



Le politiche che fanno la differenza. La salute e i diritti sessuali e riproduttivi per promuovere lo sviluppo

**True Development
Through Health**

Non c'è sviluppo senza salute



Questa pubblicazione è stata realizzata nell'ambito del progetto "True Development Through Health", co-finanziato dall'Unione Europea. Il contenuto della presente pubblicazione è responsabilità dell'organizzazione coordinatrice del progetto, AIDOS, e dei suoi partner, e non riflette in alcun modo l'opinione dell'Unione Europea.



**Le politiche che
fanno la differenza.**

**La salute e i diritti
sessuali e riproduttivi
per promuovere lo sviluppo**

True Development
Through Health

Non c'è sviluppo senza salute



Rapporto 2008

Le politiche che fanno la differenza.

La salute e i diritti sessuali e riproduttivi per promuovere lo sviluppo

Realizzato nell'ambito della campagna "Non c'è sviluppo senza salute" - "True Development Through Health", co-finanziata dall'Unione Europea, che mira ad accrescere la consapevolezza dell'opinione pubblica sull'impatto che il miglioramento della salute potrebbe avere sullo sviluppo globale e la riduzione della povertà e a sensibilizzare i governi, gli organismi internazionali e le ONG, contribuendo così al raggiungimento degli Obiettivi di sviluppo del Millennio entro il 2015.

Coordinatrice della ricerca

Elena Vuolo

Contributi alla ricerca

Renate Baehr
Matthias Brucker
Paola Giuliani
Krystyna Kacpura
Natalia Lupi
Mascha Matthews
Wanda Nowicka
Maike Schliebs
Cristiana Scoppa
Irene Viola

Ringraziamenti speciali a

Daniela Colombo, Luca De Fraia, Marta Monteso Cullell, Iacopo Viciani

Traduzione dall'inglese

Anna Maria Tagliavini

Revisione e editing

AIDOS

Fotografie

Copertina, da sinistra a destra: MHallahan/Sumitomo Chemical - Olyset® Net; Reiner Klingholz, GEO; DSW; retro di copertina: Andrea Kuenzig/DSW

Progetto grafico

Simone Schmidt, Germania

Impaginazione

Simona Ferri

Stampa

Informatica & Printing

Data pubblicazione

Maggio 2008 - Ricerca conclusa: 1 marzo 2008.

Partners del progetto "True Development Through Health"

act:onaid

www.actionaid.it

AIDOS Associazione italiana
donne per lo sviluppo
www.aidos.it



Centro di educazione
sanitaria e tecnologie
appropriate sanitarie

www.cestas.org



DSW

Fondazione tedesca per
la popolazione mondiale

www.dsw-online.de



FWFP, Federazione
polacca per le donne e la
pianificazione familiare

www.federa.org.pl

Sommario

6	Introduzione
8	Sintesi del rapporto
9	Sezione I
	Aiuto pubblico allo sviluppo. Tendenze e analisi in una prospettiva globale: quale ruolo e priorità per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi
10	1 La divergenza tra promesse e realtà
11	2 Obiettivi di sviluppo del Millennio: spinte propulsive o barriere per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi?
14	2.1 Verticalizzazione della salute
14	2.2 La questione della correttezza dei dati
14	2.3 La situazione delle malattie più diffuse
15	2.4 Proseguire verso gli MDG: la situazione secondo gli indicatori, a metà strada verso il 2015
16	3 Opportunità e sfide dei meccanismi di finanziamento globale
16	3.1 Perché rafforzare i diritti sessuali e riproduttivi all'interno dei progetti di finanziamento globale?
18	4 L'approccio degli Stati Uniti ai finanziamenti e alle politiche per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi
19	5 UNFPA: affrontare le difficoltà di finanziamento e preparare la strada ai diritti sessuali e riproduttivi
20	5.1 Il vincolo sui finanziamenti
21	6 Unione Europea: quando le buone politiche non bastano a garantire salute e diritti sessuali e riproduttivi
21	6.1 L'impegno UE per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi: servono finanziamenti concreti.
23	6.2 Gli impegni UE per gli Obiettivi di sviluppo del Millennio
23	6.3 Fondi UE per la salute e l'aiuto alla popolazione
23	6.4 Il sostegno UE agli MDG – Le politiche europee hanno un impatto limitato sugli Obiettivi
25	7 Le tendenze future

27 **Sezione II**

Germania, Italia e Polonia: politiche e strategie per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi nei paesi in via di sviluppo a confronto

28 **1 Germania**

- 28 1.1 Promuovere la salute e i diritti sessuali e riproduttivi nell'ambito della lotta all'HIV e AIDS
- 29 1.2 Un forte sostegno alle organizzazioni multilaterali
- 29 1.3 Canali multipli per finanziare la salute e i diritti sessuali e riproduttivi

30 **2 Italia**

- 30 2.1 L'aiuto pubblico allo sviluppo italiano: discontinuità dei finanziamenti e dei programmi
- 31 2.2 Sostegno alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi e alla lotta contro HIV e AIDS: promesse non mantenute
- 32 2.3 Governo e impegno politico negli sforzi per conseguire gli Obiettivi
- 32 2.4 Cooperazione con le ONG

33 **3 Polonia**

- 33 3.1 L'aiuto pubblico allo sviluppo in generale
- 33 3.2 Fondi per gli MDG
- 34 3.3 Uguaglianza di genere ed empowerment: che ruolo hanno nelle politiche di aiuto?
- 34 3.4 Il ruolo chiave delle ONG polacche

36 **Sezione III**

Studi di caso e buone pratiche

38 **1 Il caso del Bangladesh: i diritti sessuali e riproduttivi come preconditione per l'accesso**

40 **2 Il caso della Nigeria: analisi dei diritti delle donne e dell'accesso universale alla prevenzione e alla cura di HIV e AIDS**

41 **3 Perché è importante investire nei programmi collegati alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi?**

42 **4 Diritti delle donne all'istruzione e informazione nelle scuole**

43 **5 Tecnologie e interventi medici: la prevenzione nelle mani delle donne**

- 43 5.1 La Reproductive Health Supply Coalition
- 44 5.2 Preservativi
- 44 5.3 Microbicidi
- 44 5.4 Profilassi post-esposizione (Post-exposure prophylaxis, PEP)
- 46 5.5 Approcci integrati ai problemi ostetrici
- 47 5.6 Abortire in condizioni di sicurezza

48 **6 Servizi: la prevenzione della trasmissione da madre a figlio (Mother-to-Child Transmission-Plus, PMTCT-Plus)**

50 **7 L'approccio di AIDOS per la creazione di centri sanitari di base per la salute sessuale e riproduttiva**

52	Sezione IV
	Prospettive future
53	1 Finanziamenti: razionalizzare e incrementare le risorse
54	2 Promuovere politiche di coordinamento e multisettoriali
55	3 Politiche più aperte e partecipative
56	4 Superare la salute sessuale e riproduttiva per arrivare alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi
57	5 Obiettivi di sviluppo del Millennio: leva o ostacolo per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi?
58	6 Affrontare AIDS, tubercolosi e malaria con un approccio integrato alla salute
60	Glossario
63	Acronimi e abbreviazioni
64	Bibliografia

Introduzione

Ogni anno il diritto a scelte sessuali e riproduttive libere e sicure è negato a milioni di donne e uomini. In pratica ciò significa che oltre 350 milioni di coppie non hanno accesso a contraccettivi moderni e alle informazioni che permetterebbero loro di decidere quando avere figli¹. Oltre 14 milioni di adolescenti diventano madri tra i 15 e i 19 anni² e per migliaia di loro il parto comporta pericolose conseguenze, come le fistole ostetriche, condannandole a una condizione di marginalità ed esclusione a causa della inarrestabile perdita di urine o feci. Stime delle Nazioni Unite indicano che nel mondo ogni anno 18 milioni di aborti vengono praticati da persone senza appropriate qualifiche sanitarie; tra le gravidanze portate a termine nell'Africa Sub-Sahariana, invece, il 67 per cento dei neonati viene al mondo senza assistenza ostetrica professionale. Oltre mezzo milione di donne nel mondo ogni anno perde la vita per cause legate alla gravidanza e al parto: una ogni minuto, anche se l'UNFPA, il Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione, sta rivedendo queste stime al rialzo, fino a contarne quasi il doppio ogni anno, di cui il 99% nei paesi in via di sviluppo. Per quanto riguarda l'HIV e AIDS, UNAIDS stima una nuova infezione ogni 6 secondi. Infine, 340 milioni di persone tra i 15 e i 49 anni³ contraggono infezioni a trasmissione sessuale, ma si tratta ancora una volta di cifre sottostimate, come avverte l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Queste cifre danno solo in parte la reale dimensione del problema: non si tratta solo di malattie mortali, ma anche di patologie e invalidità che diventano croniche. Queste conseguenze sono tanto più gravi perché legate ad aspetti critici ed essenziali dello sviluppo degli individui, quali la salute sessuale e riproduttiva. Ben più grave è il fatto che queste conseguenze potrebbero facilmente essere evitate ricorrendo a mezzi e strumenti accessibili e relativamente poco costosi, ma finiscono invece per incidere pesantemente sulle opportunità di sviluppo di interi paesi.

Sono statistiche impressionanti, sostanzialmente invariate o aggiornate sempre e solo al rialzo, che testimoniano come la comunità internazionale abbia trascurato la salute e i diritti sessuali e riproduttivi, nonostante gli impegni assunti fin dal 1994 alla Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo e lo slancio impresso dagli Obiettivi di sviluppo del Millennio, noti anche come MDG, Millennium Development Goals, sottoscritti nel 2000. Questi ultimi fissano traguardi specifici e concreti da raggiungere entro il 2015. Tuttavia, come scriveva il Segretario Generale delle Nazioni Unite Kofi Annan nel 2005, “[gli MDG] non potranno essere conseguiti se non si affrontano con determinazione i problemi di popolazione e salute riproduttiva. Ciò significa sforzi più decisi per promuovere i diritti delle donne e maggiori investimenti nel settore dell'istruzione e della sanità, in cui devono essere compresi la salute riproduttiva e la pianificazione familiare”.

La discrepanza tra impegni - in termini di dichiarazioni, finanziamenti e politiche per realizzarli - e realtà, in cui la salute e i diritti sessuali e riproduttivi negati a milioni di persone continuano a causare morti e malattie, richiede una urgente analisi per comprendere le ragioni di questo squilibrio e intraprendere azioni correttive.

Il presente Rapporto vuole dimostrare come, a livello internazionale, europeo e nazionale, le politiche e i finanziamenti per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi possono contribuire non soltanto a migliorare concretamente le condizioni delle donne, ma anche al conseguimento degli Obiettivi di sviluppo del Millennio entro la scadenza del 2015.

Al fine di raggiungere tale obiettivo, il Rapporto analizza gli interventi attuati finora nell'ambito della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi nelle politiche e nelle strategie di finanziamento dedicate alla cooperazione internazionale. Tra i principali organismi presi in considerazione nel Rapporto troviamo l'Unione Europea, il Fondo Globale per la lotta all'AIDS, tubercolosi e malaria (GFATM), il Programma delle Nazioni Unite su HIV e AIDS (UNAIDS), l'OMS, l'UNFPA e varie organizzazioni non governative (ONG).

Gli obiettivi di questo Rapporto si collocano su due livelli, quello delle politiche e quello dei meccanismi e sistemi di finanziamento. In relazione alle politiche, il presente Rapporto ha l'obiettivo di fare emergere e rafforzare tra i donatori per la salute globale - a livello bilaterale e multilaterale - la consapevolezza che il miglioramento della salute e

1 UNFPA, Lo stato della popolazione nel mondo 2005, edizione italiana a cura di AIDOS, www.aidos.it.

2 UNFPA, Lo stato della popolazione nel mondo 2003, edizione italiana a cura di AIDOS, www.aidos.it.

3 WHO, Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmissible infections. Overview and estimates, WHO, Ginevra, 2001, www.who.int.

True Development Through Health

Non c'è sviluppo senza salute

dei diritti sessuali e riproduttivi contribuisce al supporto delle dinamiche di sviluppo del Sud del mondo su larga scala. In merito ai sistemi di finanziamento, il Rapporto vuole promuovere un riposizionamento delle politiche e delle strategie di finanziamento in favore della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi, soprattutto nell'ambito degli Obiettivi di sviluppo del Millennio e di altre iniziative globali per lo sviluppo.

Questo progetto di ricerca è il risultato di un lavoro internazionale di collaborazione tra cinque ONG europee: le italiane ActionAid Italia, AIDOS e CESTAS, la Fondazione tedesca per la popolazione mondiale (DSW) e la Federazione per le donne e la pianificazione familiare (FWFP) della Polonia.

Il Rapporto è stato realizzato nell'ambito del progetto co-finanziato dall'Unione Europea "Non c'è sviluppo senza salute" ("True Development Through Health - TDTH"), che mira ad accrescere la consapevolezza dell'opinione pubblica sull'impatto che il miglioramento della salute potrebbe avere sullo sviluppo globale e la riduzione della povertà; e a promuovere interventi in tal senso da parte di chi definisce e attua le politiche di cooperazione allo sviluppo, dai governi agli organismi internazionali, alle ONG, contribuendo così effettivamente al raggiungimento degli MDGs entro il 2015.

Per questo motivo il Rapporto illustra opportunità da sviluppare e ostacoli da superare al fine di garantire che la salute e i diritti sessuali e riproduttivi consentano alle donne di essere protagoniste in altri settori dello sviluppo sociale. Il documento raccoglie i contributi dei diversi partner del progetto TDTH e delle fonti esterne consultate; non è stata invece eseguita alcuna raccolta di fonti primarie.

La definizione di salute sessuale e riproduttiva, concordata nel corso della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo del Cairo (1994), affonda le sue radici nei principi che regolano i diritti umani e l'uguaglianza di genere. Il Rapporto riconosce che la componente relativa ai diritti è essenziale per la salute sessuale e riproduttiva, e ne adotta la definizione del Programma d'azione del Cairo: "La salute sessuale e riproduttiva è uno stato completo di benessere fisico, mentale e sociale, e non semplice assenza di malattia, relativo a tutti gli aspetti dell'apparato sessuale e riproduttivo, i suoi processi e le sue funzioni. La salute riproduttiva implica quindi che le persone abbiano una vita sessuale soddisfacente e sicura, che abbiano la possibilità di procreare e la libertà di decidere se, quando e quanto spesso farlo. Implicito in quest'ultima condizione è il diritto di uomini e donne a essere informati e avere accesso a metodi di pianificazione familiare che siano sicuri, efficaci, economicamente accessibili e accettabili"⁴.

Inoltre il Rapporto si riferisce ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva come definiti dal Programma d'azione del Cairo. Essi dovrebbero essere "parte integrante dei servizi sanitari di base, e comprendere tra l'altro: servizi di pianificazione familiare, comprese informazione, educazione e counselling; informazioni e assistenza pre e post natale e assistenza al parto; informazioni e assistenza in caso di aborto, dove questo sia consentito dalla legge, e cura delle conseguenze di aborti a rischio; prevenzione e cura delle infezioni dell'apparato riproduttivo e delle malattie a trasmissione sessuale; informazione, educazione e counselling per tutto quanto attiene alla sessualità umana, alla salute riproduttiva e alla procreazione responsabile. Tali servizi devono comprendere un sistema di riferimento a strutture specialistiche per ulteriori indagini cliniche e diagnosi nel caso di complicanze della gravidanza, parto e aborto, per l'infertilità, le infezioni a trasmissione sessuale compreso l'HIV e AIDS, il cancro del seno e dell'utero".⁵

Le conclusioni fondamentali del Rapporto saranno sottoposte all'attenzione dei politici e degli opinionisti in generale, ma sono principalmente rivolte ai governi italiano, tedesco e polacco.

⁴ Traduzione italiana del par. 7.2 del Programma d'azione della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo, Cairo, 1994, tratta da: Frances Perrow, Salute sessuale e riproduttiva: una questione di diritti, AIDOS, Roma, 2003.

⁵ Par. 7.6 del Programma d'azione della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo, Cairo, 1994. Traduzione a cura di AIDOS.

Sintesi del rapporto

Nel perseguire gli obiettivi precedentemente indicati, il Rapporto si articola in quattro sezioni principali.

La sezione I descrive le distorsioni nella relazione tra impegni nazionali e internazionali, volontà politica e finanziamenti reali a favore della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi. Mostra in che modo la salute e i diritti sessuali e riproduttivi si rapportano con gli Obiettivi di sviluppo del Millennio e come questi ultimi possano favorire oppure ostacolare il riposizionamento delle strategie politiche e dei finanziamenti per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi.

In questa sezione si analizzano i meccanismi di finanziamento adottati da Unione Europea e Stati Uniti, tra i principali donatori a livello mondiale, oltre ad alcuni nuovi meccanismi di finanziamento coordinati a livello globale, come ad esempio il Fondo Globale per la lotta all'AIDS, tubercolosi e malaria o gli interventi del principale organismo dell'ONU nel settore, cioè il Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione.

Dall'analisi comparata, emerge una divergenza tra fondi allocati e priorità di intervento delle politiche di sviluppo, che tendono ad allontanarsi dalla salute e dai diritti sessuali e riproduttivi, sia in termini di ammontare complessivo delle risorse economiche che di priorità stabilite. Ciò si deve soprattutto agli strumenti di finanziamento adottati e all'orientamento politico della comunità internazionale, volto a concentrare gli interventi su alcune malattie considerate come prioritarie, secondo un approccio "verticale".

La sezione II si concentra in modo più puntuale sui tre stati europei interessati dal progetto TDTH – Germania, Italia e Polonia – descrivendo i contributi al finanziamento per lo sviluppo e di processi politici a supporto dei programmi per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi.

L'analisi comparata tra questi tre membri dell'Unione Europea evidenzia modelli comuni, ma anche caratteristiche specifiche. In questo si riflette il percorso storico delle politiche nazionali di cooperazione allo sviluppo in paesi come Germania e Italia, mentre per la Polonia, in quanto nuovo paese donatore nell'arena della salute internazionale, emerge l'opportunità di ripensare a come armonizzare e coordinare gli aiuti.

La sezione III descrive alcuni interventi scelti per la loro efficacia e per l'impatto positivo generato sulle comunità. Nella stessa sezione si affrontano temi strettamente collegati all'efficacia dei programmi e degli interventi: il problema dell'accesso ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva, nonché le opportunità offerte da un approccio basato sui diritti. Infine, vengono presentate delle buone pratiche scelte per spiegare come gli interventi finalizzati a garantire la salute e i diritti sessuali e riproduttivi delle donne contribuiscano a conseguire gli Obiettivi di sviluppo del Millennio, in particolare gli Obiettivi direttamente legati al tema della salute.

L'idea principale è fornire un "pacchetto-base" socialmente accettabile ed economicamente sostenibile di servizi relativi alla salute sessuale e riproduttiva, creando una continuità nell'assistenza e nelle opportunità di sviluppo, così che gli individui coinvolti possano esercitare i propri diritti sessuali e riproduttivi. Questo pacchetto comprende, tra l'altro, attività di informazione, prevenzione, gestione di malattie non infettive dell'apparato riproduttivo (per esempio, la fistola ostetrica) e l'eliminazione di pratiche aggressive e dannose, tra cui la violenza sessuale.

La sezione IV presenta alcune raccomandazioni concrete su come migliorare le risposte e rendere più efficaci le risorse utilizzate. Tali raccomandazioni, che si rivolgono tanto ai politici quanto a chi interviene direttamente sul campo, comprendono proposte per migliorare la formulazione di strategie, i processi politici, la pianificazione e la realizzazione delle attività.

I donatori e gli altri partner operativi nella pianificazione e implementazione di programmi di salute globale dovrebbero promuovere politiche inclusive e aperte alla partecipazione di tutti gli attori coinvolti. L'obiettivo è quello di rafforzare la struttura politica relativa alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi mediante la cooperazione Nord-Sud e Sud-Sud. A livello di pianificazione, è essenziale diffondere un approccio di genere, che tenga in considerazione i bisogni diversi di uomini e donne e le condizioni di discriminazione tra i sessi presenti ancora in moltissimi paesi, superando l'idea che per migliorare la situazione basti aumentare l'accesso fisico ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva. Gli interventi verticali, concentrati sulle malattie specifiche, dovrebbero, in ultima analisi, essere abbinati a meccanismi orizzontali, capaci di rispondere alle esigenze locali primarie in materia di salute, di partecipazione delle comunità locali e di rispetto del diritto alla salute.

Sezione I

Aiuto pubblico allo sviluppo. Tendenze e analisi in una prospettiva globale: quale ruolo e priorità per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi

Prima di proseguire...

I progetti e le politiche di finanziamento in favore della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi (Sexual and Reproductive Health and Rights, SRHRs) sono cambiati rapidamente rispetto alla prima Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo del 1994. Oggi, nuovi meccanismi e nuovi protagonisti guidano e influenzano le decisioni politiche. La spesa per la salute globale è andata aumentando, a partire dalla fine degli anni Novanta, poiché le partnership globali pubblico-private hanno rafforzato il proprio ruolo di sostegno per migliorare le condizioni di salute della popolazione mondiale. Tuttavia, le risorse destinate alla salute sono state canalizzate verso singole malattie con rilevante peso in termini di mortalità, come l'HIV e AIDS e la malaria. Inoltre, i donatori si stanno impegnando per migliorare l'efficacia e l'allineamento degli interventi con le priorità di sviluppo dei paesi del Sud del mondo. In questa situazione sempre più complessa, è di importanza cruciale comprendere gli elementi di coerenza e continuità rispetto alle discrepanze tra impegni, politiche e finanziamenti. Quando si parla di efficacia dei finanziamenti, questa è collegata non solo ai finanziamenti a livello nazionale, ma anche internazionale per contribuire alla sostenibilità e all'empowerment degli attori coinvolti, anche al di là della scadenza degli Obiettivi di sviluppo del Millennio nel 2015.

“È essenziale progettare, realizzare e monitorare, ad ogni livello e con la piena partecipazione delle donne, politiche e programmi che sostengano l'approccio di genere, che siano efficaci, efficienti e di rafforzamento reciproco, che prevedano strategie di sviluppo e favoriscano l'empowerment e il progresso delle donne”.

Quarta Conferenza mondiale sulle donne, Dichiarazione di Pechino, 1995

1 La divergenza tra promesse e realtà

Nel 2006 sono morte oltre 500.000 donne per cause legate alla gravidanza e al parto: il 99% in paesi in via di sviluppo per patologie facilmente prevenibili e direttamente collegate a carenze sanitarie nel campo della sessualità e della riproduzione.

Quattro decessi su cinque sono conseguenza di complicazioni ostetriche, la maggioranza delle quali potrebbe essere evitata con la disponibilità di adeguati servizi sanitari di base.¹ Queste cifre sono soltanto un esempio dell'enorme impatto sulle donne della mancanza di diritti e salute sessuale e riproduttiva, onere che le donne sono costrette ad affrontare a causa – tra l'altro – di situazioni di povertà e disuguaglianza che impediscono loro di esercitare il diritto alla salute.

Questi decessi non sono soltanto collegati all'inadeguatezza dell'accesso ai servizi sanitari e alla mancanza di informazioni sulla prevenzione delle malattie e sulla riduzione dei rischi. Le violazioni dei diritti relativi alla salute sessuale e riproduttiva, come la possibilità per individui e coppie di fare scelte libere e sicure in tema di sessualità e riproduzione, sono gli altri fattori chiave che è necessario analizzare per comprendere come e perché sia possibile limitare i danni e invertire la tendenza.²

Malattie: il peso per le donne

- Nell'Africa sub-sahariana 1 donna su 16 muore per una gravidanza o per parto precoce; nei paesi industrializzati, il rapporto è 1 su 4.000.
- In 24 paesi dell'Africa sub-sahariana, oltre due terzi delle donne non sono a conoscenza dei meccanismi di trasmissione dell'HIV.
- 137 milioni di donne continuano a non avere accesso a contraccettivi pur avendo espresso il bisogno di pianificare le gravidanze.
- 64 milioni di donne ricorrono a metodi contraccettivi tradizionali, meno affidabili dei metodi moderni.
- Il numero totale stimato di nuovi contagi da HIV (uomini e donne) è aumentato dal 2001 al 2007. Si calcola che le donne affette da HIV nel 2007 fossero 15,4 milioni, ossia 1,6 milioni in più rispetto ai 13,8 del 2001. Quanto agli uomini, si stima che nel 2007 fossero 15,4 milioni i positivi al virus HIV a fronte dei 13,7 milioni del 2001.

Fonti: UNAIDS, Agenzia delle Nazioni Unite per la lotta all'Aids, 2007; UNICEF, Agenzia delle Nazioni Unite per l'Infanzia, 2007 UNFPA, Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione, 2004.

Se le statistiche evidenziano gli effetti derivanti dal negare alle donne i diritti e la soddisfazione di bisogni primari, allora emergono domande come: che cosa non sta funzionando? Perché la maggiore disponibilità di risorse finanziarie destinate alla salute non riesce a incidere sulle cifre, sui tassi di mortalità materna e sulle complicazioni sanitarie che si traducono in patologie croniche?³ Perché, quando siamo a metà strada rispetto alla scadenza degli Obiettivi di sviluppo del Millennio delle Nazioni Unite fissata per il 2015, i progressi nel campo della salute e del diritto alla salute per le donne appaiono ancora tanto fragili? È possibile identificare e cercare di affrontare le cause di questa discrepanza tra impegni politici, finanziamenti reali e azioni coerenti sul campo?

Per rispondere a questi interrogativi è di importanza cruciale iniziare dall'analisi delle principali strategie politiche e delle azioni dei donatori, e da quelle sviluppate e promosse dalla società civile internazionale a sostegno della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi.

Ai fini di questo rapporto, l'analisi si concentrerà su alcune particolari iniziative politiche e progetti di finanziamento, scelti per le loro dimensioni, anche se va sottolineato come nell'ultimo decennio si sia verificato un aumento sia nel numero sia nell'entità delle iniziative di finanziamento a programmi sanitari, inclusi in parte anche i programmi per promuovere la salute e i diritti sessuali e riproduttivi.

1 UNFPA, Lo stato della popolazione nel mondo 2007 Liberare il potenziale della crescita urbana, edizione italiana a cura di AIDOS.

2 Donne: Vite da salvare, Atti della Conferenza Internazionale "La salute sessuale e riproduttiva nei paesi in via di sviluppo – problemi, soluzioni, risorse", organizzata da AIDOS, 2005.

3 Secondo l'UNDP-MDG Monitoring Report 2007, i paesi dell'Africa sub-sahariana non sono avviati a raggiungere l'Obiettivo 4 che prevede la riduzione di 2/3 della mortalità infantile. Insieme ai paesi dell'Asia meridionale, sono molto indietro anche rispetto all'Obiettivo 5 che vuole ottenere la riduzione di 3/4 della mortalità materna. Fonte: UN-Millennium Project. Millennium Development Goals: 2007 Progress Chart.

2 Obiettivi di sviluppo del Millennio: spinte propulsive o barriere per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi?

Tre MDG per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi

- **MDG 4: Ridurre la mortalità infantile.** Ridurre di due terzi il tasso di mortalità nei bambini sotto i cinque anni.
- **MDG 5: Migliorare la salute materna.** Ridurre di tre quarti il numero delle donne che muoiono per cause legate alla gravidanza e al parto.
- **MDG 6: Combattere HIV e AIDS, malaria e altre malattie.** Fermare e invertire la tendenza alla diffusione di HIV e AIDS, l'incidenza di malaria e di altre malattie endemiche.

Fonte: UN Millennium Project, 2006.

La società civile internazionale ha chiaramente riconosciuto che la salute e i diritti sessuali e riproduttivi sono di importanza cruciale per il conseguimento degli Obiettivi di sviluppo del Millennio (MDG) e che hanno lo scopo principale di integrare e rafforzare le politiche e i contributi legati alla Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo del Cairo, inserendoli nella cornice degli Obiettivi.

Tuttavia nel 2000, all'epoca del loro varo, gli Obiettivi non includevano appieno né la salute sessuale e riproduttiva, né il diritto alla stessa, nonostante questa venisse riconosciuta come strumento per raggiungere "di fatto" i vari Obiettivi - miglioramento della salute materna, riduzione della mortalità infantile, promozione dell'uguaglianza di genere, lotta ad HIV, AIDS, malaria e altre malattie.

La struttura degli Obiettivi di sviluppo del Millennio integrata dopo il 2007

Obiettivi e finalità aggiunti

Indicatori per il monitoraggio dei progressi

Obiettivo 1: Eliminare la povertà estrema e la fame

Target: Raggiungere un'occupazione piena e produttiva e un lavoro dignitoso per tutti, anche per le donne e i giovani

- Tasso di crescita del prodotto interno lordo per persona occupata
- Percentuale di popolazione occupata rispetto alla popolazione generale
- Percentuale di popolazione occupata che vive con meno di \$1 (PPP) al giorno
- Rapporto tra lavoratori occupati in imprese familiari e lavoratori indipendenti, rispetto al totale degli occupati

Obiettivo 5: Migliorare la salute materna

Target: Raggiungere l'accesso universale alla salute riproduttiva entro il 2015

- Tasso di diffusione dei contraccettivi
- Percentuale di bambini nati da genitori adolescenti
- Fabbisogno non soddisfatto di pianificazione familiare
- Visite pre natali (almeno 4 visite)

Obiettivo 6: Lotta a Hiv e Aids, malaria e altre malattie

Target: Raggiungere l'accesso universale alle cure per HIV/AIDS, per tutti coloro che ne hanno necessità, entro il 2015

- Percentuale della popolazione con infezione da HIV in stadio avanzato che ha accesso ai farmaci antiretrovirali

Obiettivo 7: Garantire la sostenibilità

Target: Ridurre la perdita di biodiversità entro il 2010

- Percentuale di aree protette terrestri e marine
- Percentuale di specie a rischio di estinzione

Obiettivo 8: Sviluppare un partenariato globale per lo sviluppo

Target: Costruire un partenariato per lo sviluppo, attraverso politiche e azioni concrete volte ad eliminare la povertà

- Risposta ai bisogni dei paesi poveri
- Numero ridotto e cancellazione del debito dei paesi più poveri
- Numero di tecnologie trasferite

Fonte: ECOSOC, Consiglio Economico e Sociale delle Nazioni Unite, 2007

Soltanto di recente, nel 2007, a metà strada verso il traguardo del 2015 degli Obiettivi, il Gruppo di esperti, provenienti da differenti agenzie delle Nazioni Unite, sugli indicatori per gli MDG ha concordato di inserire e adottare un indicatore specifico correlato ai diritti sessuali e riproduttivi. L'obiettivo di questa decisione è di raggiungere entro il 2015 l'accesso universale alla salute riproduttiva. Questo cambiamento ha fatto seguito al documento conclusivo del Summit mondiale delle Nazioni Unite del 2005, che raccomandava l'inserimento della salute sessuale e riproduttiva nelle strategie nazionali volte al conseguimento degli Obiettivi nei programmi internazio-

nali e regionali, con l'ampio sostegno e la mobilitazione a supporto della società civile. In sostanza, la raccomandazione è stata il segnale di un rinnovato interesse per il consolidamento dei collegamenti tra HIV e AIDS e salute e diritti sessuali e riproduttivi⁴. È dunque necessario cercare di capire fino a che punto gli stessi Obiettivi includano e sostengano la salute sessuale e riproduttiva e i relativi diritti. I paragrafi che seguono presentano pertanto alcuni esempi dell'importanza degli Obiettivi nella promozione degli interventi a favore dei diritti sessuali e riproduttivi e, viceversa, del ruolo che questi ultimi hanno per la realizzazione degli Obiettivi stessi.

Diritti e salute sessuale e riproduttiva e Obiettivi di sviluppo del Millennio (MDG): un rapporto reciproco

MDG 1: Eliminare la povertà estrema e la fame. La tendenza alla crescita demografica incide sui progetti finalizzati alla riduzione della povertà. I programmi per la salute e diritti sessuali e riproduttivi contribuiscono a migliorare la situazione nutrizionale delle donne e dei loro bambini.

MDG 2: Realizzare l'istruzione primaria universale. Anche le disparità di genere nell'istruzione sono associate a matrimoni precoci, a gravidanze in età adolescenziale, a preferenze dei genitori per i figli maschi, all'impossibilità di negoziare rapporti sessuali protetti (per esempio, con l'uso dei preservativi).

MDG 3: Promuovere l'uguaglianza di genere e l'empowerment delle donne. L'esercizio del diritto alla salute sessuale e riproduttiva consente alle donne di trovare un miglior equilibrio tra le responsabilità domestiche e la partecipazione ad attività socio-economiche.

MDG 4: Ridurre la mortalità infantile. Le scelte in materia di maternità e di fecondità sono di importanza cruciale nel determinare la mortalità infantile e la possibilità di sopravvivenza dei bambini. La possibilità di distanziare le nascite è una misura salvavita sia per le madri che per i bambini.

MDG 5: Migliorare la salute materna. Un uso corretto e continuativo dei servizi per la salute sessuale e riproduttiva può ridurre il rischio di mortalità e di patologie materne collegate al parto.

MDG 6: Combattere HIV e AIDS, malaria e altre malattie. La prevenzione e la cura delle malattie a trasmissione sessuale sono essenziali per ridurre la trasmissione dell'HIV. Le maternità non sicure riducono le difese immunitarie delle donne, in particolare per malattie quali la malaria, e fanno quindi crescere i rischi di patologie e morte sia per le madri che per i figli.

MDG 7: Garantire la sostenibilità ambientale. La crescita demografica incide sul degrado ambientale. Per contro, le disparità tra aree rurali e aree urbane riducono la possibilità di accedere ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva.

MDG 8: Partnership globali. Hanno un ruolo cruciale nel promuovere la salute e i diritti sessuali e riproduttivi nell'arena politica internazionale ed incrementano le risorse necessarie a realizzare servizi e strutture dedicate.

Fonte: UN Millennium Project, 2006.

Diritti riproduttivi e MDG

Elementi dei diritti riproduttivi	Esempi di azioni basate sui diritti	Rilevanza rispetto a specifici MDG
Diritto alla vita e alla sopravvivenza	<ul style="list-style-type: none"> – Prevenire le morti materne e infantili evitabili. – Porre fine all’abbandono e alla discriminazione delle bambine, fattori che contribuiscono all’aumento delle morti premature. – Garantire l’accesso alle informazioni e ai metodi di prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale, compreso l’HIV. 	<ul style="list-style-type: none"> – Promuovere l’uguaglianza di genere e l’empowerment delle donne (MDG 3). – Ridurre la mortalità infantile (MDG 4). – Migliorare la salute materna (MDG 5). – Combattere l’HIV e l’AIDS, la malaria e altre malattie (MDG 6).
Diritto alla libertà e alla sicurezza della persona	<ul style="list-style-type: none"> – Adottare misure volte a prevenire, punire ed eliminare ogni forma di violenza basata sul genere. – Mettere donne, uomini e adolescenti in grado di operare scelte riproduttive in assenza di ogni coercizione, violenza e discriminazione. – Eliminare le mutilazioni dei genitali femminili/escissione. – Fermare il traffico di esseri umani a fini di sfruttamento sessuale. 	<ul style="list-style-type: none"> – Eliminare la povertà estrema e la fame (MDG 1). – Promuovere l’uguaglianza di genere e l’empowerment delle donne (MDG 3). – Ridurre la mortalità infantile (MDG 4). – Migliorare la salute materna (MDG 5). – Combattere l’HIV e l’AIDS, la malaria e altre malattie (MDG 6).
Diritto a ricercare, ricevere e comunicare informazioni	<ul style="list-style-type: none"> – Rendere largamente e liberamente disponibili le informazioni in materia di diritti e salute sessuale e riproduttiva e le politiche e leggi relative. – Fornire informazioni complete perché ognuno possa assumere decisioni informate in materia di salute riproduttiva. – Sostenere l’educazione alla salute riproduttiva e alla vita familiare sia nelle scuole sia fuori di esse. 	<ul style="list-style-type: none"> – Promuovere l’uguaglianza di genere e l’empowerment delle donne (MDG 3). – Combattere l’HIV e l’AIDS, la malaria e altre malattie (MDG 6).
Diritto a decidere il numero di figli da avere, quando averli e con quale intervallo di tempo tra i parti	<ul style="list-style-type: none"> – Fornire a tutti (uomini e donne) informazioni complete che consentano di scegliere e usare correttamente un metodo di pianificazione familiare. – Fornire l’accesso a una vasta gamma di metodi contraccettivi moderni. – Consentire alle adolescenti di posporre le gravidanze. 	<ul style="list-style-type: none"> – Eliminare la povertà estrema e la fame (MDG 1). – Realizzare l’istruzione primaria universale (MDG 2). – Promuovere l’uguaglianza di genere e l’empowerment delle donne (MDG 3). – Garantire la sostenibilità ambientale (MDG 7).
Diritto a sposarsi e a costituire una famiglia senza costrizioni	<ul style="list-style-type: none"> – Impedire i matrimoni infantili e forzati e legiferare in tal senso. – Prevenire e curare le infezioni a trasmissione sessuale causa di infertilità. – Fornire servizi di salute riproduttiva, compresi quelli di prevenzione dell’HIV, alle adolescenti sposate e ai loro mariti. 	<ul style="list-style-type: none"> – Realizzare l’istruzione primaria universale (MDG 2). – Promuovere l’uguaglianza di genere e l’empowerment delle donne (MDG 3). – Ridurre la mortalità infantile (MDG 4). – Migliorare la salute materna (MDG 5). – Combattere l’HIV e l’AIDS, la malaria e altre malattie (MDG 6).
Diritto ad ottenere il più alto standard di salute e di servizi sanitari	<ul style="list-style-type: none"> – Fornire l’accesso a servizi sanitari e informativi di qualità per la salute sessuale e riproduttiva che siano alla portata di tutti, adeguati e completi. – Stanziare le risorse necessarie in modo equo, dando la priorità a coloro che hanno meno accesso all’informazione e ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva. 	<ul style="list-style-type: none"> – Eliminare la povertà estrema e la fame (MDG 1). – Promuovere l’uguaglianza di genere e l’empowerment delle donne (MDG 3). – Ridurre la mortalità infantile (MDG 4). – Migliorare la salute materna (MDG 5). – Combattere l’HIV e l’AIDS, la malaria e altre malattie (MDG 6).
Diritto ai benefici del progresso scientifico	<ul style="list-style-type: none"> – Finanziare la ricerca sui contraccettivi che comprenda i metodi controllati dalle donne, i microbiodici e i metodi maschili. – Offrire una vasta e varia gamma di opzioni contraccettive. – Fornire l’accesso alle cure ostetriche di emergenza che possono prevenire le morti materne e la fistola ostetrica. 	<ul style="list-style-type: none"> – Promuovere l’uguaglianza di genere e l’empowerment delle donne (MDG 3). – Ridurre la mortalità infantile (MDG 4). – Migliorare la salute materna (MDG 5). – Combattere l’HIV e l’AIDS, la malaria e altre malattie (MDG 6).
Diritto alla non-discriminazione e alla parità nell’istruzione e nel lavoro	<ul style="list-style-type: none"> – Vietare ogni discriminazione nel mondo del lavoro che si basi sulla gravidanza, sulle prove dell’uso di contraccettivi o sulla maternità. – Istituire programmi intesi a far proseguire gli studi alle bambine. – Garantire che le adolescenti incinte e sposate e le giovani madri abbiano la possibilità di completare gli studi. 	<ul style="list-style-type: none"> – Eliminare la povertà estrema e la fame (MDG 1). – Realizzare l’istruzione primaria universale (MDG 2). – Promuovere l’uguaglianza di genere e l’empowerment delle donne (MDG 3). – Combattere l’HIV e l’AIDS, la malaria e altre malattie (MDG 6).

2.1 Verticalizzazione della salute

Gli Obiettivi di sviluppo del Millennio correlati alla salute si focalizzano su alcune malattie e si concentrano su determinate aree critiche per la diagnosi, controllo, prevenzione delle malattie di interesse. Questo ha portato a orientare i finanziamenti principalmente su interventi verticali rivolti a specifici gruppi di popolazione e a specifiche patologie, mentre la promozione e realizzazione dei diritti e della salute sessuale e riproduttiva esige l'accesso universale a servizi sanitari e l'integrazione di servizi e programmi.⁵

2.2 La questione della correttezza dei dati

L'allocazione dei fondi per realizzare gli Obiettivi di sviluppo del Millennio richiede di stabilire le priorità in base ai bisogni reali della popolazione. Tra i bisogni dei gruppi vulnerabili identificati dagli MDG, i bisogni delle donne sono sottostimati in termini di dimensioni e di livello di priorità, con conseguenze molto critiche, soprattutto quando si tratta di stimare la popolazione che non ha accesso ai servizi.

Come già sottolineato, il dato di partenza degli Obiettivi riguardante i tassi di mortalità materna è inficiato da insufficienti informazioni per la stima e il monitoraggio dei progressi effettivi. Pertanto, dopo che la Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo del Cairo del 1994 ha stabilito per la prima volta come obiettivo esplicito la riduzione del 75% del tasso di mortalità materna, le Nazioni Unite non hanno né conseguito una misurazione esatta dei tassi di mortalità materna, né preso atto dei moniti dei suoi scienziati, i quali hanno spiegato come tali tassi siano fondamentalmente non misurabili. Gli MDG hanno spostato al 2015 il raggiungimento di questo obiettivo incompiuto, pur essendo già evidente l'impossibilità di misurare e dimostrare eventuali successi⁶.

L'acquisizione di dati adeguati per valutare con esattezza l'effettiva incidenza della mortalità materna è una questione di equità nei confronti di tutte le donne, questione che influisce al contempo sul conseguimento degli MDG e sull'idea di sviluppo sostenibile al di là della scadenza del 2015.

La possibilità di disporre di stime e informazioni corrette sulla mortalità materna è cruciale per garantire che i decisori politici, nazionali e internazionali, possano indirizzare al meglio la distribuzione delle risorse. Anche le stime formulate dai singoli paesi sono essenziali per sostenere l'impegno in favore della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi e per stimolare la ricerca.

Tuttavia, i dati nazionali variano moltissimo per quantità e qualità, e non consentono di operare confronti tra periodi di tempo diversi, non solo tra un paese e l'altro

ma anche all'interno di uno stesso paese. Ciò finisce per impedire di affrontare in modo efficace le disuguaglianze tra classi sociali e aree regionali diverse (urbane e rurali), fatto particolarmente grave per le classi sociali a minor reddito, alle quali si applicano stime diverse quando si cerca di valutare il tasso nazionale di mortalità materna. A livello regionale, lo scarto tra i diversi tassi di mortalità materna è enorme: si va per esempio dai nove su 100.000 nati nei paesi più industrializzati, ai 905 su 100.000 nati nell'Africa sub-sahariana. Come evidenziato dagli sforzi compiuti dalla ricerca internazionale⁷, soltanto in paesi che rappresentano circa un ottavo della mortalità materna globale le percentuali sono registrate in modo completo e secondo criteri generalmente accettabili.

Anche in situazioni nazionali presumibilmente positive, permane una considerevole incertezza circa il tasso reale di mortalità materna; spesso infatti i certificati di morte non identificano questa come causa effettiva. Per un terzo dei paesi del mondo non disponiamo di dati recenti adeguati. Come avvertono analisti e ricercatori a livello internazionale: "I database relativi alla mortalità materna restano estremamente inadeguati, soprattutto per quei paesi che si collocano ai massimi livelli di rischio; le stime nazionali sui tassi di mortalità materna continuano a presentare margini di incertezza enormi"^{8,9}

2.3 La situazione delle malattie più diffuse

Mentre tra il 1995 e il 2003 i fondi per la lotta all'HIV e AIDS sono aumentati, il sostegno dei donatori alle strutture e ai servizi di pianificazione familiare è diminuito, passando da 560 milioni di US\$ a 460 milioni di US\$.¹⁰

Malgrado la concentrazione dei finanziamenti su alcune malattie, l'impegno internazionale verso gli Obiettivi di sviluppo del Millennio correlati alla salute sembra tutt'altro che incoraggiante. Per esempio, una stima di UNAIDS (l'Agenzia delle Nazioni Unite per la lotta all'AIDS), sulla possibilità di raggiungere entro il 2010 l'accesso universale alle cure per l'AIDS, valuta che servirebbero 42,2 miliardi di US\$ nel 2010 e 54 miliardi di US\$ nel 2015. Per intraprendere invece un'azione più graduale verso tale obiettivo, sarebbero necessari 28,4 miliardi entro il 2010 e 49,5 miliardi entro il 2015.¹¹

Le stime più precise indicano che, per raggiungere un accesso universale a servizi integrati per la salute riproduttiva e l'HIV e AIDS sarebbero necessari finanziamenti pari a 29,8 miliardi di US\$ entro il 2010, che entro il 2015 dovrebbero arrivare a 35,8 miliardi.

Considerati i limiti delle risorse nazionali disponibili per la sanità pubblica nei paesi in via di sviluppo, i donatori internazionali dovrebbero contribuire per un terzo ai

fondi necessari, ovvero per 9,9 miliardi di US\$ entro il 2010 e 11,9 miliardi entro il 2015.¹² Se da un lato nel finanziamento globale alla lotta all'AIDS assistiamo al convergere di diverse donazioni verso obiettivi comuni, la diversificazione dei finanziamenti in favore della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi resta ancora una difficile sfida. Ciò è legato soprattutto alle restrizioni ideologiche che si riscontrano nelle politiche di alcuni donatori, che hanno finito col concentrarsi sull'HIV e AIDS anche quando ufficialmente finanziavano programmi per la salute e diritti sessuali e riproduttivi. In altri casi i donatori hanno imposto restrizioni sulle modalità operative di intervento tali da impedire risposte sostenibili ed accettabili.¹³

2.4 Proseguire verso gli MDG: la situazione secondo gli indicatori, a metà strada verso il 2015

I limiti concettuali e operativi collegati agli MDG ci aiutano a capire a che punto si trovano i diversi paesi rispetto al traguardo del 2015. Nella prospettiva globale, la situazione più allarmante è quella dell'Africa sub-sahariana, che non riesce ancora ad essere in linea con le scadenze e la programmazione degli interventi per conseguire gli Obiettivi.

Gli Obiettivi associati ai diritti sessuali e riproduttivi non solo dimostrano che l'Africa sub-sahariana è rimasta indietro, ma gettano anche luce sulle barriere che tuttora impediscono ai paesi della regione di uscire dalla trappola della povertà. I seguenti dati si basano sul monitoraggio degli indicatori degli MDG, così come effettuato dalle Nazioni Unite:

- **MDG 4: Ridurre di 2/3 la mortalità infantile.** Il tasso di mortalità infantile sotto i cinque anni è sceso da 185 decessi su 1.000 nati vivi del 1990 a 166 su 1.000 nati vivi nel 2005. Questo dimostra che non si sono fatti sostanziali progressi verso l'obiettivo di ridurre entro il 2015 il tasso di mortalità infantile di due terzi, che resta ancora doppio nei paesi in via di sviluppo.
- **MDG 5: Migliorare la salute materna.** Anche il tasso di mortalità materna collegata alla gravidanza continua a essere superiore nell'Africa sub-sahariana rispetto ad altre regioni. La percentuale dei parti assistiti da personale qualificato è passata, lentamente, dal 45% (1990) al 57% (2005).
- **MDG 6: Combattere l'HIV e AIDS, la malaria e altre malattie.** Il numero di persone morte di AIDS continua a salire e nel 2006 ha raggiunto i 2 milioni. Malgrado una disomogenea diminuzione dei tassi di diffusione in alcuni paesi africani, il numero di nuovi casi (ossia l'incidenza del contagio) continua a crescere soprattutto tra le donne, a una velocità superiore a quella

dell'aumento della disponibilità dei servizi di cura. Inoltre, la mancanza di dati adeguati impedisce di stabilire se inizi o meno a diminuire l'altissimo tasso di nuovi casi di tubercolosi nell'Africa sub-sahariana.¹⁴

4 Oltre l'Aids – fatti, persone, strategie e risorse, Quaderno realizzato in collaborazione con Lettera22 nell'ambito del progetto europeo True Development Through Health, 2007.

5 Gwatkin D.R., Who would gain most from efforts to reach the Millennium Development Goals for health?, New York, The International Bank for Reconstruction and Development/World Bank, 2002. Secondo l'autore la mortalità materna è sottostimata a causa della carenza nelle registrazioni delle cause di morte da parte di sistemi sanitari mal equipaggiati.

6 Attaran A., An Immeasurable Crisis? A Criticism of the Millennium Development Goals and Why They Cannot Be Measured, Plos Medicine. 2(10): e318 doi:10.1371/journal.pmed.0020318.

7 UNICEF, OMS, e UNFPA hanno già prodotto stime sulla mortalità materna, a livello globale, regionale e nazionale, per gli anni 1990, 1995 e 2000. Nel 2006 si è costituito un nuovo gruppo di lavoro sulla mortalità materna a cui partecipano OMS, UNICEF, UNFPA, la Divisione per la Popolazione delle Nazioni Unite e la Banca Mondiale, nonché numerosi altri esperti tecnici, al fine di sviluppare nuove stime sulla mortalità materna relative al 2005. Per iniziare, il gruppo ha revisionato una serie di proposte di miglioramento dei metodi usati per le stime relative al 2000, approntate all'interno di una revisione esterna commissionata dall'OMS. A fronte di tali proposte, e per rispondere agli interrogativi posti dagli stati dopo le stime del 2000, il gruppo di lavoro ha concordato i metodi di classificazione dei singoli stati sulla base della disponibilità dei dati, del metodo di correzione dei dati provenienti da fonti diverse al fine di migliorarne la compatibilità tra le diverse nazioni e in periodi di tempo diversi; nonché sulle specifiche dei metodi statistici usati per le predizioni relativamente ai paesi su cui non si dispone di dati adeguati. Fonte: Hill K., Thomas K., AbouZahr C. et al., Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data, The Lancet, Volume 370, Issue 9595, 13 October 2007-19 October 2007, Pag. 1311-1319.

8 La mancanza di dati adeguati sulla mortalità materna è stata discussa di recente durante la Women Deliver Conference - svoltasi a Londra, dal 18 al 20 ottobre 2007 - dal dottor Hans Rosling, co-fondatore di Medici senza Frontiere e docente di Salute Globale al Karolinska Institute, in Svezia. Fonti: Women Deliver Conference 2007 - www.womendeliver.org/agenda/plenaries.htm e www.ted.com/index.php/speakers/view/id/90

9 Hill K., Thomas K., AbouZahr C. et al., Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data, The Lancet, Volume 370, Issue 9595, 13 October 2007-19 October 2007, Pagg. 1311-1319

10 Sadik N., Special statement for the forum "Population: the unfinished agenda. From research to action". Population and Sustainability Network, London School of Tropical Hygiene and Medicine, Londra, 30 gennaio 2007. La Dr.ssa Nafis Sadik è Consigliere speciale del Segretario generale delle Nazioni Unite e Inviata speciale dell'ONU sull'HIV e AIDS per l'Asia e il Pacifico.

11 Drew R., Strategic Options for Greater European Investment in Reproductive Health Supplies, documento stilato da Roger Drew per il network Countdown 2015 Europe su incarico di Interact Worldwide, 2007.

12 Idem.

13 Horton R., Reviving reproductive health, Lancet 2006; pubblicato online Nov 1. DOI:10.1016/S0140-6736(06)69484-1.

14 UN Millennium Project, Africa and the Millennium Development Goals, Update 2007.

3 Opportunità e sfide dei meccanismi di finanziamento globale

Attraverso l'analisi del Fondo Globale per la lotta all'AIDS, TB e malaria (GFATM), questa sezione illustra in che modo i meccanismi di finanziamento di tipo globale possano generare sia nuove opportunità sia nuove difficoltà per i finanziamenti in favore dei diritti e della salute sessuale e riproduttiva. Abbiamo posto al centro dell'analisi il Fondo Globale a causa dei massicci finanziamenti e del volume delle attività operative, il che consente - rispetto ad altre iniziative di finanziamento - una riflessione più completa ed esauriente.

A partire dal 2002 il Fondo Globale ha gestito cinque Round di finanziamenti, approvando stanziamenti per un totale di 4,9 miliardi di US\$ distribuiti in oltre 350 sovvenzioni a 131 paesi. Entro il 2007 il Fondo ha firmato oltre 400 contratti e approvato sovvenzioni per un totale di 8,32 miliardi di US\$, versando 5,23 miliardi a oltre 100 stati nazionali.¹⁵

Dalla sua creazione, il Fondo Globale è sempre stato puntuale nell'erogazione dei fondi, con una percentuale media di finanziamenti erogati del 62% e una durata media dei finanziamenti omogenea per il 65% dei progetti supportati. Il finanziamento e i livelli d'impegno sono rapidamente aumentati e si prevede che possano arrivare a rispondere ai bisogni di risorse legati alle malattie. Fino ad oggi il Fondo Globale si è concentrato soprattutto sui servizi di prevenzione, terapia e assistenza, offrendo a 9,4 milioni di persone affette da HIV counselling, test clinici e distribuzione di 420 milioni di preservativi.¹⁶

Alla Conferenza di rifinanziamento 2007, il Consiglio del Fondo ha compiuto passi in avanti, impegnandosi ad integrare e sostenere i diritti e la salute sessuale e riproduttiva e al contempo i programmi per la lotta all'HIV e AIDS: "La prevenzione dell'HIV e dell'AIDS è fondamentale per combattere la malattia, investendo in una informazione corretta sulla sessualità e sulla riproduzione [affinché] possiamo invertire la tendenza alla crescita dei tassi di infezione che ancora prosegue". Il Fondo ha aggiunto, tra le aree critiche di intervento, la dimensione di genere a integrazione delle sue politiche di intervento: "È urgentissimo affrontare i bisogni delle donne e i bisogni derivanti da fattori di genere tipicamente associati all'epidemia dell'HIV e AIDS, che sono in continuo aumento. Invochiamo azioni concrete e ulteriori risorse, e chiediamo ai donatori e al Fondo di avviare programmi rivolti a donne e bambine che prevedano un miglioramento delle loro possibilità di accedere alle terapie, incrementando gradualmente la fornitura di servizi per la prevenzione del contagio da madre a figlio e affrontando il dramma del sovrapporsi di violenza di genere e HIV".¹⁷

Insieme a queste nuove opportunità per i diritti e la salute sessuale e riproduttiva nell'ambito dei progetti di

finanziamento globale, occorre anche affrontare le barriere politiche e le difficoltà frapposte dai meccanismi di finanziamento allo sviluppo di politiche e programmi in favore della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi. Questo secondo livello di analisi consente di avere una visione più completa del sistema di finanziamento globale.

3.1 Perché rafforzare i diritti sessuali e riproduttivi all'interno dei progetti di finanziamento globale?

I fondi in progressivo aumento, canalizzati attraverso meccanismi di finanziamento globale come il Fondo Globale, sollecitano alcune riflessioni circa l'architettura complessiva dell'investimento nei programmi in favore della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi.

L'analisi di documenti, linee guida, proposte, relazioni sui progressi e rapporti finanziari del Fondo Globale rivela che si è avuta sinora una integrazione limitata tra la salute e i diritti sessuali e riproduttivi e l'HIV e l'AIDS nelle politiche del Fondo.¹⁸ Ciò ha compromesso le iniziative di tutela e promozione della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi nell'ambito dei progetti di finanziamento globale.

Da un lato è emerso un limitato sostegno da parte del Fondo ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva e alla promozione dei relativi diritti.

Dall'altro, come emerge dalla consultazione del Round 7 del 2007,¹⁹ il Fondo aveva stabilito di accettare le proposte che stabiliscono collegamenti con i servizi per la salute sessuale e riproduttiva sempre che gli interventi previsti fossero in grado di dimostrare risultati positivi rispetto a una delle tre patologie contro le quali esso agisce. Tali proposte possono includere il finanziamento e la fornitura di servizi di pianificazione familiare e di salute riproduttiva. Tuttavia, le ultime linee guida del Fondo Globale continuano a non contemplare alcuna menzione specifica relativa ai servizi per la salute riproduttiva.

Inoltre, l'attuale struttura di monitoraggio e valutazione (Monitoring and Evaluation, M&E) non contempla indicatori circa la promozione o il monitoraggio dell'integrazione tra salute e diritti sessuali e riproduttivi e interventi di lotta all'HIV e AIDS. La promozione delle strutture di M&E a livello nazionale rafforza l'uso di indicatori che pongono l'accento sull'estensione della copertura più che sull'impatto creato dagli interventi. Questo porta, in ultima istanza, a concentrarsi prevalentemente sull'accesso ai servizi, trascurando così l'impatto degli stessi in particolare sul miglioramento della salute sessuale e riproduttiva e l'esercizio dei diritti ad essa correlati.²⁰

Infine, i paesi partner hanno una partecipazione limitata ai processi decisionali. Secondo lo studio del Fondo sugli effetti generali del sistema, gli attori principali e gli organismi decisionali non partecipano ai processi di pianificazione dei finanziamenti a livello nazionale.²¹

Recentemente, il Fondo ha deciso di sviluppare nuove linee guida allo scopo di integrare un'ottica di genere nei propri meccanismi e politiche. Si tratta di un punto di partenza promettente, che mette in luce le potenziali opportunità per la salute sessuale e riproduttiva e i relativi diritti all'interno dell'arena del finanziamento globale. In particolare, il Fondo ha proposto una serie di iniziative per integrare le problematiche di genere nei suoi meccanismi e per diffondere e rafforzare un'ottica di genere all'interno dei processi e delle linee guida della Segreteria del Fondo Globale. Ciò comporterebbe:

1. dedicare particolare attenzione alla inclusione dei gruppi più vulnerabili nel processo di revisione delle linee-guida relative ai Meccanismi di Coordinamento Nazionale (CCM), con particolare riferimento alle donne colpite da malaria, HIV e AIDS, tubercolosi;
2. includere nel Technical Review Panel esperti su genere e salute sessuale e riproduttiva per garantire una valutazione adeguata di tali aree tematiche;
3. sviluppare criteri per includere l'approccio di genere nell'ambito della valutazione di idoneità alla concessione dei finanziamenti, nel monitoraggio e nella valutazione.

Alla Conferenza di rifinanziamento del GFTAM nel 2007, il Consiglio direttivo del Fondo ha inoltre identificato un certo numero di aree nelle quali il Segretariato può intraprendere azioni immediate per rafforzare e integrare, nei propri meccanismi operativi interni, l'approccio di genere. Tali tematiche sono state descritte con maggiore chiarezza in una proposta al 17esimo incontro del Consiglio, nell'aprile 2008. Il Fondo ha inoltre avanzato proposte circa il modo in cui i suoi partner dovrebbero riposizionare i loro contributi. In particolare il Fondo riconosce il rafforzamento di partnership strategiche finalizzate a: incoraggiare l'integrazione delle componenti di genere nelle strategie sanitarie nazionali e rispondere alle richieste presentate prima del Round 8; promuovere ricerche e approcci ampi e completi per integrare le componenti e i bisogni di genere, in particolare la salute e i diritti sessuali e riproduttivi, la pianificazione familiare, la prevenzione, il trattamento e la cura delle tre patologie.

La strategia del Fondo Globale rispetto alle questioni di genere e alla salute e diritti sessuali e riproduttivi

Il Fondo identifica le seguenti aree come essenziali per il riposizionamento dell'approccio di genere e della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi nelle proprie attività:

- Sviluppare una politica di genere, in via di definizione a partire da marzo 2008;
- Nominare un focal point sul genere;
- Integrare la sensibilizzazione sulle questioni di genere nel curriculum formativo del personale;
- Rivedere le linee guida del Round 8 per incoraggiare nuove proposte su come affrontare le disuguaglianze di genere;
- Introdurre un finanziamento su due linee d'azione parallele (dual track) per incrementare il diretto coinvolgimento della società civile in quanto destinatario principale;
- Sviluppare una sensibilizzazione alle questioni di genere per assicurare fattibilità, monitoraggio e valutazione degli interventi finanziati;
- Garantire l'inserimento di linee guida per indicatori specifici sul genere nella prossima edizione del Monitoring and Evaluation Toolkit;
- Proporre al Consiglio nuove misure per migliorare la competenza del Technical Review Panel (gruppo esperti per la revisione tecnica) riguardo alle questioni di genere.

Fonte: Fondo Globale per la lotta all'AIDS, TB e Malaria, 2007

15 The GFATM Annual Report 2007.

16 The GFATM . Partners in Impact - Results Report 2007, 2006

17 The Global Fund, Key Global Media Messages Around September 26 - 28, 2007 GFATM Replenishment Meeting, 2007

18 No Dmytraczenko, T., Rao, V. and Ashford, L., Integration between Sexual and Reproductive Health and HIV and Aids and Malaria: opportunities and strategic options for the Global Fund to Fight for Aids, Tuberculosis and Malaria (2003) Health Sector Reform: How it Affects Reproductive Health.

19 Dal 2000 il Fondo Globale ha istituito il Round system come meccanismo con cui rivedere le sovvenzioni esistenti e richiederne di nuove. Recentemente, il Fondo Globale ha pubblicato il Call for Proposals (Bando) per il Round 8. Fino al 1° luglio 2008, i richiedenti potranno preparare e presentare le loro proposte. Fonte: www.theglobalfund.org.

20 Dickinson C., Integration between Sexual and Reproductive Health and HIV and Aids and Malaria: opportunities and strategic options for the Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria, documento preparato per l'Advocacy Summit on the Global Fund Round 7: Integration of Sexual and Reproductive Health into the HIV and Malaria Component Proposals, dicembre 4-6 2006, HLSF, 2006.

21 Abt Associates PHR Plus (2005), Effects of the Global Fund on Reproductive Health in Ethiopia and Malawi: Baseline Findings, study for the System Wide Effects of the Fund (SWEF) research initiative.

4 L'approccio degli Stati Uniti ai finanziamenti e alle politiche per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi

Dopo aver inizialmente sostenuto attivamente l'attuazione del Programma d'azione della Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo (1994), dal 2003 gli Stati Uniti hanno individuato nella lotta all'HIV e AIDS l'area prioritaria di intervento, soprattutto attraverso iniziative quali il Programma Presidenziale di Emergenza per la Lotta all'AIDS (President's Emergency Plan for Aids Relief, PEPFAR).²²

Dal 2003 ad oggi, il sostegno degli Stati Uniti all'assistenza alla popolazione nei paesi in via di sviluppo è rimasto immutato, attestandosi a meno di metà dell'1% (0.02%) del bilancio federale complessivo, e ad appena il 10% del bilancio di USAID, l'Agenzia di sviluppo statunitense.²³ In realtà, tra il 2005 e il 2007, gli stanziamenti del Congresso americano per interventi di assistenza alla popolazione destinati a programmi amministrati tramite USAID, sono aumentati passando da 437,3 a 470 milioni di US\$.²⁴ Tuttavia l'aumento negli stanziamenti destinati alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi è una conseguenza dell'adozione del programma PEPFAR e mette in ombra questioni che vanno oltre le cifre complessive.

La posizione dominante sulle tematiche riguardanti gli aiuti alla popolazione ha fatto sì che il governo americano avesse il potere di influenzare il comportamento degli altri donatori e delle organizzazioni internaziona-

li non governative, soprattutto attraverso la "Politica di Città del Messico".²⁵ Tale politica influenza l'allocazione sub-settoriale delle risorse suscitando gravi preoccupazioni in termini di equità e giustizia; è strettamente collegata al cosiddetto approccio ABC (A come Abstinence: astinenza dai rapporti sessuali fino al matrimonio; B come Being faithful: essere fedeli al coniuge; C come Condom: promuovere i preservativi) promosso dall'amministrazione di Bush Junior.

Per quanto l'approccio ABC sia stato parte integrante degli interventi in favore della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi, nella realtà gli Stati Uniti hanno dato priorità alla promozione della sola astinenza e fedeltà, sia nelle politiche sia nelle azioni di programmazione ed implementazione. Questo ha generato effetti distorsivi nell'allocazione dei fondi e nei processi decisionali volti a stabilire le priorità associate alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi. Ciò è particolarmente grave se si considera che gli Stati Uniti restano il più grande governo finanziatore dei programmi di lotta all'HIV e AIDS. L'approccio ABC è una componente essenziale della prevenzione all'interno della nuova Strategia globale degli Stati Uniti per l'AIDS; il governo canalizza un terzo di tutti i finanziamenti destinati alla prevenzione dell'HIV ai programmi che promuovono l'astinenza, in particolare a quelli che raccomandano l'astinenza fino al matrimonio.²⁶ Nel 2006, la documentazione fornita dal Government Accountability Office (GAO)²⁷ del governo americano, frutto di tre anni di studio sulla strategia ABC, ne ha ulteriormente chiarito gli effetti. In particolare, come riferiscono gli stessi esperti responsabili dell'implementazione dell'approccio ABC, soddisfare i requisiti dei programmi rende particolarmente difficile rispondere alla situazione epidemiologica locale e alle norme culturali e sociali dei paesi partecipanti.²⁸

La strategia ABC: alcuni dati essenziali

Secondo la valutazione del GAO (Government Accountability Office, Ufficio per la responsabilità del Governo, parte del Congresso degli Stati Uniti):

- L'Ufficio degli Stati Uniti per il coordinamento a livello globale delle iniziative sull'AIDS esige che il 20% di tutte le spese per l'Aids sia destinato alla prevenzione. La metà del budget per la prevenzione deve essere speso per bloccare la trasmissione sessuale dell'Hiv. Due terzi di tale spesa devono essere usati per incoraggiare astinenza e fedeltà.
- 9 paesi sui 15 inseriti nella strategia ABC hanno ridotto la somma destinata nei bilanci 2006 ai programmi per la prevenzione della trasmissione dell'Hiv da madre a figlio/a per poter rispettare l'obiettivo di spesa da destinare alla promozione dell'astinenza.
- In occasione del lancio dell'ABC alcuni paesi hanno ridotto i finanziamenti per la prevenzione della trasmissione dell'HIV da madre a figlio/a, passando da 1,4 a 1 milione di US\$.

Fonte: GAO, 2006.

22 Powell-Jackson T. and Mills A. A review of health resource tracking in developing countries. *Health Policy and Planning*. 2007 Nov; 22(6):353-62.

23 Population Action International. What is U.S. International Population Assistance? Population Action International. Fact Sheet, 2004.

24 U.S. Government Printing Office. Budget of the United States Government on line database: www.gpoaccess.gov/usbudget/y07/browse.htm

25 La cosiddetta "Politica di Città del Messico" è una politica statunitense che limita l'ammissibilità delle sovvenzioni federali alle ONG (Organizzazioni non governative) quando si tratta di fornire e promuovere servizi collegati all'aborto. Fu annunciata dal presidente Ronald Reagan nel 1984, in occasione della Conferenza internazionale delle Nazioni Unite sulla popolazione, tenutasi a Città del Messico (Fonte: US Policy Statement for the International Conference on Population, 1984). Il presidente Bill Clinton nel 1993 ha sconfessato la Politica di Città del Messico affermando che essa ha "indebolito gli impegni per promuovere una pianificazione familiare sicura ed efficace nei paesi esteri" (Fonte: Clinton, William J. AID Family Planning Grants/Mexico City Policy, 1993). Nel 2001 il presidente George W. Bush ha riconfermato questa politica mediante un ordine esecutivo e dichiarando: "È mia convinzione che i fondi dei con-

5 UNFPA: affrontare le difficoltà di finanziamento e preparare la strada ai diritti sessuali e riproduttivi

Il Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione (UNFPA) è l'agenzia leader tra le organizzazioni internazionali per quanto riguarda promozione, sostegno e attenzione alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi. Nello specifico, l'UNFPA promuove le sue azioni sulla base dei principi del Programma d'azione della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo del 1994. In particolare, l'UNFPA afferma il proprio impegno in favore dei diritti riproduttivi, dell'uguaglianza di genere e della responsabilità maschile, nonché dell'autonomia e dell'empowerment delle donne.²⁹

Tenuto conto della missione, del mandato e della dimensione reale delle azioni promosse dall'UNFPA, il presente Rapporto privilegia l'analisi dell'operato di questa agenzia rispetto ad altri organismi delle Nazioni Unite.

L'UNFPA in sintesi

L'UNFPA traduce i principi della Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo in quattro aree prioritarie di intervento:

- aiutare a garantire l'accesso universale alla salute riproduttiva, inclusa la pianificazione familiare e la salute sessuale, per tutte le coppie e i singoli entro o prima del 2015;
- sostenere strategie per la popolazione e lo sviluppo che promuovano la formazione di competenze in tali ambiti;
- promuovere la consapevolezza sui problemi di popolazione e sviluppo;
- mobilitare risorse e volontà politiche necessarie a realizzare la sua missione.

La sostenibilità delle attività dell'agenzia è garantita da due principali canali di finanziamento: i contributi regolari (da paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico – OCSE – e non) e i pagamenti ricevuti a titolo di co-finanziamento, compresi i contributi dei governi, dei donatori multilaterali e privati. L'UNFPA destina tali risorse a interventi nelle seguenti aree:

- salute riproduttiva
- popolazione e sviluppo
- uguaglianza di genere ed empowerment delle donne
- coordinamento e assistenza ai programmi.

Fonti: UNFPA 2000, 2006.

Rispetto alle altre agenzie delle Nazioni Unite, UNFPA si contraddistingue anche per dimensione e volume di finanziamenti: nel 2006 erano 180 i paesi donatori, a fronte dei 172 del 2005 e dei 166 del 2004.

I contributi totali sono dunque aumentati all'incirca del 30% tra il 2000 e il 2006, passando da 258,1 milioni di US\$ (2000) a 365,8 milioni di US\$ (2006).

5.1 Il vincolo sui finanziamenti

Osservando le attività attuali dell'UNFPA, emerge come l'agenzia sia divenuta un attore sovranazionale essenziale per rispondere ai bisogni relativi alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi nei paesi in via di sviluppo. Nel 2006 154 tra paesi in via di sviluppo e paesi in transizione hanno richiesto l'assistenza dell'UNFPA per affrontare problemi relativi alla popolazione e alla salute sessuale e riproduttiva. Le attività dell'agenzia sono essenzialmente promosse grazie ad alcuni principali paesi donatori, tra i quali Paesi Bassi, Svezia, Norvegia, Giappone, Regno Unito, Danimarca e Germania. Il trend storico dei finanziamenti evidenzia che i Paesi Bassi sono il principale contributore dell'UNFPA, sebbene le risorse messe a disposizione siano passate da 103,128 milioni di US\$ nel 2000 a 75,24 milioni nel 2006.³⁰

tribuenti non dovrebbero essere usati per pagare gli aborti, né per difendere o promuovere attivamente gli aborti, né qui né all'estero. Sono quindi convinto che la "Politica di Città del Messico" vada ripristinata" (Fonte: Bush, George. W., Restoration of the Mexico City Policy, 2001).

26 W. Sinding S.W., Does 'CNN' (Condoms, Needles, Negotiation) Work Better than 'ABC' (Abstinence, Being Faithful and Condom Use) in Attacking the Aids Epidemic? International Family Planning Perspectives, Volume 31, Number 1, March 2005.

27 Il Government Accountability Office (GAO) è l'ufficio responsabile dell'analisi della spesa federale, analisi basata sui sondaggi ordinati dalle commissioni e sotto-commissioni del Congresso degli Stati Uniti d'America. Il controllo e la revisione del programma PEPFAR e dell'efficacia della strategia ABC del presidente Bush rientrano tra le funzioni mandatarie di tale ufficio. Fonte: GAO website: www.gao.gov

28 United States Government Accountability Office, Global Health: Spending Requirement Presents Challenges for Allocating Prevention Funding under the President's Emergency Plan for Aids Relief. [GAO-06-395] Washington, D.C.: The Office, 2006.

29 UNFPA, Annual Report 2000.

30 UNFPA, Annual Report 2000 -2006.

Il sostegno dei principali donatori ha permesso all'agenzia di superare la significativa diminuzione delle risorse regolari verificatesi nel 2002 con la drastica riduzione dei contributi statunitensi.

Un episodio che dimostra quanto la salute della popolazione nei paesi in via di sviluppo possa essere pregiudicata quando le decisioni politiche e finanziarie si scontrano con questioni etiche.

Nello specifico, nel gennaio 2002 l'amministrazione americana ha congelato i 34 milioni di US\$ di stanziamento all'UNFPA già approvati dal Congresso nell'ambito della Legge Finanziaria del 2002³¹. L'amministrazione Bush ha giustificato il mancato finanziamento dell'UNFPA con una clausola di legge, nota come emendamento Kemp-Kasten, inserita nel 1985 nei decreti che regolano gli aiuti ai paesi esteri. Tale emendamento vieta il finanziamento a qualunque organismo che sostenga o partecipi alla gestione di un programma di aborto forzato o di sterilizzazione involontaria.

Il presidente Reagan fu il primo ad applicare tale clausola, dichiarando che l'UNFPA non poteva ricevere finanziamenti a causa dei progetti che portava avanti in Cina.³² Nel maggio 1993 l'amministrazione Clinton riprese a finanziare l'UNFPA, che nell'agosto successivo ricevette 14,5 milioni di US\$. Negli anni successivi i finanziamenti americani all'UNFPA hanno conosciuto diverse fluttuazioni, e ogni anno veniva stanziata una somma diversa. La sola eccezione si ebbe nel 1999, quando il Congresso tagliò le sovvenzioni all'UNFPA per protestare contro la ripresa degli interventi in Cina. Nel 2001 l'amministrazione Bush stabilì che l'UNFPA non violava l'emendamento Kemp-Kasten, e stanziò 21,5 milioni di US\$. Ma nel luglio 2002 il presidente Bush cambiò idea e, chiamando in causa la Kemp-Kasten, cancellò 34 milioni di stanziamenti.³³

Dal 2003 non si sono registrati cambiamenti nella politica delle sovvenzioni americane: in altri termini, il Congresso ogni anno dispone l'allocazione di 34 milioni di US\$ all'UNFPA, ma l'estate successiva il presidente ritira lo stanziamento. Nel 2007 il Congresso ha stabilito di destinare all'UNFPA, nell'anno fiscale 2008, 40 milioni di US\$, e ha chiesto al Presidente di spiegare le ragioni in base alle quali volesse ritirare il contributo non più di sei mesi dopo l'approvazione dei decreti di stanziamento (dicembre 2007). Ma il budget proposto dal Presidente Bush per la Finanziaria 2009 prevede drastici tagli per i programmi sanitari destinati alle donne, tra cui gli aiuti internazionali alla pianificazione familiare. Il budget proposto chiede che si rendano disponibili "fino a" 25 milioni di US\$ all'UNFPA "in assenza di impedimenti". La decisione definitiva andrà presa entro giugno 2008.³⁴

Nel frattempo, l'UNFPA ha ricevuto un sostegno eco-

nomico da "Americans for UNFPA", un'organizzazione benefica indipendente finanziata da fondazioni private e singoli donatori. Tra il 2005 e il 2006 tale organizzazione ha versato circa 162 milioni di US\$ per finanziare le normali attività dell'UNFPA tramite sovvenzioni private.³⁵

31 Anno fiscale 2002.

32 Il programma dell'UNFPA per la Cina è stato approvato dal Comitato Esecutivo del Fondo, composto da 36 stati membri delle Nazioni Unite, tra cui gli Stati Uniti, e aderisce strettamente a un approccio volontario e basato sul diritto alla salute riproduttiva e alla pianificazione familiare, approccio definito alla Conferenza del Cairo su Popolazione e Sviluppo. Il programma copre 32 regioni cinesi che hanno abolito le quote e i target sulla pianificazione familiare, e mira a migliorare l'accesso e l'uso di metodi contraccettivi moderni e sicuri per contrastare gli approcci basati su metodi non sicuri di controllo delle nascite. Fonte: Population in Action, 2003.

33 Population Action International, House to Consider UNFPA Funding; U.S. Support for Key International Family Planning Agency at Risk. Press Room, June 2003: [www.population.org/PressRoom/Viewpoints and Statements/2003/House to Consider UNFPA Funding U.S. Support for Key International Family Planning Agency at Risk.shtm](http://www.population.org/PressRoom/ViewpointsandStatements/2003/House%20to%20Consider%20UNFPA%20Funding%20U.S.%20Support%20for%20Key%20International%20Family%20Planning%20Agency%20at%20Risk.shtm). Ultimo accesso: marzo 2008.

34 Americans for UNFPA website, Funding timeline: www.americansforunfpa.org/NetCommunity/Page.aspx?pid=216&andsrcid=213. Ultimo accesso: marzo 2008.

35 UNFPA, Annual Report 2005-2006

6 Unione Europea: quando le buone politiche non bastano a garantire salute e diritti sessuali e riproduttivi

Nel corso degli anni l'Unione Europea (UE) ha sempre considerato la salute e i diritti sessuali e riproduttivi prioritari, almeno sulla carta. Per esempio, il Consenso sullo Sviluppo dell'Unione Europea (UE)³⁶ dichiarava: "Gli Obiettivi di sviluppo del Millennio non possono essere raggiunti senza progredire verso l'obiettivo della tutela universale della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi così come definiti nell'agenda della Conferenza del Cairo. La Comunità sostiene la piena attuazione di strategie che promuovano la salute e i diritti sessuali e riproduttivi e collega la lotta contro HIV e AIDS con il sostegno al diritto alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi".³⁷

Cala l'attenzione dell'Unione Europea per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi

L'atteggiamento dell'Unione Europea nei confronti della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi è mutato progressivamente, seppure non attraverso interventi drastici come quelli attuati dagli USA. Il progressivo disinteresse dell'UE nei confronti di questo settore va ricostruito in una serie di atti successivi:

- Scarsa attenzione verso la salute e i diritti sessuali e riproduttivi nei Programmi della Commissione Europea per i singoli paesi (Commissions Country Programs). Tra il 2001 e il 2004 la Commissione ha pubblicato 106 documenti strategici per paese (CSP - Country Strategy Papers): 38 (36%) si riferiscono ad aiuti per la salute, 13 (12%) a HIV e AIDS e 42 (40%) a questioni di genere.
- Tra il 2001 e il 2004 i fondi per la lotta all'HIV e AIDS e alle altre infezioni a trasmissione sessuale sono saliti dal 39% al 54%. Nello stesso periodo la percentuale di spesa per la pianificazione familiare è scesa dal 30% al 9%.
- Per tutto il periodo 2007-2013 la UE ha stanziato per programmi relativi alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi la stessa cifra stanziata per il periodo 2003-2007, cioè 70,1 milioni di euro.
- Nel complesso, sebbene la rilevanza di HIV e AIDS, uguaglianza di genere, salute sessuale e riproduttiva sia da tutti riconosciuta, questi temi ricevono un'attenzione inadeguata all'interno delle politiche di sviluppo della UE.

Fonti: Euromapping 2007; Sexual and Reproductive Health and Rights Fact Sheet, della Campagna "Non c'è sviluppo senza salute" (True Development Through Health), 2007; UNFPA: Prioritising Sexual and Reproductive Health - Assessing the Transparency and the Scope of EU-Funding (2007-2013).

6.1 L'impegno UE per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi: servono finanziamenti concreti

Le dichiarazioni dell'UE in materia di salute e di diritti sessuali e riproduttivi contrastano con le allocazioni di risorse effettivamente destinate a tale settore, decisamente ridotte.

L'esempio più evidente risale al 2007, da quando il capitolo di spesa dedicato alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi dalla Commissione Europea semplicemente non esiste più. Fino al periodo finanziario 2003-2006 la Commissione Europea aveva avuto un capitolo di spesa distinto, dedicato al sostegno delle politiche e alle azioni in favore della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi nei paesi in via di sviluppo. Per il periodo 2007-2013, nella cornice di una riforma delle proprie azioni esterne, questo capitolo di spesa è stato accorpato ad altre priorità, all'interno di una nuova strategia definita "Investire sulle persone". Nel campo della salute sessuale e riproduttiva, quasi due terzi degli aiuti della UE destinati alla salute e a problemi correlati vanno al Fondo Globale per la lotta all'AIDS, tubercolosi e malaria, mentre servizi e programmi per la salute sessuale e riproduttiva sono scivolati al secondo posto per entità di contributi stanziati.³⁸

³⁶ L'Unione Europea è una comunità politica ed economica composta da ventisette stati membri europei. La definizione Comunità Europea è spesso intesa come sinonimo della UE. La Commissione Europea è il braccio esecutivo della Unione Europea e le sue responsabilità sono: proposte di legge, attuazione delle decisioni, implementazione dei trattati sottoscritti dall'Unione e il normale funzionamento dell'Unione stessa. Fonte: European Union Institutions and other Bodies: europa.eu/institutions/instit-comm/index_en.htm. Ultimo accesso: marzo 2008.

³⁷ Council of the European Union, Joint Statement by the Council and the representatives of the Governments of the Member States meeting within the Council, the European Parliament and the Commission on European Union Development Policy: "The European Consensus", 2005.

³⁸ "Allarme Salute - Perché l'Europa deve agire subito per raggiungere gli Obiettivi di sviluppo del Millennio", rapporto della rete europea Azione per la salute globale, settembre 2007. Edizione italiana a cura di AIDOS - Associazione italiana donne per lo sviluppo e CESTAS, Centro di Educazione Sanitaria e Tecnologie Appropriate Sanitarie. Le edizioni italiana, inglese, francese, tedesca, spagnola sono disponibili sul sito www.actionforglobalhealth.eu.

I contributi dei donatori al Fondo Globale dovrebbero aggiungersi, e non sostituire i fondi esistenti. Utilizzare l'intero budget destinato alla sanità per adempiere l'impegno della Commissione nei confronti del Fondo Globale va contro questo principio.

Infine, i paesi in via di sviluppo ricevono i finanziamenti attraverso programmi geografici basati sui cosiddetti Country Strategy Papers (Documenti strategici nazionali) che, pur essendo redatti congiuntamente dai donatori e dai paesi partner, non identificano la salute e i diritti sessuali e riproduttivi come un settore distinto, aggiungendo ulteriore incertezza alla selezione e all'allocazione del budget.³⁹

6.2 Gli impegni UE per gli Obiettivi di sviluppo del Millennio

Gli impegni politici sinora illustrati non sono pienamente implementati nemmeno per quanto riguarda il raggiungimento degli MDG. Nel 2007 la peer review (verifica periodica) dell'OECD/DAC⁴⁰ ha stabilito che: "Esiste il rischio che i molteplici ambiziosi obiettivi del consenso, inclusi quelli politici più ampi, indeboliscano le priorità strategiche di lungo termine".

Parte della società civile europea, del Parlamento Europeo e dei singoli Stati Membri ha espresso la preoccupazione che l'obiettivo primario della lotta ed eradicazione

Commissione europea, aiuti stanziati in due periodi finanziari

Settore	2003–2006 milioni di €	Media annuale milioni di €	2007–2013 milioni di €	Media annuale milioni di €
Al Fondo Globale per la lotta all'Aids, Tuberculosi e Malaria	351,0	87,75	362,0	51,7
Per Salute sessuale e riproduttiva	73,95	18,49	86,0	12,3
Per Salute e Aids (ai paesi ENP) *			19,0	2,7

Fonte: Commissione Europea: Investire nelle persone – Documento Strategico per il Programma Tematico 2007 – 2013;

* I Paesi ENP sono quelli che rientrano nella Politica di vicinato europeo, 2003.ⁱⁱ

39 Countdown 2015 Europe. Strategic Options for Greater European Investment in Reproductive Health Supplies. Produced by Roger Drew for Countdown 2015 Europe on behalf of Interact Worldwide. November 2007.

40 Il DAC è il Comitato per l'aiuto allo sviluppo dell'OECD, Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico. Effettua una revisione periodica delle politiche e degli interventi degli stati membri relativi alla cooperazione allo sviluppo.

41 OECD/DAC, European Union DAC Peer Review: Main Findings and Recommendations, 2007.

42 Durante il vertice UE-Africa svoltosi nel 2007 a Lisbona, la Commissione Europea ha sottoscritto con 31 paesi dell'Africa sub-sahariana i Country Strategy Papers (C.S.P.). Otto miliardi di euro saranno investiti nel periodo 2008-2013. La UE e i paesi africani riconoscono 8 priorità per gli interventi finanziati dal Fondo Europeo di sviluppo (EDF) coerentemente con le nuove agende di partnership lanciate a Lisbona: Pace e sicurezza; Governance e Diritti Umani; Commercio e integrazione regionale; gli obiettivi di sviluppo del Millennio; Energia; Cambiamenti climatici; Migrazioni; Occupazione; Scienza; Informazione; Società e spazio.

43 Alliance 2015. The EU's contribution to the MDGs Halfway to 2015: Mid-Term Review. 2007.

44 Euromapping project. Mapping European development aid and population assistance. 2006.

45 Lo Scrutinio Democratico degli aiuti della UE fornisce i punti di riferimento per l'analisi del programma congiunto tra UE e Africa, Caraibi e Paci-

fico. Tale sistema di monitoraggio ha definito le aspettative che le organizzazioni della società civile nutrono nei confronti della cooperazione tra Unione Europea e i paesi dell'Africa, dei Caraibi e del Pacifico, nel periodo che andrà dal 2008 al 2013. Il sistema è sostenuto da singoli privati, organizzazioni della società civile e network operanti in Europa e fuori di essa: www.acp-programming.ec/wcm/content/view/1377.

46 Democratic Scrutiny of EU aid: www.acp-programming.eu/wcm/dmdocuments/ACP_benchmarks_final.pdf

47 Lo strumento di Cooperazione allo Sviluppo (DCI) è un programma dell'Unione Europea che fornisce aiuti ai paesi in via di sviluppo di America Latina, Asia (compresa l'Asia centrale) e alla Repubblica del Sudafrica. Il DCI vale per il periodo 2007-2013 e persegue l'obiettivo di eliminare la povertà nei paesi e nelle regioni partner, nel contesto di uno sviluppo sostenibile, e include il perseguimento degli Obiettivi di sviluppo del Millennio.

ii La politica europea di vicinato è stata introdotta dalla Commissione europea nel marzo 2003 come "...una rete di rapporti privilegiati con paesi terzi confinanti con l'UE, in particolare paesi orientali e meridionali". La Commissione ha proposto che l'Unione Europea debba sviluppare una zona di prosperità e una politica di buon vicinato... con i paesi confinanti con l'UE stabilendo forme di cooperazione, di sicurezza e di pace. I seguenti paesi sono inclusi in tale politica: Algeria, Armenia, Azerbaigian, Bielorussia, Egitto, Georgia, Libano, Giordania, Israele, Libia, Moldavia, Marocco, Siria, Tunisia, Ucraina. Fonte: The Pan European Dialogue on Migration. <http://www.belgium.iom.int/pan-europeandialogue/Index.asp>.

zione della povertà non sempre si riflette nelle azioni sul campo. Analoghe preoccupazioni riguardano altri temi strettamente correlati o trasversali rispetto alla lotta alla povertà, come la disuguaglianza di genere, l'ambiente, l'HIV e AIDS per il conseguimento degli Obiettivi del Millennio".⁴¹

Per di più, i Country Strategy Papers firmati nell'ambito del decimo European Development Fund⁴² (Fondo europeo di sviluppo, EDF) dedicano pochissima attenzione agli MDG: questa debolezza è più che mai evidente nel caso dell'Africa, il continente dove più forte è il bisogno.⁴³

6.3 Fondi UE per la salute e l'aiuto alla popolazione

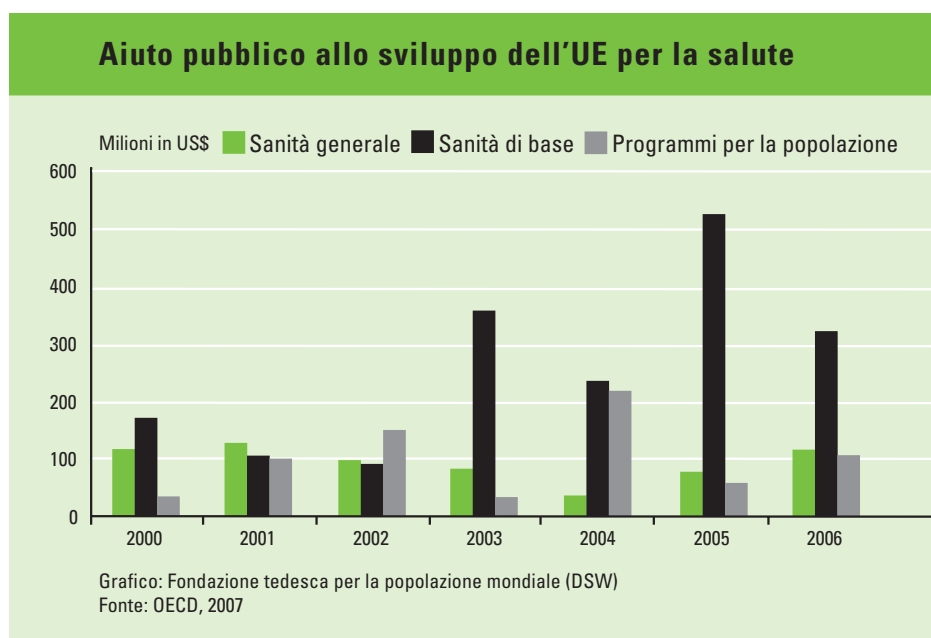
I fondi per l'aiuto pubblico allo sviluppo dell'Unione Europea sono andati stabilmente aumentando dal 2001 ad oggi. Tuttavia, come spesso accade, a questi impegni non fanno seguito le erogazioni. Per esempio, nel 2006 si è assistito a una diminuzione delle erogazioni benché fosse previsto un incremento di impegno: l'Unione Europea ha investito in aiuti 8,3 miliardi di US\$ a fronte dei 9,4 miliardi di US\$ stanziati nel 2005, in contrasto con l'impegno prefissato di raggiungere i 13,07 miliardi di US\$ proprio nel 2006. Malgrado tali divergenze, l'Unione Europea si è impegnata a raggiungere l'obiettivo dello 0,7% del PIL investito in aiuti allo sviluppo (ODA/GNI) entro il 2015, ponendosi anche l'obiettivo intermedio di arrivare allo 0,56% del PIL entro il 2010.⁴⁴

In particolare, nel 2006 l'Unione Europea si è impegnata a destinare il 4,71% degli aiuti bilaterali ai programmi per la salute e la popolazione, per un ammontare di 580,17 milioni di US\$. Nel corso degli anni i fondi della UE destinati a questo scopo hanno conosciuto forti fluttuazioni (Fig. 1).

Il problema è particolarmente accentuato per quanto riguarda i programmi per la popolazione, dove gli alti e bassi sono la regola. Ad esempio, l'OECD-DAC ha registrato aiuti alla popolazione pari a 110,63 milioni di US\$ nel 2006, ossia il doppio della cifra stanziata nel 2005. Tuttavia, la somma messa a disposizione nel 2005 era appena un quarto di quella stanziata nel 2004.

6.4 Il sostegno UE agli MDG – Le politiche europee hanno un impatto limitato sugli Obiettivi

La società civile europea dubita che queste politiche "positive" si traducano in sovvenzioni in linea con gli MDG. Il Democratic Scrutiny of EU Aid⁴⁵ afferma che "ogni anno, dal 2001, il 20% di tutti gli aiuti della UE – compresi gli aiuti ai paesi africani, caraibici e del Pacifico (paesi ACP) – debbano essere stanziati per la sanità e l'educazione di base, e che il 35% sia da destinarsi ai settori sociali".⁴⁶ Lo Strumento di Cooperazione allo Sviluppo (Development Cooperation Instrument⁴⁷) contiene una dichiarazione secondo cui la Commissione Europea ha stabilito di implementare tali obiettivi entro



il 2009.⁴⁸ Se da una parte i programmi nazionali in Asia e in America Latina riflettono il tentativo di rispettare tali obiettivi, questo non vale per i paesi ACP, in particolare per l'Africa.⁴⁹ Anzi, come spiegato in precedenza, i Country Strategy Papers per il periodo 2007-2013 raramente includono tra le loro priorità la sanità, l'HIV e AIDS o i problemi di genere. Ciò non riconosce il ruolo chiave giocato dalla salute nella agenda internazionale per lo sviluppo: ben tre degli otto MDG sono esplicitamente collegati alla salute, e questi, sia detto per inciso, sono anche i più lontani dalla realizzazione.⁵⁰

Il sostegno al bilancio pubblico (General Budget Support, GBS) mira a rafforzare la capacità di uno stato di

programmare gli interventi in specifici settori, per esempio nella sanità. Tuttavia, se il GBS dovesse diventare il meccanismo di finanziamento preferito dalla UE, dovremmo chiederci: è davvero un beneficio per i programmi in favore della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi? È comunque molto dibattuta l'idea che il sostegno al bilancio pubblico generale promuova il settore sociale e, nello specifico, la salute e le politiche per la popolazione. Per tale motivo questo Rapporto cercherà di far luce tanto sui benefici come sugli svantaggi del GBS, dato che l'efficacia e la sostenibilità dei finanziamenti varia moltissimo a seconda delle impostazioni operative e dei paesi coinvolti.

Quali sono i vincoli alla realizzazione delle politiche di eccellenza della UE e al conseguimento degli Obiettivi del Millennio per lo Sviluppo?

Entità dei finanziamenti. I finanziamenti destinati alla salute in generale, e alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi in particolare, sono inferiori alle promesse. Anche se tutti gli impegni assunti fossero mantenuti, permane un divario nei finanziamenti per il raggiungimento dell'accesso universale ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva.

Sostegno al Bilancio (Budget Support, BS). Mettere a disposizione denaro che i governi possano utilizzare mediante i rispettivi cicli di bilancio è una pratica intesa a realizzare una gestione più efficiente e responsabile da parte dei paesi partner. Questa pratica è comunemente nota come "budget support". Al momento però gli strumenti di spesa sembrano carenti: la UE sostiene che il BS contribuirà a rafforzare i sistemi sanitari, ma non ha ancora dimostrato di aver messo a punto un meccanismo di sostegno al bilancio che sia capace di assicurare il raggiungimento di questo scopo.

⁴⁸ Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, in merito al secondo paragrafo dell'art. 251(2) del Trattato della UE riguardante la posizione comune del Consiglio circa l'adozione di un Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio per stabilire uno strumento di finanziamento per la cooperazione allo sviluppo, COM (2006) 628.

⁴⁹ United Nations, (2007), Africa and the Millennium Development Goals – 2007 Update 5. European Commission, EDF 10 sectoral breakdown, EU.europa.eu/development/Geographical/Maps/domaines_de_concentration.pdf

⁵⁰ Gli aiuti della UE ai paesi in via di sviluppo provengono da due fonti diverse: il bilancio della UE e il Fondo europeo per lo sviluppo (European Development Fund - EDF) che sostiene i paesi nelle regioni di Africa, Caraibi e Pacifico (ACP). I paesi in via di sviluppo (ACP e non ACP) ricevono finanziamenti UE tramite programmi geografici basati sui cosiddetti Documenti Strategici Nazionali o CSP. V. sul punto anche: Action for Global Health: Health warning – Why Europe must act now to rescue the Millennium Development Goals, Bruxelles, 2007.

⁵¹ Questi temi sono strettamente associati all'impegno passato e futuro dei governi per migliorare l'efficacia degli aiuti. In particolare nel 2005 a Parigi oltre un centinaio di ministri, responsabili di agenzie e altri funzionari di alto livello si sono impegnati per conto delle rispettive nazioni e organizzazioni a proseguire e incrementare gli sforzi per armonizzare, allineare e gestire gli aiuti e l'impatto che esercitano sullo sviluppo, in base a cinque principi chiave: proprietà, allineamento, armonizzazione, gestione dei risultati e reciproca responsabilità. Per verificare e rivedere i progressi compiuti verso la realizzazione della Dichiarazione di Parigi, i governi, le agenzie di donatori bilaterali e multilaterali, le banche regionali per lo sviluppo e le agenzie internazionali si incontreranno al Third High Level Forum on Aid Effectiveness (HLF 3, Terzo Forum di alto livello sull'efficienza degli aiuti) ad Accra, il 2-4 settembre 2008. L'HLF 3 identificherà le azioni necessarie e i parametri ristretti e imprescindibili da rispettare per migliorare l'efficacia degli aiuti, non solo per il 2010 ma anche in seguito. Fonte: ECD/DAC, 2007.

7 Le tendenze future

Gli Stati Membri della UE e la Commissione Europea hanno stabilito un processo di aumento della specializzazione e dell'armonizzazione delle attività di aiuto allo sviluppo.

Essi concentreranno gli aiuti su tre settori tematici, limitando il numero dei paesi in cui intervengono in base ai rispettivi vantaggi in qualità di donatori, con la collaborazione di altri donatori e del paese partner. Il principio, fissato nel "Codice di condotta dell'Unione Europea sulla complementarietà e divisione del lavoro nelle politiche per lo sviluppo" è descritto nella I sezione di questo documento e comporta opportunità e rischi per i finanziamenti destinati alla salute e alle politiche per la popolazione. In base al Codice:

– per ogni paese di intervento, ciascun donatore si concentrerà su tre settori. Il fondo per la salute e l'assistenza alle politiche per la popolazione sarà quindi finanziato da pochi donatori invece che da dieci;

Il sostegno al bilancio pubblico (GBS)

Vantaggi

- Può promuovere una distribuzione più efficiente dei fondi pubblici, poiché finanzia sia le spese correnti, come salari e beni di consumo, sia gli investimenti.
- Facilita l'assunzione di responsabilità da parte di un paese partner nella riduzione della povertà.
- Può favorire l'immediato allineamento ed armonizzazione degli aiuti e al contempo lo sviluppo di sistemi di monitoraggio dell'impatto.
- Favorisce l'accesso a servizi essenziali e la stabilizzazione macroeconomica di molti paesi.

Svantaggi

- Può contribuire alla fornitura di servizi sanitari solo a condizione che le strutture amministrative nazionali abbiano la capacità di assorbire il finanziamento e siano coinvolte nella pianificazione e nell'uso di indicatori.
- Laddove non è possibile determinare quanta parte del GBS vada al settore sociale, tali finanziamenti finiscono per non essere visibili nelle statistiche sulla destinazione degli aiuti.
- Rischia di accentrare tutti gli aiuti senza consentirne l'identificazione e senza poterne misurare l'efficacia, compromettendo in particolare i settori più fragili, come la salute e i diritti sessuali e riproduttivi.

- le risorse in tal modo liberate saranno canalizzate verso il sostegno generale al bilancio. Pertanto la responsabilità di porre la salute e le politiche per la popolazione tra le priorità ricadrà sul governo del paese partner;
- i donatori limiteranno il numero dei destinatari prioritari, riducendo ulteriormente il numero dei donatori attivi in ciascun paese;
- i paesi finora trascurati riceveranno maggiori attenzioni. La salute e le politiche per la popolazione di questi paesi ne trarranno evidenti benefici;
- aumenteranno le modalità di coordinamento e gli strumenti per i programmi congiunti come il sostegno al bilancio pubblico di settore;
- un ulteriore decentramento avvicinerà il processo decisionale alle esigenze concrete, e quindi le priorità di finanziamento saranno sempre più in linea con le realtà sul campo.

In teoria l'esito di questo processo dovrebbe essere una maggiore efficacia⁵¹ degli aiuti allo sviluppo, anche nel settore della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi. Questa situazione presenta allo stesso tempo opportunità e rischi:

- i miglioramenti nella comunicazione e nel coordinamento tra i donatori potrebbero portare a una maggiore efficacia degli stanziamenti per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi; per esempio, i donatori più impegnati in questo ambito potrebbero essere investiti della responsabilità complessiva verso un dato paese;
- un aumento del sostegno al bilancio potrebbe portare a un potenziamento dei sistemi sanitari che comprenda l'incremento di servizi per la salute sessuale e riproduttiva, l'assicurazione di rifornimenti di strumenti e materiali di consumo nei medesimi, e il potenziamento dei servizi informativi;
- poiché i donatori ridurrebbero le loro priorità e i settori di intervento, la salute e i diritti sessuali e riproduttivi potrebbero restare esclusi. Il rischio è che i donatori si concentrino su alcuni paesi e alcuni settori che possono offrire loro maggiore visibilità e un miglioramento da poter vantare nel breve periodo, e che non vedano nella salute e nei diritti sessuali e riproduttivi un investimento "produttivo a breve termine";
- poiché i fondi saranno ri-diretti ai bilanci generali dei paesi in via di sviluppo, sarà sempre più difficile sapere se si staranno rispettando gli impegni dei donatori nei confronti della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi assunti fin dalla sottoscrizione del Programma d'azione della Conferenza del Cairo.

...Guardare avanti

La crescente specializzazione e armonizzazione degli interventi di cooperazione allo sviluppo tra gli stati membri dell'UE dovrebbe essere orientata al soddisfacimento dei bisogni effettivi delle popolazioni dei paesi partner: ciò è essenziale per garantire che gli sforzi collettivi siano realmente efficaci e sostenibili.

Passando alla Sezione II di questo rapporto, l'analisi dell'aiuto allo sviluppo in alcuni paesi europei permette di comprendere meglio come i donatori possano migliorare la propria performance, con particolare attenzione ai programmi per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi.

Sezione II

Germania, Italia e Polonia: politiche e strategie per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi nei paesi in via di sviluppo a confronto

Prima di proseguire...

A livello internazionale l'Unione Europea si pone tradizionalmente tra i donatori più importanti nel settore della salute, sia in termini di percentuali di contributi sia di qualità dei processi politici decisionali.

Un'analisi comparata tra gli stati membri è fondamentale per individuare gli elementi comuni e le differenze in termini di formulazione e attuazione delle politiche e dei programmi d'azione per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi. Lo scopo ultimo è comprendere le tendenze attuali e prevedere i cambiamenti potenziali nei finanziamenti e nei processi politici. Tra i paesi dell'Unione Europea, l'aiuto pubblico allo sviluppo (APS) si è evoluto in base a modelli comuni, anche se si possono notare caratteristiche specifiche per ciascun paese. Tali caratteristiche riflettono l'approccio storico delle politiche di cooperazione internazionale in ciascuna nazione, come nel caso di Germania e Italia. Il processo di allargamento dell'Unione consente a stati emergenti come la Polonia di entrare nel settore della salute globale e di aprire finestre di opportunità per il ripensamento delle politiche di armonizzazione e di allineamento tra i donatori.

“Il motivo per cui si fa tanto poco, di solito è che ci si prova troppo poco”.

Samuel Smiles

1 Germania

Fatti e cifre oltre la politica

– **Trade off tra diritti di salute sessuale e riproduttiva e HIV e AIDS.** Tra il 2008 e il 2015, la Germania destinerà 4 miliardi di euro in totale per la lotta contro l'HIV e AIDS, malaria e tubercolosi, compreso il sostegno economico anche alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi. Dai 400 milioni di euro stanziati nel 2007, si è già passati ai 500 milioni del 2008.

– **Aiuto ai programmi delle Nazioni Unite per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi.** Tra il 2000 e il 2006 la Germania ha versato in media il 12,1% dell'importo complessivo stanziato da tutti i donatori, incluse le agenzie, prodotti per la contraccezione, ed è il terzo maggior donatore dopo USAID (42%) e UNFPA (30%).

1.1 Promuovere la salute e i diritti sessuali e riproduttivi nell'ambito della lotta all'HIV e AIDS

La Germania è uno dei maggiori donatori a livello mondiale nella lotta contro l'HIV e AIDS. Negli ultimi anni, il governo tedesco ha investito circa 300 milioni di euro per il raggiungimento degli Obiettivi di sviluppo del Millennio entro il 2015.¹

Non soltanto i finanziamenti multilaterali, ma anche quelli bilaterali per l'HIV e AIDS e per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi hanno conosciuto un incremento significativo passando da 83 milioni di euro nel 2005 a 130 milioni del 2008 (fonte, BMZ)². In media, gli aiuti allo sviluppo bilaterali della Germania per i programmi relativi alla popolazione, compresa la pianificazione familiare, restano più elevati delle risorse destinate ai programmi per la salute generale e di base (Fig.1).

Aiuto pubblico allo sviluppo della Germania per i programmi per la salute

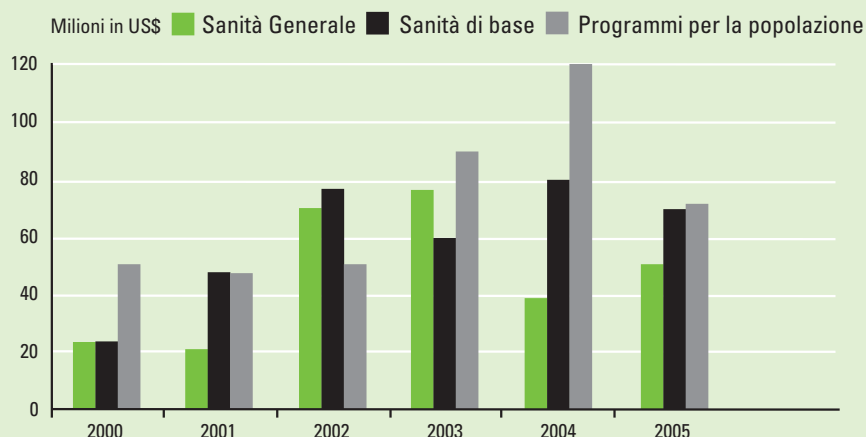


Grafico: Fondazione tedesca per la popolazione mondiale (DSW)
Fonte: OECD, 2007

1 A Review of the Work of the G8 in the Field of Tackling the Three Pandemics HIV and AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2007. Documento preparato dal governo tedesco per il Summit del G8 di Heiligendamm.

2 BMZ è il ministero per la Cooperazione Economica e lo sviluppo della Germania Federale. Il BMZ è responsabile della programmazione e della realizzazione della politica tedesca per lo sviluppo. La sua missione concerne soprattutto la promozione di strategie di supporto bilaterali e multilaterali, nonché il sostegno ai programmi e progetti per lo sviluppo dei paesi partner, il sostegno ai programmi di cooperazione delle organizzazioni non governative, e infine la valutazione e il monitoraggio degli aiuti.

1.2 Un forte sostegno alle organizzazioni multilaterali

Oltre ai finanziamenti bilaterali, la Germania garantisce anche contributi significativi alle organizzazioni multilaterali. A livello internazionale la Repubblica Federale Tedesca sostiene l'UNFPA e l'IPPF (International Planned Parenthood Federation), la più grande piattaforma di organismi non governativi che operano nel settore della pianificazione familiare, dell'implementazione di programmi e misure nel campo della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi nei paesi in via di sviluppo. In particolare negli ultimi anni la Germania ha incrementato il proprio impegno a supporto dei finanziamenti multilaterali, soprattutto a favore del Fondo Globale per la lotta all'AIDS, tubercolosi e malaria.

A partire dal 2006, inoltre, la Germania sostiene la Partnership Internazionale sui Microbicidi (International Partnership on Microbicides, IPM) con un versamento annuale di un milione di euro. In contrasto con tale tendenza, negli ultimi anni si è assistito a una diminuzione del budget destinato ad altri programmi delle Nazioni Unite che si concentrano in modo specifico sull'HIV e sulle patologie ad esso correlate (Fig.2)³.

1.3 Canali multipli per finanziare la salute e i diritti sessuali e riproduttivi

La valutazione del capitolo di spesa tedesco in favore della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi si basa sulla definizione del Comitato sull'Aiuto allo Sviluppo dell'OCSE e mostra un impegno netto, in particolare negli aiuti bilaterali (Fig. 3).

Il miglioramento del rispetto della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi nei paesi in via di sviluppo è un'area particolarmente rilevante nelle politiche di sviluppo della Germania. Tale impegno è profuso in gran parte tramite programmi e progetti bilaterali, come mostra la tabella (Fig. 3).

La Germania sostiene inoltre progetti di marketing sociale finalizzati a promuovere la distribuzione di contraccettivi e ridurre di conseguenza il numero delle gravidanze indesiderate e delle malattie sessualmente trasmesse come l'HIV e AIDS.

Finanziamenti multilaterali

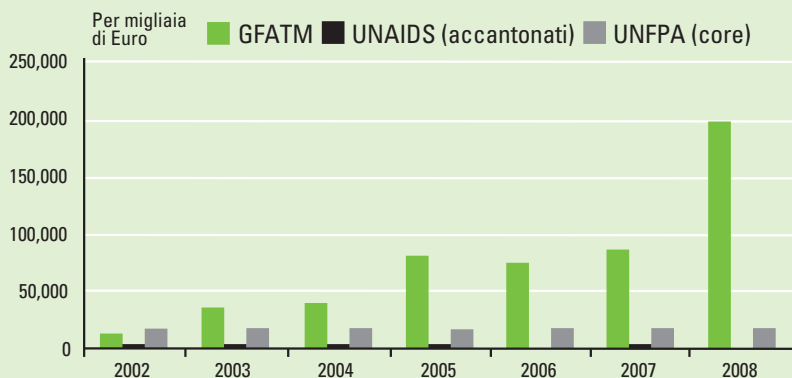


Grafico: Fondazione tedesca per la popolazione mondiale (DSW)
Fonte: Risposta del governo tedesco ad un'interrogazione parlamentare, maggio 2007.

Aiuto pubblico allo sviluppo per la salute sessuale e riproduttiva

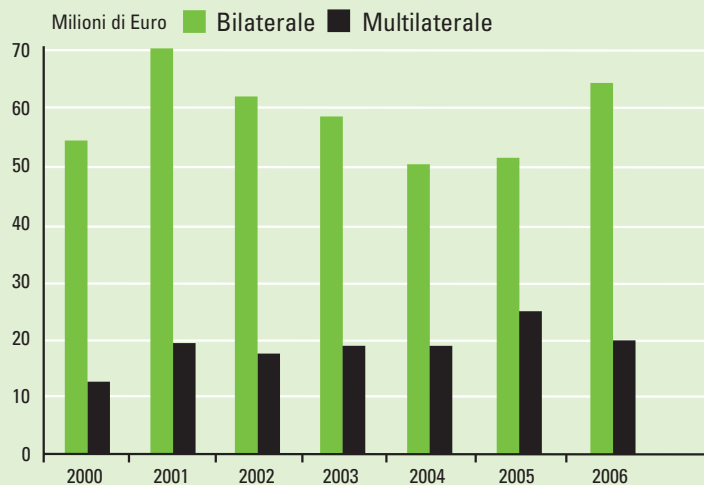


Grafico: Fondazione tedesca per la popolazione mondiale (DSW)
Fonte: Risposta del governo tedesco a un'interrogazione parlamentare, ottobre 2007.

³ Il dato UNFPA si riferisce al core budget, cioè alla componente principale del budget, distinto dal budget supplementare e dalle risorse per azioni specifiche. La componente centrale (core) del budget serve per finanziare le attività, mandato dal Fondo. A fianco della componente centrale, vi sono i contributi destinati dai singoli donatori a specifici programmi dell'UNFPA, che all'UNAIDS si intendono assegnati, cioè stanziati e non versati.

Fatti e cifre oltre la politica

- **Perché i dati sono importanti.** C'è un problema di scarsità di dati per stabilire l'esatto andamento dei finanziamenti italiani ai programmi per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi. Le fonti sulla spesa italiana destinata all'aiuto alla popolazione, divise per categorie di intervento, non presentano dati aggiornati: le stime disponibili si fermano al 2003 (UNFPA - Resource Flow).
- **Rapporto tra la salute e i diritti sessuali e riproduttivi e HIV e AIDS.** I fondi per i programmi per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi rientrano tra gli interventi generici di aiuto alla popolazione. I dati relativi al 2000 mostrano che l'Italia ha stanziato 24,9 milioni di US\$ per aiuti alla popolazione, in gran parte tramite canali misti multilaterali e bilaterali. Tra il 2001 e il 2002, nonostante un aumento di un terzo dell'aiuto pubblico allo sviluppo, tale importo è rimasto sostanzialmente invariato per poi diminuire nel 2002, scendendo a circa 22,6 milioni di US\$.
- **Aiuto ai programmi delle Nazioni Unite per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi.** Dal 2000 al 2006 il finanziamento all'UNFPA è aumentato, passando da 2,9 milioni di US\$ (2000) a 3,7 milioni (2006). Per contro, i contributi ai programmi dell'UNIFEM - Fondo di Sviluppo delle Nazioni Unite per le donne - sono diminuiti passando da 2,94 a 2,72 milioni di US\$ e al core budget dell'UNAIDS sono passati da 1,7 milioni di US\$ (2000) a circa 1,5 milioni (2006).

2.1 L'aiuto pubblico allo sviluppo italiano: discontinuità dei finanziamenti e dei programmi

I contributi dell'Italia per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi evidenziano che, nonostante la Direzione generale per la cooperazione allo sviluppo consideri la salute una priorità, l'allocazione dei fondi non è adeguata.

La legge Finanziaria del 2006 ha identificato come principale priorità la lotta contro HIV e AIDS, tubercolosi e malaria, attraverso il Fondo Globale. Tuttavia, finora nessuna dichiarazione ufficiale su un aumento degli aiuti allo sviluppo ha fatto seguito a quel documento e nemmeno si possono ricordare dichiarazioni in tal senso negli ultimi due anni. Non è dunque chiaro in che modo l'Italia possa raggiungere l'obiettivo di destinare lo 0,7% del PIL agli aiuti nel 2015, come sancito dalla Dichiarazione del Millennio.⁴

Finora un'analisi complessiva degli aiuti per la salute, in particolare per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi, ha permesso di tracciare un quadro della realtà piuttosto sconcertante. Le proiezioni attuali indicano che il paese dovrebbe incrementare l'assistenza alla popolazione superando di oltre 15 volte i livelli del 2002 per raggiungere gli obiettivi di finanziamento per il 2015 previsti nella Conferenza del Cairo.⁵

⁴ Zupi M. e Aiello C., Trends in Italian Development Cooperation, Centro Studi di Politica Internazionale (CeSPI) per Reality of Aid Reports 2006.

⁵ Population Action International, Progress and Promises - Trends in International Assistance for Reproductive Health and Population, disponibile su: http://216.146.209.72/Publications/Reports/Progress_and_Promises/Interactive/pandp/index.php?c=34.

Aiuto pubblico allo sviluppo netto dell'Italia

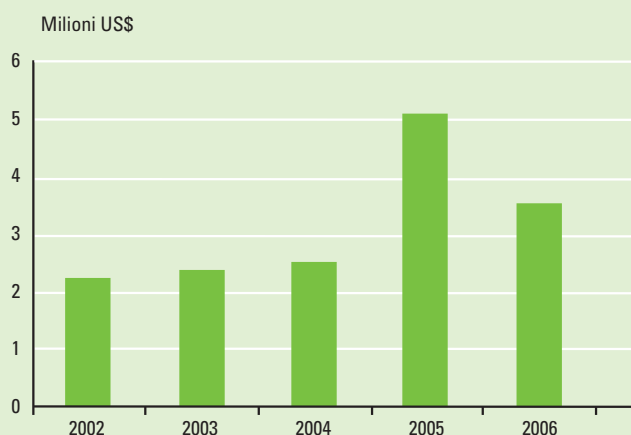


Grafico: Fondazione tedesca per la popolazione mondiale (DSW)
Fonte: OECD, Statistical Yearbook 2007

Aiuto italiano per i settori principali

Italia	2005	2006
Aiuti bilaterali	Milioni US\$ 2269.57 % sul totale dei finanziamenti bilaterali	Milioni US\$ 2000.92
Settore sanitario	3.8 %	3.8 %
Servizi sanitari di base	1.6 %	1.1 %
Popolazione e salute riproduttiva	0.4 %	0.2 %
Acqua e servizi sanitari	2.6 %	2.2 %
Istruzione	2.0 %	1.7 %
Istruzione primaria	0.1 %	0.1 %

Fonte: OECD, Statistical Yearbook 2007

Alla prova dei fatti il paese è lontano dal centrare gli obiettivi previsti. Dati recenti dimostrano per esempio che nel 2006 l'aiuto allo sviluppo dell'Italia è sceso di circa il 30,6% rispetto agli anni precedenti (Fig. 4), a motivo soprattutto del mancato rispetto delle scadenze dei contributi versati alle organizzazioni internazionali insieme ad altre nazioni europee, tra cui Austria, Belgio e Finlandia. Nel 2006, mentre la maggior parte dei membri UE hanno centrato l'obiettivo di Barcellona⁶, l'Italia – come la Grecia e il Portogallo – non ce l'ha fatta.⁷

Infine, anche le allocazioni per settore rivelano alcune criticità (tabella 1).

2.2 Sostegno alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi e alla lotta contro HIV e AIDS: promesse non mantenute

Le proiezioni del Resource Flows Project delle Nazioni Unite calcolano che nel 2003 l'Italia ha finanziato programmi per la popolazione e per la lotta a HIV e AIDS per un totale di 27,068 milioni di US\$. Per quanto tale contributo sia in aumento rispetto agli anni precedenti, l'Italia è ancora al decimo posto su 16 paesi europei occidentali.⁸

La valutazione (peer review) del DAC del 2004 mette in luce il ruolo primario dell'Italia nell'impegno contro HIV e AIDS fin dall'inizio del 2000. Il governo italiano ha sostenuto e promosso la creazione del Fondo Globale per la Lotta all'AIDS, tubercolosi e malaria (GFATM) al summit del G8 di Genova nel 2001 impegnandosi immediatamente con 100 milioni di Euro per l'istituzione del Fondo in coincidenza con il Summit. Tra il 2001 e il 2008 sono stati effettivamente versati al GFATM dall'Italia Euro 790.335.717.^{9 10}

Tuttavia, dopo il summit del G8 ad Heiligendamm nel 2007 il paese non è riuscito a mantenere le promesse, soprattutto quelle nei confronti dell'Africa.¹¹ Quanto all'impegno sottoscritto nel 2005 per incrementare l'APS per l'Africa, l'Italia non ha centrato l'obiettivo UE di destinare lo 0,33% del PIL agli aiuti per l'Africa, mancandolo di parecchio: i suoi aiuti nel 2006 ammontavano ad appena lo 0,2% del reddito nazionale, con una diminuzione del 30% nell'entità effettiva degli aiuti.¹² Il

6 A Barcellona gli stati membri della UE si sono impegnati a raggiungere, collettivamente, un livello di Aiuto pubblico allo Sviluppo pari allo 0,39% del PIL, con un target minimo per paese dello 0,33% da raggiungere entro il 2006.

7 OECD/DAC, Flussi finali degli Aiuti allo Sviluppo, DCD/DAC/RD(2007)15/RD2.

8 UNFPA. The Resource Flow Project. <http://www.resourceflows.org/index.php/articles/c87/>

9 130 milioni di euro sono stati anticipati per l'anno fiscale 2008. Fonte: OECD/DAC statistics database.

10 Fonte: GFTAM.

11 OECD/DAC database.

mancato rispetto degli impegni di finanziamento non riguarda soltanto il G8, ma anche il sostegno ad agenzie come l'UNIFEM e l'UNAIDS.¹³

2.3 Governo e impegno politico negli sforzi per conseguire gli Obiettivi

L'impegno nei finanziamenti mette in luce le difficoltà di monitorare gli sforzi compiuti per sostenere gli Obiettivi di sviluppo del Millennio.

L'Italia non ha ancora sviluppato una strategia operativa sui finanziamenti destinati al conseguimento degli Obiettivi. Il governo italiano non ha pubblicato alcuna dichiarazione specifica in merito a una coerente politica in favore dello sviluppo, e non ha nemmeno saputo mobilitare con regolarità le competenze e le capacità analitiche, all'interno e all'esterno delle istituzioni. Eppure azioni di questo tipo sono indispensabili quando si voglia affrontare questo genere di problematiche in modo più sistematico, a livello nazionale ed europeo.¹⁴

2.4 Cooperazione con le ONG

Per la loro stretta collaborazione con il Ministero degli Esteri, le ONG sono sempre di più protagoniste e parti in causa della cooperazione italiana allo sviluppo.

Ma il numero delle ONG italiane che riceve un finanziamento ufficiale attraverso l'aiuto pubblico allo sviluppo è ancora insignificante, se confrontato con altri membri dell'OCSE. Nel 2005 il contributo italiano alle ONG ammontava a meno del 3% (53 milioni di US\$) dell'ammontare che il DAC calcola sia stato allocato complessivamente dai paesi dell'OCSE per iniziative attraverso le ONG (1,779 milioni di US\$). Un'ulteriore diminuzione si è verificata nel 2006, quando l'Italia è passata dai circa 53 milioni di US\$ a circa 10 milioni.¹⁵ In questo, si può leggere anche l'effetto di alcune difficoltà procedurali affrontate dalle ONG italiane nell'accesso ai fondi governativi, difficoltà attualmente all'esame della Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo (DGCS) del ministero degli Esteri. La cooperazione italiana ha visto crescere in modo notevole il numero delle ONG accreditate, che è passato dalle 146 del 2000 alle 171 del 2003; malgrado questi passi avanti, il numero dei progetti delle ONG approvato dalla DGCS è diminuito, passando dai 127 del 2000 a soli 66 nel 2004.¹⁶

12 Midway point of MDGs: the EP wants Member States to honour their promises. http://www.europarl.europa.eu/news/expert/infopress_page/028-7974-169-06-25-903-20070615IPR07902-18-06-2007-2007-false/default_en.htm

13 Sulle quote di APS destinate a UNIFEM e UNAIDS, il sostegno economico di ciascuno stato corrisponde alla cifra del contributo principale. Questa regola vale per l'Italia come per tutti i paesi OCSE. Ciò comporta che i dati non tengono conto dei contributi stanziati e non versati. Pertanto l'analisi dei finanziamenti non coglie l'opportunità di valutare quali programmi di intervento siano maggiormente colpiti, nel tempo, dalla riduzione dei finanziamenti.

14 OECD, Development Co-operation Report, Volume 8, No. 1, Chapter 4 - Policies and Efforts of Bilateral Donors., 2006.

15 OECD, Statistical Annex of the 2007 Development Co-operation Report, OECD, 2007.

16 OECD/DAC, Peer Review of Italy, OECD/DAC, 2004.

3 Polonia

Fatti e cifre oltre la politica

- **Evidenze positive.** Nel 2004 l'aiuto pubblico allo sviluppo è aumentato in modo considerevole rispetto agli anni precedenti arrivando a 117,3 milioni di US\$ per aumentare ancora nel 2005 toccando quota 204,9 milioni di US\$.
- **Impegno per gli Obiettivi di sviluppo del Millennio.** L'aiuto pubblico allo sviluppo polacco ha raggiunto i 114 milioni di US\$, pari allo 0,05% del PIL, ed è destinato ad aumentare, in ottemperanza agli obblighi della UE, fino a raggiungere lo 0,1 % del PIL nel 2006 e lo 0,17 % nel 2010 e lo 0,33% entro il 2015.
- **Manca ancora un approccio di genere.** Tra i progetti per il 2004-2006 sostenuti dalla cooperazione polacca non sono disponibili informazioni sull'attuazione di strategie che promuovano la parità di genere né una valutazione differenziata dell'impatto degli aiuti sulle donne e sugli uomini.

Aiuto pubblico allo sviluppo forniti dalla Polonia



Grafico: Fondazione tedesca per la popolazione mondiale (DSW)
Fonte: OECD, 2007.

3.1 L'aiuto pubblico allo sviluppo in generale

La partecipazione della Polonia alla cooperazione internazionale per lo sviluppo e l'effettiva attuazione di un programma di aiuto pubblico allo sviluppo è, per la politica estera polacca, un settore nuovissimo, non ancora coperto da una legislazione esauriente.

La decisione di elaborare nuove strategie di cooperazione è stata presa con l'obiettivo di espandere la portata delle attività intraprese nell'ambito degli aiuti internazionali in modo da includere anche iniziative per la promozione della democrazia nei paesi dell'Est europeo.

3.2 Fondi per gli MDG

Facendo il suo ingresso nell'Unione Europea nel 2004, la Polonia si è impegnata a sostenere gli sforzi di altri paesi per il conseguimento degli Obiettivi. Per mantenere tale promessa, il paese sta costruendo un proprio sistema di cooperazione allo sviluppo e di aiuto ai paesi in via di sviluppo.

I fondi destinati al raggiungimento degli MDG hanno raggiunto i 114 milioni di US\$ nel 2004 (0,05 % del PIL) e aumenteranno, nel rispetto degli obblighi imposti dalla UE, fino a raggiungere lo 0,1 % del PIL polacco nel 2006 e lo 0,17 % nel 2010. Il Fondo delle Nazioni Unite per lo sviluppo (UNDP) sostiene gli sforzi della Polonia per realizzare le strutture di cooperazione allo sviluppo mediante una sensibilizzazione della popolazione civile e il sostegno agli aiuti polacchi destinati all'estero.

Anche se alcuni esempi di progetti contribuiscono chiaramente al conseguimento degli Obiettivi, mancano però un'analisi completa e una valutazione ufficiale che aiutino a capire in quale misura i finanziamenti stanziati dalla Polonia contribuiscono a raggiungere gli Obiettivi.

3.3 Uguaglianza di genere ed empowerment: che ruolo hanno nelle politiche di aiuto?

Non esistono informazioni sulla implementazione delle strategie per promuovere l'uguaglianza di genere nell'ambito dei progetti approvati negli anni 2004-2006, né valutazioni dell'impatto degli aiuti su uomini e donne. Non esistono nemmeno informazioni sui destinatari finali degli aiuti distinti per sesso.

3.4 Il ruolo chiave delle ONG polacche

La cooperazione con le ONG è ritenuta una delle caratteristiche più importanti del meccanismo polacco che regola gli aiuti alla cooperazione. È evidente che così debba essere, dal momento che le ONG sono in pratica i principali destinatari degli aiuti polacchi erogati sotto forma di progetto.

Nel 2005 il volume totale delle risorse economiche destinate a sovvenzionare i progetti delle organizzazioni non governative co-finanziati dal ministero degli Esteri - passati da 30 (2005) a 48 - ha superato i 10 milioni di zloty (la valuta polacca), più della metà di tutti i fondi a disposizione del ministero degli Esteri per l'aiuto a paesi terzi. È in crescita anche il numero.

Come sta cambiando l'aiuto pubblico allo sviluppo della Polonia

Con l'incremento significativo dei finanziamenti nel 2006 si è aperta la strada a decisi miglioramenti nell'aiuto pubblico allo sviluppo della Polonia. Ciononostante, in assenza di poteri decisionali e di una attenzione concreta da parte della società civile su questo tema complesso, di fatto non sono possibili veri sviluppi.

Nel 2005 il Ministero degli Esteri poteva disporre di appena 18 milioni di zloty per l'aiuto pubblico allo sviluppo, corrispondenti a circa 6 milioni di US\$.

In virtù del suo ingresso nell'Unione Europea, la Polonia ha sottoscritto degli obblighi internazionali rispetto al volume e alla qualità dell'aiuto allo sviluppo. I fondi per l'aiuto allo Sviluppo dovranno aumentare in modo sistematico per permettere alla Polonia di raggiungere la percentuale dello 0,17 del PIL da destinare agli aiuti entro il 2010, e dello 0,33% entro il 2015.

Nel 2005 la Polonia ha stanziato 662,7 milioni di zloty, equivalenti a 204,9 milioni di US\$ (0,068% del PIL) per il sostegno ai paesi in via di sviluppo.

Nel 2004 gli aiuti polacchi allo sviluppo sono aumentati in misura considerevole rispetto agli anni precedenti. Secondo i dati presentati al ministero degli Esteri dalle istituzioni governative che si occupano delle attività di aiuto.

Nel 2004 la Polonia ha destinato 137,3 milioni di US\$, equivalenti a 501,1 milioni di zloty, al sostegno allo sviluppo nei paesi svantaggiati. Nello stesso anno, oltre a tale somma, 117,3 milioni di US\$ (428,0 milioni di zloty) sono stati stanziati per gli aiuti, quasi tutti da destinarsi ai paesi in via di sviluppo, mentre altri 20 milioni di US\$ sono stati destinati a sostenere le economie in transizione.

Valore complessivo dell'aiuto pubblico allo sviluppo polacco

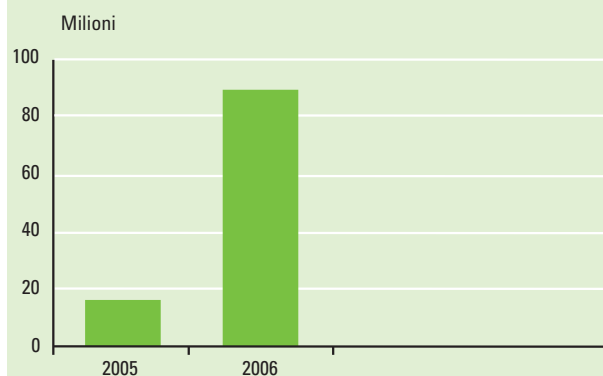


Grafico: Fondazione tedesca per la popolazione mondiale (DSW)
Fonte: Ministero degli Affari esteri della repubblica polacca, 2007.

... Guardare avanti

In questa sezione abbiamo evidenziato come possa essere difficile analizzare il modo in cui gli impegni per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi si traducono in finanziamenti e azioni concrete. Armonizzare gli aiuti a livello internazionale e renderli sostenibili sul lungo periodo resta una sfida per politici e donatori, che richiede una più netta responsabilità e migliore razionalizzazione degli stanziamenti. Da questo punto di vista, le soluzioni sostenibili e con un rapporto positivo costi/benefici sono critiche nel passaggio dallo stanziamento delle risorse alla loro allocazione e alla realizzazione degli interventi. La Sezione III individua alcune pratiche nel campo della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi che aiutano a capire come rendere sostenibili le soluzioni nelle situazioni di scarsità di risorse.

Sezione III

Studi di caso e buone pratiche

Prima di proseguire ...

Procedendo nell'analisi, ci si imbatte in significative discrepanze tra impegno politico, finanziamenti e azioni concrete così come attuate dai donatori.

Ma a livello di azione, le testimonianze provenienti da organizzazioni della società civile e dalle organizzazioni internazionali per lo sviluppo mettono in luce che è possibile sviluppare iniziative efficaci nel contesto locale. Già esistono soluzioni per garantire la salute e diritti sessuali e riproduttivi socialmente ed economicamente accettabili per i diversi partner. Perché le condizioni di salute sessuale e riproduttiva della popolazione globale possano migliorare occorrono interventi che integrino diverse componenti (assistenza medica ed ostetrica, pianificazione familiare, test e cure dell'HIV e AIDS, informazione e sensibilizzazione, ecc), realizzati con un approccio basato sui diritti di uomini e donne ad avere una vita sessuale e riproduttiva sana e priva di rischi.

Gli esempi descritti sono stati scelti perché illustrano come la salute e i diritti sessuali e riproduttivi delle donne possono contribuire al conseguimento degli Obiettivi di sviluppo del Millennio purché siano sostenuti in modo corretto ed efficace in quanto componenti chiave della salute e di altri programmi di sviluppo.

“Non c'è strategia di sviluppo più positiva per la società nel suo complesso – fatta di uomini e di donne – che coinvolgere le donne rendendole protagoniste”.

Kofi Annan

Nel corso degli ultimi decenni la comunità internazionale impegnata nello sviluppo globale ha avviato azioni strategiche per conseguire un miglior accesso a servizi di qualità per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi. Tuttavia, la realtà dimostra che l'accesso è condizione necessaria ma non sufficiente a garantire il godimento pieno della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi.

L'accesso ai servizi sanitari rischia di essere indebolito se non si riconoscono e proteggono i diritti delle donne, in quanto prima e principale condizione per garantire la sostenibilità a lungo termine dell'accesso medesimo.

Occorre comprendere perché e come i progetti possano creare condizioni favorevoli tanto al rafforzamento della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi tra le donne, come all'incremento delle possibilità di accedere a servizi di qualità, diventando in tal modo procedure standard e modelli concreti da proporre per essere replicati.¹

In questa sezione l'esercizio dei diritti delle donne e l'accesso ai servizi sanitari e di supporto sono analizzati e descritti in una duplice prospettiva.

Da un lato, il Rapporto illustra il divario tra azione politica e piano operativo attraverso alcuni casi di studio. Questo primo livello di analisi permette di capire quali siano i limiti e i vincoli che impediscono la presa di coscienza, a livello nazionale e di società civile, dei bisogni della popolazione per quanto riguarda la salute e i diritti sessuali e riproduttivi e la realizzazione di azioni coerenti perché tali bisogni siano soddisfatti.

Dall'altro, attraverso la descrizione di alcune buone pratiche, si mettono in evidenza una serie di progetti efficaci, innovativi e sostenibili. Le pratiche descritte riguardano la prevenzione, la cura e l'assistenza, le azioni di sostegno, l'accesso e la copertura dei servizi. L'inte-

grazione e la combinazione di tali interventi dovrebbe garantire alle donne la possibilità di prendere decisioni in merito alla loro salute e di poter contare, per esercitare tali diritti, su strutture concrete e accessibili.

Attraverso le buone pratiche e gli studi di caso si comprendono meglio differenze e collegamenti tra l'idea di accesso ai servizi per la salute riproduttiva e quella di diritto alla salute sessuale e riproduttiva, concetti che sono spesso assimilati a causa della vastità dei contenuti compresi nella definizione di salute sessuale e riproduttiva. L'accesso ai servizi è dunque condizione necessaria ma non sufficiente per garantire alle donne il rispetto dei loro diritti nel lungo periodo, in condizioni accettabili, sicure e sostenibili.

Come riconosciuto dalla comunità internazionale, la salute e i diritti sessuali e riproduttivi vanno ben oltre la semplice distribuzione di servizi e informazioni sulla prevenzione delle malattie e dei rischi connessi. Hanno al centro la promozione di scelte sessuali e riproduttive che siano sane, volontarie e sicure, per i singoli e per le coppie, comprese quelle scelte che riguardano la dimensione della famiglia e il momento del matrimonio.² In questa prospettiva i servizi per la salute sessuale e riproduttiva sono una condizione che consente di esercitare i diritti alla stessa. Tuttavia, la sostenibilità esige un impegno da parte dei governi, e azioni politiche concrete e ragionevoli, se si vuole evitare di intervenire senza produrre effetti positivi e sostenibili nel lungo periodo.

Gli studi di caso e le buone pratiche sono il tentativo di far compiere all'analisi un passo in più, superando le singole esperienze. Lo scopo principale è quello di illustrare i collegamenti e i rapporti bidirezionali che sussistono tra le attività a favore della salute sessuale e riproduttiva e la prevenzione e cura dell'HIV. Da una parte l'analisi chiarisce i legami tra HIV e salute e diritti sessuali e riproduttivi; dall'altra i casi di studio e le buone pratiche aiutano a comprendere le radici dei fattori di rischio comuni, come la discriminazione di genere e la mancanza di misure sanitarie adeguate.

Le voci che ci giungono da questi casi e le testimonianze portate dai progetti aiutano a riconoscere con chiarezza come non sia possibile sostenere programmi efficaci di prevenzione dell'HIV né raggiungere gli Obiettivi di sviluppo del Millennio senza intervenire prima sull'area della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi.³

1 TDTH, Fact Sheet su Sexual and Reproductive Health, 2007.

2 Bernstein S. e Hansen J., Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals, The UN Millennium Project, 2006.

3 Askew I., Berer M., The Contribution of Sexual and Reproductive Health Services to the Fight against Hiv and Aids: A Review, in Reproductive Health Matters 11(22):51-73, 2003.

Studi di caso e buone pratiche: andando oltre le definizioni

Per "buone pratiche" si intendono interventi già sottoposti a valutazione che non soltanto producono un impatto positivo sul contesto originale, ma che sono anche replicabili e trasferibili in altri contesti.

Gli studi di caso descrivono gli interventi e/o i contesti nazionali specifici in cui il programma/l'attività ha dimostrato di funzionare positivamente, ma per cui mancano evidenze statisticamente rilevanti in merito alla possibilità di essere replicati o trasferiti con successo in altri contesti.

1

Il caso del Bangladesh: i diritti sessuali e riproduttivi come preconditione per l'accesso⁴

Il Bangladesh è un paese con bassa prevalenza di HIV e AIDS (inferiore all'1%). Tuttavia, la minaccia di un'epidemia non può essere ignorata, poiché il paese confina con l'India dove l'HIV è una preoccupazione nazionale assai più grave (5,8 milioni di persone positive all'HIV⁵). Le donne di questo paese sono considerate la componente della società più vulnerabile all'infezione dell'HIV ed alla malattia dell'AIDS.

Nel complesso tale situazione è il risultato dell'oppressione e delle privazioni a cui sono soggette le donne. Questo a sua volta impedisce alle donne di esercitare diritti fondamentali, dal diritto alla salute al diritto al lavoro, all'informazione, all'istruzione. Lo studio rivela, comunque, che le condizioni più problematiche sono quelle sopportate dalle donne una volta che vengano identificate come positive all'HIV. Nella maggior parte dei casi, queste donne vengono allontanate da casa e diseredate, anche nel caso in cui il coniuge le abbia riconosciute come beneficiarie del proprio testamento, fatto di cui non si tiene il minimo conto. Dopo la morte del marito, i parenti del coniuge possono privare le vedove di qualunque sostegno economico, lasciandole prive di mezzi.

Per quanto riguarda la minaccia crescente rappresentata dal virus e i rischi di epidemia, nel 1985 il governo del Bangladesh ha istituito il NAC (National AIDS Committee), sotto l'egida del Ministero per la Salute e il Benessere delle Famiglie e del Programma nazionale per

l'AIDS e le malattie a trasmissione sessuale (STD). La sua funzione è soprattutto di supervisione e non di responsabilità per quanto riguarda l'attuazione dei progetti. Accanto alla commissione ministeriale se ne è costituita una tecnica, formata da esperti di diverse discipline. La Strategia politica nazionale su HIV e AIDS è stata approvata dal governo nel 1997. Da allora, in tutto il paese sono stati inaugurati sette centri di Voluntary Counselling and Testing (VCT, centri per il counselling e il test volontario) dove è possibile effettuare il test di positività con la garanzia di una assoluta riservatezza. Altri cento centri simili, dove si potranno eseguire vari test per le malattie a trasmissione sessuale e per la malaria, sono in fase di istituzione.

Il Progetto prevenzione HIV e AIDS (HAPP, HIV and AIDS Prevention Project) è stato il primo progetto avviato dal ministero della Salute e realizzato da UNICEF. Il suo principale obiettivo era "(...) controllare la diffusione dell'infezione da HIV nei gruppi ad alto rischio e limitarne la diffusione alla popolazione in generale, senza però discriminare e stigmatizzare le categorie maggiormente a rischio". Il progetto è costituito dalle seguenti componenti: interventi sulle categorie a maggior rischio; informazione e comunicazione; controllo della sicurezza sulle trasfusioni e rafforzamento delle istituzioni pubbliche che hanno per mandato la funzione di promozione e protezione dei diritti di salute sessuale e riproduttiva; attività di supporto al programma. All'interno del progetto HAPP le categorie individuate sono le prostitute che lavorano negli alberghi e in case private, i migranti interni, le persone che utilizzano farmaci e droghe iniettati per via endovenosa, i lavoratori sessuali che operano sulla strada e quelli che lavorano nei postriboli. Ciascun gruppo è coinvolto separatamente dagli altri tramite le ONG locali fondate dal progetto stesso. La Strategia di informazione e comunicazione per l'HAPP è stata sviluppata nel biennio 2004-05.

È stata sviluppata anche una seconda strategia nazionale per HIV e AIDS per il periodo 2004-2010 che include la promozione di pratiche sessuali più sicure, di manuali di formazione per gli operatori del settore sanitario, compreso il personale infermieristico. Il coinvolgimento dei media si è concentrato sulle campagne di sensibilizzazione e sui metodi di prevenzione in rapporto a HIV e AIDS e in tutto il paese sono stati affissi manifesti che illustrano le vie di trasmissione del virus e i metodi di prevenzione.

HIV, salute e diritti sessuali e riproduttivi in Bangladesh: alcuni dati statistici

- 11.000: Numero stimato di persone colpite da HIV e AIDS (uomini e donne) alla fine del 2005.
- Meno dello 0,1%: Percentuale stimata di adulti (uomini e donne tra 15-49 anni) colpiti da HIV e AIDS alla fine del 2005.
- 1.400: Numero stimato di donne adulte (15-49 anni) colpite da HIV e AIDS alla fine del 2005.

Fonte: UNAIDS, Report on the global AIDS epidemic, 2007.

⁴ Zeenat K.K., Nahar L., Ahmed S. e Hossain M.K., Universal access and women's rights in Bangladesh. A study on Bangladesh Situation, Action Aid Bangladesh Report, agosto 2007.

⁵ UNAIDS, Report on the global AIDS epidemic, 2006.

Alcune lezioni apprese dall'analisi del caso Bangladesh

- **Si sta facendo molto per la prevenzione; ma queste attività si limitano a quelli che il governo considera gruppi "a rischio elevato".**
- **Le misure preventive dovrebbero essere rivolte a tutti, non solo alle persone ritenute a maggior rischio di infezione.**
- **Prima di affrontare il problema dell'accesso universale alle cure, è di primaria importanza affrontare le questioni riguardanti i diritti delle donne.**
- **In Bangladesh le donne, per sfuggire al circolo vizioso della vittimizzazione e della privazione, devono avere l'opportunità di esercitare e consolidare i propri diritti sessuali e riproduttivi, e questo prima ancora di poter accedere ai servizi relativi. Ciò significa ridurre le condizioni persistenti di disparità tra uomini e donne che costituiscono la prima e diretta barriera a un accesso ai servizi che garantisca alle donne migliori condizioni di salute sessuale e riproduttiva e la possibilità di esercitare i diritti ad essa collegati.**

2 Il caso della Nigeria: analisi dei diritti delle donne e dell'accesso universale alla prevenzione e alla cura di HIV e AIDS⁶

In Nigeria la valutazione e l'analisi dell'accesso ai servizi sanitari per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi si è concentrata sulle lavoratrici sessuali (Female Sex Workers, FSW), sui Gruppi di Supporto e su un Gruppo Misto.⁷ La ricerca è stata condotta in quattro stati nigeriani (Lagos, Cross River, Plateau e Jigawa) che occupano l'area meridionale e quella settentrionale del paese.

L'accesso delle donne alla prevenzione e cura dell'HIV e le principali barriere comuni che ostacolano sia la prevenzione sia la cura sono stati esaminati in base a tre diversi livelli:

- **Assenza di informazioni e di educazione alla salute sessuale.** Per motivi culturali e religiosi, il sesso in Nigeria è per tradizione un argomento estremamente privato. Discutere di sesso con gli adolescenti, e in specie con le ragazze, è considerata cosa oscena e sconveniente. Fino a pochissimo tempo fa l'educazione sessuale per i giovani era praticamente inesistente, il che ha prodotto un grave ostacolo alla riduzione del tasso di HIV e di altre infezioni a trasmissione sessuale (Sexually Transmitted Infections, STIs). La mancanza di informazioni accurate sulla salute sessuale ha condotto alla nascita di molti miti e informazioni errate in tema di sesso e di HIV, contribuendo ad accrescere la percentuale dei contagi e anche a marchiare d'infamia e a discriminare le persone affette da HIV e AIDS.
- **Stigma e discriminazione.** Stigma sociale e discriminazione nei confronti delle persone colpite da HIV e AIDS sono diffusissimi in Nigeria. Tanto i cristiani come i musulmani ritengono che la causa dell'epidemia di HIV e AIDS sia il comportamento immorale. Questa convinzione influenza gli atteggiamenti nei confronti delle persone portatrici del virus dell'HIV e AIDS (People living with HIV and AIDS, PLWHA) e anche della prevenzione. Le persone affette spesso perdono il lavoro o si vedono negare i servizi sanitari per la mancanza di informazioni corrette sulla malattia e per la paura che il virus scatena. Il livello di ignoranza è così elevato che il 60% degli operatori sanitari crede che i pazienti positivi all'HIV dovrebbero essere isolati dagli altri.
- **Inadeguatezza dei servizi sanitari.** Negli ultimi due decenni il sistema sanitario nigeriano è andato peggiorando a motivo dell'instabilità politica, della corruzione e della cattiva gestione economica del paese. Gran parte del paese è privo anche delle più elementari strutture sanitarie, ragione per cui è difficile avviare alcuni servizi di test e di prevenzione dell'HIV, come quello per prevenire la trasmissione di madre in figlio. Pochissimi e geograficamente isolati anche i centri per la salute sessuale e riproduttiva in cui distribuire contraccettivi, effettuare test e trattare adeguatamente le altre infezioni a trasmissione sessuale.

Alcune lezioni apprese dall'analisi del caso Nigeria

- **Esiste uno scollamento tra la risposta nazionale nigeriana all'HIV e AIDS, intesa come politica governativa sulle priorità dei bisogni da affrontare e come affermazione dei diritti delle donne, e le sue attuali azioni concrete, soprattutto ai livelli comunitari.**
- **La realizzazione concreta appare piuttosto debole, a livello comunitario; la struttura governativa che avrebbe l'incarico di coordinare le attività di base relative all'HIV e AIDS brilla per la sua assenza.**
- **Le esigenze specifiche delle donne per quanto riguarda l'informazione adeguata e i servizi relativi alla prevenzione e cura dell'HIV restano in gran parte disattese: i programmi e i servizi informativi non sono studiati specificamente per raggiungere donne e ragazze. Le donne e le ragazze in generale non sono in grado di accedere a informazioni e servizi, mentre quelle che vivono nelle regioni rurali sono in una situazione ancora peggiore.**
- **La National Primary Health Care Agency [Agenzia nazionale per la sanità di base] dovrebbe aggiornare e potenziare i servizi di sanità di base garantendo servizi completi di prevenzione e cura, modellati su misura per le esigenze specifiche delle donne, adulte o adolescenti, e in particolare per quelle che non possono permettersi le spese di viaggio per recarsi presso quelle strutture istituzionali in cui si erogano attualmente tali servizi.**

⁶ Action Aid International. Research on Women's Right and Universal Access to HIV and AIDS prevention and Treatment. Findings from Four States in Nigeria. Report, 2007.

⁷ I gruppi di supporto ricevono una formazione per sviluppare competenze di counselling e di ascolto e fornire servizi di educazione sanitaria e di prevenzione ai gruppi più vulnerabili, come le lavoratrici sessuali. I gruppi misti comprendono sia gli addetti al counselling sia i gruppi vulnerabili.

3 Perché è importante investire nei programmi collegati alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi?

La prossima sezione illustrerà come soluzioni che richiedono investimenti minimi possono produrre benefici sul lungo periodo per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi di uomini e donne, compresa la prevenzione dell'HIV e AIDS. In particolare, gli interventi proposti combinano azioni imperniate sull'individuo (per esempio la pianificazione familiare per le ragazze) con interventi rivolti alla comunità nel suo complesso (per esempio le attività educative tramite le istituzioni sociali tra cui le scuole).

Una delle sfide principali per sviluppare ulteriormente e potenziare gli interventi suggeriti consiste nel valutare e produrre evidenze e dati che possono guidare gli organismi decisionali e di programmazione politica. Tuttavia misurare e confrontare i benefici con i costi degli interventi per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi assume un'importanza particolarmente cruciale per tre ragioni principali.

La prima: ci sono diversi approcci con diverse linee guida, il che impedisce i confronti tra nazioni diverse.

La seconda: i benefici hanno componenti multiple, e rientrano in due categorie principali: medici e non medici. I primi, che includono i miglioramenti della

salute sessuale e riproduttiva, prevalgono su quelli non medici perché sono più facili da misurare.

La terza: studiando i benefici medici e quelli non medici, le metodologie disponibili tendono a misurare l'efficacia solo in termini di miglioramento della salute. Di conseguenza le stime trascurano i fattori sociali ed economici in quanto fattori determinanti per (i) contribuire o inibire l'uso dell'assistenza sanitaria; (ii) potenziare o ostacolare il miglioramento della condizione delle donne.

Superando questi limiti concettuali e operativi, le strategie politiche e gli organismi decisionali dovrebbero far riferimento ai dati attualmente disponibili e aprire nuove opportunità per dare impulso ai benefici non medici e per misurarli. Questo andrebbe fatto in una prospettiva multi-livello che copra gli effetti inter-generazionali e gli effetti di propagazione. Consentire, per esempio, alle donne giovani di pianificare la propria gravidanza nel lungo periodo, affinché l'istruzione ricevuta possa contribuire a rinforzare la partecipazione sociale delle donne. Analogamente fornire preservativi all'interno di un programma di prevenzione delle STIs (infezioni sessualmente trasmesse) contribuisce a prevenire le gravidanze indesiderate.⁸

Misurare i benefici della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi

- **Affrontare i bisogni non ancora soddisfatti di contraccettivi nei paesi in via di sviluppo consentirebbe di evitare 52 milioni di gravidanze non desiderate ogni anno, salvando 1,5 milioni di vite e evitano a 505.000 bambini il rischio di perdere la loro madre.**
- **Incrementare l'uso dei preservativi da 0 al 20%, con la diffusione di servizi di pianificazione familiare, è altamente efficace in termini di rapporto costi-benefici, per quanto riguarda la riduzione del tasso di mortalità materna e sul controllo della fecondità.**
- **Il prezzo per evitare casi di mortalità materna, mortalità perinatale, patologie materne e insufficienza ponderale alla nascita è di circa 198\$ per persona.**
- **Nei paesi dell'Africa Sub-Sahariana gli interventi di prevenzione dell'HIV sono 28 volte più efficaci, in termini di costi-benefici, delle terapie retrovirali.**

Fonte: UNFPA, 2003

⁸ UNFPA e The Alan Guttmacher Institute, Adding it up: the Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care, 2003.

4 Diritti delle donne all'istruzione e informazione nelle scuole

Ricerche multidisciplinari evidenziano che l'empowerment delle donne, per esempio tramite l'istruzione, consente alle ragazze di avere accesso a maggiori informazioni sulla salute sessuale e riproduttiva, di riuscire a negoziare con maggior successo rapporti sessuali protetti e di posticipare l'inizio dell'attività sessuale.⁹

Le analisi hanno mostrato, per esempio, che il livello di istruzione ha un rapporto causale con le scelte che le donne compiono nel campo della pianificazione fami-

liare, dell'intervallo tra le gravidanze, delle pratiche riguardanti la salute sessuale e riproduttiva.¹⁰ La mancanza di educazione e altre opportunità di maggior empowerment producono effetti negativi su tutto il ciclo vitale e all'interno della cerchia familiare. Come dimostrano i paesi a medio e basso reddito, le ragazze soffrono in modo sproporzionato di livelli inferiori di istruzione e di peggiori condizioni di salute, in conseguenza della discriminazione subita in famiglia.^{11 12}

Sostenere il progetto Servizi di salute riproduttiva per adolescenti in Uganda

La peer education indica un programma mirato alla formazione di alcuni membri scelti in un gruppo giovani coetanei, allo scopo di produrre cambiamenti tra i membri del gruppo in questione. La peer education va oltre la pura trasmissione di informazioni ai giovani su salute e diritti sessuali e riproduttivi, perché i membri di un gruppo si dimostrano più efficaci nell'influenzare e lanciare nuovi modelli di comportamento.

Le cifre fornite dal Ministero della Salute, che risalgono al 2001, rivelano che il 67% delle ragazze ugandesi ha le prime esperienze sessuali entro i 18 anni e che il 50% dei giovani è positivo all'HIV. Molte di quelle esperienze sessuali portano come frutto infezioni da HIV, gravidanze precoci, aborti clandestini o insicuri. Eccesso di riservatezza e scarsità di personale specializzato nei rapporti con le adolescenti sono tra le barriere che trattengono gli adolescenti, e soprattutto le ragazze, dal chiedere consiglio.

Nel 2001 il progetto Delivery of Improved Services for Health (DISH: Fornitura di servizi ottimizzati per l'assistenza medico-sanitaria), sostenuto da diversi partner tra cui la Johns Hopkins University e la University of North Carolina, ha avviato un'esperienza pilota in alcuni servizi sanitari del distretto di Jinja. Il programma ha fornito servizi di salute riproduttiva e di educazione alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi mirati specificamente agli adolescenti e improntati all'approccio della peer education. Gli obiettivi principali erano quelli di aumentare il ricorso degli adolescenti ai servizi di salute riproduttiva. La fase pilota si era posta come traguardo di incrementare del 20% l'accesso ai servizi e di migliorare l'atteggiamento degli operatori sanitari nei confronti delle esigenze degli adolescenti in tema di salute. Al raggiungimento dell'obiettivo del 20% prestabilito per la fase pilota, il progetto è stato allargato ad altri distretti.

Gli operatori di ciascun centro hanno ricevuto una specifica formazione per fornire servizi rivolti agli adolescenti, compresa la cura delle malattie trasmesse sessualmente. Ciascun centro ha selezionato quattro volontari come educatori tra pari, di età compresa tra i 10 e i 19 anni – due frequentanti la scuola e due no. Dopo un corso di cinque giorni in comunicazione e counselling, gli educatori tra pari dovevano invitare i loro coetanei a recarsi al centro, distribuire materiali informativi e coordinare le attività del gruppo.

Dal 2001 a oggi il numero dei centri che offrono un servizio di educazione tra pari è passato da 4 a 34 nei dodici distretti sostenuti dal progetto DISH. La formazione ha coinvolto 125 operatori professionali e 93 educatori volontari. Ad oggi sono più di 100.000 le persone raggiunte mediante questo programma.

Fonte: DISH II Project website: www.jhuccp.org/africa/uganda/dish.shtml

9 Si veda per es.: Vandemoortele e Delamonica, 2000; Kirby et al, 2004; Shuey et al, 1999.

10 Foster A. e Roy N., The dynamics of education and fertility: evidence from a family planning experiment. Documento di lavoro, University of Pennsylvania, Dipartimento di Economia.

11 Bledsoe C.H. e Cohen B., Social dynamics of adolescent fertility in Sub-Saharan Africa, Committee on Population, National Research Council, Washington, D.C., National Academies Press, 1993.

12 Desai S., When are children from large families disadvantaged? Evidence from cross-national analyses in Population Studies, 49: 195-210, 1995.

5 Tecnologie e interventi medici: la prevenzione nelle mani delle donne

5.1 La Reproductive Health Supply Coalition

Oltre la metà della popolazione mondiale è costituita da giovani tra i 15 e i 24 anni, soprattutto nei paesi del Sud del mondo, giovani che si apprestano ad avviare una vita sessuale e riproduttiva. Nel mondo 350 milioni di coppie, pur desiderando beneficiare di programmi di pianificazione familiare, non hanno ancora accesso a metodi di contraccezione moderna. E a fronte della diffusione dell'HIV, milioni di persone non hanno accesso ai preservativi che consentirebbero loro di prevenire il contagio. Inoltre, la produzione e diffusione di preservativi femminili, intesi come uno strumento che consente alle donne una maggiore autonomia nella prevenzione, è ancora agli inizi. Da questo punto di vista, gli ostacoli

maggiori sono gli scarsi investimenti e un prezzo al consumo ancora elevato.

Negli ultimi 40 anni i tassi di diffusione dei contraccettivi sono balzati da una media del 10% a oltre il 60%, mentre i tassi di fecondità sono scesi dal 6 al 2,6%. Nei prossimi dieci anni il consumo di prodotti per la salute sessuale e riproduttiva (sia per la prevenzione sia per la cura) dovrebbe aumentare di oltre il 21%, ma molti paesi a medio e basso reddito potrebbero non riuscire a soddisfare tutta la domanda per i limiti economici e operativi che impediscono ai cittadini, uomini e donne, di accedere in tempi rapidi a prodotti di consumo per la salute sessuale e riproduttiva che siano sicuri e a costi contenuti.¹³

La Reproductive Health Supply Coalition (RHSC) in sintesi

La RHSC per i servizi e i materiali di consumo per la salute riproduttiva persegue tre obiettivi principali:

- Aumentare la disponibilità, la pianificazione e la sostenibilità dei finanziamenti per le forniture di strumenti e prodotti di consumo per la salute riproduttiva
- Potenziare i sistemi sanitari affinché siano in grado di fornire servizi per la salute riproduttiva in modo sostenibile
- Sfruttare il valore aggiunto della Coalizione in quanto partnership produttiva e sostenibile per dare un contributo attivo all'efficienza, alla sensibilizzazione e all'innovazione nel campo dei prodotti di consumo per la salute riproduttiva

Dalla sua fondazione, la Coalizione ha riportato i seguenti risultati:

- Sviluppo del servizio online RHInterchange per consentire l'accesso immediato ai dati più importanti sull'approvvigionamento riguardanti oltre la metà delle consegne di strumenti e prodotti di consumo, fatte dai donatori ai paesi in via di sviluppo.
- Evitato l'esaurimento delle scorte di siringhe e preservativi grazie all'attività del gruppo Paesi a rischio.
- Accantonato e investito oltre 15 milioni di US\$ per la ricerca, allo scopo di definire meglio i problemi e le possibili soluzioni e avviare attività pilota, azioni di sostegno generico e forniture di strumenti e prodotti di consumo per la salute riproduttiva.
- Operato per garantire l'inserimento degli strumenti e prodotti di consumo per la salute riproduttiva nel Piano d'azione di Maputo per potenziare i servizi di salute sessuale e riproduttiva in Africa adottato dalla Sezione Speciale della Conferenza dell'Unione africana dei ministri della Salute nel settembre 2006.

Fonte: The Reproductive Health Supply Initiative http://www.rhsupplies.org/about_us.html

¹³ Dati tratti da the Reproductive Health Supply Coalition: http://www.rhsupplies.org/about_us.html. Ultimo accesso: marzo 2008.

Per rispondere a queste sfide, nel 2004 si sono uniti molti organismi pubblici, privati e non governativi per dar vita a una partnership globale denominata Reproductive Health Supplies Coalition (Coalizione per gli strumenti e i prodotti di consumo per la salute riproduttiva) il cui obiettivo principale è di “garantire che tutti i cittadini dei paesi a medio e basso reddito possano accedere e utilizzare strumenti di alta qualità allo scopo di garantire una migliore salute riproduttiva per tutti”.

La strategia della Coalizione si ispira al principio dell'equità nell'accesso, soprattutto tra i più poveri ed emarginati. Essa ribadisce l'impegno della Coalizione a garantire una fornitura sicura e affidabile di strumenti e prodotti di consumo per la salute sessuale e riproduttiva, al fine di mantenere le promesse fatte alla Conferenza Internazionale del 1994 su Popolazione e Sviluppo.

5.2 Preservativi

I preservativi sono il metodo più efficace attualmente disponibile di prevenzione dell'HIV. Tuttavia, molte donne e ragazze non possiedono le risorse, le informazioni, le conoscenze o il potere negoziale sufficienti a esigere che il partner usi il preservativo.

Promuovere l'uso del preservativo maschile può servire ad aumentare negli uomini la consapevolezza della propria responsabilità e a proteggere dai rischi; tuttavia, esiste il pericolo che un'enfasi eccessiva su di essi possa rinforzare il potere di controllo maschile nei rapporti sessuali, a spese delle donne. Governi e donatori devono intraprendere azioni urgenti per investire di più nei preservativi femminili, diffondendone la conoscenza e dando alle donne e alle ragazze la possibilità di utilizzarli. Secondo una recente ricerca, un aumento nella distribuzione dei profilattici femminili pari al 10% dell'attuale diffusione di quelli maschili potrebbe evitare ogni anno 10.000 contagi.¹⁴

Inoltre nelle linee guida di UNAIDS pubblicate di recente per migliorare l'efficacia degli sforzi compiuti a livello locale per la prevenzione dell'HIV,¹⁵ quasi non si fa cenno ai preservativi femminili, e la maggior parte dei governi e dei donatori non ha ancora incrementato il proprio sostegno economico per lo sviluppo di alternative meno costose nella produzione dei profilattici femminili.

5.3 Microbicidi

Si tratta di molecole in sperimentazione, che in forma di gel, crema o pomata applicati prima del rapporto sessuale sarebbero potenzialmente in grado di bloccare

la trasmissione dell'HIV ed eventualmente di altri microrganismi patogeni sessualmente trasmissibili.¹⁶

I microbicidi sono un importante passo avanti nei metodi di prevenzione controllati dalle donne in quanto utilizzati autonomamente. La scienza è sempre più convinta che, potendo disporre di finanziamenti sufficienti, dovrebbe essere possibile approntare un microbicide sicuro ed efficace nel giro di cinque-sette anni. Tuttavia, quasi tutta la ricerca del settore è condotta da enti a finanziamento pubblico, organismi non-profit e istituzioni accademiche e da piccole aziende che operano nel campo delle biotecnologie.

Le grandi aziende farmaceutiche invece “non hanno ancora investito, soprattutto perché i microbicidi sono un classico ‘bene di salute pubblica’ che arrecherebbe immensi benefici alla società ma che presenta scarsi incentivi di profitto per l'investimento privato.”¹⁷ Il finanziamento esterno diventa quindi essenziale. Secondo la Global Campaign for Microbicides, per il prossimo quinquennio sarebbero necessari circa 280 milioni di US\$ l'anno.¹⁸

5.4 Profilassi post-esposizione (Post-exposure prophylaxis, PEP)

La profilassi post-esposizione (PEP) è un breve trattamento di terapia antiretrovirale (ART) che se somministrato subito dopo l'esposizione all'HIV può ridurre il rischio di infezione.

All'interno del progetto di accesso universale alle terapie, UNAIDS ha fissato l'obiettivo di incrementare la copertura globale di questo tipo di profilassi per le donne che hanno subito rapporti forzati, passando dal 19% circa del 2005 al 100% nel 2010.¹⁹ Per raggiungere questo traguardo è fondamentale aumentare il livello di consapevolezza e l'informazione su questi trattamenti tra le donne, gli operatori sanitari e le forze dell'ordine. È anche fondamentale che i donatori sostengano i governi affinché replichino e amplino iniziative come quella dei Gender Violence Recovery Centres (GVRC, Centri di recupero per chi ha subito violenze di genere), soprattutto nelle aree rurali e in quelle più isolate. Ulteriori sforzi sono auspicabili affinché la profilassi post-esposizione entri a far parte integrante dei servizi per la salute sessuale e riproduttiva. Somministrare questo trattamento prima di tutto alle lavoratrici sessuali e alle donne che sono state stuprate rischia però di stigmatizzare le donne e alimentare la discriminazione. Sussiste inoltre la possibilità che, all'interno delle coppie sposate, si finisca per trascurare il diritto alla salute di una delle parti quando il partner è positivo all'HIV.

Il Centro per il recupero per chi ha subito violenze di genere (GVRC) in Kenya

Lo stupro e le altre forme di violenza sessuale contro le donne non si verificano soltanto nelle situazioni di instabilità (lo stupro come arma di guerra), ma anche nelle situazioni stabili, sia all'interno sia all'esterno della famiglia. Le conseguenze fisiche e psicologiche per le donne sono sconvolgenti: oltre all'aumentato rischio di infezioni sessuali, le donne temono spesso di essere emarginate dalla società dopo la violenza. Per superare questi effetti, gli operatori sanitari possono aiutare le donne a riprendersi con l'aiuto di servizi integrati, rivolti non solo alla salute fisica ma anche a quella psicologica.

Il GVRC di Nairobi, che ha sede nell'ospedale femminile cittadino, ha iniziato la propria attività nel 2001 e fornisce terapie di sostegno mediche e psicosociali a chi ha subito violenze di genere nell'Africa orientale e centrale. È l'unica struttura di questo tipo non solo in Kenya, ma in tutta l'Africa orientale.

A oggi il GVRC di Nairobi ha seguito oltre 4.500 vittime di violenza, una media di 150 al mese; il 45% sono bambine sotto i 16 anni e il 4% sono ragazzi e bambini. Il centro fornisce servizi integrati per la violenza sessuale che comprendono cure mediche immediate di pronto soccorso, ricostruzione degli organi e interventi chirurgici, accurati tamponi vaginali per la diagnosi delle infezioni, test diagnostici per l'epatite B e la sifilide, test di gravidanza e analisi per l'HIV, profilassi post-esposizione. Sono inoltre a disposizione attività di counselling che forniscono soprattutto informazioni sulla prevenzione delle gravidanze, sulle cure mediche e sugli antiretrovirali (ARV).

Le attività di counselling si basano su colloqui individuali, e sono collegate alle attività di counselling di gruppo per le famiglie delle vittime, cui vengono fornite informazioni e riferimenti riguardanti i rifugi per esigenze nel lungo periodo e gli aiuti legali a disposizione delle vittime e delle loro famiglie. Le vittime degli stupri possono inoltre ricorrere a gruppi di sostegno con incontri mensili. Il GVRC cura inoltre la diffusione dell'informazioni attraverso materiali scritti in modo molto semplice, statistiche, campagne mediatiche e programmi di sensibilizzazione rivolti ai cittadini.

Il GVRC investe nella formazione e nello sviluppo di competenze specifiche tra gli operatori sanitari, le forze dell'ordine, i leader della società civile e gli esperti e consulenti, con l'intento di sradicare lo stigma sociale e la discriminazione che affliggono l'erogazione dei servizi, nonché di promuovere la sensibilizzazione su argomenti tabù quali la violenza e la sessualità. Funzionari delle forze dell'ordine e del sistema giudiziario sono invitati a incontrare le vittime negli ospedali anziché negli uffici di polizia o nei tribunali, al fine di consentire alle vittime di intraprendere eventuali azioni legali in un ambiente sicuro e confortevole. Malgrado la missione del GVRC preveda anche di rendere la propria esperienza replicabile e disponibile nel settore pubblico in tutto il paese, ancora non esistono in Kenya altre strutture simili a questa. Le donne residenti negli ambienti rurali devono compiere lunghi viaggi per usufruire di questo servizio, e sopportare tutti i costi e le difficoltà che ne possono derivare, sia sul piano fisico sia su quello emotivo.

Fonte: ActionAid International Kenya. The intersection between violence against women and girls and HIV and AIDS: A case study of Kenya, 2007.

14 Dowdy et al., Country-Wide Distribution of the Nitrile Female Condom (FC2) in Brazil and South Africa: A Cost-Effectiveness Analysis, *Aids* 24; 20 (16):2091-8., ottobre 2006.

15 UNAIDS, Practical guidelines for intensifying Hiv prevention: towards universal access, UNAids/07.07E/JC1274E, Geneva, 2007, disponibile on line: http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070306_Prevention_Guidelines_Towards_Universal_Access_en.pdf, ultimo accesso 25 ottobre 2007.

16 Istituto Superiore di Sanità, www.iss.it.

17 Global Campaign for Microbicides, Gender Equality in Aids Prevention: Why we need prevention options for women, Fact Sheet #4, 2005, disponibile on line: www.global-campaign.org/fundingneeds.htm, ultimo accesso 25 agosto 2007.

18 Global Campaign for Microbicides, Funding Needs webpage, disponibile on line: www.global-campaign.org/fundingneeds.htm, ultimo accesso 25 ottobre 2007.

19 UNAIDS, Financial resources required to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care and support, 2007.

5.5 Approcci integrati ai problemi ostetrici

L'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS) calcola che siano oltre due milioni le donne che nel mondo sono afflitte dalla fistola ostetrica, con una forte presenza in Africa e in Asia.²⁰ Non sono disponibili dati sufficienti per calcolare l'effettiva diffusione di questa patologia.²¹ La fistola è il risultato della combinazione di molti fattori diversi: giovani donne che non hanno il diritto di rimandare le prime gravidanze oltre l'adolescenza; mancanza di personale assistenziale qualificato; impossibilità di accedere in tempo a servizi validi di emergenza e pronto soccorso ostetrico. In paesi come la Nigeria e l'Etiopia oltre il 25% delle donne afflitte dalla fistola sono rimaste incinte prima di compiere 15 anni, e oltre il 50% prima di compierne 18.²²

La violenza sessuale è un fattore aggiuntivo: i casi di fistola possono derivare direttamente dal trauma causato dallo stupro o da altri abusi sessuali, soprattutto nelle zone di conflitto dove lo stupro è usato come "arma di guerra addizionale".²³

Le fistole comportano inoltre conseguenze sociali per le donne che ne sono colpite. Al di là delle conseguenze fisiche, come le continue perdite di urina, le donne di solito vengono abbandonate o costrette al divorzio, senza alcuna (o con limitatissime) opportunità di poter essere autonome e autosufficienti. Per affrontare la natura multi-dimensionale di questa patologia, occorre una combinazione di cure mediche specializzate e servizi di assistenza sociale, in modo da rispondere a diversi bisogni delle donne che ne sono colpite. Un approccio integrato comprende: sul fronte della prevenzione, sviluppo di servizi di pianificazione familiare mirati a ridurre il numero di gravidanze tra le adolescenti e a scoraggiare il matrimonio prima del raggiungimento dell'età adulta; sul fronte delle cure, accesso migliorato a servizi di assistenza ostetrica e ginecologica, che comprendano anche i servizi di pronto soccorso, e assistenza alle donne durante la fase riabilitativa, tenuto conto che la maggior parte delle donne affette da fistola viene abbandonata e resta priva di ogni sostegno familiare.²⁴

Assistenza medica e sociale per le donne affette da fistola in Etiopia

Si calcola che nella sola Etiopia siano 100.000 le donne che soffrono di fistola non curata, e 9.000 quelle che si ammalano ogni anno. Di loro, soltanto 1.200 vengono curate e soltanto 1 donna su 10 riceve le cure di personale qualificato. Povertà e cattive condizioni di salute sono le cause principali per cui le donne, adulte e minorenni, contraggono questa patologia. Di fatto la denutrizione comporta deficienze nel processo di crescita che possono contribuire a un parto difficile e quindi al rischio della fistola.

Nell'anno di fondazione, ossia il 1959, l'Addis Ababa Fistula Hospital ha trattato 30 casi di fistola; in oltre 33 anni di servizio oltre 30.000 donne si sono rivolte all'ospedale. Nel 1974 l'istituto ha inaugurato un'area separata, dedicata specificamente alla chirurgia per il trattamento della fistola. Le cure interne sono gratuite per tutte, a prescindere dalla durata della degenza. L'assistenza medica è integrata da attività di counselling volte ad aiutare le donne ad affrontare la loro condizione e a reinserirsi nelle rispettive famiglie e comunità civili.

L'ospedale fornisce un modello assistenziale integrato che consente al personale medico di restare in contatto con le pazienti in un'attività di follow up anche dopo la dimissione. Per esempio, le donne con situazioni di particolare gravità continueranno ad accedere all'ospedale per terapie a lungo termine e all'erogazione dei servizi si accompagna la possibilità di alloggiare e lavorare nei presidi ospedalieri. Le donne che hanno bisogno di una terapia fisica a lungo termine possono inoltre essere ospitate in reparti speciali e frequentare corsi di formazione professionale. Per esempio, 40 ex pazienti curate per la fistola hanno seguito un corso da infermiere e assistenti di sala operatoria. Tra loro, Mamitu Gashe curata qui nel 1974. Dopo la guarigione ha aiutato circa 2000 altre ricoverate perché, dichiara: "Nessuna donna dovrebbe soffrire come ho sofferto io dato che questa è una patologia che si potrebbe facilmente prevenire".

Fonte: The InfoProject, 2004; IRIN Africa 2005; WHO 2007.

20 La fistola ostetrica, una malattia materna devastante, è causata da un travaglio troppo prolungato e dall'ostruzione del canale del parto. Si tratta di una lesione tra la vagina e la vescica o il retto che provoca un'incontinenza cronica. L'odore di urina e feci è costante e umiliante. Nella maggior parte dei casi il bambino muore. Fonte: Lo stato della popolazione nel mondo, UNFPA, 2004, edizione italiana a cura di AIDOS, Associazione italiana donne per lo sviluppo.

21 De Bernis L., Obstetric fistula: guiding principles for clinical management and programme development, a new WHO guideline, International Journal on Gynecology and Obstetrics, 99 Suppl 1:S117-21, novembre 2007.

22 World Health Organization, Obstetric Fistula. Guiding principles for clinical management and programme development, 2007.

23 Human Rights Watch, The war within the war: Sexual violence against women and girls in eastern Congo. 2002.

24 The InfoProject, Obstetric Fistula. Ending the Silence, Easing the Suffering, The InfoProject n. 2, 2004.

5.6 Abortire in condizioni di sicurezza

Secondo l'OMS, l'aborto insicuro è una procedura volta a interrompere una gravidanza non voluta, praticata da individui privi delle qualificazioni necessarie o in ambienti non conformi a standard medici minimi o con la concomitanza di entrambi i fattori.²⁵

Anche gli aborti insicuri si presentano come una epidemia silenziosa, dato il prezzo altissimo in termini di mortalità e patologie associate: ogni anno vengono praticati circa 19-20 milioni di aborti da individui privi delle competenze necessarie o in ambienti in cui non sono rispettati nemmeno i requisiti di sicurezza sanitaria minima. Quasi il 97% degli aborti insicuri avviene nei paesi in via di sviluppo. Il tasso di mortalità in seguito a un aborto insicuro (il numero dei decessi per cause collegate a un aborto insicuro, ogni 100.000 nascite) è tra 90 e 140 nell'Africa orientale, centrale e occidentale, mentre in Africa meridionale, in Asia occidentale e sud-orientale, in America Latina e nella regione dei Caraibi è tra 10 e 40. In sintesi, ogni anno muoiono quasi 68.000 donne.²⁶

In termini di patologie correlate, l'OMS calcola che il 20-30% di tutti gli aborti insicuri abbia come conseguenza infezioni dell'apparato riproduttivo, nel 2% dei casi l'infertilità e nel 5% infezioni croniche.²⁷

Visto l'impatto sulla salute delle donne degli aborti insicuri, occorre una strategia di prevenzione di tale pratica a due livelli, primario e secondario. Ciò significa dare alle donne il diritto di decidere di abortire presso strutture sanitarie sicure e attrezzate, e di avere accesso alle soluzioni e agli interventi medici più moderni. Educazione, informazione e sensibilizzazione sono indispensabili per guidare le donne che scelgono la soluzione dell'aborto.

La prevenzione secondaria si riferisce a tutte le misure di prevenzione e di cura che fanno seguito all'intervento. Questo significa garantire la diagnosi precoce e l'immediato trattamento delle infezioni conseguenti all'aborto e l'accesso alla pianificazione familiare onde evitare gravidanze indesiderate in futuro. I progetti che si occupano del dramma dell'aborto tendono a combinare entrambi questi livelli di prevenzione.

Tuttavia, le tecnologie mediche più adeguate e l'accesso all'assistenza sanitaria rischiano di non affrontare in modo completo l'epidemia degli aborti insicuri, fintanto che i governi non metteranno a disposizione delle donne la legislazione e le strutture che consentiranno loro di esercitare e tutelare pienamente i loro diritti e la loro salute sessuale e riproduttiva, in quanto essi sono strettamente collegati al problema degli aborti insicuri.

Assistenza post-aborto: l'esperienza della Cambogia

A partire dal 2005 l'Associazione cambogiana per la salute riproduttiva (Reproductive Health Association of Cambodia, RHAC) fornisce servizi di assistenza post-aborto (Post Abortion Care, PAC) alle donne provenienti dalle regioni rurali o urbane del paese. Ogni anno circa 470 donne su 100.000 muoiono per cause correlate alla gravidanza: il 25% di esse muore per aborti praticati in condizioni di non sicurezza.

La RHAC è una ONG che ha istituito una rete di servizi sanitari che operano una prima valutazione e prescrivono cure specialistiche alle pazienti in pericolo di vita per patologie pre- e post-parto; diffondono informazioni di routine sulle malattie sessualmente trasmesse, l'HIV e la pianificazione familiare; prescrivono terapie in strutture di livello superiore.

Le donne che si sottopongono all'aborto vengono stigmatizzate e subiscono traumi fisici e mentali, il che impedisce loro di confidarsi e di chiedere assistenza medica. Il progetto cerca di superare queste barriere grazie al lavoro di volontari della società civile e un sistema di riferimento che coinvolge comunità e reti di ONG. La rete fornisce inoltre materiali informativi ed educativi rivolti alle donne e distribuito nei centri di assistenza sanitaria o nelle occasioni di incontro nelle comunità, offrendo in tal modo anche un servizio di prevenzione sanitaria.

Il progetto ha visto aumentare le cliniche: entro la metà del 2006 le sedi erano passate da 4 a 7, per garantire la qualità dell'assistenza e un efficace follow-up delle pazienti. Inoltre nel 2007 la RHAC ha istituito una squadra incaricata del monitoraggio dei dati. Questa attività ha aiutato il personale a fornire attività di counselling sui vari metodi contraccettivi, formulate in base alle esigenze delle donne. Tra il 2005 e il 2007 il numero di visite annue collegate all'assistenza post-aborto e quello delle pazienti coinvolte si sono triplicati; il numero delle donne che hanno chiesto una terapia post-aborto è passato da 297 nel 2005 a 405 della prima metà del 2007.

Fonte: RHAC website: <http://www.rhac.org.kh/index.php>

25 World Health Organization, The prevention and management of unsafe abortion. Report of a Technical Working Group. 1992.

26 Grimes D.A., Benson J., Singh S. et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. The Lancet, Volume 368 (9550):1862. 2006.

27 Grimes D.A., Benson J., Singh S. et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. The Lancet, Volume 368 (9550):1862. 2006.

6 Servizi: la prevenzione della trasmissione da madre a figlio (Mother-to-Child Transmission-Plus, PMTCT-Plus)

La prevenzione della trasmissione del virus HIV di madre in figlio si è dimostrata una risposta efficace nella rapida riduzione dei tassi di mortalità infantile legati all'HIV/AIDS. Le strategie tradizionali adottano un approccio imperniato sul bambino, prevenendo la trasmissione verticale dell'HIV mediante l'uso di farmaci anti-retrovirali durante la gravidanza e nella fase del parto, e promuovendo metodi di alimentazione più sicuri.

Tuttavia, la concentrazione esclusiva sulla trasmissione di madre in figlio rischia di indebolire i diritti delle donne in quanto concentra esclusivamente sulle madri la responsabilità della salute dei bambini, e rinforza l'idea che il solo valore della donna risieda nelle sue capacità riproduttive. Per esempio, in alcuni casi le donne coinvolte nei programmi PMTCT non vengono messe in grado di proseguire la terapia farmacologica dopo la gravidanza.²⁸ La stessa espressione "di madre in figlio" rischia di etichettare le donne come principali portatrici della malattia che trasmettono alla prole. Alcune organizzazioni e alcuni operatori di servizi hanno quindi scelto di adottare interventi sulla trasmissione "da genitore a figlio" ('Parent-to-Child' Transmission, PPTCT).

Per rispondere a queste problematiche, si stanno approntando nuovi tipi di intervento. Il PMTCT-Plus, dove "plus" rappresenta la terapia per le donne e gli altri membri della famiglia affetti da HIV e AIDS, segna un importante passo avanti in questo campo.

Non soltanto i programmi PPTCT o PMTCT-Plus offrono una serie di servizi più integrati per le donne incinte colpite da HIV e AIDS, in cui non solo si forniscono terapie preventive, cura e assistenza alle donne (durante e oltre la gravidanza), ma si incoraggia anche la partecipazione degli uomini durante tutte le fasi della gravidanza, del parto e dell'assistenza successiva. Ciò è particolarmente importante perché, come abbiamo osservato in tutto il rapporto, le minacce di violenza o la paura dell'abbandono da parte del partner ostacolano in modo significativo la decisione delle donne di sottoporsi ad analisi, cure, assistenza e sostegno quando temono di aver contratto l'HIV. Da questo punto di vista una esperienza interessante proviene dalla iniziativa MTCT-Plus, parte di un programma PMTCT-Plus della Costa d'Avorio. All'interno della iniziativa MTCT-Plus gli operatori del counselling hanno ricevuto una formazione non soltanto su come aiutare le donne a preparare la rivelazione delle proprie condizioni, ma anche su come mitigare le possibili conseguenze negative dopo che al partner viene rivelata la positività della donna all'HIV. I servizi erogati comprendono anche il counselling alle coppie in cui uno solo dei partner è sieropositivo perché si evitino le accuse reciproche e per aiutare la coppia ad assumere nuovi comportamenti che riducano il rischio di contagio, oltre che per indirizzare le donne ai servizi di sostegno in caso di abusi, violenza o abbandono.²⁹

28 United Nations, Commission on Human Rights (UNCHR). Integration of the human rights of women and the gender perspective: intersections of violence against women and Hiv e Aids. 2005.

29 Tonwegold B, Ekouevi D, Viho I, Toure S, Kone M, Ehouo B, Bequet L, Sihe A, Leroy V, Dabis F, Abrams EJ. Where are the men? Involvement of male partners in a family centred care programme in Abidjan, Cote d'Ivoire. International Conference on Aids. 2004 Jul 11-16. Conference proceedings available at the US Gateway National Library of Medicine.

PMTCT Plus in Tanzania: aprire la strada ai servizi integrati

La regione di Mbeya, nel sud-ovest della Tanzania, in cui risiedono oltre due milioni di persone, era e continua ad essere una delle regioni più colpite dal virus dell'HIV. La diffusione tra la popolazione sessualmente attiva ha raggiunto il culmine di oltre il 20% a metà degli anni Novanta. Da allora la tendenza dell'epidemia si è invertita, e oggi la diffusione dell'HIV è attestata, secondo le stime, attorno al 13%.

A partire dal 2003 la risposta del governo all'HIV è guidata dal National Multisectoral Strategic Framework on HIV and AIDS (Struttura strategica nazionale multisetoriale su HIV e AIDS), che promuove una risposta coerente e il più possibile allargata, che coinvolga il maggior numero di settori e di protagonisti. I servizi per la prevenzione della trasmissione dell'HIV di madre in figlio (PMTCT) sono stati introdotti prima ancora che nella regione fossero disponibili i farmaci antiretrovirali; in seguito tali servizi sono stati ampliati per divenire "PMTCT Plus" e combinare la prevenzione della trasmissione ai neonati con la cura a lungo termine dei genitori e dei fratelli contagiati dal virus.

Il progetto è stato avviato nel 2002 con il sostegno del governo tedesco e la consulenza tecnica dell'Istituto Tropicale dell'università di Berlino. La sua attuazione è stata avviata in due distretti: la città di Mbeya e Mbozi.

Nel 2005 la regione è riuscita ad ampliare i servizi in modo da comprendere tutti i distretti. Il numero totale dei siti interessati è passato oggi dai 4 iniziali a 27. Il programma è sostenuto anche dal ministero della Salute, dall'UNICEF, da Axios International e dalla Walter Reed Foundation. In ognuno degli otto distretti è stata aperta almeno una sede.

Tra aprile 2002 e dicembre 2005:

- Un totale di 19.101 donne incinte hanno ricevuto servizi di counselling prima del test e 15.355 (80,3%) hanno acconsentito a sottoporsi alle analisi; di queste, 2.367 (15,4%) sono state riscontrate sieropositive.
- 1.027 coppie madre-figlio sono state sottoposte a cure antiretrovirali.
- 94 bambini sono stati sottoposti al test per l'HIV; 12 si sono rivelati sieropositivi.
- 510 partner hanno ricevuto servizi di counselling prima del test e 501 hanno acconsentito a sottoporsi alle analisi; di questi, 126 (25%) sono stati scoperti sieropositivi.
- Ai membri sieropositivi delle famiglie in cui si trovano donne incinte sono stati somministrati farmaci antiretrovirali.
- Un totale di 89 pazienti ha ricevuto farmaci antiretrovirali tra il novembre 2003 e il dicembre 2005.

Fonte: UNAIDS, Towards universal access to prevention, treatment and care: experiences and challenges from the Mbeya region in Tanzania—a case study, UNAIDS Best Practices Collection, 07.11E / JC1291E, UNAIDS, 2007.

7 L'approccio di AIDOS per la creazione di centri sanitari di base per la salute sessuale e riproduttiva

Dal 1986 l'Associazione italiana donne per lo sviluppo – AIDOS – ha sviluppato un modello flessibile per la creazione di centri per la salute sessuale e riproduttiva di base (Sexual and Reproductive Health Centers - S&RHC), fondati su un approccio integrato e olistico alla salute sessuale e riproduttiva, adattabile a contesti diversi dal punto di vista culturale, sociale, religioso, politico.³⁰ L'approccio si basa sulla metodologia adottata dai Consultori per la salute della donna creati dai gruppi femministi italiani agli inizi degli anni Settanta, i quali contribuirono all'approvazione della legge che nel 1976 sancì la nascita di 3000 consultori familiari all'interno del sistema sanitario nazionale di base. Tale approccio non si limita soltanto all'assistenza sanitaria specifica per le donne, ma prevede anche servizi di prevenzione ed educazione all'interno delle comunità locali. I presupposti su cui si basa l'approccio riconoscono che la salute della persona dipende dall'armonia del benessere fisico, psicologico e spirituale e, più specificamente, che tutte le donne dovrebbero essere considerate di per sé, a prescindere dai loro ruoli di mogli e di madri, in quanto esseri umani. I numerosi fattori che incidono sul loro stato di salute generale dovrebbero essere oggetto di attenzione per tutto il ciclo della vita, dall'adolescenza fin dopo la menopausa.

I centri S&RHC sono creati e gestiti dalle ONG locali con il sostegno economico, tecnico e organizzativo di AIDOS. I centri offrono servizi diversi: assistenza ginecologica di base, contraccezione moderna, prevenzione e cura delle patologie a trasmissione sessuale, diagnostica per tumori al seno e cancro cervicale, assistenza ante- e post-parto, assistenza alla menopausa, consulenze psicologiche, sociali e legali anche per gli uomini. In ciascun centro è presente una piccola palestra nonché una sala per gli incontri e i corsi di formazione.

La formazione impartita dai/le consulenti e dagli/le esperti/e di AIDOS al personale dei centri si basa sul potenziamento delle competenze, al fine di promuovere qualità e continuità della cura, interazione, assistenza personalizzata, scelta e consenso informati, rispetto, confidenzialità delle informazioni. Le qualificazioni specialistiche di ciascun operatore di servizi vengono identificate e consolidate in base a standard internazionali. Si pone anche l'accento sulla comunicazione di qualità tra i vari operatori, nonché sulla costruzione di un sistema di coordinamento interno tra gli specialisti del centro, ed esterno, al fine rinviare le pazienti ad altri centri o organizzazioni nei casi che vanno al di là dei servizi forniti dal centro. Sono operativi anche collegamenti con strutture e ospedali pubblici e privati di secondo e terzo livello.

Il know-how specifico di ciascun/a professionista dello staff è condiviso per arricchire il gruppo e offrire soluzioni nuove e praticabili ai problemi che il centro e i suoi

utenti devono affrontare. La scelta di personale femminile per quasi tutte le posizioni lavorative contribuisce all'autostima del personale stesso e incoraggia le donne a frequentare i centri, poiché spesso risulta loro più facile comunicare i propri problemi ad altre donne.

Il personale viene formato all'idea che tutti gli operatori devono essere dei "facilitatori", capaci di ascoltare e di stimolare "l'utenza" a una partecipazione attiva. Significa concentrarsi sul modo di organizzare e gestire le discussioni di gruppo, di agevolare la comunicazione, l'empatia e lo scambio di idee tra adolescenti – maschi e femmine –, donne di diversi gruppi di età con esperienze analoghe (come le vittime di violenze di genere) e uomini. Il ruolo del "facilitatore" consiste nel guidare la discussione e creare le condizioni affinché tutti i membri del gruppo riescano ad esprimere i loro sentimenti e i loro pensieri. Solo quando si sarà stabilito un clima di fiducia e di armonia potranno svilupparsi i gruppi di auto-aiuto.³¹

I corsi di preparazione al parto si basano sul concetto di "parto attivo" e il "facilitatore" presenta attività fisiche quali yoga, stretching e tecniche di respirazione per il rilassamento in quanto la fiducia e la consapevolezza del proprio corpo contribuiscono ad accrescere l'empowerment e l'autostima delle donne favorendo l'espressione e la condivisione dei timori, delle sofferenze o dei sentimenti di inadeguatezza che provano. Gli uomini sono incoraggiati ad accompagnare le mogli alle visite di preparazione al parto ed a partecipare ai gruppi di discussione sulle loro responsabilità nel processo riproduttivo e nella cura dei figli, avviando così un processo volto a rispondere ai loro bisogni strategici di genere, il che favorirà un cambiamento nei ruoli tradizionali di genere.

Il concetto di pianificazione familiare viene esplorato in modo nuovo, non solo come un sistema di "regolazione della fecondità", ma in modo da rispondere alle esigenze degli uomini e delle donne nei diversi stadi della loro vita, con attenzione agli adolescenti, maschi e femmine.

In questo approccio la partecipazione della comunità locale è essenziale per avere informazioni dirette circa le priorità, i bisogni e le preoccupazioni degli abitanti. Occorre ottenere, fin dall'inizio, il sostegno dei leader delle comunità civili locali ed è necessario evitare ogni sorta di conflitto con i valori tradizionali comuni del territorio. Di conseguenza il personale è istruito a discutere apertamente ogni problema e a identificare strategie e interventi per promuovere l'accettazione e il coinvolgimento della comunità civile. Vengono avviate campagne di informazione e di sensibilizzazione della società civile su una vasta gamma di temi che tengono conto delle esigenze espresse dalle persone stesse: salute e diritti sessuali e riproduttivi, prevenzione di malattie sessual-

mente trasmesse compreso l'HIV e AIDS, contraccezione, aborto, pratiche tradizionali nocive alla salute di donne e bambine, violenza di genere, diritti delle donne, etc.

Queste azioni basate sulla comunità sono essenziali per sostenere le attività di promozione condotte dall'AIDOS presso parlamenti e governi su temi specifici collegati alla salute sessuale e riproduttiva e ai diritti delle donne, volte a modificare politiche e programmi governativi nonché a garantire la sostenibilità economica. Tutti i centri di fatto sono diventati centri di formazione utilizzati dai governi nazionali e dalle amministrazioni locali per la formazione del loro personale. Ogni centro serve in media ogni anno circa 12.000 persone, soprattutto donne ma anche adolescenti e uomini. Una volta costituito un nuovo centro, la spesa media per la gestione corrente è di circa 5000 euro al mese.

Per documentare i progressi compiuti all'interno della comunità locale, all'inizio di ogni ciclo di progetti si esegue un'indagine di fondo allo scopo di individuare una serie di indicatori che vengono poi monitorati mediante sondaggi successivi realizzati ogni quattro-cinque anni. In ogni centro è presente un sistema informativo computerizzato per la registrazione di tutti i servizi forniti e delle attività di formazione e informazione svolte dai vari dipartimenti all'interno della comunità locale.

Il primo centro è sorto in Argentina nel 1986 a Lanuz, uno dei distretti più poveri della cintura di Buenos Aires, cui ha fatto seguito la ristrutturazione di un centro di pianificazione familiare già esistente a Barquisimeto, in Venezuela. Altri centri modello sono stati istituiti a Gaza

nei campi profughi di El Burej e di Jabalia, in Giordania nella provincia di El Sweileh vicino ad Amman, in Nepal nella cittadina di Kirtipur, nel 27esimo distretto di Ouagadougou in Burkina Faso, dove confluiscono immigranti locali da tutto il paese e dove non esistono servizi di sanità di base. Non solo tutti questi centri hanno continuato a operare anche al termine del progetto per il quale erano stati creati, ma hanno migliorato i servizi erogati e ampliato le loro attività. AIDOS continua a seguire i centri, fornendo un sostegno economico e tecnico per rispondere alle nuove esigenze identificate.³² La Commissione Europea ha approvato nel 2007 un progetto presentato da AIDOS in collaborazione con l'Associazione per la Pianificazione Familiare Siriana per ristrutturare i 19 centri privati di pianificazione familiare della Siria, a partire dal centro modello di Halbuni, a Damasco.

L'UNFPA e la Banca Mondiale hanno espresso parere positivo sull'opera dei centri e hanno chiesto ad AIDOS di documentare l'approccio metodologico e gli strumenti sviluppati nel corso degli anni per la formazione del personale locale.

³⁰ I servizi che perseguono un approccio olistico-integrato sono in grado di fornire oltre ai consueti servizi clinici, anche consulenza e assistenza sociale, legale e psicologica, compresi i programmi speciali sul coinvolgimento degli uomini e sulla lotta alla violenza di genere. Fonte: Donne vite da salvare, Atti della conferenza internazionale "Diritti e salute sessuale e riproduttiva nei paesi in via di sviluppo: problemi, soluzioni, risorse" svolta a Roma, 24-26 novembre 2004, a cura di Daniela Colombo, Roma, 2006.

³¹ Reproductive Health for All: Taking Account of Power Dynamics between Men and Women: A Training Manual, AIDOS, Roma, 2001, 187 p. AIDOS in collaborazione con Women's Health Project (WHP).

³² Per un aggiornamento sui centri, si veda: www.aidos.it/ita/progetti/progetti.php

... Guardare avanti

La Sezione III ha voluto portare all'attenzione dei responsabili della pianificazione e attuazione delle politiche alcuni esempi di soluzioni che abbiano buon rapporto di costo/benefici e siano sostenibili per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi.

Dopo aver letto gli studi di caso e le buone pratiche selezionate, nascono alcune domande: come possiamo garantire l'espansione dei servizi per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi? In che modo le testimonianze delle esperienze che sono state scelte possono tradursi in politiche per la salute e sociali? Quali modelli di finanziamento potrebbero promuoverne l'attuazione e garantirne la sostenibilità, in una prospettiva a lungo termine?

Queste domande evidenziano la necessità di riconciliare il livello politico e strategico con gli interventi operativi di base. Per venire incontro a queste esigenze, la Sezione IV fornisce una serie di raccomandazioni rivolte sia ai politici sia a chi è responsabile dell'attuazione dei programmi sul campo.

Sezione IV

Prospettive future

“Il futuro non è il posto dove stiamo andando, ma quello che stiamo creando. I sentieri che vi conducono non si scoprono, ma si realizzano, e l'attività con cui si realizzano trasforma non solo chi li apre, ma anche la destinazione stessa”.

John Schaar

Dalla Conferenza del Cairo su Popolazione e Sviluppo (1994), eventi come le iniziative e i programmi in favore della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi, l'emergere e il consolidarsi delle politiche per lo sviluppo, compreso l'incremento dei finanziamenti globali, e la struttura degli Obiettivi del Millennio, hanno posto nuove sfide ma offerto anche nuove opportunità per le iniziative per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi.

La recente introduzione nell'MDG 5 di un target specifico – imperniato sul conseguimento dell'accesso universale alla salute riproduttiva entro il 2015 – apre nuove opportunità per ri-orientare le decisioni volte a potenziare le strategie politiche, i finanziamenti e le azioni in favore dei diritti sessuali e riproduttivi. Per tutti questi fattori è opportuno offrire alcune raccomandazioni concernenti gli aspetti che maggiormente incidono sullo sviluppo e l'implementazione di iniziative sostenibili ed efficaci in materia di salute e diritti sessuali e riproduttivi: i finanziamenti, le strategie politiche e la realizzazione di servizi di promozione e prevenzione, secondo un approccio basato sui diritti.

1

Finanziamenti: razionalizzare e incrementare le risorse

La sfida principale per il futuro è la mancanza di voci di bilancio specificamente dedicate alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi all'interno dei meccanismi di finanziamento della cooperazione allo sviluppo della grande maggioranza dei donatori. Il finanziamento destinato alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi è generato quasi sempre da strumenti bilaterali e multilaterali con finalità diverse. Inoltre i donatori incominciano ad adottare sistemi di pooled funding (finanziamento congiunto) sia a livello nazionale, tramite il sostegno diretto ai bilanci statali generali e ai bilanci di settore (direct general and sector budget support, rispettivamente indicati come GBS e SBS), sia a livello internazionale.

L'evoluzione continua del sistema degli aiuti, le nuove modalità di finanziamento come i meccanismi di finanziamento settoriale, nonché i più ampi programmi nazionali per lo sviluppo come i Documenti Strategici per la Riduzione della Povertà (Poverty Reduction Strategy Papers, PRSP), offrono nuove opportunità di instaurare legami più stretti tra i diversi programmi, ma presentano anche nuove sfide. È necessario definire e coordinare il coinvolgimento di diversi partner a livello nazionale, bilaterale e multilaterale per promuovere l'integra-

zione della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi e della lotta all'HIV in questi programmi e meccanismi.

Queste azioni diventano più urgenti mano a mano che i programmi generali a sostegno della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi diventano più complessi e acquisiscono nuove componenti, come il recente nuovo target inserito nell'Obiettivo 5, relativo all'accesso universale alla salute riproduttiva entro il 2015. Questo target aggiuntivo richiede ai donatori non solo un volume più elevato di investimenti, ma anche una maggiore capacità di razionalizzare le risorse. In merito a questo tema, stime disponibili mostrano che i finanziamenti necessari a raggiungere l'accesso universale alla salute riproduttiva e agli aspetti della salute riproduttiva che riguardano la prevenzione di HIV e AIDS ammontano a 29,8 miliardi di US\$ nel 2010 per salire a 35,8 miliardi nel 2015.¹

La formulazione e implementazione di strumenti finanziari per progetti di sviluppo che siano innovativi e sostenibili occupano oggi un posto di rilievo nell'agenda internazionale per lo sviluppo. Pertanto, sviluppare modelli di finanziamento efficaci e di lungo periodo sarà una delle principali priorità per la cooperazione internazionale allo sviluppo.

Iniziativa quali la Reproductive Health Supply Coalition (RHSC) costituiscono nuove opportunità per migliorare l'accesso a prodotti di prevenzione e cura che promuovono la salute riproduttiva e i relativi diritti. Uno dei maggiori risultati della RHSC è la proposta di un meccanismo finanziario innovativo che assicuri finanziamenti più sostenibili per strumenti e prodotti di consumo nei paesi poveri. Questo offre nuove opportunità di finanziamento per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi, a patto che allo stesso tempo si assicuri l'armonizzazione con altri programmi multi e bilaterali di sviluppo.

La campagna "Non c'è sviluppo senza salute" chiede di:

- Aumentare e razionalizzare i finanziamenti da parte dei donatori.
- Accompagnare il sostegno al bilancio pubblico (General Budget Support, GBS) con misure che mirano a rafforzare la capacità di controllo esercitata sui governi da parte di società civile e parlamenti nazionali riguardo alle modalità con cui si spendono i fondi.
- Progettare e attuare modelli e strumenti di finanziamento sostenibili per la realizzazione di progetti di sviluppo efficaci.
- Armonizzare sul lungo periodo programmi di aiuto bilaterali e multilaterali.
- Monitorare e sensibilizzare i membri dell'Unione Europea per il conseguimento dell'obiettivo di destinare lo 0,7% del PIL agli aiuti allo sviluppo entro il 2015.
- Incrementare i fondi per raggiungere i 35,8 miliardi di US\$ nel 2015 necessari per realizzare l'accesso universale ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva e la prevenzione e cura di HIV e AIDS.

¹ The Countdown 2015 Sexual and Reproductive Health and Rights for All Initiative: cifre fornite da UK Network on Sexual and Reproductive Health and Rights. Disponibili su <http://www.bond.org.uk/wgroups/sexualhealth/index.html>. The Countdown 2015 Sexual and Reproductive Health and Rights for All è un'iniziativa volta a monitorare il progresso e identificare gli sviluppi futuri per quanto riguarda gli obiettivi chiave della Conferenza del Cairo su Popolazione e Sviluppo del 1994. Nei dieci anni che separano il suo avvio dalla scadenza del 2015 l'iniziativa intende identificare le direttive future, reclutare nuovi alleati, riconoscere il ruolo essenziale dei giovani per quanto riguarda gli sforzi da compiere per rispettare gli impegni presi alla Conferenza del Cairo e avviare un cambiamento reale nella vita delle persone. Il conto alla rovescia per il 2015 comprende una serie di eventi e di attività avviate tra il 2004 e il 2005 – e rappresenta un elemento cruciale dell'impegno di ONG e società civile per celebrare il decimo anniversario della Conferenza su Popolazione e Sviluppo a livello nazionale, regionale e internazionale. Fonte: The Countdown 2015 Sexual and Reproductive Health and Rights for All Initiative website: <http://www.countdown2015.org/ContentController.aspx?ID=509>, ultimo accesso: marzo 2008.

2 Promuovere politiche di coordinamento e multisettoriali

I responsabili politici dei paesi donatori e di quelli partner dovrebbero sostenere e rafforzare gli approcci multisettoriali, abbastanza comuni in realtà per quanto riguarda l'HIV e AIDS, ma meno espliciti quando si tratta di salute e diritti sessuali e riproduttivi. Gli approcci multisettoriali tengono conto della complessità di entrambi, salute e dei diritti sessuali e riproduttivi che

della lotta all'HIV e AIDS, nonché delle implicazioni che comportano per i processi di sviluppo nazionali.

Gli sforzi compiuti a livello Nord-Sud e Sud-Sud sono indispensabili se si vuole rafforzare la governance, sviluppare e utilizzare risorse e competenze umane, sistemi di approvvigionamento e di erogazione, infrastrutture.

Lo sviluppo di un sistema politico partecipativo fa riferimento alla necessità di promuovere nuove strategie volte a rafforzare e integrare la salute e i diritti sessuali e riproduttivi nella lotta contro HIV e AIDS in termini di politiche e di finanziamenti. Gli attori principali nella promozione della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi, come l'OMS e le altre principali Agenzie delle Nazioni Unite dedicate (UNFPA e UNIFEM), si battono per rafforzare i collegamenti tra questi settori.

I governi dovrebbero costituire e consolidare organismi con potere decisionale e di coordinamento con l'obiettivo di costituire forum a livello internazionale, nazionale, regionale e sub-regionale. Tali forum rappresentano una base di partenza fondamentale per la promozione di legami più solidi tra lotta all'HIV e AIDS, la promozione della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi e l'armonizzazione dei finanziamenti a livello multi e bilaterale.

La campagna "Non c'è sviluppo senza salute" chiede di:

- Sostenere e rafforzare gli approcci multisettoriali alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi.
- Potenziare le strategie politiche complessive riguardanti la salute e i diritti sessuali e riproduttivi mediante la cooperazione Nord-Sud e Sud-Sud.
- Incrementare e potenziare il coordinamento tra livello decisionale e livello operativo, per promuovere programmi più efficaci a favore della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi.

Come costruire legami solidi tra lotta all'HIV e promozione della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi. Alcuni esempi

Livello politico

- Promuovere e attuare politiche e norme che garantiscano l'accesso ai servizi per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi da parte delle persone che vivono con l'HIV e AIDS.
- Definire e applicare misure politiche e regolamenti che contrastino discriminazioni e restrizioni della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi delle persone sieropositive, con particolare riferimento all'accesso e all'utilizzo dei servizi.

Livello programmatico

- Definire e stabilire piani d'azione nazionali per promuovere l'integrazione tra salute e diritti sessuali e riproduttivi e lotta all'HIV e AIDS dal punto di vista delle competenze professionali e delle strutture per l'erogazione dei servizi.
- Formulare e progettare strategie di assistenza sanitaria per incrementare e sostenere l'integrazione tra servizi di assistenza sanitaria di vario livello (primario, secondario), salute e diritti sessuali e riproduttivi e servizi per contrastare l'HIV e AIDS.

Livello progettuale

- Integrare i servizi per l'HIV e AIDS nella pianificazione familiare, compresi VCT [test dell'HIV e counselling volontari] e distribuzione di preservativi, soprattutto alle coppie giovani.
- Educare e sensibilizzare gli operatori sanitari al diritto delle persone positive all'HIV e dei gruppi vulnerabili (donne, lavoratori sessuali, migranti, consumatori di droghe per via endovenosa etc.) alle pari opportunità per quanto riguarda la salute e i diritti sessuali e riproduttivi.
- Garantire agli adolescenti (ragazzi e ragazze) a rischio di contrarre l'HIV l'accesso ad attività di informazione e educazione in materia di sessualità sicura e contraccettivi efficaci.

Fonti: ActionAid, 2007; Resources for HIV and AIDS and SRH Integration website Project, 2007

3 Politiche più aperte e partecipative

La campagna "Non c'è sviluppo senza salute" chiede di:

- Promuovere e diffondere programmi integrati basati su un approccio inter-generazionale che affronti la salute e i diritti sessuali e riproduttivi nelle diverse fasi del ciclo di vita e di sviluppo degli individui.
- Ri-orientare gli interventi di sanità pubblica, affinché la salute e i diritti sessuali e riproduttivi rispondano ai bisogni della comunità e coinvolgano le pazienti rendendole protagoniste del cambiamento.
- Ricorrere ad approcci partecipativi nell'affrontare la salute e i diritti sessuali e riproduttivi dei gruppi della popolazione finora trascurati, come le donne emarginate e gli adolescenti affetti da HIV.

La sostenibilità di progetti programmati con cura dipende in modo imprescindibile dal livello di partecipazione e di assunzione di responsabilità delle comunità e dei gruppi che partecipano alle iniziative per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi.

Esperienze concrete sul campo dimostrano che gli approcci partecipativi incrementano la consapevolezza, l'informazione e il sostegno sociale verso i gruppi più vulnerabili. Gli approcci partecipativi aumentano le opportunità dei gruppi vulnerabili di accedere a servizi di assistenza sanitaria adeguati, soprattutto per quanto riguarda i gruppi più a rischio, quali donne e adolescenti.

Le azioni dovrebbero puntare a fornire ulteriori valutazioni complessive sull'efficacia del coinvolgimento della società civile nei programmi già attivi nei paesi in via di sviluppo in tema di salute e diritti sessuali e riproduttivi, in particolare per quanto riguarda la possibilità di raggiungere i poveri e altri gruppi emarginati. Ciò è necessario per garantire che le iniziative collegate alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi conoscano un effettivo potenziamento all'interno di meccanismi partecipativi.

Le organizzazioni e istituzioni responsabili della realizzazione dei programmi per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi dovrebbero verificare che tali iniziative adottino approcci intergenerazionali, che costituiscono una efficace strategia di coinvolgimento.

A livello politico, gli organismi decisionali dovrebbero promuovere e sostenere quelle iniziative che fanno sentire la voce delle comunità locali rispetto alle politiche inerenti alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi e che incrementano la capacità dei gruppi più vulnerabili di partecipare a tali processi.

4 Superare la salute sessuale e riproduttiva per arrivare alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi

La campagna “Non c’è sviluppo senza salute” chiede di:

- Promuovere e diffondere un approccio di genere alle politiche e alla programmazione in tema di salute e diritti sessuali e riproduttivi.
- Promuovere la raccolta e l’uso di dati dettagliati e disaggregati per sesso, allo scopo di sostenere azioni politiche basate specificamente sulla differenza di genere.
- Progettare e promuovere programmi e politiche per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi che coinvolgano gli uomini in quanto protagonisti del cambiamento.

L’accesso ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva promuove l’emancipazione delle donne, ma di per sé non può garantire un empowerment sostenibile se non si concede loro l’opportunità di goderne appieno e di esercitare i loro diritti sessuali e riproduttivi. Un approccio basato sui diritti è essenziale per promuovere la parità di accesso alle informazioni e ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva.

Le azioni intraprese devono inoltre essere improntate ad un approccio di genere che tenga conto dei diversi bisogni e condizioni di vita di uomini e donne per quanto riguarda la salute e i diritti sessuali e riproduttivi. È pertanto necessario rivolgersi agli uomini e coinvolgerli come partner essenziali. I servizi per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi devono quindi essere pianificati per rispondere alle esigenze di entrambi i sessi per tutta la durata della loro vita: in un’ottica di sostenibilità e di articolazione più ampia dei programmi di intervento. I paesi dell’OCSE dovranno quindi rafforzare la capacità di incorporare in modo più efficace un approccio di genere nei propri programmi di cooperazione allo sviluppo. Per avviare il cambiamento occorre investire per aumentare la disponibilità di dati disaggregati per sesso, dati da utilizzare come punti di partenza per l’elaborazione e l’attuazione di politiche imperniate sull’approccio di genere.

5 Obiettivi di sviluppo del Millennio: leva o ostacolo per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi?

La campagna "Non c'è sviluppo senza salute" chiede di:

- Armonizzare e integrare i finanziamenti privati all'interno degli interventi a finanziamento pubblico.
- Potenziare le sovvenzioni private per soddisfare la domanda di strutture e servizi per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi.
- Promuovere il coordinamento tra le ONG e gli altri soggetti della società civile. L'obiettivo ultimo è condividere e diffondere esperienze concrete e lezioni apprese tra ONG e il settore privato per garantire efficacia e efficienza delle azioni in favore di salute e diritti sessuali e riproduttivi.
- Promuovere alcuni strumenti sviluppati nel settore privato, come per esempio campagne di comunicazione mirata e iniziative di marketing sociale, per rispondere alle esigenze delle donne in materia di salute e diritti sessuali e riproduttivi.

Valorizzare il contributo del settore privato e la partecipazione delle ONG è di capitale importanza se si vuole incrementare la disponibilità di servizi completi per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi.

In passato molti degli sforzi compiuti per migliorare l'erogazione dei servizi sanitari si sono concentrati sull'istituzione e l'ampliamento dei sistemi pubblici. Tuttavia, i sistemi sanitari pubblici spesso non sono in grado di garantire alla popolazione un accesso equo ai servizi sanitari. Un'ampia percentuale delle spese sostenute direttamente dalla popolazione per la salute finisce quindi ai fornitori privati.

Occorre promuovere una migliore integrazione di questi attori nel sistema sanitario, allo scopo di ampliare l'accesso ai servizi per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi e di ottenere risultati migliori per alcuni gruppi specifici, in particolare le persone più povere, le donne e gli/le adolescenti. Per esempio, il sostegno dei donatori per soddisfare la domanda di contraccettivi e di preservativi dovrebbe passare, secondo le proiezioni, da 1 miliardo di US\$ a 1,8 miliardi nel periodo compreso tra il 2004 e il 2015 se si vuole colmare la diminuzione dei finanziamenti registrata negli anni precedenti.²

I paesi donatori devono colmare le carenze nei finanziamenti e aprire la strada a una partecipazione più estesa e coordinata del settore privato e delle ONG. L'obiettivo finale è poter disporre delle risorse indispensabili in materia di salute e diritti sessuali e riproduttivi assicurando al contempo la sostenibilità e continuità dei meccanismi di finanziamento, nonché delle risorse a disposizione.

² I dati disponibili per il 2002 mostrano che i finanziamenti dei donatori ammontavano a 197,5 milioni di US\$ – con una diminuzione del 12% rispetto al 2001. Fonte: UNFPA Securing Essential Supplies: Fast Facts www.unfpa.org/supplies/facts.htm.

6 Affrontare AIDS, tubercolosi e malaria con un approccio integrato alla salute

La campagna "Non c'è sviluppo senza salute" chiede di:

- Promuovere sinergie più immediate tra lotta all'HIV e salute e diritti sessuali e riproduttivi all'interno di progetti e meccanismi di finanziamento globale.
- Coordinare gli interventi di controllo di singole malattie, integrando un approccio verticale con uno di tipo orizzontale, con meccanismi meglio capaci di rispondere alle esigenze locali di sanità di base, alla partecipazione della società civile e all'accessibilità dei servizi per il diritto alla salute.

Il Fondo Globale per la lotta all'AIDS, tubercolosi e malaria (GFATM) è un importante protagonista a livello globale della battaglia contro l'HIV e AIDS e le altre malattie endemiche. Ogni paese e ogni politica e processo promossi dal Fondo Globale hanno la possibilità di stimolare la domanda relativa alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi, rafforzandone l'integrazione nei programmi del Fondo Globale.

Tra i punti chiave per la promozione di collegamenti più efficaci tra HIV e salute e diritti sessuali e riproduttivi all'interno della struttura del Fondo Globale evidenziamo la necessità di:

- **a livello politico**, promuovere lo sviluppo di un bando per la presentazione di programmi e progetti (call for proposals) che richieda esplicitamente l'integrazione tra salute e diritti sessuali e riproduttivi e HIV e l'inserimento di relativi esperti negli organismi decisionali, a livello di consigli e comitati direttivi;
- **a livello nazionale**, integrare i meccanismi di finanziamento in tutti i progetti di sostegno, incluso gli approcci di settore. Ciò è indispensabile per consolidare le strategie politiche e per costruire competenze adeguate in termini di risorse umane, di servizi e di infrastrutture;
- **a livello operativo**, i programmi sanitari dovrebbero trovare un approccio nuovo, capace di mediare tra l'approccio cosiddetto "verticale", cioè relativo a prevenzione e cura di una specifica patologia, e l'approccio cosiddetto "orizzontale", che risponda alle esigenze locali della sanità di base, alla partecipazione della società civile e dei gruppi più colpiti e all'esercizio del diritto alla salute. Tali approcci sono complementari per garantire il conseguimento equo e sostenibile degli obiettivi legati alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi. I meccanismi verticali possono garantire una maggiore efficacia delle politiche e dei programmi; l'approccio orizzontale crea invece le condizioni operative per l'erogazione dei servizi medico-sanitari, mediante interventi progettati specificamente per rispondere alle esigenze e ai diritti delle donne.



Glossario

Il glossario illustra alcuni dei termini che compaiono frequentemente nel Rapporto.

Tali definizioni sono tratte da documenti sottoscritti e riconosciuti a livello internazionale, che costituiscono il riferimento essenziale per chi opera nella cooperazione allo sviluppo.

Il glossario vuole essere un supporto per chi legge attraverso l'analisi delle tematiche alle quali è dedicato il Rapporto.

Empowerment – si riferisce a donne e uomini che assumono il controllo delle loro vite, stabiliscono le loro personali priorità, acquisiscono abilità (o si vedono riconoscere le abilità e le conoscenze possedute), acquistano autostima, capacità di risolvere problemi, fiducia nelle proprie capacità secondo le diverse dimensioni dello sviluppo umano. È insieme un processo e un esito. Il termine si riferisce alla strategia chiave adottata dal Piano d'azione della Conferenza mondiale sulle donne di Pechino (1995) per migliorare la condizione femminile. Fonte: IDRC, Gender and Biodiversity Research Guidelines, 1998.

Genere – si riferisce alle determinanti economiche, sociali e culturali, nonché alle opportunità associate all'essere uomini o donne. Fonte: WHO, Transforming health systems: gender and rights in reproductive health, 2001.

Uguaglianza di genere – parità di trattamento di uomini e donne, nelle legislazioni e nelle iniziative politiche, nonché parità di accesso alle risorse e ai servizi all'interno di famiglie, comunità e società nel loro complesso. Fonte: WHO, Transforming health systems: gender and rights in reproductive health, WHO, 2001.

Equità di genere – equità e giustizia nella distribuzione, tra uomini e donne, di vantaggi, benefici e responsabilità. Spesso richiede, per la sua attuazione, programmi mirati in modo specifico alle donne e politiche volte a mettere fine a situazioni esistenti di disuguaglianza. Fonte: WHO, Transforming health systems: gender and rights in reproductive health, WHO, 2001.

Patologie materne – si riferisce a patologie gravi, disabilità o lesioni fisiche come quelle provocate da complicanze della gravidanza. Le patologie materne sono estremamente diffuse, ma non accuratamente registrate. Fonte: UNFPA, Safe motherhood glossary, documento online consultato nel dicembre 2007, www.unfpa.org/mothers/terms.htm

Mortalità materna – si definisce decesso materno la morte di una donna incinta o entro 42 giorni dal termine della gravidanza, a prescindere dalla durata e dalla condizione della gravidanza, per le cause correlate o aggravate dalla gravidanza o dalla sua gestione, con l'esclusione di cause accidentali o incidentali. Fonte: UNFPA, Safe motherhood glossary, documento online consultato nel dicembre 2007, www.unfpa.org/mothers/terms.htm

Indice di mortalità materna – misura il numero di decessi ogni 100.000 donne in età fertile (15-49), calcolando l'incidenza delle morti materne sulla popolazione femminile nel suo complesso, non soltanto sulla popolazione gravida. Due fattori incidono su questa statistica: il rischio di morte tra le donne incinte e la percentuale di donne che ogni anno rimangono incinte. Fonte: UNFPA, Safe motherhood glossary, documento online consultato nel dicembre 2007, www.unfpa.org/mothers/terms.htm

Tasso di mortalità materna – il numero di morti materne ogni 100.000 nati vivi misura il numero di decessi tra le donne incinte o che hanno da poco portato a termine una gravidanza. Un calcolo più preciso si dovrebbe effettuare sulla base di 100.000 gravidanze, al fine di registrare anche i decessi causati da aborti non sicuri. Ma i dati sul numero delle gravidanze sono di difficile reperimento. Fonte: UNFPA, Safe motherhood glossary, documento online consultato nel dicembre 2007, www.unfpa.org/mothers/terms.htm

Assistenza sanitaria primaria – indica i servizi sanitari di base presenti a livello comunitario: ambulatori, ospedali, cliniche, enti governativi, enti privati, servizi forniti da ONG. Fonte: UNFPA, Safe motherhood glossary, documento online consultato nel dicembre 2007, www.unfpa.org/mothers/terms.htm

Salute riproduttiva – condizione di benessere completo, fisico mentale e sociale, e non semplicemente l'assenza di malattie o disturbi, legata al sistema riproduttivo e a funzioni e processi ad esso correlati. La salute riproduttiva implica pertanto che le persone siano in grado di condurre un'attività sessuale soddisfacente e sicura, e che abbiano la possibilità di riprodursi nonché la libertà di decidere se, quando e quanto spesso farlo. Impliciti in quest'ultima condizione sono i diritti di uomini e donne ad essere informati e ad accedere ai metodi di pianificazione familiare di loro scelta, che siano sicuri, efficaci, economici ed accettabili, nonché ad altri metodi di loro scelta per regolare la fertilità, purché non illegali, e ancora, il diritto di accedere ai migliori servizi di tutela della salute, che consentano alle donne di portare felicemente a termine la gravidanza e di partorire, mettendo a disposizione delle coppie tutte le possibili opportunità di avere un bambino sano. Fonte: ICPD, Programma d'azione della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo, Cairo 1994.

Tutela della salute riproduttiva – comprende metodi, tecniche e servizi che contribuiscono alla salute e al benessere nell'ambito della riproduzione, mediante la prevenzione e la cura dei problemi inerenti la salute riproduttiva. Comprende inoltre la salute sessuale, il cui scopo è il miglioramento della vita e dei rapporti personali e non semplicemente il counselling e le terapie legate alla riproduzione e alle infezioni a trasmissione sessuale. Fonte: WHO, Progress Bulletin no 45, 1998.

Diritti riproduttivi – il riconoscimento dei diritti fondamentali di tutte le coppie e di tutti gli individui a decidere liberamente e responsabilmente il numero dei figli e come e quando intervallare le nascite, ad avere le informazioni e gli strumenti per attuare tali decisioni, nonché il diritto a conseguire i massimi livelli possibili di salute sessuale e riproduttiva. Includono anche il diritto a prendere decisioni sulle questioni legate alla riproduzione, liberi da ogni forma di discriminazione, coercizione e violenza. Fonte: ICPD, Programma d'azione della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo, Cairo 1994.

Salute sessuale – condizione di benessere fisico, emotivo, mentale e sociale collegato alla sessualità e non semplicemente assenza di disturbi, disfunzioni o patologie. La salute sessuale richiede un approccio positivo e rispettoso alla sessualità e ai rapporti sessuali, nonché la possibilità di fare esperienze sessuali piacevoli e sicure, in assenza di coercizioni, discriminazioni e violenze. Affinché sia possibile conseguire e mantenere la salute sessuale, è necessario che si rispettino, si proteggano e si attuino i diritti sessuali di ciascuno. Fonte: WHO, Draft working definition, 2002.

Diritti sessuali – derivano da diritti compresi in strumenti internazionali sui diritti umani, leggi nazionali e altri documenti concordati a livello internazionale. Comprendono i diritti di ciascuno a ottenere, in assenza di coercizioni, discriminazioni e violenze, e al massimo livello possibile, la tutela della salute relativa alla sessualità, ivi compreso l'accesso ai servizi di assistenza sanitaria per quanto attiene alla salute sessuale e riproduttiva; cercare, ricevere e trasmettere ogni informazione sulla sessualità; ricevere una corretta educazione sessuale; ottenere il rispetto per l'integrità del proprio corpo; scegliere liberamente il partner; decidere se avere una vita sessuale attiva o meno; avere rapporti sessuali consensuali; contrarre un matrimonio consensuale; decidere se e quando avere figli; avere una vita sessuale soddisfacente, sicura e piacevole. Fonte: WHO, Draft working definition, 2002.

Salute e diritti sessuali e riproduttivi – poggiano sul riconoscimento del diritto fondamentale di tutte le coppie e dei singoli individui a decidere liberamente e responsabilmente il numero dei figli e quando programmare la propria gravidanza, e a disporre di tutte le informazioni e i mezzi per farlo, nonché il diritto a raggiungere uno stato ottimale di salute sessuale e riproduttiva. All'interno della definizione di salute sessuale, i diritti sessuali e riproduttivi includono il diritto di "prendere decisioni riguardanti la riproduzione, in assenza di ogni discriminazione, coercizione e violenza, così come previsto nei documenti riguardanti i diritti umani". Fonte: ICPD, Programma d'azione della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo, Cairo 1994.

Acronimi e abbreviazioni

- ACP** – Africa, Caraibi e Pacifico
- AIDS** – Acquired Immune Deficiency Syndrome -
Sindrome da immunodeficienza acquisita
- APS** – Aiuto pubblico allo sviluppo
- ARVs** – Antiretrovirals – Farmaci anti-retrovirali
- CPS** – Country Strategy Paper – Documento sulle priorità strategiche di un Paese
- DAC** – Development Assistance Committee – Comitato sull'aiuto allo sviluppo dell'OCSE
- EC** – European Commission – Commissione Europea
- EU** – European Union (vedi anche UE)
- GBS** – General Budget Support – Sostegno al bilancio pubblico
- GFATM** – Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria – Fondo Globale per la lotta all'AIDS, tubercolosi e malaria
- GNI** – Gross National Income – Prodotto interno lordo (PIL)
- GVRC** – Gender Violence and Recovery Centres – Centri di recupero per chi ha subito violenze di genere
- HAPP** – HIV/AIDS Prevention Project – Progetto per la prevenzione dell'HIV e AIDS
- HIV** – Human Immunodeficiency Virus – Virus dell'immunodeficienza umana
- ICPD** – International Conference on Population and Development – Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo (anche, Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo)
- IPPF** – International Planned Parenthood Federation – Federazione internazionale per la pianificazione familiare
- IPM** – International Partnership on Microbicides – Partenariato internazionale sui microbicidi
- M & E** – Monitoring and Evaluation – Monitoraggio e valutazione
- MDG** – Millennium Development Goals – Obiettivi di sviluppo del Millennio
- MMR** – Maternal Mortality Rate – Tasso di mortalità materna
- NAC** – National AIDS Committee – Comitato nazionale per l'AIDS
- OECD** – Organization for Economic Co-operation and Development – OCSE – Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico
- OMS** – Organizzazione mondiale della sanità (v. anche WHO)
- ONG** – Organizzazione non governativa
- PAC** – Post Abortion Care – Assistenza medico sanitaria post-aborto
- PEPFAR** – President's Emergency Plan for AIDS Relief – Piano di emergenza del Presidente (degli Stati Uniti) per la lotta all'AIDS
- PEP** – Post Exposure Prophylaxis – Profilassi post-esposizione al contagio da HIV
- PIL** – Prodotto interno lordo
- PLN** – Polish zloty – Moneta ufficiale polacca
- PLWHAs** – People Living with HIV and AIDS – Persone che vivono con l'HIV e l'AIDS
- PMTCT** – Prevention of Mother-to-Child Transmission – Prevenzione della trasmissione (del virus HIV) da madre a figlio/a
- PPP** – Purchasing power parity – Parità di potere d'acquisto
- PPTCT** – Prevention of Parent-to-Child Transmission – Prevenzione della trasmissione (del virus HIV) da genitori a figlio/a
- SRHRs** – Sexual and Reproductive Health and Rights – Salute e diritti sessuali e riproduttivi
- S&RHC** – Sexual and Reproductive Health Centers – Centri per assistenza medico-sanitaria della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi
- STD** – Sexually Transmitted Disease – Malattia trasmessa per via sessuale
- STI** – Sexually Transmitted Infection – Infezione trasmessa per via sessuale
- TDTH** – True Development Through Health – Non c'è sviluppo senza salute
- UE** – Unione Europea
- UNAIDS** – United Nations Programme on HIV/AIDS – Programma delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS
- UNDP** – United Nations Development Programme – Programma delle Nazioni Unite per lo Sviluppo
- UNFPA** – United Nations Population Fund – Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione
- UNICEF** – United Nations Children's Fund – Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia
- VCT** – Voluntary Counselling and Testing – Servizio di counselling e screening volontario (per l'HIV e AIDS)
- WHO** – World Health Organization – Organizzazione mondiale della sanità (v. anche OMS)

Bibliografia

ABT Associates PHR Plus

- Effects of the Global Fund on Reproductive Health in Ethiopia and Malawi: Baseline Findings, study for the System Wide Effects of the Fund (SWEF) research initiative, 2005

Action for Global Health

- Health warning - Why Europe must act now to rescue the Millennium Development Goals, July 2007
- “Allarme Salute” - Perché l’Europa deve agire subito per raggiungere gli Obiettivi di sviluppo del Millennio”, settembre 2007, edizione italiana. Le edizioni inglese, francese, tedesca, spagnola sono disponibili sul sito: www.actionforglobalhealth.eu

ActionAid International

- Ogni promessa è debito. L’Italia e la lotta all’AIDS nel Sud del mondo, ActionAid Italy Report, 2007
- Research on Women’s Right and Universal Access to HIV & AIDS Prevention and Treatment. Findings from four States in Nigeria, 2007
- The Intersection between Violence against Women and Girls and HIV and AIDS: A case study of Kenya, 2007
- Walking the Talk - Putting Women’s rights at the Heart of the HIV and AIDS Response Report, 2007

AIDOS - Associazione italiana donne per lo sviluppo

- Oltre l’Aids - fatti, persone, strategie e risorse, Quaderno realizzato in collaborazione con Lettera22 nell’ambito del progetto europeo True Development Through Health, 2007
- Donne: Vite da salvare, Atti della Conferenza Internazionale “La salute sessuale e riproduttiva nei paesi in via di sviluppo - problemi, soluzioni, risorse”, AIDOS, 2005
- Addressing Violence against Women: Piloting and Programming: Proceedings of the International Conference Held in Rome, Italy, 15/19 September 2003, AIDOS, UNFPA, Roma, 2004
- Salute sessuale e riproduttiva: una questione di diritti: le tappe fondamentali per la salute e i diritti riproduttivi a livello globale. I programmi internazionali 1968-2003, testo di Frances Perrow, edizione italiana a cura di AIDOS, 2003
- Diritti e rovesci: i diritti umani dal punto di vista delle donne, AIDOS, Roma, 2001, 199 p., a cura di Chiara Ingrao e Cristiana Scoppa
- Reproductive Health for All: Taking Account of Power Dynamics between Men and Women: A Training Manual, AIDOS, Roma, 2001, AIDOS in collaborazione con Women’s Health Project (WHP)

Alliance 2015

- The EU’s Contribution to the MDGs Halfway to 2015: Mid-Term Review, 2007

Americans for UNFPA

- Funding timeline: www.americansforunfpa.org/NetCommunity/Page.aspx?pid=216&srcid=213. Ultimo accesso: marzo 2008

Askew I. e Berer M.

- The Contribution of Sexual and Reproductive Health Services to the Fight against HIV/AIDS: A Review in “Reproductive Health Matters”, No 11 (22): 51–73, 2003

Attaran A.

- An Immeasurable Crisis? A Criticism of the Millennium Development Goals and Why They Cannot Be Measured, Plos Medicine, 2 (10): e318doi:10.1371/journal.pmed.0020318, 2006

Bernstein S. e Hansen J.

- Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals, The UN Millennium Project, 2006

Bledsoe C.H. e Cohen B.

- Social Dynamics of Adolescent Fertility in Sub-Saharan Africa, Committee on Population, National Research Council, Washington, DC, National Academies Press, 1993

Council of the European Union – Consiglio dell’Unione Europea

- The European Consensus, Dichiarazione congiunta del Consiglio e dei Rappresentanti dei Governi degli Stati membri nella riunione congiunta di Consiglio Europeo, Parlamento Europeo e Commissione Europea sulla politica di sviluppo dell’Unione Europea, 2007

CountDown 2015 Europe

- Strategic Options for Greater European Investment in Reproductive Health Supplies, documento redatto da Roger Drew per la rete Countdown 2015 Europe su incarico di Interact Worldwide, 2007

De Bernis L.

- Obstetric Fistula: guiding principles for clinical management and programme development, a new WHO guideline, International of Gynecology and Obstetrics, 99 Suppl 1: S 117–21, 2007

Democratic Scrutiny of EU Aid

- www.acp-programming.eu/wcm/dmdocuments/ACP_benchmarks_final.pdf. Ultimo accesso: febbraio 2008

Desai S.

- When are children from large families disadvantaged? Evidence from cross-national analyses, Population Studies, 49: 195–210, 1995.

Dickinson C.

- Integration between Sexual and Reproductive Health and HIV and AIDS and Malaria: opportunities and strategic options for the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Documento redatto per l’Advocacy Summit on the Global Fund Round 7: Integration of Sexual and Reproductive Health into the HIV and Malaria Component Proposals, 6 dicembre 2006

DISH Il sito web del progetto DISH II

- www.jhuccp.org/africa/uganda/dish.shtml Ultimo accesso: febbraio 2007

Dmytraczenko N.O., Rao T., e Ashford L.V.

- Health Sector Reform: How it Affects Reproductive Health, PHRplus, Abt Associates Inc., U.S.A., 2003

Dowdy et al.

- Country-Wide Distribution of the Nitrile Female Condom (FC2) in Brazil and South Africa: A Cost-Effectiveness Analysis, *AIDS*, 20 (16): 2091–8, 24 ottobre 2006

ECOSOC - Economic and Social Council - Consiglio Economico e Sociale delle Nazioni Unite

- Report of the Secretary-General on the indicators for monitoring the Millennium Development Goals, E/CN.3/2008/29, 12 dicembre 2007

Euromapping project

- Mapping European Development Aid & Population Assistance, 2006

Foster A. e Roy N.

- The Dynamics of Education and Fertility: Evidence from a Family Planning Experiment, documento di lavoro Università della Pennsylvania, Dipartimento di scienze economiche, 1996

Germany Federal Government – Governo della Repubblica Federale di Germania

- First Review of the Work of the G8 in the Field of Tackling the Three Pandemic, HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2007
- Interrogazione parlamentare, 16/5378, 18 maggio 2007
- Interrogazione parlamentare, 16/6669, 10 ottobre 2007

Global Campaign for Microbicides – Campagna mondiale per i microbiciidi

- Gender Equality in AIDS Prevention: Why we need Prevention Options for Women, Fact Sheet #4, 2005: www.global-campaign.org/clientfiles/FS4-GenderEquality-May05.pdf Ultimo accesso: febbraio 2008

GFATM - Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria - Fondo Globale per la Lotta all'AIDS, TB e Malaria

- Partners in Impact – Results Report 2007, 2006.
- Key Global Media Messages Around September 26–28, 2007 GFATM Replenishment Meeting, 2007
- Annual Report 2007, 2006

Grimes D.A., Benson J., Singh S. et al.

- Unsafe Abortion: the Preventable Pandemia, *The Lancet*, Volume 368 (9550):1862. 2006

Gwatkin D.R.

- Who would gain most from Efforts to reach the Millennium Development Goals for Health? New York, The International Bank for Reconstruction and Development/World Bank, 2002

Hill K., Thomas K., AbouZahr C. et al.

- Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data, in *The Lancet*, Volume 370, Issue 9595: 1311-1319, 2006

Horton R.

- Reviewing Reproductive Health, in *The Lancet*, pubblicato online 1 novembre, DOI: 10.1016/S0140-6736(06)69484-1, 2006

Human Rights Watch – Osservatorio sui diritti umani

- The War within the War: Sexual violence against Women and Girls in Eastern Congo, 2002

InfoProject

- Obstetric Fistula – Ending the Silence, Easing the Suffering, Issue No. 2., USAID, 2004

IRIN – UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs – Ufficio delle Nazioni Unite per il Coordinamento degli Affari Umanitari

- Kenya: Sexual and Domestic Violence Prevalence, 2005: www.irinnews.org/report.aspx?reportid=56856 Ultimo accesso: febbraio 2007

Kirby D.

- Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy, National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, Washington, D.C., 2001

Ministry of Foreign Affairs of the Republic of Poland (Ministero degli Affari esteri della Polonia)

- Polish Aid: assistance in figures, 2007: www.polskapomoc.gov.pl/Assistance.in.Figures.184.html Ultimo accesso: febbraio 2008

Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) - Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE)

- Paris Declaration on aid effectiveness (Dichiarazione di Parigi sull'efficacia degli aiuti) www.oecd.org/document/15/0,2340,en_2649_3236398_35401554_1_1_1_1,00.htm, Ultimo accesso: marzo 2008
- Statistics Database: www.oecd.org/statsportal/0,3352,en_2825_293564_1_1_1_1_1,00.html. Ultimo accesso: febbraio 2008
- European Community DAC Peer Review: Main Findings and Recommendations, 2007

- Final ODA flows, DCD/DAC/RD(2007)15/RD2, 2007
- Statistical Annex of the 2007 Development Co-operation Report, 2007
- Development Co-operation Report, Volume 8, No. 1. Chapter 4 - Policies and Efforts of Bilateral Donors, 2006
- DAC Peer Review of Italy, 2004

Population Action International

- Progress & Promises - Trends in International Assistance for Reproductive Health and Population: www.populationaction.org/Publications/Reports/Progress_and_Promises/Summary.shtml Ultimo accesso: febbraio 2008
- How the Global Gag Rule Undermines U. S. Foreign Policy and Harms Women's Health, 2004
- What is U. S. International Population Assistance? Population Action International, Fact Sheet, 2004
- House to Consider UNFPA Funding; U. S. Support for Key International Family Planning Agency at Risk, comunicato stampa, giugno 2003: www.populationaction.org/Press_Room/Viewpoints_and_Statements/2003/House_to_Consider_UNFPA_Funding_U.S._Support_for_Key_International_Family_Planning_Agency_at_Risk.shtml Ultimo accesso: marzo 2008

Powell-Jackson T. e Mills A.

- A review of Health Resource tracking in Developing Countries, in *Health Policy and Planning*, 22(6):353-62, 2007

RHAC - Reproductive Health Association of Cambodia – Associazione per la salute riproduttiva della Cambogia

- www.rhac.org.kh/index.php Ultimo accesso: febbraio 2008

RHSC - Reproductive Health Supplies Coalition – Coalizione per gli strumenti e i prodotti di consumo per la salute riproduttiva

- www.rhsupplies.org/about_us.html Ultimo accesso: marzo 2008

Resources for HIV/AIDS and Sexual and Reproductive Health Integration site Project – Progetto online di risorse per l'integrazione tra HIV/AIDS e salute sessuale riproduttiva

- Partners del progetto: William and Flora Hewlett Foundation, David and Lucile Packard Foundation e Center for Communication Programs, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health: www.hivandsrh.org/about.php. Ultimo accesso: febbraio 2008

Sadik N.

- Special statement for the Forum "Population: the unfinished Agenda. From Research to Action". Population and Sustainability Network, London School of Tropical Hygiene and Medicine, Londra, 30 gennaio 2008

Shuey D.A., Babishangire B.B., Omiat S. e Bagarukayo H.,

- Increased Sexual Abstinence Among In-School Adolescents as a Result of School Health Education in Soroti District, Uganda, in *Health Education Research Theory and Practice*, 14 (3); 411–419, 1999

Sinding S.W.

- Does 'CNN' (Condoms, Needles, Negotiation) Work Better than 'ABC' (Abstinence, Being Faithful and Condom Use) in Attacking the AIDS Epidemic?, in *International Family Planning Perspectives*, Volume 31, n° 1, marzo 2005

Tonwegold B., Ekouevi D., Viho I., Toure S., Kone M., Ehouo B., Bequet L., Sihe A., Leroy V., Dabis F., Abrams E.J.,

- Where are the Men? Involvement of male Partners in a Family Centred Care Program in Abidjan, Cote d'Ivoire, International Conference on AIDS, Atti della conferenza disponibili sul sito US Gateway National Library of Medicine, 2004

TDTH - True Development Through Health Project – Campagna "Non c'è sviluppo senza salute"

- Scheda informativa sulla salute sessuale e riproduttiva, 2007, disponibile anche in inglese, tedesco e polacco sui siti dei partner del progetto: www.aidos.it, www.actionaid.it, www.cestas.org, www.tdh.org, www.federa.org.pl

UNAIDS - United Nations Programme on HIV/AIDS - Programma delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS

- Financial Resources required to achieve Universal Access to HIV Prevention, Treatment, Care and Support, 2007
- Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention: towards Universal Access, UNAIDS/07.07E/JC1274E, 2007, consultabile su: data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070306_Prevention_Guidelines_Towards_Universal_Access_en.pdf. Ultimo accesso: Febbraio 2008
- Report on the Global AIDS Epidemic, 2007
- Towards Universal Access to Prevention, Treatment and Care: Experiences and Challenges from the Mbeya Region in Tanzania – a case study, UNAIDS Best Practices Collection, UNAIDS/07.11E / JC1291E, 2007.

UNDP – United Nations Development Programme - Programma delle Nazioni Unite per lo sviluppo

- Millennium Development Goals (MDGs) Monitoring Report, 2006 e 2007

UNFPA - United Nations Population Fund – Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione

- The Resource Flow Project, 2007: www.resourceflows.org/index.php/articles/c87/

- Donor Support for Contraceptives and Condoms for STI/HIV Prevention, 2006.
- Lo stato della popolazione nel mondo, 2007
"Liberare il potenziale della crescita urbana",
rapporto annuale, edizione italiana a cura
di AIDOS, 2007
- Lo stato della popolazione nel mondo, 2000, 2003, 2004,
2005, edizioni italiane a cura di AIDOS

UNFPA e Alan Guttmacher Institute

- Adding it up: the Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care, 2003, 67.

UNICEF – United Nations Children Relief Fund – Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia

- The State of the World's Children Report, 2006 e 2007

United Nations – Nazioni Unite

- Africa and the Millennium Development Goals – 2007 Update 5, European Commission, EDF 10 sectoral breakdown, 2007: ec.europa.eu/development/Geographical/Maps/domaines_de_concentration.pdf. Ultimo accesso: febbraio 2008.

United States Government Accountability Office – Ufficio del Governo degli Stati Uniti per le questioni di trasparenza economico-finanziaria

- Global Health: Spending Requirement Presents Challenges for Allocating Prevention Funding under the President's Emergency Plan for AIDS Relief, [GAO, 06-395] Washington, D.C., 2006

UN Millennium Project – Progetto delle Nazioni Unite per il Millennio

- Africa and the Millennium Development Goals, Update 2007
- 2002–2006: www.unmillenniumproject.org/goals/index.htm. Ultimo accesso: febbraio 2008

U.S. Government Printing Office – Dipartimento per le pubblicazioni del Governo degli Stati Uniti

- Budget of the United States Government: www.gpoaccess.gov/usbudget/fy07/browse.html. Ultimo accesso: febbraio 2008

Vandemooretele J. e Delamonica E.

- The 'education vaccine' against HIV/AIDS, 2000, consultabile su: www.avert.org/aids-schools.htm. Ultimo accesso: febbraio 2008

WHO - World Health Organization – Organizzazione Mondiale per la Sanità

- Obstetric Fistula. Guiding Principles for Clinical Management and Programme Development, 2007
- The prevention and management of unsafe abortion, Report of a Technical Working Group, Ginevra, 12-15 aprile 1992

World Bank – Banca Mondiale

- Annual World Development Report (WDR) : Development and the Next Generation, 2007

Zeenat K.K., Nahar L., Ahmed S. e Hossain M.K.,

- Universal access and Women's Rights in Bangladesh, A Study on Bangladesh Situation, Action Aid Bangladesh Report, 2007

Zupi M. e Aiello C.,

- Trends in Italian Development Cooperation, Centro Studi di Politica Internazionale (CeSPI) for Reality of Aid Reports, 2006

Risorse online

The Center for Health and Gender Equity (CHANGE) – Centro per la salute e l'equità di genere

Organizzazione per la ricerca sociale e l'advocacy che ha lo scopo di integrare l'equità di genere e la giustizia sociale nelle politiche sanitarie: www.genderhealth.org

The Center for Reproductive Rights – Centro per i diritti riproduttivi

Organizzazione non profit che conduce azioni legali e campagne per la promozione e la difesa dei diritti riproduttivi delle donne nel mondo: www.reproductiverights.org/index.html

The Alan Guttmacher Institute – L'istituto Alan Guttmacher

Centro che promuove la salute sessuale e riproduttiva nel mondo attraverso un programma integrato di ricerca sociale, educazione pubblica e analisi politica: www.guttmacher.org/programs/index.php

The International Women's Health Coalition (IWHC) – Coalizione internazionale delle donne

Coalizione che elabora politiche, programmi e eroga finanziamenti per la salute e la popolazione al fine di promuovere e proteggere i diritti e la salute delle donne e delle bambine nel mondo: www.iwhc.org/index.cfm

The Population Reference Bureau – Centro per lo studio della popolazione

Istituto di ricerca sulla popolazione, la salute e l'ambiente per il benessere delle generazioni future: www.prb.org/About.aspx

act:onaid
www.actionaid.it

AIDOS  Associazione italiana
donne per lo sviluppo
www.aidos.it


CESTAS Centro di educazione
sanitaria e tecnologie
appropriate sanitarie
www.cestas.org


DSW Fondazione tedesca per
la popolazione mondiale
www.dsw-online.de

 **FWFP**, Federazione
polacca per le donne e la
pianificazione familiare
www.federa.org.pl

True Development Through Health

Non c'è sviluppo senza salute



actionaid

www.actionaid.it

AIDOS



Associazione italiana
donne per lo sviluppo

www.aidos.it



Centro di educazione
sanitaria e tecnologie
appropriate sanitarie

www.cestas.org



DSW

Fondazione tedesca per
la popolazione mondiale

www.dsw-online.de



FWFP, Federazione
polacca per le donne e la
pianificazione familiare

www.federa.org.pl



Realizzato con il contributo
dell'Unione Europea.