2006) *Questions and Answers: The Aid Effectiveness Package* Disponibile in <http://www.europaworld.org/week258/questions3306.html>

European Commission (2003) *Thematic Evaluation of the Integration of Gender in EC Development Co-operation with Third Countries* Disponibile in http://ec.europa.eu/europeaid/projects/eidhr/pdf/gender-final-report-volume1_en.pdf

European Commission (2005) *A European Programme for Action to Confront HIV, AIDS, Malaria and Tuberculosis through External Action* Disponibile in http://ec.europa.eu/development/body/tmp_docs/communication_programme_hiv_aids_malaria_tuberculosis_2007_2011_en.pdf

- European Commission (2006) *Development Cooperation: General Policy: European Parliament Resolution on Aid Effectiveness and Corruption in Developing countries* EU Bulletin, 4-2006, disponibile in <http://europa.eu/bulletin/en/200604/p129001.htm>
- European Commission (2007a) *EU Budget 2007* – details disponibile in http://ec.europa.eu/budget/budget_glance/index_en.htm
- European Commission (2007b) *Country and Regional Strategy Papers* Disponibile in http://ec.europa.eu/external_relations/sp/index.htm
- European Commission (2007c) *EU Code of Conduct on Division of Labour in Development Policy* Disponibile in http://ec.europa.eu/development/body/tmp_docs/2007/communication_labor_division_en.pdf
- European Parliament (2007) *European Parliament Resolution on Budget Aid for Developing countries* Disponibile in <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2007-0043+0+DOC+XML+V0/EN>
- European Parliament and the Council of the EU (2003) *Regulation (EC) No 1568/2003 of the European Parliament and of the Council of 15 July 2003 on Aid to Fight Poverty Diseases (HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria) in Developing countries* Disponibile in http://ec.europa.eu/europeaid/projects/health/documents/regulation_1568.pdf
- Farmer P. (2006) *From "Marvellous Momentum" to Health Care for All: Success is Possible with the Right Programs* Foreign Affairs, July/August 2006, disponibile in <http://www.foreignaffairs.org/20070301faresponse86213/paul-farmer-laurie-garrett/from-marvellous-momentum-to-health-care-for-all-success-is-possible-with-the-right-programs.html>
- Federal Ministry for Economic Cooperation and Development (2007) *Petersberg Communiqué on European Development Policy* Disponibile in http://www.eu2007.de/en/News/download_docs/Maerz/0312-RAA1/080Abschlusskommunique.pdf
- Fikree, F.F. and Pasha, O. (2004) *Role of Gender in Health Disparity: The South Asian Context* BMJ, Volume 328, 823-825, disponibile in <http://www.bmj.com/cgi/reprint/328/7443/823>
- Garrett, L. (2007) *The Challenge of Global Health* Foreign Affairs, January/February 2007, disponibile in <http://www.foreignaffairs.org/20070101faessay86103/laurie-garrett/the-challenge-of-global-health.html>
- GAVI Alliance (2007) *Health Systems Strengthening* Disponibile in http://www.gavialliance.org/resources/FS_GAVI_HSS_Jan07_w eb_EN.pdf
- Global Forum for Health Research (2007a) *The 10/90 Gap: Now* Disponibile in http://www.globalforumhealth.org/Site/003_The%2010%2090%20gap/001_Now.php
- Global Forum for Health Research (2007b) *10/90 Report on Health Research 2003-2004* Disponibile in http://www.globalforumhealth.org/Site/002_What%20we%20do/005_Publications/001_10%2090%20reports.php
- Global Fund (2007a) *Guidelines for Proposals: Round 7* Disponibile in http://www.theglobalfund.org/en/files/apply/call/seven/Guidelines_for_Proposals_R7_en.pdf
- Global Fund (2007b) *Pledges* Excel sheet, disponibile in <http://www.theglobalfund.org/en/files/pledges&contributions.xls>
- Hall, J. J. and Taylor, R. (2003) *Health for All Beyond 2000: The Demise of the Alma-Ata Declaration and Primary Health Care in Developing countries* MJA, 2003, 178, 17-20, disponibile in http://www.mja.com.au/public/issues/178_01_060103/hal10723_fm.pdf
- Heller, P.S. (2005) *Back to Basics - Fiscal Space: what it is and how to get it?* Finance and Development, June 2005, Volume 42, Number 2, disponibile in <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2005/06/basics.htm>
- Heller, P.S. (2006) *Managing Fiscal policy in Low Income Countries: How to Reconcile a Scaling up of Aid Flows and Debt Relief with Macroeconomic Stability* IMF PowerPoint presentation dated June 2006, disponibile in <http://www.wider.unu.edu/conference/conference-2006-1/conference-2006-1-powerpoint-presentations/Heller.ppt#256,1>
- High Level Forum (2005) *Paris Declaration on Aid Effectiveness* Disponibile in <http://www.oecd.org/dataoecd/11/41/34428351.pdf>
- ICPD (1994) *International Conference on Population and Development* Disponibile in <http://www.un.org/popin/icpd2.htm>
- International Conference on Primary Health Care (1978) *Declaration of Alma-Ata* September 1978, disponibile in http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
- International Monetary Fund (2004) *Evaluation of the IMF's Role in Poverty Reduction Strategy Papers and the Poverty Reduction and Growth Facility* Disponibile in <http://www.imf.org/external/np/ieo/2004/prspprgf/eng/report.pdf>
- International Monetary Fund (2005) *Monetary and Fiscal Policy Design Issues in Low-Income Countries* August 2005, disponibile in <http://www.imf.org/external/np/pp/eng/2005/080805m.pdf>
- Islam, M. K. and Gerdtham, U-G. (2006) *Moving towards Universal Coverage: Issues in Maternal-Newborn Health and Poverty - The Costs of Maternal-Newborn Health and Poverty: The Costs of Maternal-Newborn and Mortality* Disponibile in http://www.who.int/reproductive-health/universal_coverage/issue2/costsmnh_gerdtham2.pdf
- Johns, B., Sigurbjörnsdóttir, K., Fogstad, H., Zupan, J., Mathai, M. and Edejer, T. T-T., (2007) *Estimated Global Resources Needed to Attain Universal Coverage of Maternal and Newborn Health Services* Bulletin of the World Health Organisation, April 2007, 85 (4), 256-263, disponibile in <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/4/06-032037.pdf>
- Jones, G., Steketee, R.W., Black, R.E, Bhuttam Z.A. and Morris, S.S. (2003) *How many Child Deaths can we Prevent this Year?* The Lancet, 2003, 362:65-71 <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673603138111/fulltext>
- MDGender.Net (undated) *Gender Equality and the MDGs* Disponibile in <http://www.mdgender.net/>
- Michaud, C. (2003) *Development Assistance for Health (DAH): Recent Trends and Resource Allocation* Paper prepared for the second consultation, Commission on Macroeconomics and Health, WHO, Geneva, October 2003, disponibile in http://www.who.int/macrohealth/events/health_for_poor/en/dah_trends_nov10.pdf and cited in WHO, 2006c
- OECD DAC (2006) *Final ODA Data for 2005* Disponibile in <http://www.oecd.org/dataoecd/52/18/37790990.pdf>
- OECD DAC (2007) *Creditor Reporting System Online* Disponibile in <http://www.oecd.org/dataoecd/50/17/5037721.htm> (accessed 9th June 2007)
- ODI (2005) *Scaling up versus Absorptive Capacity: Challenges and Opportunities for Reaching the MDGs in Africa* Briefing Paper, disponibile in http://www.odi.org.uk/publications/briefing/bp_may05_absorptive_capacity.pdf
- Office of the High Commissioner for Human Rights (1976) *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights* Adopted in 1966 and came into force in 1976, disponibile in http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/a_cescr.htm
- Organisation of African Unity (OAU) (2001) *Abuja Declaration on HIV/AIDS, TB and other Related Infectious Diseases* April, 2001, disponibile in <http://www.uneca.org/ADF2000/Abuja%20Declaration.htm>

- Penfold, S., Harrison, E. and Bell, J. (2006) *Evaluation of the Free Delivery Policy in Ghana: Population Estimates of Changes in Delivery Service Utilization*, August 2006, Aberdeen and Accra, IMMPACT, cited in Witter, S., Kusi, A., and Aikins, M. (2007) *Working Practices and Incomes of Health Workers: Evidence from an Evaluation of a Delivery Fee Exemption Scheme in Ghana* Human Resources for Health, January 2007; 5: 2, disponibile in <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1783666>
-
- Roll Back Malaria (RBM) (undated) *Economic Costs of Malaria* Disponibile in http://www.rbm.who.int/cmc_upload/0/000/015/363/RBMInfosheet_10.htm
-
- Roll Back Malaria, UNICEF and WHO (undated) *World Malaria Report 2005* Disponibile in <http://rbm.who.int/wmr2005/>
-
- Roodman, D. (2006) *An Index of Donor Performance* Center for Global Development, November 2006, disponibile in <http://www.cgdev.org/doc/cdi/2006/WP67nov.pdf>
-
- Sachs J. (2007) *Beware False Trade-offs* Disponibile in http://www.foreignaffairs.org/special/global_health/sachs
-
- Schieber, G., Fleisher, L. and Gottret, P. (2006) *Getting Real on Health Financing* Finance and Development, December 2006, Volume 43, Number 4, disponibile in <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2006/12/schieber.htm#author#author>
-
- SSS (2007) *Interim Evaluation of Taking Action: The UK Government's Strategy for Tackling HIV and AIDS in the Developing World* Final report, DFID, Glasgow
-
- Stenberg, K., Johns, B., Scherpbier, R. W. and Edejer, T. T. (2007) *A Financial Road Map to Scaling up Essential Child Health Interventions in 75 Countries* Bulletin of the World Health Organisation, April 2007, 85 (4), 305-314, disponibile in <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/4/06-032052.pdf>
-
- UN (1948) *Universal Declaration of Human Rights* Disponibile in <http://www.un.org/Overview/rights.html>
-
- UN (2005) *The Millennium Development Goals Report 2005* Disponibile in <http://www.unfpa.org/icpd/docs/mdgrept2005.pdf>
-
- UN (2006) *The Millennium Development Goals Report 2006* Disponibile in <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2006/MDGReport2006.pdf>
-
- UNAIDS (2006) *The Impact of AIDS on People and Societies* chapter 4 in 2006 Report on the Global AIDS Epidemic, disponibile in http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006_GR_CH04_en.pdf
-
- UNAIDS and WHO (2006) *AIDS Epidemic Update 2006* December 2006, disponibile in http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_en.pdf
-
- UNDP (1998) *Human Development Programme Report 1998* Disponibile in <http://hdr.undp.org/reports/global/1998/en/>
-
- UNFPA (2007) *Family Planning: So that Every Pregnancy is Wanted* Disponibile in <http://www.unfpa.org/rh/planning.htm>
-
- UN Millennium Project (2004) *Millennium Development Goals Needs Assessments: Country Case Studies of Bangladesh, Cambodia, Ghana, Tanzania and Uganda* Working Paper, dated January 2004, disponibile in http://www.unmillenniumproject.org/documents/mp_ccspaper_jan1704.pdf
-
- UN Millennium Project (2005a) *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals* Disponibile in <http://www.unmillenniumproject.org/documents/MainReportComplete-lowres.pdf>
-
- UN Millennium Project (2005b) *Who's got the Power? Transforming Health Systems for Women and Children* Summary version disponibile in <http://www.unmillenniumproject.org/documents/TF4Childandmaternalhealth.pdf>
-
- USINFO (2005) *Official Aid to Developing countries Rose 4.6% in 2004* Article citing OECD figures, disponibile in <http://usinfo.state.gov/xarchives/display.html?p=washfile-english&y=2005&m=April&x=20050411090615AKIlennoCcM0.2872431>
-
- Wemos (2006) *IMF Macroeconomic Policies and Health Sector Budgets* Disponibile in http://www.wemos.nl/Documents/wemos_synthesis_report.pdf
-
- Whitehead, A. (2003) *Failing Women, Sustaining Poverty: Gender in Poverty Reduction Strategy Papers* A report for the UK Gender and Development Network, disponibile in http://www.christian-aid.org.uk/indepth/0306gad/failing_women.pdf
-
- WHO (1948) *Definition of Health* Preamble to the Constitution of the World Health Organisation that entered into force on 7 April 1948.
-
- WHO (2002) *Introduction to Scaling up the Response to Infectious Diseases*, disponibile in <http://www.who.int/infectious-disease-report/2002/introduction.html>
-
- WHO (2003) *En-gendering the Millennium Development Goals (MDGs) on Health* Disponibile in <http://www.who.int/gender/mainstreaming/en/MDG.pdf>
-
- WHO (2006a) *Constitution of the World Health Organisation* Forty fifth edition, supplement, October 2006, disponibile in http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
-
- WHO (2006b) *Opportunities for Global Health Initiatives in the Health System Action Agenda* Working Paper 4 in series entitled Making Health Systems Work, disponibile in <http://www.who.int/management/Making%20OHSWork%204.pdf>
-
- WHO (2006c) *Working Together for Health: The World Health Report 2006* disponibile in http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf
-
- WHO (2006d) *Technical Consultation on Reproductive Health Indicators* Report of Geneva meeting held September 2005, disponibile in http://www.who.int/reproductive-health/publications/rhindicators_consultation/excsummarywithcover.pdf
-
- WHO (2006e) *Reproductive Health Indicators: Guidelines for their Generation, Interpretation and Analysis for Global Monitoring* Disponibile in http://www.who.int/reproductive-health/publications/rh_indicators/guidelines.pdf
-
- WHO (2007a) *Health in the Millennium Development Goals* Disponibile in <http://www.who.int/mdg/goals/en/print.html>
-
- WHO (2007b) *World Health Statistics 2007* Disponibile in <http://www.who.int/whosis/whostat2007.pdf>
-
- WHO (2007c) *WHO Report 2007: Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing* Disponibile in http://www.who.int/tb/publications/global_report/2007/pdf/full.pdf
-
- WHO (2007d) Unpublished study
-
- World Bank (2004) *The Poverty Reduction Strategy Initiative: An Independent Evaluation of the World Bank's Support through 2003* Disponibile in [http://lnweb18.worldbank.org/oed/oeddoctlib.nsf/24cc3bb1f94ae11c85256808006a0046/6b5669f816a60aaf85256ec1006346ac/\\$FILE/P_RSP_Evaluation.pdf](http://lnweb18.worldbank.org/oed/oeddoctlib.nsf/24cc3bb1f94ae11c85256808006a0046/6b5669f816a60aaf85256ec1006346ac/$FILE/P_RSP_Evaluation.pdf)
-
- World Bank (2005a) *Health Financing Revisited* Washington, World Bank, disponibile in <http://siteresources.worldbank.org/INTHSD/Resources/topics/Health-Financing/HFRFull.pdf>
-
- World Bank (2005b) *The Poverty Reduction Strategy Initiative: Findings from 10 Country Case Studies of World Bank and IMF Support* Disponibile in [http://lnweb18.worldbank.org/oed/oeddoctlib.nsf/DocUNIDViewForJavaSearch/4BA6B6ACF4E7856D85256FE10062BBB3/\\$file/prsp_country_case_studies.pdf](http://lnweb18.worldbank.org/oed/oeddoctlib.nsf/DocUNIDViewForJavaSearch/4BA6B6ACF4E7856D85256FE10062BBB3/$file/prsp_country_case_studies.pdf)
-
- World Bank (2007) *Global Monitoring Report 2006* Disponibile in <http://siteresources.worldbank.org/INTGLOBALMONITORING2006/Resources/2186625-1145565069381/GMR06Complete.pdf>
-
- World Bank (2007) *Global Monitoring Report 2007* Disponibile in <http://www.imf.org/external/pubs/ft/gmr/2007/eng/gmr.pdf>

Bibliografia sezione tre

ActionAid (2007) *L'Italia e la lotta alla povertà nel mondo*.
<http://www.azioneaiuto.it/fileViewAction.do?xclass=Multimediafile&field=file&width=0&height=0&mime=application/pdf&id=23300>

ActionAid (2006). *Ogni promessa è debito. L'impegno italiano nella lotta all'HIV e AIDS tra dichiarazioni internazionali e azioni nazionali*.
<http://www.azioneaiuto.it/fileViewAction.do?xclass=Multimediafile&field=file&width=0&height=0&mime=application/pdf&id=23124>

Coalizione italiana contro la povertà. *L'Italia del Millennio. L'impegno italiano per il raggiungimento dei Millennium development Goals (MDGs). la voce della Società civile e della politica. Giugno 2005*.
<http://www.carmillaonline.com/archives/Millemium%20Goals%20-%20Italia.pdf>

Coalizione italiana contro la povertà. *L'Italia deve fare la sua parte! A meno di tre settimane dal vertice di Gleneagles, il risultato del summit appare ancora in bilico. Quale sarà il contributo del nostro paese? Un policy paper della Coalizione italiana contro la povertà, 23 giugno 2005*
<http://www.ongitaliane.it/ong/documenti/Centro/GCAP%20G8.pdf>

Di Martino, M.P., P. Malara (2007) *Analisi e considerazioni sulle esperienze realizzate in: Ministero degli Affari Esteri e Ministero della Salute, Conferenza per la costituzione di un partenariato per la salute con i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente, Atti della Conferenza, Roma, 8 febbraio 2007*

Dipco n. 14, 12 Aprile 2007.
<http://www.cooperazioneallosviluppo.esteri.it/pdgcs/italiano/Pubblicazioni/Dipco/Dipco.html>

Dipco n.22, 7 Giugno 2007
<http://www.cooperazioneallosviluppo.esteri.it/pdgcs/italiano/Pubblicazioni/Dipco/Dipco.html>

Granturco, L. (2006) *Et dona ferentes: il paradigma degli aiuti tra maschera e volto in "Limes", n. 3, 2006*

Ministero degli Affari Esteri (1998) *Linee-guida per la valorizzazione del ruolo delle donne e la promozione di un'ottica di genere nell'aiuto pubblico allo sviluppo dell'Italia*, Novembre 1998, www.cooperazioneallosviluppo.esteri.it

Ministero degli Affari Esteri (2004) *Relazione al Parlamento sull'attuazione della politica di cooperazione allo sviluppo*.
http://legxiv.camera.it/_dati/leg14/lavori/documentiparlamentari/indiceetesti/055/elenco.htm

Ministero degli Affari Esteri (2007) *Relazione previsionale e programmatica sulle attività di cooperazione allo sviluppo*

Martens, J. (2007) *Multistakeholder partnerships – Future models of multilateralism?* Friedrich Ebert Stiftung, Berlin, <http://library.fes.de/pdf-files/iez/04244.pdf>

Osservatorio Italiano sulla Salute Globale (2004) *Rapporto 2004 salute e globalizzazione* Feltrinelli,

Osservatorio Italiano sulla Salute Globale (2006) *A caro prezzo. Le disuguaglianze nella salute*. ETS

Social Watch, Rapporto (2006) *Architettura Impossibile*.
http://www.socialwatch.org/en/informelmpreso/tablaDeContenidos2006_ita.htm

Stati Generali della Solidarietà e Cooperazione Internazionale (2007) *Documento del Gruppo di lavoro DIRITTI: beni comuni, salute, educazione, migrazioni*.
http://www.statigeneralisc.it/data/files/GRUPPO_DIRITTI__SINTETICO.pdf

Ministero dell'Economia e delle Finanze (2006) *Relazione sullo stato di attuazione della legge recante misure per la riduzione del debito estero dei paesi a più basso reddito e maggiormente indebitati (al 30 giugno 2005)* presentata dal Ministro dell'Economia e delle Finanze (Tremonti), trasmessa alla presidenza il 20 aprile 2006.

Sbilanciamoci! (2006) *Perché il mondo ha bisogno di tasse globali*.

Sbilanciamoci! (2007) *Libro Bianco 2007 sulle politiche pubbliche di cooperazione allo sviluppo in Italia*
http://www.sbilanciamoci.org/index.php?option=com_content&task=view&id=377

UNDP (2003) *Rapporto 2003 sullo sviluppo umano. Le azioni politiche contro la povertà*, Rosenberg & Sellier Editori.

UNDP (2005) *Rapporto 2005 sullo sviluppo umano. La cooperazione internazionale a un bivio*, Rosenberg & Sellier Editori.

United Nations (2004) *Multistakeholder Partnerships and UN-Civil Society Relationships*. Collection of Materials from the Multistakeholder Workshop on Partnerships and UN-Civil Society Relationships. New York: UN

Zani, Mauro (a cura di). *Tra sviluppo e povertà: esperienze a confronto*. Pubblicazione edita dal Gruppo Socialista al Parlamento Europeo. Delegation Italiana. 2006.