

**AZIONE PER LA
SALUTE GLOBALE**
RISORSE ADEGUATE
SISTEMI SANITARI RAFFORZATI
ACCESSO EDU



EFFICACIA DEGLI AIUTI PER LA SALUTE

**VERSO IL 4° FORUM DI ALTO LIVELLO,
BUSAN 2011: RENDERE PIÙ EFFICACI
GLI AIUTI PER LA SALUTE**

2011



WAKHINDIYI ZIYIWA YACHINDIYIYONDO
Ibi muna are dibehe kazi dikhani
kaha kaha sha kachepeni
kashonyi wakaza kashonyi
juzuru npi npi kashonyi are kazi.

Your label should always include:

DRUG NAME	STRENGTH
DOSE	QUANTITY
INSTRUCTIONS FOR USE	DATE
PATIENT NAME	NAME OF HEALTH FACILITY

- Always label completely
- Explain any special instructions
- Explain important side effects
- Check that the patient understands

Proper dispensing takes time

Then dispense
Write instructions clear
Give oral instructions c
Correct dispensing takes
HINT Use safe DISPENSING

CO-TRIMOXAZOLE

Age	1mg	Red tab	White
0-5y	120mg	1 tab	1 tab
6-11y	240mg	2 tabs	2 tabs
12y-17y	480mg	4 tabs	4 tabs
18y+	960mg	8 tabs	2 tabs

Current supply available
C28 Prod tabs 15mg per tab

SOMMARIO

Sommario	3
Sintesi	4
Introduzione	6
01 Coordinamento degli aiuti per la salute: “Missione impossibile”?	8
02 Nessuna ownership senza la società civile	20
03 La gestione orientata ai risultati non va intesa come finanziamento basato sui risultati	26
Appendice - Nuovi orientamenti nell’Aiuto pubblico allo sviluppo per la salute: un aggiornamento	32
Conclusioni	38
Glossario	39
Bibliografia	40
Acronimi	41

Ringraziamenti

Azione per la salute globale ringrazia le tante persone che hanno contribuito a questo rapporto, e in particolare gli esperti Madhusudan Sharma Subedi (Nepal), Elias Salvador Ainadine (Mozambico) e Roxana María Rodríguez (El Salvador), per la loro preziosa consulenza, e tutti i rappresentanti della società civile e del governo attivi nel settore sanitario in Nepal, El Salvador e Mozambico che sono stati intervistati durante le ricerche sul campo.

Un ringraziamento per il loro incessante impegno a favore dell'efficacia degli aiuti.

Questo Rapporto, redatto dalla consulente Rebekah Webb, è stato realizzato dal network europeo Azione per la salute globale.

Il team redazionale è composto da sei advocacy officer provenienti dalle organizzazioni partner che hanno lavorato in stretta collaborazione con l'intero network.

Immagine di copertina: Firoz Ahman Firoz/ActionAid

Traduzione a cura di Andrea Filippo Tüveri

PUBBLICATO DA AZIONE PER LA SALUTE GLOBALE NELL'APRILE 2011

SINTESI

A meno di cinque anni dal termine fissato per raggiungere gli Obiettivi di sviluppo del millennio (MDG), garantire la massima efficacia della cooperazione allo sviluppo è un impegno imprescindibile. Far diventare realtà il diritto universale alla salute è un obiettivo intrinsecamente legato all'efficacia degli aiuti. Negli ultimi anni l'Unione Europea (UE) si è impegnata in una riforma degli strumenti di finanziamento, sulla base dei principi stabiliti dalla Dichiarazione di Parigi sull'efficacia degli aiuti (2005) e dall'Agenda per l'azione di Accra (2008). Tuttavia, in contrasto con questi sforzi, i donatori europei hanno lasciato che i finanziamenti per la salute e per altri settori chiave subissero un significativo decremento. Fra le prime cinque economie europee, solo il Regno Unito è ancora in linea rispetto ai target prefissati. Di conseguenza, le risorse disponibili per la salute rimangono al di sotto dei livelli ritenuti necessari per il raggiungimento degli MDG.

Allo stato attuale, l'agenda sull'efficacia degli aiuti sta producendo "effetti collaterali" indesiderati per la società civile, per la salute e per gli MDG. Effetti che è lecito definire poco "salutari", sia sotto l'aspetto finanziario che pratico. Tre seri problemi richiedono particolare attenzione:

Coordinamento e allineamento dei donatori

- I principi della Dichiarazione di Parigi e dell'Agenda di Accra non sono sempre stati applicati correttamente, e dunque il loro impatto non ha avuto la forza prevista. I meccanismi di coordinamento esistenti sono complessi, richiedono molto tempo e spesso sono orientati alla gestione del processo trascurando l'impatto sul sistema sanitario. Inoltre, i Paesi donatori hanno fatto leva sul principio della "divisione dei



compiti" per tagliare la spesa per l'Aiuto pubblico allo sviluppo (APS), sia in generale che per la salute. In seguito all'attuazione di tale principio, dal 2005 al 2008 gli aiuti per la salute stanziati dalla Commissione Europea (CE) sono scesi dal 4,7% del totale dei finanziamenti all'1,3%¹.

Ownership - La società civile, parlamenti compresi, è ampiamente esclusa dai processi decisionali relativi alle politiche sulla salute. Ove sono attivi meccanismi volti a includere attori non statali, i governi tendono a selezionare e a coinvolgere gruppi estremamente ristretti. Il principio di ownership non viene definito o attuato secondo la sua concezione originale, e ciò va a svantaggio dei risultati sulla salute. I donatori europei non stanno svolgendo adeguatamente il

¹ The EU's Contribution to the Millennium Development Goals: Keeping the Goals Alive, Alliance 2015, 2010.



loro ruolo per favorire un maggiore coinvolgimento della società civile nella formulazione delle politiche nazionali.

Gestione orientata ai risultati - L'impatto degli aiuti potrebbe essere molto più incisivo. Anche laddove sono presenti politiche forti, la loro attuazione si rivela debole. Individuare un reale collegamento fra i flussi degli aiuti e un tangibile e visibile miglioramento nelle vite e nei diritti delle persone più povere è un'esperienza frustrante. La gestione degli aiuti orientata al risultato viene spesso erroneamente interpretata come un finanziamento basato sui risultati, anziché come uno strumento per affrontare i

problemi dal punto di vista dei beneficiari. L'aiuto che raggiunge effettivamente gli strati più poveri della popolazione è minimo e i risultati non sono collegati agli MDG. Anche il Sostegno al bilancio generale dello Stato (GBS) da parte della CE non è stato efficace nel determinare adeguati progressi in campo sanitario.

La crisi finanziaria globale inoltre è una delle principali ragioni per cui i budget destinati allo sviluppo e agli aiuti per la salute sono rimasti o rimarranno verosimilmente fermi (in Germania) o saranno tagliati (in Francia, Italia e Spagna) nel 2010 e 2011. I donatori europei devono con urgenza rivedere le loro politiche di finanziamento dell'APS per la salute alla luce degli impegni assunti a livello internazionale. In particolare, devono prendere le misure necessarie affinché i flussi di aiuti generino vantaggi visibili e tangibili attraverso tre passaggi concreti:

1. migliorare il coordinamento negli aiuti per la salute mediante l'adozione di un appropriato mix di forme di finanziamento commisurate alle esigenze del Paese ricevente, ai contesti locali e in linea con i piani sanitari nazionali;
2. supportare in modo diretto il Rafforzamento dei sistemi comunitari (CSS) per consentire alla società civile di partecipare in modo significativo alla pianificazione e all'attuazione dei piani sanitari nazionali e delle politiche a essi collegate;
3. garantire che la gestione orientata ai risultati sia allineata con l'impegno del Paese destinatario per obiettivi a lungo termine, compresi il Rafforzamento dei sistemi sanitari (HSS), l'accesso universale all'assistenza sanitaria di base e il raggiungimento degli MDG.

INTRODUZIONE

“Un obiettivo centrale dell'agenda per l'efficacia degli aiuti consiste nel migliorare la vita e il benessere di tutte le persone e, in particolare, di quelle più vulnerabili”.

Kwabena Duffour, ministro per la Pianificazione finanziaria ed economica, Repubblica del Ghana

A livello globale, negli ultimi vent'anni gli aiuti per la salute – tanto in termini assoluti quanto come quota degli aiuti totali – sono aumentati, passando dai 4,4 miliardi di dollari del 1990 ai 26,8 miliardi di dollari del 2010². Il contributo dei donatori europei a questo incremento risulta essere inferiore rispetto a quello di altri donatori internazionali: nel 2008 la UE, i suoi Stati membri e altri donatori europei hanno rappresentato solo il 39% dell'APS per la salute, pur partecipando per il 65% agli aiuti globali³. Fra le prime cinque economie europee, solo il Regno Unito è ancora in linea rispetto agli obiettivi di destinare lo 0,7% e lo 0,1% del PIL rispettivamente all'APS generale e all'APS per la salute, come richiesto dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS)⁴. Anno dopo anno, l'Europa è venuta a rappresentare una quota sempre più ristretta dell'APS per la salute globale. In conseguenza di ciò, gli aiuti totali per la salute rimangono ben al di sotto dei livelli necessari per raggiungere gli MDG.

Stando alle ultime stime, per raggiungere gli MDG per la salute, ogni anno sono necessari tra i 36 e i 45 miliardi di dollari aggiuntivi⁵. Tali calcoli, tuttavia, sono limitati ai Paesi a basso reddito e sono sottostimati rispetto all'obiettivo dell'accesso universale alla prevenzione, trattamento, cura e sostegno nell'ambito della lotta all'Hiv/ Aids. Una stima più corretta delle vere esigenze di finanziamento, che tenga conto di questi costi aggiuntivi, corrisponde a 95 miliardi di dollari l'anno⁶.

Un maggiore aiuto al settore della salute significa più vite salvate, più eguaglianza, migliore qualità della vita e meno persone costrette alla povertà. Discriminazione e ineguaglianza sono fra le principali cause di povertà, nonché la ragione della mancanza di progressi nel raggiungimento degli MDG. Senza l'immediata attuazione dei principi della Dichiarazione di Parigi e dell'Agenda per l'azione di Accra, sarà impossibile raggiungere nei tempi previsti i target collegati agli MDG per la salute.

² Institute for Health Metrics and Evaluation, Financing Global Health 2010. Consultabile su: http://www.healthmetricsandevaluation.org/resources/policyreports/2010/financing_global_health_1110.html.

³ German Foundation for World Population and European Parliamentary Forum on Population and Development, Mapping European Development Aid and Population Assistance: Euro-mapping 2010.

⁴ Per ulteriori informazioni, consultare l'appendice al capitolo 3.

⁵ Askforce on Innovative International Financing for Health Systems, More Money for Health and More Health for Money, 2009.

⁶ B. K. Baker, CTL-for-Health/FTT-with-Health: Resource-Needs Estimates and an Assessment of Funding Modalities, AfGH/International Civil Society Support, 2010. L'autore ha fatto ricorso a stime supplementari sulle esigenze per la salute globale previste nei target al fine di calcolare una stima sulla necessità complessiva di risorse per il periodo 2009-2016.

Informazioni su questo rapporto

Lo scopo di questo rapporto è stimolare il dibattito in vista del 4° Forum di Alto Livello sull'efficacia degli aiuti, che si terrà a Busan, Corea del Sud, dal 29 novembre al 1 dicembre 2011. Il rapporto si basa principalmente sugli studi condotti da Azione per la salute globale (AfGH), comprese le ricerche di campo sull'efficacia degli aiuti in alcuni Paesi in via di sviluppo - El Salvador, Mozambico, Tanzania e Uganda⁷ - e sugli esiti di un forum online che esamina l'impatto dell'APS sulla salute. Azione per la salute globale ha individuato tre problemi centrali che richiedono immediata attenzione:

1. l'impegno dei donatori per il coordinamento e l'allineamento non ha fatto registrare, a oggi, alcun miglioramento in campo sanitario;
2. la società civile⁸, inclusi i parlamenti, è ampiamente esclusa dai processi decisionali relativi alle politiche sanitarie;
3. la gestione orientata ai risultati viene erroneamente interpretata come finanziamento basato sui risultati.

Questi tre aspetti dell'agenda sull'efficacia degli aiuti sono esaminati in dettaglio nei rispettivi capitoli di questo rapporto. In ognuno dei tre casi, tramite un'analisi del settore sanitario, Azione per la salute globale esamina impegni, programmi e progressi effettivamente realizzati. In forma di appendice al capitolo 3 sono stati pubblicati gli ultimi dati relativi all'APS per la salute, che giustificano le più oscure previsioni in quattro su cinque delle più grandi economie europee.



⁷ I briefing sulle politiche di DSW/AfGH relativi all'efficacia degli aiuti per la salute in El Salvador, Mozambico, Tanzania e Uganda sono attualmente consultabili su: <http://www.euroresources.org/afgh.html>.

⁸ Per una definizione di società civile vedere il riquadro del capitolo 2.

COORDINAMENTO DEGLI AIUTI PER LA SALUTE: “MISSIONE IMPOSSIBILE”?

01

“L’efficacia dell’aiuto si riduce quando vi sono troppe sovrapposizioni fra le stesse iniziative, soprattutto a livello di Paese o settore. Potremo ridurre la frammentazione dell’aiuto migliorando la complementarietà degli sforzi dei donatori e la loro divisione dei compiti, per esempio migliorando la ripartizione delle risorse all’interno dei singoli settori, dei singoli Paesi e fra i diversi Paesi”. **Agenda per l’azione di Accra, 2008**

In nessun settore come in quello sanitario è così evidente la necessità di un migliore coordinamento fra i donatori. Negli ultimi vent’anni il numero dei donatori e dei meccanismi di finanziamento nel campo della salute globale è cresciuto in misura esponenziale. Solo nel settore sanitario si contano attualmente oltre 100 partnership globali, con l’80% dei donatori che fornisce appena il 10% dell’assistenza totale⁹. Ognuno di questi donatori ha uno specifico, e spesso conflittuale, metodo di erogazione dell’aiuto, un proprio sistema per il monitoraggio e la valutazione. Il risultato per i destinatari è caotico e dispendioso, con i ministeri della Sanità costretti a fronteggiare un sovraccarico di compiti amministrativi per gestire le relazioni con i donatori e soddisfare i loro requisiti¹⁰. Come affermato da Giridhari Sharma Paudel, vicedirettore dell’Associazione per la pianificazione familiare del Nepal: *“Occorre più coordinamento e collaborazione fra i donatori internazionali (...) Al centro di tutto dovrebbero esserci le popolazioni povere, marginalizzate e scarsamente assistite”*. Finora la maggior parte

del dibattito è stata incentrata sulle modalità di aiuto da utilizzare per accrescere la ownership dei Paesi destinatari. Da un lato, considerando il settore dello sviluppo nel suo insieme, c’è stato un progressivo spostamento del controllo dei flussi degli aiuti dai Paesi donatori ai governi dei Paesi destinatari, così come un graduale passaggio da un finanziamento ai singoli progetti al Sostegno al bilancio dello stato (GBS). Dall’altro, vi è stata una forte crescita del numero di iniziative verticali e di finanziamenti in risposta alle emergenze di tipo sanitario, in particolare l’Hiv/Aids. I donatori, tuttavia, non sembrano consapevoli della molteplicità di queste iniziative e di come diverse modalità, e un diverso approccio all’aiuto, possano interagire con le dinamiche di potere interne dei Paesi destinatari¹¹. È pertanto più che mai necessario sviluppare una migliore comprensione dei vantaggi e degli svantaggi di ogni meccanismo fra tutti gli attori coinvolti, società civile e governi inclusi.

⁹ L’assistenza allo sviluppo di un determinato Paese si considera frammentata quando vi sono oltre 15 donatori che fra loro forniscono meno del 10% dell’aiuto programmabile del Paese.

¹⁰ Si veda per esempio, Azione per la salute globale, Health Spending in Mozambique: Impact of current aid structures and aid effectiveness, 2011.

¹¹ L. Wild and P. Domingo, Aid and accountability in health, what can donors do differently? Project Briefing, N. 46, ODI/World Vision, settembre 2010.

Tabella 1

Meccanismo **Performance precedenti** **Priorità** **Ownership nazionale/ Coordinamento/ Armonizzazione**

Fondo Globale	Positive: finanziamenti basati sui risultati, impegni a lungo termine, volatilità ridotta, equità	HIV/Aids, Tubercolosi, Malaria, HSS	Leadership del singolo Paese, ma indietro quanto ad armonizzazione
GAVI	Positive: impegno a lungo termine, volatilità ridotta, equità	Immunizzazione e HSS	Leadership del singolo Paese, ma indietro quanto ad armonizzazione
Banca Mondiale	Deboli: finanziamenti basati su basse prestazioni, condizionalità, debito, non focalizzati sulle esigenze delle popolazioni più povere	Finanza per la sanità, multisettorialità, sistemi sanitari	Collaborazione con il ministero delle Finanze, ma indietro quanto ad armonizzazione
UNITAID	Positive: impatto sul mercato, fonti di ricavo sicure, produttività, impegni a medio termine	Medicine e diagnostica per Hiv/Aids, Tubercolosi e Malaria	Non applicabili in generale; un accorpamento di brevetti semplificherà la fornitura di medicinali a un costo accettabile
Contratti europei per gli MDG	Miste: attenzione non sufficiente alla salute	HSS, Sostegno al bilancio generale dello stato (in teoria)	Alti livelli in teoria, ma performance miste
IHP+	Deboli: a oggi solo quattro Compact implementati, non hanno raccolto finanziamenti	Pianificazione sanitaria nazionale e accountability finanziaria	Alti livelli
Aiuto bilaterale	Miste: variano a seconda del donatore in termini di volatilità, durata, rapporto esborso/impegno e condizionalità	Variano in base al Paese: gli USA sono focalizzati su alcune patologie mentre i donatori europei sono concentrati sulla salute materno-infantile e sull'HSS	Varia in base al Paese, di solito bassi livelli
Piattaforma congiunta per HSS	In fase di progetto pilota	HSS con riferimento alle malattie prioritarie, attivazione di sinergie positive per i sistemi sanitari	Previsti alti livelli
Proposta di Fondo Globale per la salute	Non applicabile, ma si prevede di utilizzare il modello del Fondo Globale	Assistenza sanitaria primaria, risorse umane per la sanità, HSS	Non pienamente sviluppati nella fase attuale, potenzialità per costi di transazione ridotti

Fonte: Brook K. Baker, CTL-for-Health/FTT-with-Health: Resource-Needs Estimates and an Assessment of Funding Modalities, AfGH/International Civil Society Support, 2010.

Un grande incentivo a lavorare con determinazione sull'agenda per l'efficacia degli aiuti proviene dalla necessità di reagire alla mancanza di controllo e di organizzazione dell'aiuto stesso, nonché dall'impatto preoccupante che questa situazione sta avendo sul raggiungimento degli MDG. Una delle questioni centrali consiste nel far sì che i donatori rendano armoniche e allineate le proprie politiche e modalità di finanziamento, adattandole alle priorità dei governi beneficiari. Se da un lato le Nazioni Unite (NU) e le agenzie a esse associate, compresa l'OMS, si trovano in una posizione ideale per garantire l'armonizzazione e il coordinamento degli aiuti e per assumere la leadership nella tutela dei diritti umani a livello globale, dall'altro non posseggono la forza politica ed economica necessaria per svolgere questo compito.

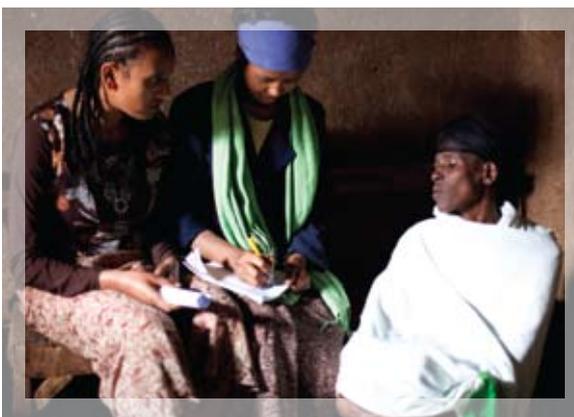
Nel 2008 a Parigi, diversi firmatari si sono impegnati a lavorare insieme su una serie di temi e strumenti fondamentali, comprese azioni e ricerche congiunte, procedure comuni, vantaggi comparati, complementarietà e deleghe. Gran parte dell'attenzione, a livello dell'UE, si è incentrata sul concetto di divisione dei compiti e sulla riduzione del numero di donatori impegnati in settori chiave a livello nazionale. I lavori di Accra hanno riportato il concetto di ownership al centro dell'Agenda relativa all'armonizzazione degli aiuti, per rendere determinante il ruolo dei destinatari in modo che siano essi stessi a stabilire le modalità di azione dei donatori nei loro Paesi. Per quanto riguarda il tema della divisione dei compiti è stato messo in evidenza il rischio che questa frammentazione possa, a un certo livello, ridurre la quantità e la qualità degli aiuti.

L'impatto del coordinamento dei donatori europei negli aiuti per la salute

“I donatori rispetteranno le priorità dei Paesi in via di sviluppo, garantendo che i nuovi accordi in tema di divisione dei compiti non comportino una diminuzione degli aiuti”.

Agenda per l'azione di Accra, 2008

Nel 2007, l'Unione Europea ha introdotto il “Codice di condotta in materia di divisione dei compiti nell'ambito delle politiche di sviluppo”. Il principio ispiratore del Codice consiste nel fatto che i donatori UE dovrebbero concentrare le loro iniziative su due settori principali in base ai rispettivi vantaggi comparati, e ognuno di questi dovrebbe pertanto ricevere la grande mole dei finanziamenti disponibili. Oltre ai due settori, i donatori “hanno facoltà di fornire un sostegno al bilancio generale dello Stato laddove le condizioni lo consentano, e di finanziare attività in altre aree quali il supporto alla società civile, la ricerca o la cooperazione con università/scuole”¹².



Le politiche europee sulla divisione dei compiti non hanno prodotto risultati positivi in campo sanitario. In sostanza, la CE è praticamente uscita dal settore sanitario in molti Paesi che stanno tentando di raggiungere gli MDG, con serie ripercussioni sui progressi fatti.

¹² EU Code of Conduct on Division of Labour in Development Policy, 2007

Ciò è avvenuto per esempio in Tanzania e Uganda, dove la delegazione CE è rimasta priva delle necessarie risorse e competenze per supervisionare gli aiuti per la salute oltre che per partecipare al dialogo sulle politiche sanitarie con il governo e per monitorarne le performance, soprattutto per quanto concerne i nuovi contratti per gli MDG (MDG contracts).

Allo stesso tempo, sembra che in Mozambico alcuni donatori europei abbiano utilizzato tali politiche per giustificare significativi tagli ai loro budget per gli aiuti, senza applicare il principio della “cooperazione delegata”¹³. Un funzionario di un donatore europeo ha definito la divisione dei compiti una vera e propria “strategia di uscita dal settore sanitario”¹⁴. Nel complesso, a seguito dell’attuazione della divisione dei compiti, gli aiuti per la salute stanziati dalla CE sono scesi da un 4,7% del totale dei finanziamenti del 2005 all’1,3% del 2008¹⁵. Questo è un chiaro esempio di come l’allineamento dei donatori possa portare a ridurre l’impegno finanziario per la salute. Come ben chiarito dall’Agenda per l’azione di Accra, prima di imbarcarsi in un’operazione come la divisione dei compiti, i donatori hanno necessità di calcolare l’impatto che essa potrebbe avere sull’ammontare complessivo degli aiuti destinati al settore.

“In linea con gli obiettivi sull’efficacia degli aiuti, l’UE dovrebbe incanalare due terzi dell’APS per la salute tramite programmi di sviluppo caratterizzati da piena ownership dei Paesi partner e utilizzare per l’80% dei flussi i sistemi di gestione del finanziamento pubblico e di approvvigionamento dei Paesi partner”.

The EU Role in Global Health, 2010

¹³ Tramite la cooperazione delegata un donatore ha la facoltà di agire a nome degli altri donatori per quanto concerne l’amministrazione dei fondi e il dialogo con un governo partner. Si veda: http://europa.eu/legislation_summaries/development/general_development_framework/r13003_en.htm#KEY.

¹⁴ Health Spending in Mozambique: The Impact of Current Aid Structures and Aid Effectiveness, Azione per la salute globale, 2011.

¹⁵ The EU’s Contribution to the Millennium Development Goals: Keeping the Goals Alive, Alliance 2015, 2010.



In risposta ai principi di Parigi e di Accra, dal 2005 molti donatori bilaterali europei, comprese Danimarca, Germania, Irlanda, Olanda, Svezia e Regno Unito, si sono uniti alla CE nell’aumentare la quantità di finanziamenti trasferiti attraverso il canale del GBS. Il ricorso al GBS è giustificato dal fatto che quest’ultimo garantisce ai Paesi in via di sviluppo un maggior controllo sulle modalità di impiego degli aiuti, oltre a rendere più prevedibili i flussi finanziari e i costi di transazione. Incanalare i finanziamenti direttamente tramite i sistemi governativi migliora le capacità di pianificazione e budgeting e rafforza i meccanismi di accountability pubblica. Nel settore della salute, la prevedibilità dei finanziamenti è fondamentale, considerato che l’80% delle spese per il sistema sanitario è rappresentato da costi ricorrenti. Ciò è dimostrato anche dal fatto che il GBS è utilizzato per incrementare i fondi nazionali destinati al settore della salute. Quest’ultimo può inoltre avere un impatto positivo sulla salute e sull’accesso universale ai sistemi sanitari, dal momento che tali fondi possono essere investiti in infrastrutture che portano vantaggi in aree rurali, come nel caso di progetti per le strade e per il miglioramento delle condizioni igieniche. Quasi il 50% del 10° Fondo Europeo per lo Sviluppo, equivalente a 11 miliardi di euro, sarà erogato in questo modo.

Tuttavia, nel 2010, la Corte Europea degli Auditori ha valutato l'efficacia della gestione dei programmi di GBS da parte della CE¹⁶. Il Rapporto prodotto dalla Corte consigliava alla Commissione di gestire con più efficacia le condizioni che vincolano il GBS alle prestazioni, includendo un processo chiaro e ben strutturato per la valutazione e la successiva erogazione dei fondi. Ciò riprende le raccomandazioni della valutazione 2007 per i finanziamenti dell'UE ai servizi sanitari in Africa sub-sahariana, che invitavano i donatori a favorire l'incremento dei budget sanitari nazionali tramite l'uso di indicatori delle prestazioni e specificando gli obiettivi da conseguire negli accordi finanziari per il GBS¹⁷. Tali indicatori dovrebbero essere basati su obiettivi concordati a livello internazionale, come nel caso della quota del 15% del budget nazionale da destinarsi al settore sanitario menzionata nella Dichiarazione di Abuja. La Corte ha inoltre raccomandato un impegno molto superiore affinché parlamentari, mondo accademico e Organizzazioni della società civile (CSO) abbiano la reale capacità di chiedere conto al governo del budget utilizzato. A questo fine, il Rapporto ha richiesto alla Commissione di supportare iniziative specifiche volte a migliorare lo sviluppo di competenze finalizzate a obiettivi specifici.

¹⁶ The Commission's Management of General Budget Support in ACP, Latin American and Asian Countries, Special Report No.11, European Court of Auditors, 2010.

¹⁷ Development Assistance to health services in Sub-Saharan Africa, European Court of Auditors, 2008.

¹⁸ AfGH, Health Spending in Uganda. The impact of current aid structures and aid effectiveness, 2010.

¹⁹ AfGH, Health aid effectiveness in Nepal: Paris, Accra, civil society and the poor, 2009.

²⁰ B. Gauthier, PETS-QSDS in Sub-Saharan Africa: A Stocktaking Study. HEC Montreal, 2006. Consultabile su: <http://siteresources.worldbank.org/INTPUBSERV/Resources/477250-1165937779670/Gauthier.PETS.QSDS.Africa.STOCKTAKING.7Sept06.pdf>.



Fornire fondi direttamente ai ministeri della Sanità sotto forma di Sostegno al bilancio settoriale (SBS) consente di vincere alcune, ma non tutte, delle sfide associate al GBS. L'SBS combina l'uso dei sistemi governativi con le preferenze dei donatori rispetto alla ripartizione dei fondi e offre chiari vantaggi sul GBS perché i ministeri della Sanità non devono competere per la loro "giusta quota" di budget. Questa forma di assistenza può supportare l'implementazione di riforme o azioni volte a superare barriere che ostacolano il progresso nel settore sanitario. In Uganda, il governo danese ha sostenuto lo sviluppo di un piano sanitario nazionale per molti anni¹⁸. Non vi è tuttavia alcuna garanzia che i fondi vengano impiegati in modo appropriato. Ad esempio, i fondi per la salute possono restare bloccati a livello di autorità centrali o distrettuali, com'è accaduto in Nepal, rendendo vani tutti gli sforzi verso l'accesso universale ai sistemi sanitari¹⁹. Diverse ricerche hanno dimostrato che le risorse controllate dai governi arrivano al livello locale lentamente e in misura ridotta – anche del solo 20% – proprio laddove vi è maggiore necessità di programmazione sanitaria²⁰.

Alla luce dei mille dubbi che circondano la gestione dei fondi da parte dei governi, le Iniziative sanitarie globali (GHI) hanno preferito creare e utilizzare specifici sistemi di erogazione degli aiuti. Il numero crescente di queste iniziative ha caratterizzato negli ultimi anni l'intero settore della salute globale. Il Fondo Globale per la lotta all'Aids, Tuberculosis e Malaria (da qui in avanti "Fondo Globale"), il Piano di emergenza del presidente degli Stati Uniti per l'Aids (PEPFAR) e l'Alleanza globale per i vaccini e l'immunizzazione (GAVI) rappresentano spesso i contributi più sostanziosi alla salute a livello nazionale, ridicolizzando i budget ministeriali.

Tali meccanismi di finanziamento verticali sono stati in grado di generare significative risorse finanziarie aggiuntive per la salute garantendo importanti risultati in termini di vite salvate. Vi sono tuttavia diffuse preoccupazioni sul fatto che tali meccanismi possano distorcere le priorità dei Paesi partner, allontanando risorse dalle riforme del settore sanitario di base, contribuendo alla fuga di personale specializzato dalla sanità pubblica e utilizzando requisiti e processi di reportistica onerosi²¹. In El Salvador esistono addirittura 22 fondi verticali, con 60 sistemi di erogazione²². In Nepal, le CSO sono molto critiche rispetto al comportamento dei donatori. In un'intervista condotta da Azione per la salute globale, Bharat Pradhan, Direttore Esecutivo del Public Health Concern Trust, ha dichiarato:

"Tutti in Nepal sanno che la maggior parte dei programmi sanitari si basano sul contributo dei donatori. La maggior parte dei programmi sono verticali ed è facile vedere doppioni degli stessi programmi negli stessi distretti supportati da diversi donatori".



Secondo Janardan Thapa, dirigente del Child Welfare Scheme nel Nepal occidentale:

"I donatori non conoscono bene i contesti locali, a causa della scarsa disponibilità di informazioni utili e corrette e perciò tendono a generalizzare i problemi. Le loro scale di priorità non si adattano bene alla realtà dei territori e risentono della mancanza di un efficace coinvolgimento delle comunità. Le agende internazionali hanno finito con il mettere in ombra le realtà locali. In questi casi, le organizzazioni della società civile sono costrette a operare una riconciliazione fra le esigenze locali e le preferenze dei donatori".

²¹ D. Sridhar & T. Tamashiro. Vertical Funds in the Health Sector: Lessons for Education from the Global Fund and GAVI, 2009.

²² AfGH, Health Spending in El Salvador. The impact of current aid structures and aid effectiveness, 2011.

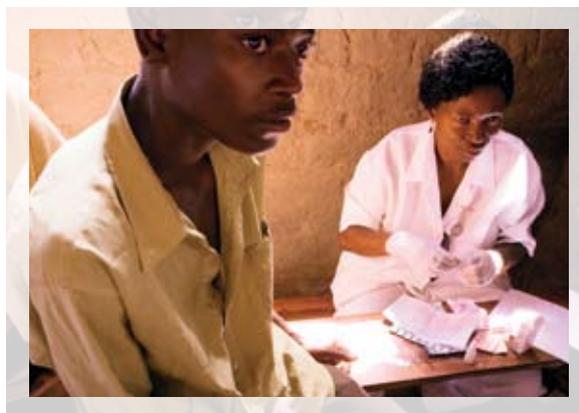
In tempi recenti, i meccanismi di finanziamento verticale hanno iniziato ad adottare un approccio più integrale per contribuire al Rafforzamento dei sistemi sanitari (HSS) e per ampliare l'attuazione dei principi della Dichiarazione di Parigi. I recenti sforzi compiuti in questa direzione dal Fondo Globale tramite la finestra di finanziamento del rafforzamento dei sistemi sanitari; dalla Joint Health Systems Funding Platform (Piattaforma congiunta per il finanziamento dei sistemi sanitari), e il sostegno per il Joint Assessment of National Strategies (Valutazione congiunta delle strategie nazionali - JANS) si possono in questo senso considerare come aspetti positivi. Il PEPFAR, di recente integrato nella GHI degli Stati Uniti, sta andando nella direzione del sostegno alla ownership e alle strategie nazionali. Tuttavia, l'impatto positivo di questi nuovi approcci sul rafforzamento dei sistemi sanitari a livello di singolo Paese deve ancora essere comprovato. La vera sfida consiste nel fare in modo che questi sviluppi non portino alla riduzione degli investimenti nel settore della salute.

Fare affidamento su una sola modalità di aiuto escludendo le altre rappresenta chiaramente un problema in termini di risultati per la salute. Solo il giusto mix dei diversi meccanismi di finanziamento consente di realizzare uno scrupoloso adattamento alle caratteristiche, alle politiche, ai fattori e ai limiti di uno specifico Paese e dei suoi settori, oltre a garantire un supporto adeguato per le CSO e le CBO (Organizzazioni comunitarie), in particolare a quelle che operano con popolazioni marginalizzate e che hanno poco o nessun accesso ai finanziamenti governativi. L'aiuto a progetto, sebbene limitato in termini di efficacia, può essere utile per fornire capacity building, supporto tecnico e assistenza nella definizione delle politiche, oltre che per finanziare interventi pilota e programmi innovativi per la salute. Nel caso dell'Hiv/Aids –

patologia fortemente discriminante e che richiede cure a vita, c'è sempre la necessità di forme di finanziamento verticale. Un approccio nel quale gli interventi verticali sono integrati nei sistemi sanitari, in modo da non diluirne l'importanza, è un modo efficace per rispondere alle sfide poste dalla salute globale.

Un efficace e inclusivo coordinamento degli aiuti dovrebbe garantire inoltre che le varie modalità non confliggano e che siano fra loro complementari. E soprattutto, come ha ricordato Jose Davuca, coordinatore dell'Associazione nazionale degli infermieri in Mozambico, le decisioni sull'uso delle modalità di aiuto dovrebbero essere prese dai Paesi beneficiari e non dai donatori:

“I donatori dovrebbero lasciare che il governo gradualmente assuma il controllo nello sviluppo delle strategie e nella definizione delle priorità per il settore sanitario. Ciò dovrebbe essere in ogni caso soggetto a una valutazione del Paese in questa specifica area. Tutti i donatori dovrebbero essere chiamati a finanziare una strategia di settore da sviluppare con il coinvolgimento di tutti gli attori”.





Abuja, i donatori e il Fondo monetario internazionale: obiettivi incompatibili?

Nel vertice di Abuja del 2001, i governi africani si sono impegnati a destinare il 15% dei loro budget nazionali alla sanità. Questo obiettivo è stato raggiunto solo da pochi Paesi. In Mozambico, Tanzania e Uganda, tale percentuale è di fatto diminuita nell'ultimo anno, passando dall'11-12% al 10%²³. Inoltre, in Paesi come la Tanzania, i finanziamenti dei donatori, compreso l'SBS, vengono inclusi nei calcoli del target, gonfiando in misura artificiosa l'investimento operato dai governi nei loro sistemi sanitari²⁴. Ciò è contrario allo spirito di Abuja che mirava a garantire maggiori investimenti governativi nell'HSS e la ownership sulla spesa sanitaria. In Tanzania, il governo ha la tendenza a considerare il settore sanitario nel suo insieme come "preso in carico" dal PEPFAR e dal Fondo Globale, e si sente pertanto libero di destinare il GBS ad altre esigenze²⁵. Ciò dà origine ad ammanchi nei programmi di finanziamento e al persistere dei problemi di salute pubblica.

E anche laddove i governi desiderino incrementare i loro budget sanitari, questa esigenza non è facilmente conciliabile con i loro piani di crescita economica. In molti Paesi, i budget destinati al settore sanitario non vengono impostati sulla base di reali esigenze, ma su politiche macroeconomiche. Si ritiene che l'espansione della spesa pubblica finanziata tramite i flussi di aiuti dei donatori destabilizzi l'economia. Di conseguenza, l'indicazione che tradizionalmente il Fondo monetario internazionale (FMI) dà ai governi è di convogliare gli aiuti nelle riserve del Paese anziché spenderli²⁶.

²³ Vedere i rispettivi Rapporti di Azione per la salute globale su: Health Spending in Mozambique, Tanzania and Uganda. Consultabili su: http://www.actionforglobalhealth.eu/index.php?id=10&no_cache=1.

²⁴ AfGH, Health Spending in Tanzania: The Impact of Current Aid Structures and Aid Effectiveness, 2010.

²⁵ Ibid. AfGH, Health Spending in Tanzania: The Impact of Current Aid Structures and Aid Effectiveness, 2010.

²⁶ D. Stuckler, S. Basu and M. McKee, IMF and Aid Displacement, in International Journal of Health Services, Vol. 41, No.1, pp 67-76, 2011. Si veda inoltre AfGH, The IMF, the Global Crisis and Human Resources for Health: Still constraining policy space, 2010.

In Paesi come la Tanzania, il cui governo si è impegnato verso una gestione conservativa dell'economia, la sanità, in quanto settore non produttivo, ha perso priorità rispetto al commercio e alle infrastrutture. Considerata l'attuale crisi finanziaria globale, questo trend che porta al taglio delle spese governative in campo sanitario non potrà che aggravarsi.

La CE richiede alla maggior parte dei Paesi beneficiari di pattuire accordi con l'FMI. Tuttavia, l'impatto delle linee guida macroeconomiche dell'FMI sulla salute è significativo. È stato dimostrato che la spesa sanitaria cresce con velocità doppia nei Paesi che contraggono prestiti e non fanno parte dell'FMI rispetto ai Paesi membri²⁷. In Uganda, per esempio, non è possibile utilizzare l'APS per il settore sanitario qualora superi il tetto annuale previsto dal governo²⁸. Sebbene l'FMI sostenga d'essere divenuto più flessibile, un rapporto recente indica che quest'ultimo continua a raccomandare il non superamento di specifici tetti alle spese di settore, dichiarando che "stabilire regole che pongono limiti alla spesa e al prestito può rafforzare la credibilità e la disciplina fiscale"²⁹. Inoltre, non vi è una correlazione diretta fra un incremento della crescita economica e una più elevata spesa sanitaria. In Nepal, sebbene il budget nazionale sia triplicato, quello del ministero della Sanità è solamente raddoppiato³⁰.



²⁷ AfGH, The IMF, the Global Crisis and Human Resources for Health: Still constraining policy space, 2010.

²⁸ AfGH, Health Spending in Uganda: The impact of current aid structures and aid effectiveness, 2010.

²⁸ AfGH, Health Spending in Uganda: The impact of current aid structures and aid effectiveness, 2010.

²⁹ IMF, Budget Institutions and Fiscal Performance in Low-Income Countries, Working Paper, p. 13, March 2010.

³⁰ AfGH, Health aid effectiveness in Nepal, 2009.



³¹ Abebe Alebachew e Veronica Walford, Lessons from the Joint Assessment of National Strategy (JANS) Process in Ethiopia, 2010.

³² Intervista con Shanta Lal Mulmi, Direttore Esecutivo, Resource Centre for Primary Health Care, Nepal.

Best practice

Un impulso a un efficace coordinamento dei donatori è stato dato dal lancio della IHP+, (International Health Partnership and Related Initiatives) soprattutto nei contesti in cui l'iniziativa opera in sinergia con il processo JANS, finalizzato allo sviluppo di strategie sanitarie nazionali in Etiopia, Mozambico, Nepal e Uganda. Lo scopo dell'IHP+ è quello di mobilitare i Paesi donatori e le agenzie di aiuto intorno a un singolo piano sanitario nazionale gestito da un Paese beneficiario e basato sui principi delle Dichiarazioni di Parigi e di Accra. Alcuni dei risultati positivi associati all'IHP+ sono stati: una più forte leadership del Paese ricevente che ha così potuto orientare i donatori verso un supporto più efficace ai piani nazionali, una migliore armonizzazione fra i donatori e un maggiore coinvolgimento degli stakeholder e delle CSO nella pianificazione e attuazione dei piani nazionali. In Etiopia, una valutazione sui risultati del processo JANS ha portato a conclusioni simili: "Il processo ha migliorato la qualità del piano strategico e ha aumentato il coinvolgimento dei partner locali e internazionali, oltre che delle CSO/ONG. Ha fornito inoltre un meccanismo per il sistematico coinvolgimento delle CSO che non erano state impegnate in precedenza nel campo delle politiche sanitarie"³¹.

In Nepal, uno dei Paesi pionieri dell'IHP+, le CSO hanno anche testimoniato un miglioramento nel processo di HSS e nell'accesso ai servizi sanitari per le persone più vulnerabili come conseguenza diretta della partecipazione al processo decisionale a livello nazionale:

"Il budget stanziato per il settore sanitario dal governo del Nepal è aumentato. Il governo ha disposto servizi speciali per le caste e i gruppi etnici marginalizzati. I servizi sanitari gratuiti a livello primario sono tra i buoni risultati raggiunti"³².

Tabella 2: Le best practice nel coordinamento dei donatori

Impegni sull'efficacia degli aiuti	Best practice
DICHIARAZIONE DI PARIGI 19. I Paesi partner e i donatori si impegnano congiuntamente a: lavorare insieme per realizzare sistemi che consentano un'affidabile valutazione delle performance, nonché la trasparenza e l'accountability dei sistemi del Paese (Indicatore 2).	Valutazione congiunta delle strategie nazionali (JANS), Etiopia <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rafforza la qualità e la credibilità della strategia e del sistema sanitario nazionale. ▪ Maggiore allineamento dei donatori alle strategie e alle priorità nazionali e minori costi di transazione. ▪ Processi più semplici per l'approvazione dei finanziamenti (piattaforma HSS). ▪ L'approccio inclusivo ha aumentato il coinvolgimento e l'inclusione dei partner nazionali e internazionali, oltre che delle CSO/ONG.
32. I donatori si impegnano a: adottare, laddove fattibile, metodi comuni a livello di Paese per la pianificazione, i finanziamenti (es. accordi di finanziamento congiunto) e i sistemi di monitoraggio, valutazione e reportistica. Un maggiore uso di modalità di aiuto basate sui programmi può contribuire a questo impegno (Indicatore 9).	Gruppo partner di sviluppo per la salute, Tanzania www.tzdp.org.or.tz/dpghealth <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un gruppo di oltre 10 agenzie bilaterali e multilaterali che sostengono il settore sanitario in Tanzania. ▪ I finanziamenti sono forniti tramite il sostegno generale al bilancio dello Stato, il "paniere" per la sanità, i progetti e l'assistenza tecnica. ▪ Opera un sofisticato sistema fondato su un "triumvirato" il quale garantisce che almeno tre donatori siano saldamente alla guida della situazione sanitaria. ▪ Garantisce forte trasparenza tramite un sito web che fornisce una panoramica completa su tutti i documenti e i processi chiave per le politiche del settore. Gruppo di sostegno del bilancio, El Salvador <ul style="list-style-type: none"> ▪ Raggruppa i quattro principali donatori del Paese: Agenzia Spagnola per lo Sviluppo e la Cooperazione (AECID), CE, Inter-American Development Bank e Banca Mondiale. ▪ Ha condotto una Valutazione congiunta della spesa pubblica e accountability finanziaria (PEFA) all'inizio del 2009. Iniziativa per un sistema di valutazione congiunta, Uganda <ul style="list-style-type: none"> ▪ È il primo sistema di valutazione congiunta dei donatori con la partecipazione del governo, pensato per supportare il miglioramento dei servizi in quattro aree critiche – istruzione, salute, acqua e strade – tramite il sostegno diretto al bilancio per un periodo di tre anni. ▪ Gli 11 partner allo sviluppo per un sostegno congiunto al bilancio comprendono: African Development Bank, CE, Banca Mondiale, Belgio, Danimarca, Germania, Irlanda, Olanda, Norvegia, Svezia e Regno Unito. Questi donatori contribuiscono complessivamente a oltre l'80% dei finanziamenti diretti dei donatori a favore dell'Uganda. ▪ Il sistema fornisce un set di azioni e di target ben definiti e condivisi per la misurazione delle performance. ▪ Gli indicatori delle prestazioni del settore sanitario comprendono diversi indicatori relativi alla salute sessuale e riproduttiva collegati ai target MDG, e indicatori relativi ai livelli e alla distribuzione della forza lavoro qualificata nel settore della sanità. Questi indicatori provengono dagli impegni assunti dal governo ugandese in tema di target e di riforme, come menzionati nei documenti sulle politiche settoriali e nel sistema di bilancio nazionale.

Raccomandazioni

“I Paesi in via di sviluppo avranno voce in capitolo nello stabilire quali siano i ruoli dei donatori nel supportare i loro sforzi per lo sviluppo a livello nazionale, regionale e settoriale. I donatori rispetteranno le priorità dei Paesi in via di sviluppo, garantendo che i nuovi accordi in tema di divisione dei compiti non comportino una diminuzione degli aiuti”.

Agenda per l'azione di Accra, 2008

In primo luogo, quindi, i Paesi donatori sono tenuti a impegnarsi di più per migliorare l'armonizzazione e il coordinamento dei loro interventi. Ad esempio, un sistema di reportistica dei donatori più uniforme e completo consentirebbe ai governi destinatari di impiegare meno tempo in processi amministrativi e di concentrarsi di più nel migliorare la gestione dei ministeri. Tali sforzi non devono essere concentrati nell'armonizzazione di un unico sistema di aiuto, ma bensì nell'adozione di un mix di meccanismi di finanziamento tale da favorire l'allineamento ai contesti politici, ai piani sanitari nazionali e ai sistemi finanziari dei Paesi beneficiari.

Tale obiettivo si può conseguire tramite le seguenti azioni:

- mettendo in grado i Paesi partner di scegliere fra diverse modalità di aiuto definite in base al contesto locale e non dal singolo donatore o in base a standard precostituiti;
- assegnando il sostegno economico ai Paesi che dimostrano un reale impegno per la promozione della salute, evidenziato anche da piani sanitari nazionali saldi e inclusivi e da efficaci strategie di attuazione. I processi IHP+ e JANS sono un buon metodo per giudicare questo livello di impegno;
- garantendo che il GBS porti al Rafforzamento dei sistemi sanitari (HSS) e comunitari (CSS), a un accesso equo ai servizi sanitari e alla piena realizzazione del diritto alla salute. Ciò deve aver luogo con strumenti come l'analisi e la pianificazione di genere e indicatori di qualità specifici per la salute, basati su target riconosciuti a livello internazionale; come quelli presenti nelle Dichiarazioni del Millennio, Abuja, Cairo e Pechino;
- favorendo il dialogo politico interno nei Paesi destinatari al fine di promuovere l'aumento dei fondi nazionali per la salute e il raggiungimento dei target fissati. A questo fine, è necessario in particolare facilitare il processo di intesa fra alcuni ministeri, come nel caso del ministero della Sanità con quello delle Finanze;
- supportando con forza l'attuazione dell'IHP+ a livello di singolo Paese, incoraggiando le agenzie bilaterali e le GHI ad aumentare la loro partecipazione al processo guidato dal Paese destinatario e garantendo l'inclusione della società civile. In particolare, l'Europa dovrebbe assicurarsi che il processo IHP+ sia dotato di un efficace piano operativo e di sufficienti risorse dopo il 2012;
- favorendo gli attuali meccanismi di coordinamento, anziché crearne di nuovi. Ciò ha particolare rilevanza per il processo IHP+ e la nuova Health Systems Funding Platform (Piattaforma congiunta per il finanziamento dei sistemi sanitari);
- garantendo che i fondi verticali siano produttivi, non condizionino gli sforzi fatti per rafforzare i sistemi sanitari e, laddove possibile, siano inseriti all'interno dei sistemi Paese, al fine di limitarne la frammentazione;
- focalizzandosi sull'attuazione dell'IHP+ ogni volta che nuove iniziative vengono sottoscritte da un Paese partner, al fine di migliorarne il coordinamento e di rafforzare la partecipazione di tutti gli attori, CSO comprese. In questo contesto, i Paesi donatori devono assicurarsi che i Paesi partner che sviluppano un piano nazionale (Country Compact) e decidono di intraprendere il processo JANS dispongano di piani nazionali adeguatamente finanziati;
- utilizzando criteri chiari, trasparenti e condivisi quando si applica il principio della divisione dei compiti a processi decisionali relativi al restare o al ritirarsi da un Paese partner. Tali criteri devono garantire che, in ogni caso, i finanziamenti rimangano immutati;
- contribuendo a dare maggiori capacità ai meccanismi interni di accountability, inclusi i parlamenti nazionali, le istituzioni di auditing, il potere giudiziario e la società civile.

NESSUNA OWNERSHIP SENZA LA SOCIETÀ CIVILE

02

“La ownership nazionale è la chiave di tutto. I governi dei Paesi in via di sviluppo assumeranno una leadership più forte rispetto alle loro politiche di sviluppo e si confronteranno con i loro parlamenti e cittadini per plasmare tali politiche”.

Agenda per l'azione di Accra, 2008

Nel 2011 sono in corso diversi processi di natura politica volti ad ampliare la partecipazione della società civile. Il Task team on health as a tracer sector (TT-HATS) dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OECD) fornirà un rapporto sulla partecipazione delle CSO in preparazione al 4° Forum di Alto Livello sull'efficacia degli aiuti di Busan. La CE sta preparando una nuova Comunicazione sull'impegno significativo della società civile nei processi decisionali e sta lavorando a nuove linee guida relative al dialogo sulle politiche nel settore sanitario, ivi compreso un capitolo sulla “leadership inclusiva”³³. Azione per la salute globale apprezza l'impegno della Commissione, e, tuttavia, sottolinea la necessità che il processo di elaborazione di questi documenti diventi più trasparente e partecipato.

³³ Lo scopo delle Guidelines on Policy Dialogue on Global Health consiste nel fornire a funzionari e rappresentanti della UE le informazioni necessarie per poter dare luogo a un dialogo e a negoziazioni politiche, a livello regionale, nazionale e internazionale, che rispettino e promuovano i valori riconosciuti dalla UE e dagli stati membri sulla salute globale.

Perché la voce della società civile è cruciale quando si parla di politiche sanitarie

“Le organizzazioni della società civile devono essere fortemente coinvolte in modo che le esigenze delle popolazioni più marginalizzate siano sempre tenute nella giusta considerazione”. - TT-HATS 2009

Il ruolo di interfaccia che la società civile è in grado di interpretare fra governi, donatori e comunità, consente inoltre alle CSO di impegnarsi con forza nel dibattito politico rivendicando un maggiore rispetto dei diritti umani e contribuendo al loro rafforzamento. La partecipazione della società civile può contribuire ad aumentare il livello di accountability e di trasparenza del governo, esigendo nel contempo politiche sanitarie eque e a favore dei più poveri. La società civile ha le capacità per assegnare le giuste responsabilità tanto ai donatori quanto ai beneficiari per l'effettivo utilizzo degli aiuti per lo sviluppo. Senza un pieno impegno da parte della società civile, i piani sanitari nazionali non manterrebbero la stessa efficacia.

Durante il 3° Forum di Alto Livello di Accra è stato compiuto un passo significativo verso il riconoscimento dell'importanza della società civile nei processi politici e decisionali. È stato infatti riconosciuto che gli attori della società civile hanno diritto a svolgere un ruolo nella progettazione e attuazione dei piani sanitari nazionali e nell'assegnazione a tutti i partner delle giuste responsabilità per quanto riguarda il raggiungimento di risultati e il miglioramento della situazione sanitaria. I Paesi in via di sviluppo si sono impegnati a collaborare con i loro parlamenti, cittadini e CSO al fine di preparare, implementare e

monitorare le politiche e i programmi tramite “ampi processi partecipativi”. D'altra parte i donatori si sono impegnati a supportare in modo diretto questo processo, rafforzando le capacità dei Paesi in via di sviluppo di esercitare la loro leadership, e il ruolo delle CSO di giocare un ruolo attivo come “attori indipendenti dello sviluppo nel pieno del loro diritto”³⁴.

Tuttavia, all'atto pratico, il principio di ownership della Dichiarazione di Parigi è fin troppo spesso interpretato in senso restrittivo come ownership “governativa”, assoggettata pertanto alle priorità del ministero delle Finanze. Per poter funzionare, le democrazie si basano su una serie di controlli esercitati da diversi attori nazionali come il parlamento, gli organismi di controllo governativi e la società civile – inclusi i mezzi di comunicazione, i gruppi di interesse e il mondo accademico. Per realizzare una ownership democratica gli interessi e le voci di tutti i cittadini e di tutte le cittadine devono essere rappresentati nelle strategie nazionali di sviluppo e tutti devono beneficiare dei risultati dello sviluppo stesso³⁵. Nel caso della salute pubblica, la costruzione democratica e inclusiva di un piano sanitario nazionale dovrebbe rappresentare il primo passo verso la ownership del Paese nel settore.

Attuali barriere a un significativo coinvolgimento della società civile

La ricerca di Azione per la salute globale ha messo in evidenza gli sforzi tutt'ora richiesti a livello di singolo Paese per far sì che gli impegni di Accra si trasformino in azione³⁶. La mancanza di partecipazione della società civile risulta particolarmente evidente nell'ambito dei team operanti nel settore sanitario, diretti dai governi, rispetto ai quali le CSO si ritrovano a fronteggiare una serie di sfide fra cui il mancato coinvolgimento nella pianificazione e nel monitoraggio della sanità nazionale. In molti casi, le CSO non sono neppure consapevoli dei principali processi e meccanismi politici spesso creati ad hoc per generare questa situazione.

La società civile è definita in modo generico come quell'insieme di attori che rappresentano l'interfaccia fra i cittadini e il loro governo, ivi inclusi gli enti di beneficenza, i gruppi comunitari, i sindacati e le organizzazioni, anche di tipo religioso. La società civile ha alle spalle una lunga storia di attività nel settore della salute, soprattutto in risposta allo scarso impegno dei governi. La Dichiarazione di Alma Ata del 1978 ha riconosciuto la centralità della partecipazione delle persone ai sistemi sanitari nell'ambito dell'assistenza di base e il ruolo che l'azione sociale organizzata gioca nel potenziamento del settore sanitario. Oggi nell'Africa sub-sahariana una quota significativa dell'assistenza sanitaria – in Tanzania il 40% – è garantita dalla società civile, comprese le organizzazioni non governative (ONG) e le organizzazioni comunitarie (CBO)³⁷. La società civile esercita nel sistema sanitario un ruolo fondamentale che va dal monitorare l'efficacia e la qualità dei servizi al negoziare gli standard di salute pubblica e i relativi approcci. Le organizzazioni della società civile (CSO) sono in grado di informare l'opinione pubblica sulla salute e incoraggiare il cambiamento di comportamenti sociali.

Inoltre, esse hanno la capacità di trasformare l'accesso universale ai servizi sanitari in realtà, raggiungendo anche le popolazioni e le comunità più marginalizzate, vulnerabili e lontane – comprese le persone lesbiche, gay, bisessuali e transgender (LGBT), i tossicodipendenti e i migranti. A oggi vi sono chiare evidenze che la partecipazione della comunità nella definizione dei piani sanitari e nei processi decisionali possa giocare un ruolo chiave per raggiungere gli MDG³⁸.

³⁴ Accra Agenda for Action, 2008.

³⁵ DAC Network on Gender Equality, Making the Linkages, 2008.

³⁶ Per un'analisi completa vedere il rapporto AFGH su Uganda, Tanzania, Nepal, Etiopia e Zambia. Consultabili su: http://www.actionforglobalhealth.eu/index.php?id=10&no_cache=1.

³⁷ F. Omaswa, Informal health workers: to be encouraged or condemned?, Bulletin of the World Health Organisation, February 2006.

³⁸ S. Commins, Community participation in Service Delivery and Accountability, 2007. See also WHO, Strategic Alliances: The role of civil society in health, 2001.

Ciò è dovuto principalmente ai seguenti motivi:

- Sospetto e sfiducia verso le CSO da parte dei vari ministeri: i governi preferiscono di norma collaborare con un gruppo di ONG selezionate ben conosciute, mentre organizzazioni più piccole che operano nel Paese e hanno una dimensione comunitaria non vengono spesso invitate a partecipare alle consultazioni annuali, nonostante il loro forte ruolo e impegno nel settore sanitario³⁹.

“Molti funzionari del ministero della Sanità sono contrari al coinvolgimento dei cittadini nelle questioni relative alla salute perché ravvisano in ciò un pericolo per il loro status. Essi non hanno pertanto il minimo interesse nel seguire le linee guida relative alla collaborazione con le comunità”⁴⁰.

- Mancanza di riconoscimento alle CSO di uno status di piena legittimità: si fa affidamento sui servizi delle CSO “partner” considerandole come mere “subappaltatrici”, quindi con poche o nessuna possibilità di vicendevoles influenza e verifica delle responsabilità. Ciò riguarda in particolar modo le organizzazioni che non sono impegnate nell'erogazione di servizi e che sono focalizzate su questioni considerate non prioritarie, come i diritti delle donne, delle persone LGBT o delle persone affette da Hiv/Aids.
- Pesanti limitazioni al ruolo e alle attività delle CSO: in Zambia, per esempio, secondo una proposta di legge, tutte le CSO dovrebbero agire sulla base di contratti triennali, cosa che rende pressoché proibitivo tutto il lavoro di ricerca dei fondi e di pianificazione strategica. I Paesi donatori sono a loro volta poco propensi a mettere in discussione l'entrata in vigore di tali leggi, perché le ritengono atti legittimi di un governo democratico, anche se in questi Paesi i progressi in tema di allineamento e armonizzazione sono limitati da pessimi dati sui diritti umani⁴¹. In Mozambico, le ONG e le varie reti sono consapevoli della possibilità di ampi spazi di miglioramento:

“L'impegno delle CSO può essere rafforzato incrementando il loro coinvolgimento in tutti gli stadi della pianificazione politica e strategica. Ciò impone anche di rafforzare il controllo sull'uso effettivo degli spazi creati per la partecipazione della società civile, considerato che nella maggior parte dei casi il grado di impegno delle CSO dipende dall'apertura dei governi”⁴².

- Mancanza di trasparenza e di consultazione della società civile e del parlamento: il ruolo di quest'ultimo è troppo spesso limitato a una supervisione del budget. In Uganda, i membri del parlamento hanno un solo mese per analizzare il budget, mentre in Mozambico e Zambia i rapporti sulla salute non sono disponibili per i rispettivi parlamenti. In conseguenza di ciò, fra i parlamentari vi è un basso livello di consapevolezza e condivisione dei target collegati agli MDG, nonché dei processi di efficacia degli aiuti.



- Mancanza di fondi per la costruzione delle capacità delle CSO: le CBO e le ONG locali che operano nel difficile terreno dell'erogazione di servizi non hanno tempo o risorse sufficienti da investire per costruire proprie capacità finanziarie e di mobilitazione delle risorse. Ciò non significa tuttavia che non siano in grado di utilizzare al meglio i fondi a loro disposizione. La CE in particolare non vanta un passato glorioso per quanto concerne la capacità di rendere accessibili, in modo semplice, i propri fondi per la società civile.

³⁹ Si veda per esempio AfGH, Health Spending in Uganda: The impact of current aid structures and aid effectiveness, 2010.

⁴⁰ Intervista con Dr Margarita Posada, Citizens Alliance Against Health Privatisation, El Salvador.

⁴¹ Vedi AfGH, Zambia: Aid effectiveness in the health sector, 2009 and AfGH Ethiopia: Aid Effectiveness in the health

⁴² Intervista con Helder White, Programme Director, Mozambique Network of AIDS Service Organisations.

Best practice

Una delle priorità chiave del nuovo ministro della Sanità salvadoregno per i primi 100 giorni del suo mandato era quello di creare un Forum per la salute nazionale. Il Forum, lanciato nel maggio 2010, ha il fine di unificare e rafforzare i movimenti della società civile ponendosi come piattaforma aperta per tutti gli attori non statali che operano nel settore della salute pubblica. Secondo Adolfo Antonio Vidal Cruz, coordinatore nazionale dell'Alleanza per la salute sessuale e riproduttiva:

“L'attuale politica sulla salute nazionale è stata formulata sulla base di un ampio processo di consultazione con diverse organizzazioni della società civile all'interno del Forum sulla salute nazionale che ci ha permesso di progettare la proposta per un'ampia riforma sanitaria che è attualmente in fase di esame”.

Sebbene la creazione del Forum sia stata facilitata in una fase iniziale dall'amministrazione, esso punta a divenire uno spazio indipendente a disposizione delle CSO per comunicare al ministero le loro preoccupazioni sulle questioni relative alla salute. René Alfredo Catalán, vicepresidente del dipartimento di Salute Comunitaria per il Comitato Consultivo di La Libertad, El Salvador, sostiene che:

“Ci sono stati dei cambiamenti, considerato che ora collaboriamo con le unità sanitarie partecipando alla pianificazione e alla fornitura dei servizi sanitari e che ciò fa parte della nuova politica sanitaria. Abbiamo riscontrato un maggiore interesse delle autorità sanitarie verso la realtà che viviamo nelle nostre comunità e grazie al Forum ci sentiamo ascoltati e accolti nel processo”.

A livello internazionale, sono stati fatti progressi per ampliare il ruolo e il riconoscimento della società civile come attore chiave nei processi decisionali e nella definizione delle politiche, in particolare rispetto alla struttura del Fondo Globale e più di recente del GAVI. Il meccanismo di coordinamento nazionale del Fondo Globale è considerato da molte CSO – malgrado alcuni suoi limiti – un modello per il coinvolgimento della società civile e dei parlamenti nazionali⁴³. Lo schema di rafforzamento dei sistemi

comunitari (Community Systems Strengthening Framework) sviluppato dal Fondo Globale in collaborazione con il programma delle Nazioni Unite contro la diffusione dell'Hiv/Aids (UNAIDS) e le CSO fornisce un'importante guida su come supportare le attività di capacity building della società civile e potenziare i sistemi comunitari. Si auspica che simili forme di coinvolgimento vengano introdotte nei campi della salute riproduttiva, materna, infantile e della sanità in generale. Un altro esempio di partecipazione delle CSO nel settore sanitario è rappresentato dai processi IHP+, nei quali le società civili del Nord e del Sud sono ora rappresentate nella struttura di gestione globale. Secondo il direttore esecutivo del Centro di documentazione per la sanità primaria, Shanta Lall Mulmi, il processo IHP+ in Nepal, *“ha senza dubbio semplificato il coinvolgimento delle CSO nelle politiche sanitarie nazionali. Esso ha riconosciuto il ruolo delle CSO nei processi politici nazionali e regionali”.*

In Mozambico, secondo HelpAge International, è più facile per le CSO sentirsi coinvolte:

“Il sistema IHP+ offre alle CSO l'opportunità di accedere a più informazioni e di interagire meglio con i donatori. Inoltre offre anche meccanismi più chiari per incanalare il dibattito fra donatori e società civile verso le strutture governative tramite il ministero della Sanità (per mezzo del Consiglio Consultivo)”⁴⁴.

È stato dimostrato che nei Paesi in cui è stata sottoscritta un'iniziativa IHP+ Compact, la partecipazione della società civile ai processi decisionali è fortemente aumentata⁴⁵.

Nel 2011, sono previste notevoli opportunità per la società civile. Vi sono IHP+ Compact già in fase di sviluppo in Burkina Faso, Burundi, Repubblica Democratica del Congo, Djibouti, Niger e Togo, e saranno sottoscritti da Sierra Leone e Uganda. Malawi, Mali e Rwanda guardano invece all'implementazione del processo JANS. Tuttavia, per sentirsi coinvolta in modo significativo nelle fasi di pianificazione e budgeting della sanità nazionale, la società civile ha bisogno di sostegno pratico e finanziario.

⁴³ AfGH, Health Spending in Tanzania: The impact of current aid structures and aid effectiveness, 2010.

⁴⁴ Intervista con Rosalia Mutisse, Project Officer, HelpAge International, Mozambique.

⁴⁵ Vedi nota da Third IHP+ Country Health Sector Teams Meeting, December 9-10, 2010 Brussels. Consultabile su: http://www.internationalhealthpartnership.net/en/news/display/3rd_ihp_country_teams_meeting.

Tabella 3: Le best practice per aumentare la ownership della società civile

Impegni sull'efficacia degli aiuti	Best practice
DICHIARAZIONE DI PARIGI 14. I Paesi partner si impegnano a: esercitare la leadership per implementare ed espandere le loro strategie nazionali di sviluppo tramite ampi processi consultivi.	Osservatorio per lo sviluppo, Mozambico <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un forum consultivo per il monitoraggio di obiettivi, target e azioni specificamente assegnati al settore pubblico e privato nel contesto dell'Action Plan for the Reduction of Absolute Poverty - II (PARPA II) 2005-2009. ▪ È composto da membri del governo, della comunità dei donatori e della società civile del Mozambico. ▪ La società civile è rappresentata attraverso un gruppo denominato G20, che include sindacati, reti di ONG, chiese, settore privato e mondo accademico. ▪ Le raccomandazioni dell'Osservatorio sono integrate nel riesame annuale degli aiuti. Forum per la salute nazionale, El Salvador <ul style="list-style-type: none"> ▪ È progettato come piattaforma aperta per unificare le diverse realtà esistenti e rafforzare le capacità degli attori non statali che operano nel campo della salute. ▪ Un "Comitato Organizzatore" ha l'incarico di promuovere conferenze regionali e tavole rotonde a tema e stabilire sistemi di pianificazione e di monitoraggio congiunti per le politiche del settore sanitario, dando priorità alla leadership della comunità.
DICHIARAZIONE DI PARIGI 14. I Paesi partner si impegnano a: guidare il coordinamento degli aiuti a tutti i livelli, in collegamento con altre realtà impegnate nello sviluppo in un contesto di dialogo con i donatori e incoraggiando la partecipazione della società civile e del settore privato.	Comitato consultivo sulle politiche sanitarie, Uganda <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si riunisce con cadenza regolare per fornire una guida alle politiche del settore. ▪ È composto da rappresentanti del ministero della Sanità e dei principali donatori. ▪ CSO e membri del parlamento sono invitati a sessioni annuali di valutazione del settore sanitario al fine di contribuire alle discussioni sulle performance precedenti e i target futuri. Meccanismo di coordinamento del Paese (CCM), Fondo Globale per la lotta contro l'Aids, la Tubercolosi e la Malaria, Nepal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Riconosce l'uguale contributo di tutti gli stakeholder – compresi società civile, settore privato, governo, donatori, comunità e mondo accademico – nello sviluppo delle proposte ▪ Otto membri della società civile partecipano contribuendo allo sviluppo di proposte, oltre che al monitoraggio e all'implementazione dello stanziamento. ▪ I rappresentanti delle popolazioni colpite siedono allo stesso tavolo con funzionari governativi di alto livello, situazione mai verificatasi in precedenza.
AGENDA PER L'AZIONE DI ACCRA 13. I donatori si impegnano a: migliorare le capacità di tutti gli attori coinvolti nello sviluppo – parlamenti, governi centrali e locali, CSO, istituti di ricerca, mezzi di comunicazione e settore privato – affinché abbiano un ruolo attivo nel dialogo sulle politiche di sviluppo e sul ruolo dell'aiuto per contribuire agli obiettivi di sviluppo dei Paesi.	Meccanismo di sostegno della società civile (CSSM), Mozambico http://www.australcowi.co.mz <ul style="list-style-type: none"> ▪ Meccanismo di finanziamento congiunto quinquennale per la valorizzazione delle capacità delle CSO. ▪ È sostenuto da DFID e IrishAid. ▪ È progettato per migliorare la governance e l'accountability nei confronti dei cittadini del Mozambico, rafforzando e diversificando il coinvolgimento delle CSO con il monitoraggio e il sostegno alla governance. Sito web per il sostegno della società civile, Tanzania www.civilsocietysupport.net <ul style="list-style-type: none"> ▪ Creato dalla CE e dal Canada con il contributo di tutti i principali donatori del Paese. ▪ Consente di raffrontare, per settore e per regione, le diverse possibilità di finanziamento per la società civile rese disponibili da ogni donatore. Fondo di sviluppo indipendente, Uganda www.idf.co.ug <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fondo di gestione degli stanziamenti diretto da Danish International Development Assistance (DANIDA), UK Department for International Development (DFID), Swedish International Development Agency (SIDA), Cooperazione Olandese, Forum delle ONG, Development Network of Indigenous Voluntary Associations (DENIVA) e da Human Rights Network Uganda. ▪ È progettato per rafforzare la capacità della società civile di contribuire ai diritti umani, alla buona governance e all'impegno per la riduzione della povertà. ▪ È aperto quasi esclusivamente a proposte presentate da CSO e CBO nazionali; le ONG internazionali possono solo fare domanda come parte di un consorzio.

Raccomandazioni

“I donatori supporteranno tutti gli attori coinvolti nello sviluppo – parlamenti, governi centrali e locali, CSO, istituti di ricerca, mezzi di comunicazione e settore privato – affinché possano esercitare un ruolo attivo nel dialogo politico sulla cooperazione allo sviluppo e nella promozione della funzione degli aiuti per il raggiungimento degli obiettivi di sviluppo nei Paesi partner”.

Agenda per l'azione di Accra, 2008

Al fine di garantire una significativa partecipazione della società civile e dei parlamenti ai processi di pianificazione e alle politiche in campo sanitario, i donatori devono assicurarsi che il principio di ownership sia definito con maggiore chiarezza e che si basi sul reale coinvolgimento dei diversi segmenti della società civile. I donatori devono agire con il massimo impegno per assicurare una sistematica partecipazione delle CSO allo sviluppo dei piani sanitari nazionali, con attenzione particolare per le organizzazioni di donne e per quelle comunitarie che rappresentano gruppi marginalizzati e vulnerabili.

In linea con gli impegni sottoscritti con l'Agenda per l'azione di Accra, i donatori possono contribuire in modo specifico al progresso della ownership democratica nei seguenti modi:

- distribuendo aiuto sufficiente per sostenere direttamente l'empowerment delle comunità e il rafforzamento dei sistemi comunitari al fine di aumentare la consapevolezza delle comunità stesse rispetto ai servizi sanitari esistenti, incrementare la loro partecipazione nei processi decisionali a livello locale e distrettuale e supportare il loro ruolo nell'erogazione dei servizi sanitari di base;
- allocando risorse sufficienti per rafforzare la società civile nei Paesi in via di sviluppo, finanziando le attività di advocacy e verificando che le opportunità di finanziamento siano ben distribuite, accessibili e chiare;

- utilizzando il dialogo politico per far sì che i governi coinvolgano un'ampia varietà di CSO in tutte le fasi dei processi decisionali e di monitoraggio;
- creando meccanismi di trasparenza e accountability che consentano alle CSO di comprendere e seguire i processi di consultazione;
- supportando in modo attivo la costruzione di partnership fra tutti gli attori. Per esempio, sono necessari maggiori sforzi per migliorare e rafforzare le relazioni fra ONG internazionali, ONG locali, CBO, autorità locali e membri del parlamento, al fine di garantire che tali alleanze contribuiscano a una reale ownership nazionale delle politiche di sviluppo;
- definendo accordi sulle misure più idonee perché in ogni singolo Paese sia garantita la ownership democratica.

Come accennato, la CE ha annunciato l'adozione della “Comunicazione” sul coinvolgimento della società civile oltre a nuove linee guida sul dialogo politico nel settore sanitario. In questo contesto, la UE dovrebbe inviare un forte messaggio a tutti gli attori interessati e prendere una chiara posizione dichiarando pubblicamente in che modo la società civile e il parlamento siano stati significativamente coinvolti in tale sviluppo delle politiche.

LA GESTIONE ORIENTATA AI RISULTATI NON VA INTESA COME FINANZIAMENTO BASATO SUI RISULTATI

03

“Saremo giudicati in base all’impatto che i nostri sforzi collettivi produrranno sulle vite dei poveri”.

Agenda per l’azione di Accra, 2008

La gestione orientata ai risultati è un tema chiave sia nella Dichiarazione di Parigi che nell’Agenda per l’azione di Accra. Lo scopo è quello di garantire che i finanziamenti vengano indirizzati verso un obiettivo fondamentale: il raggiungimento degli MDG e degli altri impegni chiave, come l’accesso universale all’assistenza primaria e il diritto alla salute. Fino a oggi, questo aspetto dell’agenda sull’efficacia degli aiuti è stato dato per scontato dalla comunità internazionale. Tuttavia, in un quadro di crescente pressione sui donatori – tenuti a rispondere della spesa in APS nei confronti del loro elettorato – ora la priorità nell’agenda del 4° Forum di Alto Livello di Busan diviene garantire la produttività degli aiuti stessi.

Anche i donatori più scrupolosi rischiano di investire denaro in forme di aiuto che non fanno alcuna tangibile differenza per le vite delle persone più povere. La mancanza di solidi sistemi statistici e di strutture di monitoraggio a livello di singolo Paese, rende il concetto di accountability estremamente problematico. I donatori e i governi misurano sempre più l’impatto dei loro programmi e intraprendono azioni che aumentano l’attenzione verso i risultati dei piani sanitari da essi proposti. Tuttavia, il rapporto di valutazione della Dichiarazione di Parigi ha evidenziato che i progressi a livello nazionale sono stati molto lenti. Per questo ad Accra è stata sottolineata la necessità di migliorare i sistemi statistici e informativi nei Paesi in via di sviluppo. Come

rileva il Task team on health as a tracer sector dell’OECD, “in molti Paesi è necessario un più forte orientamento verso i risultati delle strategie e dei programmi sanitari”⁴⁶. In particolare, esiste il rischio che la crescente attenzione verso la produttività degli aiuti e la gestione orientata ai risultati distolga l’attenzione dal più ampio obiettivo di fornire servizi sanitari per tutti, questione cruciale per i gruppi più marginalizzati e vulnerabili della società.

Nel 2008 Alliance 2015 ha evidenziato che meno del 25% dei fondi CE per il sostegno al bilancio generale erano collegati al raggiungimento degli MDG, e che solo il 50% di questi erano vincolati a risultati⁴⁷. La Mid Term Review sugli obiettivi di sviluppo condotta dalla Commissione ha offerto all’Unione Europea una significativa opportunità di valutare il raggiungimento di risultati concreti. La pubblicazione di questo rapporto è molto attesa.

⁴⁶ OECD, Aid for Better Health: What are we learning about what works and what do we still have to do? Interim Report from the Task Team on Health as a Tracer Sector, Working Party on Aid Effectiveness, 2009.

⁴⁷ Alliance 2015, The EU’s contribution to the Millennium Development Goals. Poverty Eradication: From Rhetoric to Results?, 2008.

Perché l'aiuto è cruciale per il raggiungimento degli MDG e per l'accesso universale all'assistenza primaria

“Se riusciremo a investire le necessarie energie e risorse, vedremo grandi miglioramenti. Ma dobbiamo agire ora per salvare vite, per raggiungere gli MDG e per garantire che i nostri crescenti investimenti non vadano persi”.

NU Segretario Generale Ban Ki-moon

Nonostante la complessità dei processi di sviluppo e la varietà dei fattori che li influenzano, vi sono chiare evidenze che molti dei progressi compiuti a oggi verso il raggiungimento degli MDG – in particolare nelle aree della salute e dell'istruzione – possano essere attribuiti agli aiuti ricevuti⁴⁸. Ad esempio, una delle ragioni della mancanza di risultati apprezzabili nel raggiungimento dell'MDG 5 è l'assenza di adeguati finanziamenti alla salute sessuale e riproduttiva⁴⁹, che in molti Paesi è ancora oggi trascurata o negata⁵⁰. Se da un lato il commercio, l'assistenza tecnica e le politiche migratorie giocano un ruolo importante nel raggiungimento degli MDG, dall'altro è fondamentale ottenere sufficienti finanziamenti. Infatti, se gestito adeguatamente, l'aiuto può rafforzare i sistemi nazionali di governance e accountability, mettendo i Paesi in grado di raggiungere i propri obiettivi di sviluppo⁵¹.

I progressi verso il raggiungimento degli MDG per la salute sono fortemente ostacolati dall'assenza di sistemi sanitari adeguatamente finanziati e ben funzionanti⁵². Per esempio, in Uganda, l'attuale Piano strategico per il settore sanitario (HSSP III) dispone solo un quarto dei finanziamenti necessari per soddisfare le esigenze sanitarie della popolazione. Il nuovo piano di riforma sanitaria di El Salvador presenta un ammanco di 100 milioni di dollari, mentre in Tanzania il programma di assistenza sanitaria primaria necessita di 6 miliardi di euro aggiuntivi.

Anche in Nepal, non è possibile attuare buone politiche a causa della mancanza di risorse: *“Non siamo stati in grado di dare piena attuazione al principio dei servizi sanitari gratuiti. Le risorse umane, le infrastrutture, le forniture mediche per tali servizi non sono ancora adeguate”*⁵³. Inoltre, l'attuale situazione economica limita fortemente le possibilità dei Paesi in via di sviluppo di aumentare il loro reddito nazionale.

Nel 2011, vi sono due possibilità di aumentare in modo sostanziale l'aiuto per la salute: l'iniziativa della CE sugli MDG da 1 miliardo di euro e la proposta di una tassa sulle transazioni valutarie e finanziarie, in discussione durante la presidenza francese del G20. I governi e le CSO devono poter lavorare insieme per migliorare in modo costante l'architettura degli aiuti, garantendo che i nuovi finanziamenti vengano spesi nel modo più proficuo possibile.

I limiti dei finanziamenti basati sui risultati

I finanziamenti basati sui risultati in campo sanitario, talvolta definiti come “gestione orientata al risultato”, sono comunemente intesi come l'esborso di fondi a fronte del raggiungimento di specifici risultati⁵⁴. Ciò può prendere la forma di un “pagamento in liquidi o di un trasferimento non monetario effettuato a favore di un governo nazionale o subnazionale, di un manager, di un fornitore o di un utente di servizi sanitari, dopo che determinati risultati predefiniti siano stati raggiunti e verificati”⁵⁵.

⁴⁸ OECD, *Aid for Better Health: What are we learning about what works and what do we still have to do?* Interim Report from the Task team on health as a Tracer Sector, Working Party on Aid Effectiveness, 2009.

⁴⁹ http://www.euroresources.org/fileadmin/user_upload/Euromapping/EM2010/Euromapping2010_LoRes.pdf

⁵⁰ Oltre 350.000 donne muoiono ogni anno per cause facilmente evitabili collegate alla gravidanza e al parto. Quasi tutte – il 99% – si trovano in Paesi in via di sviluppo. NU, MDG 5 Factsheet, 2010. Consultabile su: http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG_FS_5_EN_new.pdf.

⁵¹ L. Wild and P. Domingo, *Aid and accountability in health: Key themes and recommendations*, Project Briefing, No. 44, ODI/World Vision, settembre 2010.

⁵² WHO, *Investing in our common future. Joint Action Plan for Women's and Children's Health*. Draft for consultation, 2010. Consultabile su: http://www.who.int/pmnch/topics/maternal/201006_jap_pamphlet/en/index.html.

⁵³ Intervista con Dr Bharat Pradhan, Direttore Esecutivo del Public Health Concern Trust, Nepal.

⁵⁴ OECD, *Aid for Better Health: What are we learning about what works and what do we still have to do?* Interim Report from the Task Team on Health as a Tracer Sector, Working Party on Aid Effectiveness, 2010.

⁵⁵ Vedere www.rbfhealth.org.

L'aiuto basato sulle performance è una forma di sovvenzione usata dalle agenzie multilaterali, come Fondo Globale, GAVI e Banca Mondiale, oltre che dal PEPFAR.

La Meso-American Health Initiative 2015, finanziata in parte da Gates Foundation e dal governo spagnolo, ha scelto come metodo base proprio il finanziamento basato sui risultati. Con questa modalità, i governi forniscono un sostanziale contributo a tale programma, il 50% del quale verrà rimborsato una volta raggiunti i target concordati su riforma delle politiche, qualità e copertura dei servizi sanitari⁵⁶. In modo analogo in Europa, la CE sta introducendo l'MDG Contracting come forma di riconoscimento dei progressi raggiunti rispetto a indicatori basati sugli MDG. Il contratto per gli MDG dura sei anni, con almeno il 70% dei fondi forniti come tranche fissa e fino al 30% come tranche variabile, pagata solo al raggiungimento dei target specificati. In caso di problemi, può essere trattenuta una quota fino al 15%⁵⁷.

Chi decide quando un “risultato” si considera tale?

Benché numerosi studi di casi nazionali abbiano dimostrato che un approccio basato sui risultati ha di fatto creato efficaci incentivi verso il raggiungimento dei target di sviluppo, va ricordato che questo tipo di approccio non ha solo effetti positivi. Il Mozambico, per esempio, è considerato un “cattivo” performer secondo la scorecard sull'efficacia degli aiuti del Fondo Globale. Perciò, il Fondo Globale ha in più occasioni bloccato o ridotto gli esborsi verso il Paese, pregiudicando l'efficacia degli aiuti e causando una notevole imprevedibilità dei flussi finanziari.

Allo stesso tempo, altri partner che operano per lo sviluppo del Mozambico hanno dichiarato che, contrariamente alle valutazioni del Fondo Globale, proprio il settore della salute negli ultimi

dieci anni si è sviluppato in modo progressivo e straordinariamente rapido, tenendo conto che tutte le infrastrutture e i servizi sanitari del Paese erano stati devastati durante la recente guerra civile. Le CSO attive nel settore sanitario del Mozambico sostengono anch'esse che vi sono progressi, come spiega bene Jose Davuca, coordinatore dell'associazione nazionale degli infermieri:

“L'accesso all'assistenza sanitaria primaria sta migliorando in tutto il Paese, contribuendo al raggiungimento degli MDG. Tuttavia, c'è ancora molto da fare per ciò che riguarda le infrastrutture, le risorse umane e la fornitura di medicinali. Ciò è importante soprattutto nelle aree più remote, dove le comunità devono percorrere lunghe distanze a piedi per raggiungere un ospedale o un ambulatorio. Per essere chiari, meno del 40% della popolazione del Mozambico ha pieno accesso all'assistenza sanitaria primaria”.

Il caso del Mozambico evidenzia che il principio di Parigi della “gestione orientata ai risultati” non deve essere confuso con il “finanziamento basato sui risultati” e che deve tenere conto dei progressi fatti dai Paesi verso il raggiungimento dei loro obiettivi di sviluppo. Ciò è vero in particolare per gli Stati più fragili che dovrebbero ricevere maggiore attenzione e assistenza per ricostruire i settori sociali prima di dover vincolare l'aiuto alle performance di settore. Inoltre, un prerequisito essenziale affinché il finanziamento basato sui risultati sia efficace è l'esistenza di un solido sistema di informazione e gestione sanitaria, inesistente in molti Paesi in via di sviluppo,

⁵⁶ AfGH Health spending in El Salvador: the impact of current aid structures and aid effectiveness, 2011.

⁵⁷ DSW, June 2008. Budget support consequences for sexual and reproductive health.

compresi Paesi di medio reddito come El Salvador. In tali circostanze, gli incentivi possono indurre i destinatari a esagerare i risultati ottenuti o falsificare i rapporti pur di ricevere i pagamenti. In alcuni casi, fra l'altro, gli incentivi possono essere controproducenti. In Tanzania, per esempio, gli operatori sanitari ricevono un bonus per il completamento di determinati programmi di vaccinazione, il che li porta a trascurare altri tipi di servizi sanitari che ricadono sempre sotto la loro responsabilità⁵⁸.

Best practice

L'accresciuta attenzione internazionale per la gestione orientata ai risultati di sviluppo ha spostato il focus dei processi di monitoraggio e valutazione dall'identificazione di "input e output" al raggiungimento di risultati e di un impatto. Un caso emblematico a questo riguardo è il sistema di Monitoraggio e Valutazione (M&E) per l'Hiv/Aids adottato di recente dal Malawi, che prevede una piramide di risultati su quattro livelli con indicatori di input, output, risultati e impatto. La progettazione del sistema di M&E comprende numerosi aspetti innovativi che si basano sui principi della gestione orientata ai risultati.

Tutte le fasi – dalla pianificazione strategica all'implementazione, fino al completamento e oltre – sono state accompagnate da un processo di dialogo sui risultati con Paesi partner, agenzie di sviluppo e altri stakeholder, tramite regolari consultazioni. Il sistema di M&E è stato fortemente allineato a una strategia nazionale di lotta all'Hiv/Aids orientata ai risultati, concepita nel quadro di convenzioni e accordi internazionali. Il sistema di reportistica dei risultati è stato sviluppato come uno strumento semplice, economicamente conveniente e facile da usare.



A seguito di larghe consultazioni e di input a livello distrettuale, è stato prodotto un innovativo sistema di reportistica delle attività. È stato anche sviluppato uno specifico percorso per la formazione delle organizzazioni di base coinvolte nel sistema. Le informazioni sui risultati vengono utilizzate per migliorare le capacità gestionali e i processi decisionali, oltre che per le attività di reportistica e per garantire l'accountability⁵⁹.

⁵⁸ AfGH UK, Results-based Financing: Making sure the UK's aid for health delivers more health for the money, 2011.

⁵⁹ M. Goergens et al, Malawi: A National HIV/AIDS Monitoring and Evaluation System, in: Managing for Development Results Principles in Action: Source book on emerging good practice, 1st Edition, 2006. Available at: <http://www.mfdr.org/Sourcebook/1stEdition/6-3Malawi-A-National-HIV-AIDS.pdf>.

Tabella 4: Le best practice nella gestione orientata ai risultati

Impegni sull'efficacia degli aiuti	Best practice
<p>DICHIARAZIONE DI PARIGI</p> <p>44. I Paesi partner si impegnano a: operare per realizzare sistemi di valutazione e reportistica orientati ai risultati che consentano di monitorare i progressi rispetto alle priorità delle strategie di sviluppo nazionali e di settore (Indicatore 11).</p> <p>49. I donatori si impegnano a: fornire informazioni tempestive, trasparenti e complete sui flussi degli aiuti per consentire alle autorità partner di presentare rapporti completi sul bilancio alle proprie assemblee legislative e ai cittadini.</p>	<p>Sistema nazionale di monitoraggio e valutazione su Hiv/Aids, Malawi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Punta a una gestione orientata ai, e non basata sui, risultati, organizzando le risorse in modo da raggiungere i risultati desiderati. Il sistema di M&E è esso stesso uno strumento che consente alla commissione nazionale contro l'Aids di gestire i risultati di sviluppo nel futuro. ▪ Tutte le fasi – dalla pianificazione strategica all'implementazione, fino al completamento e oltre – sono accompagnate da un dialogo sui risultati con Paesi partner, agenzie di sviluppo e altri stakeholder, tramite regolari consultazioni. ▪ Il sistema di reportistica dei risultati è stato concepito come uno strumento semplice, economicamente conveniente e facile da usare. I dati vengono tempestivamente distribuiti agli stakeholder, in modo che i risultati di M&E possano essere utilizzati per l'assunzione di decisioni, la reportistica e l'accountability. <p>Inclusione dei diritti umani e valutazione di genere del settore sanitario, Uganda</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La valutazione di medio termine della strategia sanitaria ha coinvolto le CSO e il ministero della Sanità ugandesi. ▪ Essa ha avuto il sostegno dello Special Rapporteur sulle missioni per il diritto alla salute delle Nazioni Unite. ▪ Accountability pubblica e ownership della strategia sanitaria nazionale sono rafforzate grazie ad un ampio coinvolgimento degli stakeholder. <p>Sistema informativo per la cooperazione allo sviluppo (SICD), El Salvador</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un database online per la cooperazione allo sviluppo accessibile pubblicamente e unificato. ▪ A tutti i donatori e alle ONG viene richiesto di indicare e aggiornare regolarmente i programmi che stanno implementando nel Paese. ▪ Il sistema attualmente fornisce accesso a informazioni su tutti i flussi di aiuti bilaterali, multilaterali, da Sud a Sud; in futuro includerà anche la cooperazione decentralizzata e l'assistenza tecnica.
<p>AGENDA PER L'AZIONE DI ACCRA</p> <p>23 a) I Paesi in via di sviluppo si impegnano a: rafforzare la qualità della progettazione, dell'attuazione e della valutazione delle politiche tramite il miglioramento dei sistemi informativi, compreso, se appropriato, un intervento sulla disaggregazione dei dati per sesso, regione e status socio-economico.</p> <p>23 b) I Paesi in via di sviluppo e i donatori opereranno per: sviluppare strumenti di gestione dei risultati, economicamente convenienti, che servano a valutare l'impatto delle politiche di sviluppo e a modificarle in base alle necessità. L'obiettivo è coordinare e collegare meglio le varie fonti di informazione, compresi i sistemi nazionali di statistica, budgeting, pianificazione, monitoraggio e valutazione.</p>	<p>Disaggregazione dei dati, Nepal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Il ministero della Sanità e la popolazione stanno sperimentando un sistema di raccolta dati provenienti da ospedali e strutture sanitarie. ▪ I dati sono disaggregati per sesso, età, casta, identità etnica e regionale. ▪ I risultati indicheranno quali gruppi trarranno maggiori benefici dall'abolizione dei ticket per gli utenti e da altre politiche. <p>African Community of Practice per una gestione orientata ai risultati di sviluppo (AfCoP-MfDR)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'AfCoP rappresenta un metodo innovativo per rafforzare le capacità necessarie al raggiungimento dei risultati di sviluppo e alla accountability. ▪ Oltre 1.000 membri di 37 Paesi africani condividono esperienze, lavorano in rete e instaurano solide relazioni per lo scambio di conoscenze fra operatori di settore residenti in Africa e in tutto il mondo. ▪ I membri si impegnano a rendere le rispettive organizzazioni più orientate ai risultati, efficaci e conformi ai principi di accountability, per garantire un miglioramento della vita dei loro concittadini. ▪ La piattaforma web è un forum essenziale della comunità nel quale richiedere informazioni, scambiare esperienze e dialogare in modo costruttivo.

Raccomandazioni

“I Paesi in via di sviluppo e i donatori opereranno per sviluppare strumenti di gestione dei risultati economicamente convenienti che servano a valutare l'impatto delle politiche di sviluppo e a modificarle in base alle necessità. L'obiettivo è coordinare e collegare meglio le varie fonti di informazione, compresi i sistemi statistici nazionali e i sistemi di budgeting, pianificazione, monitoraggio, nonché i meccanismi adottati dai Paesi per la valutazione delle politiche e delle performance”.

Agenda per l'azione di Accra, 2008

L'aiuto deve esercitare un reale impatto sui progressi di un Paese verso gli MDG per la salute, sull'accesso universale all'assistenza primaria e sul diritto alla salute. I programmi di finanziamento basati sui risultati dovrebbero essere progettati tenendo conto dello specifico contesto e delle realtà sociali di ogni Paese beneficiario, per garantire che eventuali riduzioni degli aiuti dovute a prestazioni non soddisfacenti non finiscano con l'esacerbare le iniquità all'interno dei Paesi in via di sviluppo.

A questo fine, i Paesi donatori dovrebbero intraprendere le seguenti azioni:

- assicurare che la gestione orientata ai risultati sia collegata anche ai progressi e non solo alle performance. Ciò riveste particolare importanza per i processi a lungo termine, quali il rafforzamento dei sistemi sanitari, la promozione della salute, l'introduzione di nuovi comportamenti, oltre alla garanzia dell'accesso all'assistenza sanitaria ai gruppi più vulnerabili. La gestione orientata ai risultati non va confusa con il finanziamento basato sui risultati;
- garantire che gli indicatori utilizzati per misurare i risultati siano specifici per il singolo Paese e direttamente collegati ai piani sanitari nazionali. Per riuscire a misurare i progressi attraverso tali indicatori, i Paesi devono essere sostenuti nell'impegno di migliorare le procedure di raccolta dati disaggregati per sesso, età e reddito, nonché dei sistemi di contabilizzazione e di gestione del finanziamento pubblico;
- integrare un approccio di genere nei piani sanitari nazionali e nei cicli annuali e pluriennali di pianificazione strategica, economica e finanziaria, e introdurre indicatori di genere nei sistemi di monitoraggio della salute, in conformità con il Piano d'azione UE 2010 sull'uguaglianza di genere e l'empowerment delle donne nella cooperazione allo sviluppo;
- partecipare ai processi di dialogo sulle politiche affinché vengano inclusi nei piani sanitari nazionali gli interventi che dimostrano evidenza scientifica del loro impatto;
- promuovere collegamenti e sinergie fra i programmi destinati alla lotta contro specifiche patologie e le altre iniziative sulla salute, come – ad esempio – i programmi per la salute riproduttiva, la pianificazione familiare e il rafforzamento del personale sanitario;
- fornire sostegno tecnico e finanziario ai Paesi in via di sviluppo per mezzo di meccanismi di finanziamento sostenibili a lungo termine che rendano possibile l'accesso universale all'assistenza primaria.

APPENDICE - NUOVI ORIENTAMENTI NELL'AIUTO PUBBLICO ALLO SVILUPPO PER LA SALUTE: UN AGGIORNAMENTO

Non è possibile parlare di qualità dei finanziamenti senza esaminarne la quantità. Questa appendice desidera fornire una panoramica sulla quantità degli aiuti allo sviluppo, sia in generale che in relazione al settore della salute, forniti dai cinque Paesi europei nei quali è presente Azione per la salute globale e offrire una valutazione delle loro performance.

I dati contenuti nella presente appendice sono estratti da un rapporto commissionato da Azione per la salute globale al fine di calcolare gli effettivi trasferimenti di aiuti da parte dei cinque Paesi presi in esame⁶⁰. I risultati principali sono riepilogati nella tabella 1 di questa appendice.

Metodologia

Al fine di calcolare l'APS e l'APS per la salute – espresso in percentuale rispetto all'APS totale – Azione per la salute globale non include le spese che non hanno un impatto sulle popolazioni dei Paesi beneficiari, come i costi amministrativi, le spese per l'alloggio dei rifugiati durante il loro primo anno di asilo nel Paese donatore o la cancellazione del debito. Anche se tutti questi elementi si possono classificare come APS in base alle linee guida DAC (il Comitato di aiuto allo sviluppo dell'OECD), essi non rappresentano reali investimenti per la costruzione delle condizioni e la fornitura dei servizi richiesti per lo sviluppo nei Paesi più poveri. Inoltre, si ritiene che la pratica corrente di includere la cancellazione dal debito nei dati sull'aiuto "gonfi" artificialmente le statistiche ufficiali dell'APS. Il concetto di "trasferimento reale di risorse" rappresenta una misura molto più realistica degli sforzi complessivi del donatore. In questo modo è possibile raffrontare e valutare in modo accurato il reale contributo all'APS dei cinque Paesi. Una descrizione dettagliata della metodologia applicata è pubblicata sul sito web di Azione per la salute globale⁶¹.

⁶⁰ Performance of Economically Privileged Countries as Donors - Estimate of ODA Transfers to Developing Countries and Contributions for Health Promotion regarding Relevant Financing Mechanisms in the period 2007 to 2009. The Cases of: France, Germany, Italy, Spain and the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland, di Joachim Rueppel in collaborazione con Sieglinde Mauder e Birgit Zuern, Medical Mission Institute, Wuerzburg, Germany.

⁶¹ <http://www.actiontracker.eu/sites/actiontracker.ttp.eu/files/Methodological%20Guidelines%20Monitoring%20ODA4Health%20fin.pdf>.

Tabella 5: APS totale e APS per la salute rispetto al PIL dei Paesi donatori nel 2007/08/09 (in %)

		Contributo APS rispetto al PIL			APS salute in rapporto all'APS generale (trasferimenti APS reali)
		APS totale netto	APS per la salute		
Anno		Dati ufficiali	Trasferimenti reali	Esborsi	
FRANCIA	2007	0,38%	0,25%	0,042%	17,1%
	2008	0,39%	0,29%	0,043%	14,5%
	2009	0,47%	0,38%	0,041%	10,7%
GERMANIA	2007	0,37%	0,24%	0,025%	10,2%
	2008	0,38%	0,28%	0,031%	11,2%
	2009	0,35%	0,31%	0,032%	10,2%
ITALIA	2007	0,19%	0,16%	0,022%	13,9%
	2008	0,22%	0,17%	0,029%	16,4%
	2009	0,16%	0,15%	0,017%	11,7%
SPAGNA	2007	0,37%	0,33%	0,036%	10,7%
	2008	0,45%	0,41%	0,047%	11,6%
	2009	0,46%	0,43%	0,053%	12,3%
REGNO UNITO	2007	0,36%	0,33%	0,061%	18,5%
	2008	0,43%	0,39%	0,060%	15,2%
	2009	0,52%	0,50%	0,076%	15,3%

CONTRIBUTI APS RISPETTO AL PIL DEI PAESI DONATORI NEL 2009 (IN %)

a. APS totale netto⁶² nel 2009 (trasferimenti reali)

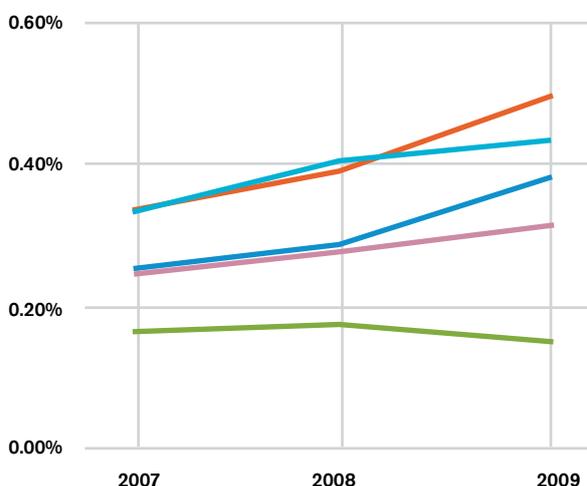
TARGET⁶³

**TARGET AD
INTERIM DA
RAGGIUNGERE
ENTRO IL 2010:
0,51%**

**TARGET DA
RAGGIUNGERE
ENTRO IL 2015:
0,7%**



b. APS totale netto 2007 – 2009 (trasferimenti reali)



Il Regno Unito ha in questo momento superato la Spagna come maggior contribuente di APS reale rispetto al PIL tra i cinque Paesi presi in considerazione. L'unico Paese, in cui è presente la rete Azione per la salute globale, che abbia ridotto il proprio APS totale reale rispetto al PIL fra il 2007 e il 2009, allontanandosi di fatto dal target previsto, è l'Italia. La Francia e il Regno Unito hanno fatto registrare i migliori progressi raggiungendo i target APS fra il 2007 e il 2009, ma il Regno Unito è l'unico Paese che sembra poter centrare il target ad interim del 2010.

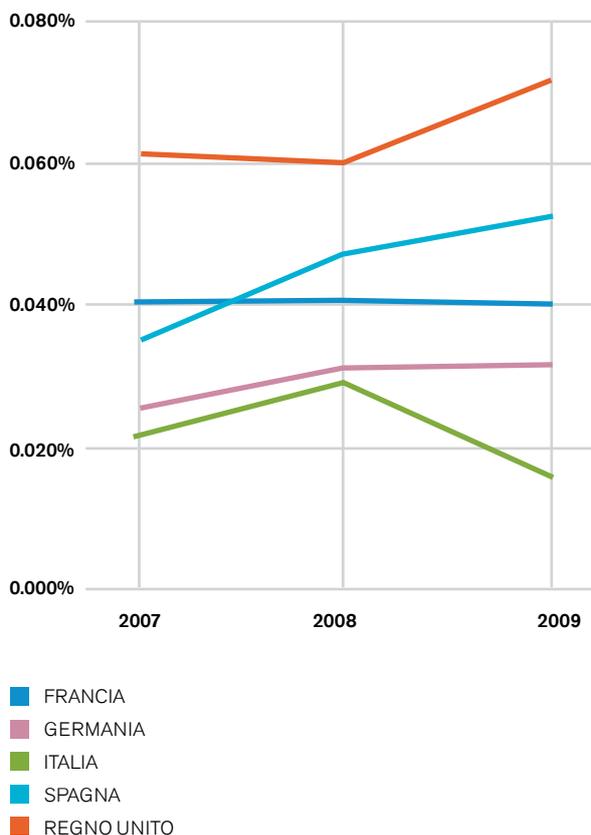
⁶² In base alla definizione OEDC-DAC questi dati rappresentano gli esborsi netti, meno cioè la restituzione della somma capitale rispetto ai precedenti prestiti.

⁶³ Nel marzo 2002, la UE ha stabilito un target collettivo dello 0,39% di APS rispetto al PIL entro il 2006. Questo impegno è stato riaffermato nel 2005 ed è proseguito oltre, con l'impostazione di due nuovi target collettivi dello 0,56% e dello 0,70% da raggiungere rispettivamente entro il 2010 e il 2015 (con un target minimo ad interim per il 2010 per ogni Stato membro dello 0,51%).

c. APS per la salute⁶⁴ nel 2009 (esborsi)



d. APS per la salute⁶⁵ 2007- 2009 (esborsi)⁶⁶



Per essere in grado di raggiungere il target sulla salute dell'OMS, i Paesi dovrebbero aver destinato lo 0,076 % del loro PIL alla salute entro il 2010⁶⁷. L'unico Paese che ha già raggiunto il target nel 2009 e che probabilmente lo rispetterà anche nel 2010 è il Regno Unito. Germania e Spagna hanno entrambe fatto dei progressi nel 2008, mentre la Francia non ha fatto registrare alcun cambiamento dei contributi APS per la salute rispetto al PIL. L'Italia ha offerto la prestazione peggiore in quanto unico Paese che ha registrato una contrazione dell'APS.

⁶⁴ Per permettere un confronto con le stime di risorse necessarie, sono state prese in considerazione tutte le attività di aiuto che coincidono con la definizione di finanziamenti per la salute del Progetto del Millennio, sia che siano attualmente registrate sotto il settore sanitario o no. Questa definizione include sia il costo della gestione di un sistema sanitario che offre le prestazioni mediche di base sia quel tipo di interventi solitamente forniti al di fuori del sistema sanitario, come ad esempio la prevenzione delle malattie più importanti. D'altra parte la definizione adottata esclude i progetti per la nutrizione realizzati da istituzioni operanti fuori dal sistema sanitario, così come anche le attività legate alle politiche e alla gestione della popolazione come interventi di censimento o sulla migrazione.

⁶⁵ Vedi nota n°60.

⁶⁶ Tenere presente che i dati forniti nel Rapporto di Azione per la salute globale 2010 sono stati rivisti alla luce di nuove informazioni.

⁶⁷ L'APS per la salute dovrebbe rappresentare il 15% dell'APS totale. Pertanto il 15% dello 0,7% entro il 2015 corrisponde allo 0,076%.

SCORECARD PER PAESE

PROGRESSI

FRANCIA



La Francia ha fatto grandi sforzi per tenere fede all'impegno di destinare lo 0,7% del PIL all'APS entro il 2015 e per rispettare il target ad interim dello 0,51 entro il 2010. Fra il 2007 e il 2009, l'APS (sia ufficiale che come trasferimento reale) è aumentato. Vi sono tuttavia ancora margini per un miglioramento, considerando che la Francia è l'unico Paese che non ha aumentato l'APS per la salute nel 2009.

GERMANIA



La Germania è progredita molto lentamente verso i target APS rispetto agli altri Paesi presi in esame. Tuttavia, fra il 2007 e il 2009, il trasferimento reale dell'APS e l'esborso in APS per la salute sono aumentati rispetto al PIL, e alla stessa percentuale.

ITALIA



I dati dell'Italia sull'aiuto allo sviluppo sono mediocri sia rispetto agli altri quattro Paesi presi in considerazione sia per quanto riguarda la sua posizione come membro del G8. È l'unico Paese che non solo ha lasciato diminuire l'APS generale, ma ha anche visto ridursi l'APS per la salute in percentuale proporzionalmente superiore. Fra il 2007 e il 2008, l'Italia aveva fatto parziali progressi nell'APS (sia ufficiale che come trasferimento reale) facendo registrare un aumento dell'esborso dell'APS per la salute rispetto al PIL. Tuttavia, questi dati sono entrambi drasticamente scesi a seguito di un taglio del 56% del budget degli aiuti, avvenuto prima della crisi finanziaria, e del mancato pagamento di 280 milioni di euro al Fondo Globale (cifra che include la tranche annuale di 130 milioni di euro del 2009 e del 2010, più un impegno aggiuntivo di 20 milioni di euro assunto al Summit G8 del 2009).

SPAGNA



In considerazione delle dimensioni della sua economia, si può affermare che la Spagna ha dimostrato un vero impegno verso l'APS. Fra il 2007 e il 2009, sia l'APS ufficiale che il trasferimento reale e l'esborso per l'APS per la salute sono aumentati rispetto al PIL in percentuale costante.

REGNO UNITO



A oggi il Regno Unito è in testa nei target APS. Il trasferimento APS ufficiale e reale rispetto al PIL è incrementato fra il 2007 e il 2009. Sebbene gli impegni e gli esborsi in APS per la salute si siano ridotti nel 2008, sono aumentati di nuovo nel 2009 e il Regno Unito è allo stato attuale l'unico Paese in grado di rispettare il target OMS dello 0,076% del PIL destinato agli aiuti per la salute entro il 2010.

PREVISIONI



Il 2010 evidenzierà una contrazione dell'APS francese a causa della crisi finanziaria. In base alle dichiarazioni del ministero delle Finanze, l'APS per la salute come percentuale dell'APS totale si ridurrà ulteriormente nel 2010, anche se il Paese dovesse assumere un ulteriore impegno nel campo della salute.



A causa della crisi finanziaria, dal 2010 in avanti è ipotizzabile una stagnazione dei fondi per gli aiuti. Dal 2012-2014 sono previsti drastici tagli al budget, compreso quello dell'APS per la salute.



Il trend al ribasso dell'APS in generale e dell'APS per la salute in particolare continueranno verosimilmente per tutto il 2011. Si prevede che il trasferimento reale dell'APS scenderà allo 0,13% del PIL entro il 2011. Considerato che l'Italia non ha pagato il suo contributo annuale al Fondo Globale e non è stato preso alcun impegno per il 2011-2013, è ipotizzabile che l'APS per la salute si riduca nella stessa misura.



I dati indicano che la Spagna non manterrà il livello di progresso tenuto fino a questo momento, a causa della crisi finanziaria. Anziché proseguire sullo stesso trend, si è registrata un'inversione di tendenza dell'APS per la salute, che nel corso del 2010 è tornato indietro ai livelli del 2008. Inoltre nel 2010 sono stati applicati tagli al canale multilaterale per la salute, il che porta a ipotizzare una percentuale ancora più bassa in termini di trasferimenti reali. La previsione per il 2011 dell'APS per la salute indica appena uno 0,022% rispetto al PIL, meno della metà rispetto all'impegno preso per il 2010.



Pur in un quadro di crisi economica globale e di forte deficit nazionale, fino a oggi il Regno Unito ha tenuto fede ai propri impegni. L'APS è stata una delle poche aree protette dai tagli alla spesa operati dal governo britannico nell'autunno del 2010. Si prevede che la percentuale del PIL destinata alla spesa per la salute continuerà a crescere. Il Regno Unito si è inoltre impegnato a scegliere la via legislativa nel 2011 rendendo legge il target dello 0,7%. Vi è tuttavia preoccupazione sul fatto che il governo di coalizione possa ampliare la definizione di sviluppo al fine di includere più linee di spesa all'interno dei dati APS, rispetto a quanto fatto dal precedente governo. Il governo di coalizione si è impegnato a rispettare le definizioni OECD-DAC, ma non necessariamente le più stringenti definizioni seguite in passato.

RIEPILOGO E RACCOMANDAZIONI

La crisi finanziaria globale è una delle principali ragioni per cui nel 2011 i budget della cooperazione allo sviluppo e degli aiuti per la salute rimarranno verosimilmente stazionari (in Germania) o saranno tagliati (in Francia, Italia e Spagna). La Germania dovrà far sì che gli aiuti per la salute siano preservati, nonostante il budget APS rimanga fermo. La Francia e l'Italia dovranno rivedere con urgenza la loro spesa in APS alla luce dei forti impegni che hanno assunto sul tema della salute a livello internazionale, da ultimo ai recenti Summit G8. In Spagna, i tagli previsti alla salute globale rappresentano una drammatica e imbarazzante inversione di tendenza per un Paese che era il capofila per i target APS. La Spagna non dovrà permettere che la ristrutturazione delle modalità di aiuto comporti una diminuzione dell'APS per la salute. Contestualmente nel Regno Unito sarà importante monitorare con quali modalità sarà calcolato l'APS per garantire che non vi sia una riduzione dei trasferimenti reali.

CONCLUSIONI

L'agenda sull'efficacia degli aiuti è sempre valida e continua ad incidere sui processi decisionali, sui meccanismi dell'APS e sulla ricerca di soluzioni con un migliore "rapporto costi/benefici". Ma ha ancora bisogno d'essere migliorata.

Sta infatti dando luogo, con diverse modalità, a conseguenze indesiderate o a veri e propri "effetti collaterali" sui finanziamenti per la salute, sulla società civile e sugli MDG per la salute, mettendo a rischio i risultati raggiunti.

Ad alcuni aspetti problematici si può ovviare ampliando la partecipazione ai processi di pianificazione finanziaria e coinvolgendo la società civile. Un risultato imprevisto dell'accresciuta collaborazione fra governi destinatari degli aiuti e Paesi donatori è stato infatti l'impatto negativo sulle relazioni da entrambi sviluppate con gli stakeholder, compresi il parlamento e la società civile.

I ministeri delle Finanze non sono necessariamente competenti in campo sanitario e in merito alle necessità dei Paesi più poveri. Perciò ownership, coordinamento fra donatori e gestione orientata ai risultati rischiano di non garantire ampi risultati in termini di salute globale, a meno che i ministeri della Sanità, i parlamentari, le CSO e i relativi stakeholder non siano coinvolti in modo strutturato nel processo di pianificazione finanziaria. In questo senso, i progressi registrati nell'ambito di alcuni processi – come nel processo JANS – sono decisamente incoraggianti.

Infine, i donatori europei devono rivedere con urgenza il loro investimento in APS per la salute alla luce degli impegni assunti a livello internazionale. In particolare, devono fare in modo che gli investimenti per la salute producano vantaggi visibili e tangibili attraverso tre passaggi concreti:

- 1. migliorando il coordinamento degli aiuti per la salute mediante l'uso di un appropriato mix di forme di finanziamento commisurate alle esigenze del contesto locale e in linea con i piani sanitari nazionali;**
- 2. supportando in modo diretto il Rafforzamento dei sistemi comunitari (CSS) per consentire alla società civile di partecipare in modo significativo allo sviluppo e all'attuazione dei piani sanitari nazionali e delle relative politiche;**
- 3. garantendo che la gestione orientata ai risultati sia allineata con l'impegno del Paese verso obiettivi a lungo termine, compreso il Rafforzamento dei sistemi sanitari (HSS), l'accesso universale all'assistenza primaria e il raggiungimento degli MDG.**

GLOSSARIO

Agenda per l'azione di Accra (AAA)

L'Agenda per l'azione di Accra è stata redatta nel 2008 e sviluppa ulteriormente gli impegni assunti con la Dichiarazione di Parigi. Comprende i seguenti principi chiave:

- prevedibilità: i donatori forniranno ai loro Paesi partner informazioni per i successivi 3-5 anni sull'aiuto che stanno pianificando;
- sistemi Paese: per fornire finanziamenti saranno utilizzati in primo luogo i sistemi Paese dei partner e non i sistemi del donatore;
- condizionalità: donatori passeranno da un approccio basato su condizioni prescrittive su come e quando spendere i finanziamenti a un approccio basato sui reali obiettivi di sviluppo del Paese beneficiario;
- aiuto slegato: i donatori ridurranno le restrizioni che impediscono ai Paesi in via di sviluppo di acquistare beni e servizi di cui hanno necessità da chiunque e in qualunque luogo venga loro offerta la migliore qualità al minor prezzo.

Rafforzamento dei sistemi comunitari (CSS)

Il rafforzamento dei sistemi comunitari è un approccio che favorisce lo sviluppo di comunità, organizzazioni basate su comunità, gruppi e strutture con un buon livello di informazione, competenze e coordinamento. Il CSS comprende al suo interno un'ampia varietà di attori e ne promuove la capacità di contribuire insieme ad altri soggetti alla sostenibilità a lungo termine dei programmi per la salute e degli altri interventi a livello comunitario, creando un ambiente stimolante e dinamico nel quale la cooperazione risulta efficace. L'obiettivo del CSS è di ottenere migliori risultati nel campo della salute, dando più spazio al ruolo delle popolazioni, delle comunità più colpite e delle CBO nelle fasi di progettazione, erogazione, monitoraggio e valutazione dei servizi e delle attività connessi a prevenzione, trattamento, cura e sostegno delle persone affette da Hiv/Aids, Tubercolosi, Malaria e altri grandi problemi sanitari.

IHP+

L'International Health Partnership and Related Initiatives (IHP+) punta a migliorare i risultati sulla salute mobilitando i Paesi donatori e altri partner dello sviluppo intorno a un singolo piano sanitario nazionale condotto dal Paese interessato e basato sui principi della Dichiarazione di Parigi e dell'Agenda per l'azione di Accra. Lanciato nel settembre 2007, IHP+ punta ad armonizzare gli impegni dei donatori e a migliorare il modo in cui le agenzie internazionali, i donatori e i Paesi in via di sviluppo collaborano per sviluppare e implementare i piani sanitari nazionali. Per ulteriori informazioni visitare il sito: www.internationalhealthpartnership.net.

Valutazione congiunta delle strategie nazionali (JANS)

È un approccio condiviso che permette di valutare i punti forti e deboli di una strategia nazionale. Il fine è quello di rendere la valutazione accettabile da più stakeholder e utilizzarla come base per il sostegno tecnico e finanziario. La valutazione congiunta è applicabile a strategie sanitarie nazionali (in alcuni casi definite piani strategici settoriali), sotto-settoriali (Malaria) e multisettoriali (Aids).

Dichiarazione di Parigi sull'efficacia degli aiuti

La Dichiarazione di Parigi, sottoscritta il 2 marzo 2005, è un accordo internazionale al quale hanno aderito oltre 100 ministri, direttori di agenzie internazionali e altri funzionari di alto livello impegnando i loro Paesi e le loro organizzazioni a mantenere elevato l'impegno per l'armonizzazione degli aiuti, l'allineamento e la gestione orientata ai risultati, con un set di azioni e indicatori monitorabili. I principi essenziali della Dichiarazione sono:

- ownership: i Paesi in via di sviluppo stabiliscono le strategie per la riduzione della povertà, potenziano le proprie istituzioni e affrontano il problema della corruzione interna;
- allineamento: i Paesi donatori si allineano a questi obiettivi e utilizzano i sistemi locali nazionali per il trasferimento degli aiuti;
- armonizzazione: i Paesi donatori coordinano e semplificano le procedure, condividendo le informazioni per evitare duplicazioni;
- risultati: i Paesi in via di sviluppo e i Paesi donatori spostano l'attenzione sui risultati di sviluppo e provvedono a misurarli;
- reciproca responsabilità: i donatori e i partner sono responsabili rispetto ai risultati di sviluppo.

Finanziamento basato sui risultati (RBF - Results Based Financing)/Gestione orientata al risultato (MfDR-Management for Development Results)

Il finanziamento basato sui risultati per la salute indica qualunque programma che trasferisca fondi o beni, sia ai pazienti quando intraprendono azioni connesse alla salute (per esempio quando fanno vaccinare i bambini), sia ai fornitori di assistenza sanitaria quando raggiungono i target sulle prestazioni (come vaccinare una certa percentuale di bambini in una data area).

BIBLIOGRAFIA

- Alebachew, A. and Walford, V., 2010. Lessons from the Joint Assessment of National Strategy (JANS) Process in Ethiopia (Draft).
- Azione per la salute globale, 2011. Health Spending in El Salvador. The impact of current aid structures and aid effectiveness.
- Azione per la salute globale, 2011. Health Spending in Mozambique. The impact of current aid structures and aid effectiveness.
- Azione per la salute globale UK, 2011. Results-based Financing: Making sure the UK's aid for health delivers more health for the money.
- Azione per la salute globale, 2010. Health Spending in Tanzania. The impact of current aid structures and aid effectiveness.
- Azione per la salute globale, 2010. Health Spending in Uganda. The impact of current aid structures and aid effectiveness.
- Azione per la salute globale, 2010. The IMF, the Global Crisis and Human Resources for Health: Still constraining policy space.
- Azione per la salute globale 2009. Ethiopia: Aid effectiveness in the health sector.
- Azione per la salute globale, 2009. Health Aid Effectiveness in Nepal: Paris, Accra, civil society and the poor.
- Azione per la salute globale, 2009. Zambia: Aid effectiveness in the health sector.
- Alliance 2015, 2010. The EU's Contribution to the MDGs - Keeping the goals alive.
- Alliance 2015, 2008. The EU's Contribution to the MDGs - Poverty eradication: From rhetoric to results?
- Baker, B. K., 2010. CTL-for-Health/FTT-with-Health: Resource-needs estimates and an assessment of funding modalities, Report for AfGH/International Civil Society Support. Commins, S. 2007. Community participation in Service Delivery and Accountability, 2007.
- DAC Network on Gender Equality, 2008. Making the Linkages. Issues Brief 1. DSW, giugno 2008. Budget support consequences for sexual and reproductive health.
- European Court of Auditors, 2010. The Commission's Management of General Budget Support in ACP, Latin American and Asian Countries, Special Report No.11.
- European Court of Auditors, 2008. Development Assistance to health services in Sub-Saharan Africa.
- Gauthier, B., 2006. PETS-QSDS in Sub-Saharan Africa: A Stocktaking Study. HEC Montreal.
- German Foundation for World Population and European Parliamentary Forum on Population and Development, 2010. Mapping European Development Aid and Population Assistance: Euro-mapping.
- Goergens, M. et al, 2006. Malawi: A National HIV/AIDS Monitoring and Evaluation System, in: Managing for Development Results Principles in Action: Source book on emerging good practice, 1st Edition.
- IMF, March 2010. Budget Institutions and Fiscal Performance in Low-Income Countries, Working Paper. p. 13.
- Institute for Health Metrics and Evaluation, 2010. Financing Global Health, 2010.
- Medical Mission Institute, Wuerzburg, Germany, 2009. Joachim Rueppel in co-operation with Sieglinde Mauder and Birgit Zuern, Performance of Economically Privileged Countries as Donors - Estimate of ODA Transfers to Developing Countries and Contributions for Health Promotion regarding Relevant Financing Mechanisms in the period 2007 to 2009.
- OECD, 2009. Aid for Better Health: What are we learning about what works and what do we still have to do? Interim Report from the Task Team on Health as a Tracer Sector, Working Party on Aid Effectiveness.F.
- Sridhar, D. & Tamashiro, T., 2009. Vertical Funds in the Health Sector: Lessons for Education from the Global Fund and GAVI.
- Stuckler, D., Basu, S. and Mckee, M., 2011. IMF and Aid Displacement, in: International Journal of Health Services, Vol. 41, No. 1, pp 67-76.
- Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, 2009. More Money for Health and More Health for Money.
- WHO, 2001. Strategic Alliances: The role of civil society in health.
- WHO, 2010. Investing in our common future: Joint Action Plan for Women's and Children's Health. Draft for consultation.
- WHO, February 2006. Omaswa, Informal health workers: to be encouraged or condemned?, Bulletin of the World Health Organisation.
- Wild, L. and Domingo, P., 2010. Aid and accountability in health: Key themes and recommendations, Project Briefing, No. 44, ODI/World Vision.
- Wild, L. and Domingo, P., 2010. Aid and accountability in health: What can donors do differently? Project Briefing, No. 46, ODI/World Vision. United Nations, 2010. MDG 5 Factsheet.

ACRONIMI

AECID	Agenzia spagnola per lo sviluppo e la cooperazione
AfCoP-MfDR	African Community of Practice on Managing for Development Results
AfGH	Action for Global Health (Azione per la salute globale)
AIDS	Sindrome da immunodeficienza acquisita
APS	Aiuto pubblico allo sviluppo
CBO	Community Based Organisation (Organizzazioni comunitarie)
CCM	Country Coordinating Mechanism (Meccanismo di coordinamento nazionale)
CSO	Civil Society Organisation (Organizzazioni della società civile)
CSS	Community Systems Strengthening (Rafforzamento dei sistemi comunitari)
CSSM	Civil Society Support Mechanism
DANIDA	Danish International Development Agency (Agenzia danese per lo sviluppo internazionale)
DENIVA	Development Network of Indigenous Voluntary Associations
DFID	Department for International Development (Dipartimento per lo sviluppo internazionale del Regno Unito)
UE	Unione Europea
CE	Commissione Europea
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunisation (Alleanza globale per i vaccini e l'immunizzazione)
GBS	General Budget Support (Sostegno al bilancio generale)
GHI	Global Health Initiatives (Iniziativa sanitarie globali)
HIV	Virus dell'immunodeficienza umana
HSS	Health Systems Strengthening (Rafforzamento dei sistemi sanitari)
HSSP	Health Sector Strategic Plan (Piano strategico sanitario nazionale)
IHP+	International Health Partnership and Related Initiatives
FMI	Fondo monetario internazionale
JANS	Joint Assessment of National Strategies (Valutazione congiunta delle strategie nazionali)
LGBT	Lesbiche, gay, bisessuali e transgender
MfDR	Management for Development Results (Gestione orientata ai risultati per lo sviluppo)
MDG	Millenium Development Goals (Obiettivi di sviluppo del millennio)
M&E	Monitoring and Evaluation (Monitoraggio e valutazione)
NU	Nazioni Unite
OECD-DAC	Organisation for Economic Cooperation and Development/Development Assistance Committee (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico/Comitato di aiuto allo sviluppo)
OMS	Organizzazione mondiale della sanità
PEFA	Public Expenditure and Financial Accountability (Responsabilità finanziaria in materia di spesa pubblica)
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief (Piano d'emergenza del presidente degli Stati Uniti contro l'Aids)
PIL	Prodotto interno lordo
RBF	Results-Based Financing (Finanziamento basato sui risultati)
SBS	Sector Budget Support (Sostegno al bilancio settoriale)
SIDC	Information System for Development Cooperation
SIDA	Swedish International Development Agency (Agenzia svedese per lo sviluppo internazionale)
SRHR	Sexual and Reproductive Health and Rights (Salute e diritti sessuali e riproduttivi)
SWAp	Sector-Wide Approaches
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (Programma congiunto delle Nazioni Unite su HIV/AIDS)
UNFPA	United Nations Population Fund (Fondo per la popolazione delle Nazioni Unite)



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

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

Sulla strada verso il 4° Forum di Alto Livello sull'efficacia degli aiuti che si terrà a Busan, Corea del Sud nel Novembre del 2011, il 5° rapporto di Azione per la salute globale valuta l'implementazione dei principi della Dichiarazione di Parigi e l'impatto da essi determinato sul settore sanitario dei Paesi in via di sviluppo. Il rapporto evidenzia i progressi e le sfide collegati a tre temi chiave – coordinamento, ownership e gestione orientata ai risultati – e identifica alcune misure da adottare al fine di ottenere risultati tangibili entro il 2015. Il rapporto inoltre rende conto dei livelli di aiuto pubblico allo sviluppo raggiunti dai Paesi membri di Azione per la salute globale mettendo in luce le tendenze attuali e future.



PER GENTILE CONCESSIONE DI INTERACT WORLDWIDE E BIG LOTTERY FUND

Maggiore coordinamento ✨ Società civile più forte ✨ Gestione orientata ai risultati
I nostri pilastri per rendere più efficaci gli aiuti per la salute
www.actionforglobalhealth.eu

AZIONE PER LA SALUTE GLOBALE
 RISORSE ADEGUATE
 SISTEMI SANITARI RAFFORZATI
 ACCESSO EQUO

