



AZIONE PER LA SALUTE GLOBALE

RISORSE ADEGUATE
SISTEMI SANITARI RAFFORZATI
ACCESSO EQUO

2010 - CONTO ALLA ROVESCIA PER GLI OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL MILLENNIO PER LA SALUTE Un rapporto di Azione per la salute globale

Sintesi

GLI OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL MILLENNIO (MDG)

L'8 settembre 2000 si è tenuto il più grande Summit di leader mondiali nella storia dell'umanità, a cui erano presenti anche tutti i capi di stato e/o di governo dei 27 Stati membri dell'Unione europea. L'assemblea si è impegnata a raggiungere entro il 2015 otto obiettivi universali, definiti "Obiettivi di sviluppo del Millennio" (MDG).

Tre di questi obiettivi sono specificamente dedicati alla salute:

- entro il 2015 si intende ridurre di due terzi la mortalità infantile sotto i cinque anni;
- ridurre di tre quarti la mortalità materna e garantire l'accesso universale ai servizi per la salute riproduttiva;
- contrastare e arrestare la diffusione di Hiv/Aids, malaria, tubercolosi e altre gravi malattie.

Tra tutti gli MDG, quello che meno si avvicina alla realizzazione è il miglioramento della salute materna. Nonostante stime recenti abbiano registrato una riduzione dei casi di mortalità materna, ancora oggi nel sud del mondo, e in particolare nell'Africa sub-sahariana e in Asia meridionale, per 1 donna che muore per cause legate alla gravidanza e al parto altre 20 subiscono infermità anche croniche.

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

L'Europa è il maggior donatore al mondo per quanto riguarda la spesa complessiva per gli aiuti ai paesi in via di sviluppo, ma è ancora indietro per la percentuale destinata alla salute. Nessun donatore europeo raggiunge l'obiettivo minimo fissato dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e neppure vi si avvicina lontanamente.

Nel quarto rapporto della rete europea di advocacy Azione per la salute globale '2010 sono presenti nuovi dati sulla quantità degli aiuti ai paesi in via di sviluppo effettivamente destinati alla salute. Secondo gli esperti della Commissione su macroeconomia e salute dell'OMS, in aggiunta agli investimenti fatti dai governi dei paesi in via di sviluppo, **i paesi donatori dovrebbero destinare lo 0,1 per cento del Prodotto interno lordo (PIL) agli aiuti per la salute.** Solo con tale percentuale di finanziamento sarà possibile cominciare a colmare il divario finanziario che si frappone al raggiungimento degli MDG per la salute. È bene ribadirlo: non si tratta dell'1 per cento del PIL ma soltanto di un decimo dell'1 per cento. **Nella graduatoria dei paesi donatori** è la Gran Bretagna ad avvicinarsi maggiormente all'obiettivo, con lo 0,058 per cento del PIL, mentre **l'Italia è la più lontana, con lo 0,025 per cento.**

Alcuni dati fondamentali che fotografano la situazione della salute globale:

- **per 1 donna che muore per complicazioni della gravidanza o del parto, 20 donne sono vittime di infermità**
- **ogni giorno circa 29.000 bambini muoiono** prima di aver compiuto i cinque anni, nella stragrande maggioranza per cause che potrebbero essere facilmente prevenute.
- **ogni anno la tubercolosi, l'Hiv/Aids e la malaria** uccidono oltre cinque milioni di persone, con un costo di milioni di dollari per le economie di paesi già poverissimi.

Queste morti, principalmente dovute alla povertà, costituiscono un'emergenza sanitaria globale e, senza dubbio, la più grande violazione dei diritti umani del nostro tempo. Nei paesi industrializzati questo genere di decessi è estremamente raro: in quasi tutta l'Europa la probabilità che un bambino muoia prima di aver compiuto cinque anni è minore dell'1 per cento; in Italia la probabilità di una adolescente di morire per cause collegate alla gravidanza e al parto è di 1 su 7.300 mentre le morti per malaria, tubercolosi e ormai perfino per l'Aids sono molto rare.

LE DONNE, DA VITTIME A MOTORE DI SVILUPPO

Quasi la metà della popolazione mondiale ha meno di 25 anni e l'87 per cento vive nei paesi in via di sviluppo. **La metà sono donne**, che vivono in società spesso patriarcali, senza accesso all'istruzione, destinate a essere spose bambine e a non avere potere decisionale. Discriminate per motivi sociali, culturali ed economici, le ragazze e le donne subiscono in modo sproporzionato danni alla salute. Eppure le donne sono tradizionalmente responsabili dell'assistenza sanitaria di base all'interno delle famiglie e delle comunità. Sono loro a produrre l'80 per cento del cibo e sono loro capaci di organizzarsi in gruppi, associazioni e organizzazioni dove scambiarsi esperienze, saperi e fare rete per raggiungere risultati impensabili, come la riduzione della mortalità materna. (cfr Rapporto, p.16)

Per affrontare in maniera adeguata gli MDG è perciò necessario integrare un approccio di genere nelle politiche per la salute, in altre parole **progettare e attuare politiche che tengano conto dei diversi bisogni di uomini e donne nel corso della vita e del loro ruolo nella società.**

PERCHÉ L'EUROPA DEVE AGIRE

Il rapporto individua **cinque ragioni** fondamentali per le quali l'Unione europea deve urgentemente affrontare la crisi sanitaria globale:

N. 1 Il diritto a conseguire il più alto livello possibile di salute mentale e fisica è conosciuto come **Diritto Universale alla Salute**. Ogni paese al mondo ha ratificato almeno un trattato internazionale relativo ai diritti umani in cui viene riconosciuto tale diritto.

N. 2 La Ue si è impegnata più e più volte ad agire. Ad esempio, nelle linee guida di Accra 2008 ad aumentare il suo sostegno finanziario per la salute di **8 miliardi di euro**, di cui quasi 6 miliardi destinati all'Africa entro il 2010, per contribuire a colmare il divario finanziario fra il fabbisogno e le risorse disponibili stimato in 134 miliardi di euro per il 2010.

N. 3 Nell'Africa sub sahariana il rallentamento della crescita economica causato dalla **crisi finanziaria globale costerà 18 miliardi di dollari** e comporterà, per i 400 milioni di persone che già vivono in condizione di estrema povertà, una riduzione del 20 per cento del reddito di ogni singolo individuo. Investire negli MDG non è un lusso, bensì un modo per dare una spinta fondamentale alla ripresa economica globale.

N. 4 **Intervenire conviene**. La pianificazione familiare è un ottimo affare: i moderni metodi contraccettivi per gli 818 milioni di donne dei paesi in via di sviluppo desiderose di evitare una gravidanza, costerebbero in media 1,20 dollari per anno a testa. Questo consentirebbe di prevenire ogni anno la perdita di 38 milioni di anni di vita in salute delle donne, frutto di complicazioni legate alla gravidanza.

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

N. 5 Questo settembre si terrà a New York un **summit di verifica sugli MDG**. Il 2010 è l'ultima occasione rimasta per fare il punto della situazione, tentare di superare quelle barriere che si frappongono al raggiungimento del traguardo, elaborare un piano d'azione coraggioso e dare l'ultima spinta per centrare questi obiettivi.
Sono in gioco miliardi di vite.

RACCOMANDAZIONI

ADEGUATI FINANZIAMENTI PER LA SALUTE

L'UE e i suoi Stati membri devono stanziare lo 0,1% del PIL per aiutare i paesi in via di sviluppo ad affrontare i bisogni sanitari delle loro popolazioni

Tale contributo dovrebbe essere finalizzato al rafforzamento dei servizi di assistenza sanitaria di base gratuiti per l'utenza; a garantire alle comunità locali un ruolo di primo piano nei processi di programmazione, implementazione e valutazione delle politiche sanitarie; ad assicurare l'accesso universale alle cure per tutti e tutte; e a tutelare una prospettiva di genere effettivamente integrata in tutte le politiche, ai diversi livelli, affinché vengano sempre presi in considerazione i bisogni specifici di donne e uomini.

Tre aree prioritarie dalle quali partire:

1) TUTTI E TUTTE DEVONO AVERE ACCESSO ALL'ASSISTENZA SANITARIA, COMPRESI I SERVIZI PER LA SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA

L'Ue e i suoi Stati membri devono sostenere i paesi in via di sviluppo nei loro sforzi per garantire l'accesso gratuito all'assistenza sanitaria per i più poveri, compresi i servizi per la salute sessuale e riproduttiva.

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

I servizi per la salute sessuale e riproduttiva offrono assistenza per la salute materna, neonatale e infantile, educazione sessuale e contraccezione moderna, test per le malattie sessualmente trasmesse e l'Hiv e il materiale sanitario. Il loro ruolo è centrale non solo per il raggiungimento degli Obiettivi 4 e 5, relativi alla salute materna, riproduttiva e infantile, ma anche per la lotta all'Aids, alla malaria e alla tubercolosi.

TESTIMONIANZE:

SANDO BENDU, membro della comunità Gbundorbu del distretto di Bo, in Sierra Leone

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

HAWA JALLOH, membro della comunità Gbundorbu del distretto di Bo, in Sierra Leone

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

2) IL PERSONALE SANITARIO E' LA CHIAVE PER POTENZIARE I SISTEMI SANITARI

L'Ue e i suoi Stati membri devono adottare politiche adeguate per sostenere i paesi in via di sviluppo nel processo di formazione degli operatori e delle operatrici della sanità e per evitare fughe di cervelli.

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

Perché la presenza del personale sanitario sia efficace, è necessario prendere in considerazione la cultura e la tradizione locale e i bisogni specifici delle donne. Ad esempio, può essere necessario assicurare la presenza di personale sanitario femminile per consentire l'accesso delle donne all'assistenza sanitaria.

TESTIMONIANZE

JESSIE BANDA, ostetrica del Reparto Maternità del Bwaila Hospital

*"L'impatto della carenza di operatori sanitari è enorme, perché per esempio **finiamo per avere molti pazienti in attesa di un'operazione, ed essendoci una sola sala operatoria tutti questi pazienti si mettono qui in fila ad aspettare che venga il loro turno. Ma così per alcune possono sopraggiungere delle complicazioni mentre sono in attesa di un posto per il ricovero o perché si liberi l'unica sala operatoria. Il punto è che non abbiamo abbastanza infermiere: se avessimo dottori e infermiere a sufficienza potremmo far funzionare due sale operatorie contemporaneamente, invece succede che molte complicazioni nascono proprio perché ne abbiamo solo una in funzione.**"*

3) LE COMUNITA' LOCALI DEVONO AVERE VOCE IN CAPITOLO

L'Ue e i suoi Stati membri devono favorire la partecipazione della società civile e delle comunità più povere ai processi decisionali relativi alle politiche sanitarie. La partecipazione di gruppi e organizzazioni di donne è cruciale per integrare i loro bisogni nelle politiche sanitarie. In Nepal, la partecipazione attiva delle donne ai problemi sanitari insieme ai leader locali e agli operatori sanitari ha consentito di ridurre di 1/3 la mortalità infantile e di diminuire la mortalità materna. "[cfr. il Rapporto 2010. Conto alla rovescia, pag. 16]

La partecipazione delle comunità e dei gruppi di donne ai processi decisionali deve avvenire a tutti i livelli di decisione e implementazione delle politiche sanitarie.

TESTIMONIANZE

A metà del 2009 nel villaggio di Prey, nella provincia di Siem Reap, è stato costruito un centro sanitario, alla cui gestione partecipa attivamente la comunità locale, attraverso un comitato appositamente istituito.

SOM SAN, della comunità di Prey, nella provincia di Siem Reap, Cambogia

“Adesso sono felice. Quando i miei bambini si ammalano, li porto al centro sanitario. Non devo spendere troppo, perché il centro adesso è vicino, il che è utile per le persone povere come me. Ci incontriamo una o due volte al mese, condividiamo le nostre opinioni sui servizi del centro. Sono stata la prima a partorire al centro, qualche giorno dopo l'inaugurazione. .” [cfr. il rapporto 2010. Conto alla rovescia]

LEAV CHOEUM, direttore del Comitato di gestione del Centro sanitario di Prey, nel comune di Prey

“Facendo parte della comunità, ho contribuito monitorando la costruzione del centro sanitario. Tutti i membri del comitato hanno fatto i turni per controllare i lavori. Inoltre ci incontriamo per scambiarci feedback sul centro sanitario. [...] Collaboriamo anche diffondendo notizie sulla salute. ONG come Plan ci hanno offerto un'adeguata preparazione sui ruoli del comitato, che è molto utile al centro sanitario. [...] Del comitato fanno parte sia ragazzi che ragazze e donne, perché sono loro quelli che più hanno a che fare con le questioni sanitarie. Facendo parte del comitato, possono aiutare molti altri bambini e molte altre donne della comunità. [...] Ci occupiamo anche di seguire il lavoro del centro sanitario: per esempio, se il personale medico usa un linguaggio inappropriato con i pazienti, possiamo farlo presente al capo della comunità quando ci vediamo per le riunioni. I membri del comitato vengono selezionati dalle persone della comunità; io sono stato scelto come direttore del comitato. Nel comitato ci sono due ragazze, due ragazzi e due donne.” [cfr. il rapporto 2010. Conto alla rovescia]