



**ACTION FOR
GLOBAL HEALTH**

FULL FUNDING
STRONG SYSTEMS
FAIR ACCESS

RISULTATI O RETORICA?

TUTTO QUELLO CHE NON SAPEVATE
SULL'AIUTO PUBBLICO ALLO
SVILUPPO EUROPEO PER LA SALUTE



AZIONE PER
LA SALUTE GLOBALE
RAPPORTO 2012

Questo rapporto non sarebbe stato possibile senza il contributo di un gran numero di persone e di istituzioni. AfGH esprime la propria gratitudine a tutte le organizzazioni della propria rete, ai donatori e a chiunque abbia collaborato alla sua realizzazione.

Ricerche: il rapporto si basa su un'ampia ricerca svolta da Joachim Rüppel, ricercatore del German Medical Mission Institute, e da Marco Simonelli di ActionAid Italia.

Organizzazioni e persone:

- Belgio – a livello Ue: Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW) Ue office (Anna Dahlman), Plan Ue (Elisa Baldini), Stop Aids Alliance (Emilie Peeters);
- Francia: Global Health Advocates (Annick Jeantet, Bruno Rivalan);
- Paesi Bassi: Cordaid (Johan van Rixtel), Stop Aids Now! (Sabrina Ern );
- Germania: Oxfam Germania (Tobias Luppe, Charlotte Becker), terre des hommes Germania (Tanja Abubakar-Funkenberg);
- Italia: ActionAid Italia (Marco Simonelli), Associazione Italiana donne per lo sviluppo (AIDOS) (Natalia Lupi);
- Spagna: La Federación de Planificaci n Familiar Estatal (FPFE) (Liliana Marcos), Medicos del mundo (Emiliana Tapia, Philippe Benassi);
- Regno Unito: International HIV/AIDS Alliance (Olga Golichenko), Interact Worldwide (Rebecka Rosenquist).

Donatori: questo rapporto   stato prodotto con il sostegno economico della Bill & Melinda Gates Foundation.

AFGH Redazione: Rachel Lander (consulente), Marco Simonelli, Julia Ravenscroft, Liam Sollis, Tim Roosen e Caroline Halmshaw.

Fotografie: Thomas Williams Photography/AfGH e Plan International.


Progetto grafico: March Design Studio.

Edizione italiana: traduzione di Anna Tagliavini.

Ringraziamenti: Maria Grazia Panunzi (AIDOS), Damiano Sabuzi (ActionAid Italia), Stefania Burbo (Osservatorio Italiano sull'Azione Globale contro l'AIDS), Elisa Bacciotti (Oxfam Italia).

Le opinioni espresse in questo rapporto non riflettono necessariamente quelle dei donatori e dei collaboratori esterni.

Per invio di pareri su questa pubblicazione: coordination@actionforglobalhealth.eu.

 L'edizione italiana di questo rapporto   stata realizzata con il contributo del progetto "Health for All!" co-finanziato dalla Commissione europea. I contenuti di tale edizione sono di responsabilit  di Azione per la salute globale e dei partner del progetto "Health for All!" e non riflettono in alcun modo l'opinione dell'Unione europea.

* Tutte le informazioni contenute in questo rapporto erano valide alla data del 18 ottobre 2012.

Sommario



04 Sintesi

07 Raccomandazioni

08 **Prima parte**
I finanziamenti per la salute globale: ruolo e responsabilità dell'Unione europea

09 Introduzione

10 Metodologia

12 Perché l'Europa dovrebbe dare lo 0,1% del PIL per promuovere la salute globale

14 L'andamento dell'APS per la salute

16 L'aiuto per la salute è in pericolo

20 Il divario nei finanziamenti

22 Mozambico: il gap sanitario

24 Imparare la lezione: come il Regno Unito mantiene il suo impegno per lo sviluppo e la salute globale

25 Le istituzioni dell'Unione europea: un'opportunità per adempiere agli impegni globali per la salute

26 **Seconda parte**
Profilo dei donatori: un'analisi dei contributi dei Paesi donatori europei

27 Italia

30 Note

Sintesi

Questo rapporto di Azione per la salute globale (Action for Global Health - AfGH) ha lo scopo di divulgare le analisi e i dati più recenti sul volume e sulla qualità dell'Aiuto Pubblico allo Sviluppo (APS) per la salute, forniti dai sei Paesi chiave dell'Unione europea (Ue): Francia, Germania, Italia, Paesi Bassi, Spagna e Regno Unito - oltre che dalle istituzioni della stessa Ue.

Applicando una nuova e rigorosa metodologia, è stata elaborata una stima del totale dell'APS dal 2007 al 2011, e dei contributi destinati alla salute dal 2007 al 2010.

Tenendo conto delle diverse modalità di trasferimento degli aiuti e riflettendo sulla loro relativa utilità, è stato apportato un valore aggiunto ai metodi di tracciabilità dell'APS già esistenti. Ne risulta un'immagine molto più accurata dell'APS per la salute rispetto a quelle disponibili finora. Il rapporto incoraggia un dialogo trasparente e costruttivo, e raccomanda l'incremento degli investimenti nella salute globale per le popolazioni più povere ed emarginate del mondo.

Il rapporto è strutturato in due sezioni. La prima offre uno sguardo generale sull'APS complessivo e su quello per la salute erogato dai donatori europei prescelti, considerati come gruppo unico, differenziando tra: le cifre rendicontate e accettate come APS dall'Organizzazione per lo Sviluppo e la Cooperazione Economica (OCSE) - chiamate da qui in avanti "dati ufficiali OCSE", l'aiuto costituito da trasferimenti effettivi di risorse e quello costituito esclusivamente da "doni" (escludendo quindi i prestiti).*

La maggior parte dei Paesi europei membri del DAC (Development Assistance Committee o Comitato di Aiuto allo Sviluppo) dell'OCSE non ha ancora ottemperato all'impegno di devolvere in APS lo 0,7% del Prodotto Interno Lordo (PIL), impegno enunciato per la prima volta nel 1970 in una risoluzione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite,¹ e nemmeno alla raccomandazione di finanziare la salute globale con lo 0,1% del PIL avanzata nel 2001 dalla Commissione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) su macroeconomia e salute.² Il progresso verso il rispetto degli impegni si è fermato, quando non è addirittura arretrato, nel caso di diversi donatori, Italia e Spagna in particolare. Paesi Bassi e Regno Unito rappresentano invece un'eccezione.

Le ricerche condotte evidenziano la netta disparità tra gli attuali livelli di spesa per l'APS e gli impegni sottoscritti dagli Stati membri di raggiungere lo 0,7% del PIL.

* Per approfondire i termini usati in questo rapporto si veda la sezione "Metodologia".

Pochi Paesi europei membri del DAC hanno ottemperato all'impegno di devolvere in APS lo **0,7%** del PIL

E' convinzione della rete che in tempi di recessione, con un livello previsto di APS già così ridotto, sia indispensabile mantenere il principio di raggiungimento dell'obiettivo, e che non sia giusto "far quadrare i nostri bilanci sulle spalle dei più poveri del mondo".³

Il divario nei finanziamenti aumenta ulteriormente quando si escludono le spese che non contribuiscono ai costi stimati per la cooperazione allo sviluppo e per la salute globale in particolare. Di conseguenza, la *performance* di parecchi Paesi DAC europei diminuisce in misura sostanziale. Il contributo della Francia nel 2011 scende dallo 0,46% del PIL (dati ufficiali OCSE) allo 0,2%, se si considerano esclusivamente i trasferimenti in doni (*grants*). Analogamente, quello della Germania passa dallo 0,4% del PIL (dati ufficiali OCSE) allo 0,28%.

Il volume totale dell'APS per la salute varia a seconda dei donatori: alcuni hanno incrementato il contributo alla salute globale, ma molti l'hanno ridotto. Francia, Germania e Regno Unito hanno apportato i contributi più sostanziali in termini di volume, ma se si considera la capacità economica, Regno Unito e Paesi Bassi spiccano per generosità.

Valutando la *performance* dei donatori in rapporto agli obiettivi dello sviluppo, inclusa la spesa minima pro capite per la salute stimata fra i 44 e i 60 dollari,* necessaria a garantire a ciascuno l'assistenza essenziale nei Paesi a basso reddito, è evidente che l'APS per la salute è insufficiente.⁴ Nel rapporto si presentano chiaramente le ragioni per cui è necessario contribuire all'APS per la salute in ragione dello 0,1% del PIL, e si dimostra che soltanto alcuni dei membri DAC europei sono avviati a devolvere la percentuale raccomandata alla salute globale. Tra i donatori europei selezionati, questo traguardo è stato raggiunto nel 2009 solo dai Paesi Bassi.

Francia e Germania finanziano una percentuale significativa di APS per la salute mediante prestiti. Questa prassi non tiene però conto delle esigenze di quei Paesi e di quelle popolazioni che sono maggiormente afflitti da povertà, fame e malattie. Le nazioni più povere non sono in posizione tale da poter accettare e restituire i prestiti dell'APS. E anche per i Paesi a medio reddito, il finanziamento dei programmi per lo sviluppo attraverso prestiti implica un maggior rischio di eccessivo indebitamento per il futuro.

Nel rapporto si evidenzia, inoltre, che la percentuale di aiuti per la salute sul totale dell'APS (trasferimenti reali di risorse) è in diminuzione in quasi tutti i Paesi donatori selezionati. In Francia è scesa, tra il 2007 e il 2010, dal 17% al 12%; in Germania, dal 10% al 9%; nello stesso periodo, nelle istituzioni della Ue si è scesi dall'8,2% al 7,2%. Tale percentuale ha raggiunto nel 2007 un massimo del 19% dell'APS nel Regno

* Sono stati realizzati diversi modelli di spesa internazionale per valutare le esigenze finanziarie essenziali per la salute, fra questi, quello dell'High-Level Task Force on Innovative International Financing for Health e quello del Millennium Project delle Nazioni Unite. Le stime differiscono in base al contesto e ai costi in loco, ma la gamma è compresa tra 44 e 60 dollari per i Paesi a basso reddito.

Fra i Paesi selezionati solo i Paesi Bassi hanno destinato - nel 2009 - lo **0,1%** del PIL in APS per la salute, come raccomandato dall'OMS.

Unito e sebbene successivamente si sia registrata una diminuzione, nel 2010 il settore sanitario rappresentava ancora quasi il 17% di tutto l'APS del Regno Unito, a conferma dell'importanza data da questo Paese alla salute globale.

Nella seconda sezione del rapporto si presentano i profili, imperniati sull'APS destinato alla salute, dei seguenti donatori: Francia, Germania, Italia, Paesi Bassi, Spagna, Regno Unito e istituzioni Ue. Ciascun profilo prende in esame le performance del donatore dal punto di vista dei canali, delle modalità e del tipo di flussi, dei Paesi e/o regioni considerati prioritari. Le analisi evidenziano alcune incongruenze nel modo in cui i donatori attuano la cooperazione allo sviluppo per la salute, soprattutto rispetto alle politiche e alle priorità stabilite.

Seguono alcune raccomandazioni chiave, specifiche per ciascun donatore, rivolte ai responsabili politici e agli specialisti della cooperazione allo sviluppo.

Nella versione italiana viene presentato soltanto il profilo dell'Italia (per gli altri profili si rimanda, pertanto, al documento originale disponibile online sul sito www.actionforglobalhealth.eu).

Il rapporto evidenzia, in conclusione, che le cifre ufficiali OCSE sovrastimano il contributo offerto dall'Europa per rispondere ai bisogni dei Paesi più poveri e che molti dei donatori europei selezionati non riescono a garantire una leadership efficace e un sostegno adeguato alla salute globale. Il ruolo dei donatori europei rimane cruciale, anche con la crisi economica in atto; se l'Europa non rispetta gli obiettivi di finanziamento, non sarà possibile raggiungere gli attuali traguardi imposti dagli MDG e nemmeno rispettare il quadro di riferimento per lo sviluppo che andrà a sostituirli.

Raccomandazioni

Ai responsabili politici e alle agenzie per la cooperazione allo sviluppo:

- 1 gli Stati membri dell'Unione europea devono ribadire l'impegno a stanziare per l'APS lo 0,7% del Prodotto Interno Lordo (PIL). Le scadenze di tale impegno dovrebbero essere programmate sulla base di un calendario certo, con obiettivi anno per anno;
- 2 nel quadro degli impegni nazionali per l'APS, lo 0,1% del PIL dovrebbe essere allocato per coprire il deficit di finanziamento nella fornitura di assistenza sanitaria globale, come raccomandato dall'OMS;
- 3 le politiche estere governative devono definire l'APS come elemento fondamentale delle relazioni estere e delle strategie commerciali e di partnership a lungo termine; l'APS dovrebbe essere protetto, in modo che i finanziamenti per la salute siano sempre prevedibili;
- 4 i governi si impegnino per trovare fonti alternative che contribuiscano al conseguimento degli obiettivi, attraverso meccanismi di finanziamento innovativi come la tassa sulle transazioni finanziarie (Financial Transaction Tax, FTT).*
- 5 il prossimo quadro di riferimento per lo sviluppo internazionale dovrebbe includere la responsabilità - condivisa ma differenziata tra Paesi donatori e beneficiari - per il finanziamento dell'assistenza sanitaria, come stabilito nell'approccio per la copertura sanitaria universale (Universal Health Coverage).

* La tassa sulle transazioni finanziarie (Financial Transaction Tax, FTT), spesso chiamata "Robin Hood Tax" o "Tobin Tax", è un'imposta di lieve entità (tra lo 0,005% e lo 0,5%) su alcuni dei prodotti scambiati nel settore finanziario come azioni, bond, valute straniere e derivati.

All'OCSE e alle agenzie per la cooperazione allo sviluppo:

- 1 intraprendere la revisione di tutte quelle modalità di APS (doni, prestiti, spese ed entrate contabili effettuate all'interno del Paese donatore) che più contribuiscono agli obiettivi dello sviluppo internazionale;
- 2 per quanto riguarda la rendicontazione dell'APS: consentire la classificazione dei progetti, secondo più settori e/o sotto-settori, allo scopo di rendere più accurati i dati OCSE;
- 3 per la garanzia di qualità: monitorare la qualità dei rendiconti dei donatori e assicurare il supporto adeguato per ottenere informazioni complete e accurate.

Alla società civile:

- 1 la società civile deve partecipare alle analisi dell'APS specifiche per il proprio Paese, per avere un quadro trasparente di cosa costituisce l'APS e consentire un approccio rigoroso, onde garantire che i governi adempiano agli impegni di loro competenza;
- 2 le componenti più forti della società civile, comprese le ONG internazionali, devono collaborare con i governi per produrre i dati sull'impatto e il valore dell'APS per la salute, e al tempo stesso per richiamare i governi alle loro responsabilità.

Prima parte

I finanziamenti per la salute globale: ruolo e responsabilità dell'Unione europea

RISULTATI O RETORICA? AZIONE PER LA SALUTE GLOBALE



Introduzione

In molti Paesi a medio e basso reddito, la mortalità materna e infantile è diminuita e sono stati compiuti significativi passi avanti nella lotta contro le malattie infettive, come l'HIV/AIDS. Malgrado questa tendenza a livello mondiale, la gran parte dei Paesi africani – in cui si verificano circa la metà di tutti i decessi infantili – non riuscirà a raggiungere entro il 2015 l'obiettivo di ridurre la mortalità infantile di due terzi. Attualmente, il 99% di tutte le morti materne avviene nei Paesi in via di sviluppo.⁵ La copertura dei trattamenti anti-retrovirali (ART) nei Paesi a basso e medio reddito resta al di sotto del 50%.⁶ L'investimento base di 44-60 dollari pro capite, indispensabile per erogare i servizi essenziali per la salute, resta ad oggi una mera aspirazione per molti Paesi a basso reddito.⁷ Milioni di persone povere ed emarginate affrontano ogni giorno la prospettiva della malattia e vivono nel terrore di costi esorbitanti per l'assistenza medica, che di fatto spingono più di 100 milioni di persone ogni anno oltre la soglia della povertà.⁸

La crisi economica globale mette in pericolo i progressi già compiuti per il conseguimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio per la salute e ancora più a repentaglio i progressi che ancora restano da compiere. L'attuale recessione globale avrà molto probabilmente una ricaduta sulla spesa sociale e su quella per la salute, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo. Tuttavia, l'analisi contenuta nel rapporto vuole dimostrare che anche in tempi di crisi economica, gli obiettivi dell'Aiuto Pubblico allo Sviluppo (APS) per la salute sono comunque raggiungibili, dato che la percentuale sul PIL dei Paesi donatori è esigua.

La sfida che il mondo si trova ora ad affrontare consiste nell'evitare che la crisi economica aggravi ancora di più l'emergenza sociale e sanitaria. Proteggere gli investimenti sulla salute e sulle strutture sociali è essenziale per mantenere stabilità e sicurezza e per accelerare la ripresa economica. L'Unione europea, il più importante donatore del mondo e le sue istituzioni che gestiscono un quinto dell'APS degli Stati membri, hanno sottoscritto diversi impegni politici per la salute.* Nel periodo 2007-2010, tuttavia, le allocazioni della Ue nel settore della salute sono diminuite.

Il presente rapporto di Azione per la salute globale intende informare e sostenere politici, specialisti, tecnici, esperti di advocacy e altri attori che operano nel campo della salute, cosicché possano valutare il contributo dell'Europa e promuovere un ruolo maggiormente proattivo dei donatori europei OCSE-DAC, per l'ottenimento di risultati migliori a beneficio dei Paesi più poveri.

Il rapporto si propone di divulgare i risultati delle recenti analisi riguardo al volume e alla qualità dell'APS per la salute in sei Paesi europei chiave – Francia, Germania, Italia, Paesi Bassi, Spagna e Regno Unito – oltre che nelle istituzioni europee.

La prima sezione presenta una visione complessiva del volume e delle tendenze nel campo dell'APS totale e di quello per la salute, mentre la seconda fornisce l'analisi dettagliata della situazione italiana. Per gli altri profili si rimanda al documento originale disponibile online sul sito www.actionforglobalhealth.eu. Il rapporto propone una serie di raccomandazioni generali volte a incrementare il volume e la qualità dell'APS per la salute, che si aggiungono a raccomandazioni mirate per il Paese esaminato.

L'APS non è l'unica via per migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria nei Paesi in via di sviluppo, ma rimane una modalità importante che si è già dimostrata valida in passato. È un complemento e non un sostituto - nei Paesi in via di sviluppo - di efficaci sistemi di tassazione e appropriate allocazioni dei budget nazionali per la salute.

* Si veda "Il Consenso Europeo sullo Sviluppo" (2005); l'iniziativa CE-MDG per i progressi sugli Obiettivi di Sviluppo del Millennio più lontani dal traguardo (2010); le conclusioni e comunicazioni del Consiglio della Ce sul ruolo della Ue nella salute globale (2010); le conclusioni del Consiglio sugli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (2010), che sottolineano i legami tra gli MDG per la salute (MDG 4 sulla mortalità infantile, MDG 5 sulla salute materna e riproduttiva e MDG 6 sulla lotta contro HIV/AIDS, malaria e altre malattie endemiche) e i progressi negli altri MDG.

Metodologia

Il rapporto presenta i risultati di una metodologia di ricerca che mira a produrre una valutazione precisa del contributo portato dall'APS allo sviluppo umano e in particolare alla salute. Tale metodologia è stata elaborata per la prima volta dal Medical Mission Institute di Würzburg (MMI). Dal 2010, Azione per la salute globale e MMI collaborano nell'utilizzare questo approccio metodologico per l'analisi completa della *performance* dei donatori, e precisamente dei 17 Stati europei membri dell'OCSE-DAC.

La ricerca qui presentata copre due periodi (a seconda della disponibilità dei dati OCSE): 2007-2011 per l'APS totale e 2007-2010 per l'APS per la salute.

Per APS si intendono quei flussi ai Paesi in via di sviluppo e alle istituzioni multilaterali forniti da organi pubblici, inclusi i governi nazionali e locali, o dai loro organi esecutivi. Secondo i criteri dell'OCSE, ciascuna transazione di APS deve mirare a promuovere lo sviluppo economico e il benessere dei Paesi in via di sviluppo, deve essere a condizioni agevolate (concessionali) e contenere un elemento di dono (grant) pari almeno al 25%.⁹

L'analisi si concentra sugli esborsi di APS, in quanto questi rappresentano le spese effettive e quindi sono più utili per misurare le *performance* dei donatori rispetto agli obiettivi, agli impegni o alle promesse. Le fonti primarie sono rappresentate dal sistema statistico OCSE-DAC, che è la fonte di informazioni più attendibile e completa sui flussi dell'APS.

L'APS totale *così come definito* dall'OCSE (indicato nel rapporto con l'espressione 'dati ufficiali OCSE'), comprende voci di spesa e di bilancio che non rappresentano trasferimenti reali di risorse economiche, in natura, di assistenza tecnica o umane dai donatori ai Paesi in via di sviluppo. Fra queste, la cancellazione del debito, i costi per gli studenti provenienti dai Paesi in via di sviluppo, i costi per i rifugiati nei Paesi donatori e i costi amministrativi. Si tratta di voci che non contribuiscono agli obiettivi dello sviluppo internazionale e non possono essere contabilizzate nelle stime di spesa per la cooperazione allo sviluppo in generale e per la salute globale in particolare.

Nel rapporto, ogni volta che si fa riferimento a "trasferimenti reali di risorse" si intende l'APS al netto di questo tipo di spese e voci di bilancio.

Inoltre, alcuni Paesi DAC erogano una percentuale considerevole del loro APS sotto forma di prestiti, prassi che contravviene a un approccio orientato ai bisogni. Questa pratica non tiene conto delle necessità dei Paesi e delle popolazioni più colpite da povertà, fame e malattie. Le nazioni più povere difficilmente sono in grado di accettare e restituire i prestiti dell'APS. Ma anche per i Paesi a medio reddito, finanziare i programmi per lo sviluppo mediante prestiti aumenta il rischio di eccessivo indebitamento futuro.

Allo scopo di agevolare una migliore comprensione, i finanziamenti dell'APS sono stati disaggregati in base alle seguenti categorie:

- * dati ufficiali OCSE;
- * trasferimenti reali di risorse (al netto di cancellazione del debito, costi sostenuti per gli studenti provenienti dai Paesi in via di sviluppo, costi per i rifugiati nei Paesi donatori e costi amministrativi)
- * trasferimenti di doni (al netto dei prestiti).

Nell'ambito del profilo di ogni donatore è stata analizzata la percentuale di trasferimenti reali di risorse destinata specificamente alla promozione della salute, etichettandola come "percentuale per la salute su tutti i trasferimenti reali di APS".

Un secondo aspetto di tale metodologia riguarda l'accuratezza nel rendicontare l'APS per la salute nella banca dati OCSE. Il sistema di rendicontazione dell'OCSE prevede che i donatori DAC classifichino ogni voce di spesa e ogni progetto all'interno di un settore e di uno specifico sotto-settore (*purpose-code*). I principali settori di interesse per l'APS per la salute sono "Salute" (codice DAC 120) e "Politiche/Programmi per la popolazione e Salute riproduttiva" (codice DAC 130). Ad oggi, la rendicontazione non è sufficientemente accurata per via della mancanza di univocità nelle definizioni e nelle interpretazioni di tali codici da parte dei donatori. Si è osservato che numerose attività di aiuto (voci di spesa) classificate come progetti per

Per dare un'immagine fedele dell'APS per la salute, è stata attuata una revisione sistematica, progetto per progetto, di tutte le attività di aiuto.

la salute non sono rilevanti per stimare le necessità finanziarie della salute globale.

Oltre a questa scarsa univocità dei codici, anche le descrizioni dei progetti fornite dalle agenzie dei donatori sono spesso incomplete o inesatte. La variabilità della qualità nella rendicontazione da parte dei donatori mostra la necessità di un controllo più attento e di una maggiore trasparenza, affinché la banca dati OCSE rifletta gli esborsi in modo accurato.

Per dare un'immagine fedele dell'APS per la salute, è stata attuata una revisione sistematica, progetto per progetto, di tutte le attività di aiuto finanziate dai Paesi donatori o dalle organizzazioni multilaterali rilevanti, incluse nei settori "Salute" e "Politiche/Programmi per la popolazione e Salute riproduttiva".

Inoltre, utilizzando una ricerca per parole chiave, sono stati esaminati tutti i progetti di altri settori per capire quali fossero rilevanti ai fini della salute. Una volta analizzate le descrizioni dei progetti contenute nella banca dati OCSE, sono stati cercati - mediante le risorse del web o attraverso comunicazione diretta - ulteriori chiarimenti da parte delle agenzie incaricate della loro implementazione. E' risultato che diversi progetti registrati in altri settori contribuiscono effettivamente alle risorse per la salute globale.

Questo processo ha permesso di creare una banca dati completa di tutti i programmi, i progetti e le componenti che individuano nella salute il proprio obiettivo principale.

La principale fonte di riferimento per identificare il flusso degli aiuti che sostengono la salute è il "Millennium Project" delle Nazioni Unite, che definisce in modo chiaro la gamma degli interventi necessari per raggiungere gli MDG differenziati per settore.¹⁰

I finanziamenti per la salute comprendono le spese relative a:

- * sistemi sanitari;
- * interventi medici specifici;
- * interventi che esulano dal sistema sanitario, ma sono specificamente mirati a risultati che riguardano la salute (per esempio, la prevenzione delle malattie e

l'attenuazione dell'impatto sociale).

Al fine di includere i contributi multilaterali dei donatori nel loro APS per la salute, è stata calcolata la proporzione di tutte le attività multilaterali rilevanti nell'ambito del sostegno alla salute, e poi la quota corrispondente rappresentata dal contributo di ciascun donatore alle rispettive organizzazioni. Per le organizzazioni multilaterali interessate che non hanno riferito all'OCSE i dati a livello di progetto per il periodo 2007-2010, sono stati analizzati i rapporti annuali o i budget istituzionali, al fine di stabilire il contributo alla salute globale in rapporto agli esborsi complessivi.

Si è tenuto anche conto dei finanziamenti per la salute realizzati attraverso il Sostegno al Bilancio Generale dello Stato (*General Budget Support*, GBS). Tali somme sono calcolate singolarmente per ciascun Paese ricevente, sulla base degli esborsi annuali per il GBS verso il Paese in questione e della quota percentuale di spesa per la salute in rapporto alla spesa totale governativa nell'anno di riferimento.

Poiché diversi donatori erogano parte della loro assistenza bilaterale alla salute sotto forma di prestiti - crediti di aiuto (*loans*) o partecipazioni (*equity investments*) - si è cercato di calcolare i rimborsi ascrivibili che conseguono ai prestiti in quest'ambito. In assenza di dati specifici per il settore, è stata utilizzata la quota per la salute di tutti gli impegni di APS su base rimborsabile in quegli anni, per i quali era disponibile l'informazione (1995-2010). Moltiplicando questa percentuale per le somme totali che il Paese donatore ha ricevuto dai beneficiari dell'APS nell'anno rispettivo, si ottiene il volume approssimativo dei rimborsi per i prestiti fatti a titolo di investimenti per la salute. Deducendo questa cifra dagli esborsi lordi, è possibile determinare il contributo netto per la salute dato dall'APS e la sua percentuale rispetto al PIL, che rappresenta l'indicatore principale per valutare lo sforzo economico di un Paese a favore della salute.

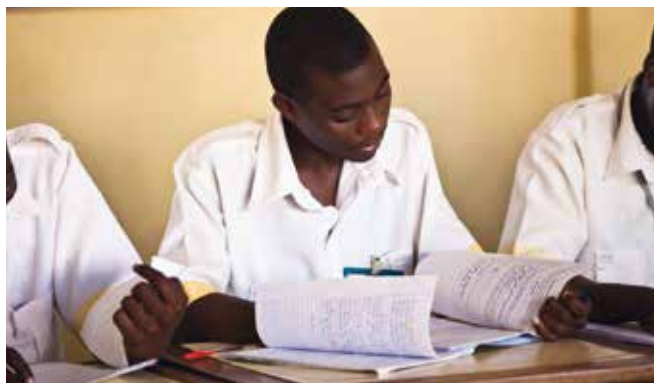
Sul sito web di Azione per la salute globale www.actionforglobalhealth.eu sono disponibili i risultati dettagliati della ricerca e in particolare una visualizzazione dei flussi bilaterali e multilaterali, nonché delle tendenze dell'APS totale e per la salute, attraverso l'ausilio di mappe interattive.

Perché l'Europa dovrebbe dare lo 0,1% del PIL per promuovere la salute globale

Il principale garante del diritto alla salute è lo Stato nazionale. Tuttavia, la comunità internazionale ha convenuto di avere il dovere di intervenire quando i governi dei Paesi poveri non riescono a rispondere alle esigenze della popolazione e quindi a rispettare tale diritto.

FINANZIARE LA SALUTE GLOBALE FA PARTE DELLE RESPONSABILITÀ DELL'UNIONE EUROPEA

Nel 1970 la maggioranza degli Stati membri dell'attuale Ue concordarono di contribuire al sostegno dello sviluppo dei Paesi più poveri del mondo devolvendo lo 0,7% del proprio PIL sotto forma di APS e che parte di quest'ultimo dovesse servire per effettuare interventi sanitari.¹¹ Nel 2005 gli Stati membri dell'Unione europea promisero di ottemperare a questo impegno entro il 2015 (con un obiettivo intermedio dello 0,51% del PIL entro il 2010 per l'Ue a 15), ribadendo l'impegno al Consiglio dell'Unione europea nel maggio del 2012.¹² Da parte loro, i Paesi in via di sviluppo stanno incrementando le allocazioni interne per la salute. Dal 2004 al 2009 i Paesi a basso reddito hanno aumentato la spesa totale per la salute del 53%. La quota finanziata da fonti esterne è salita soltanto del 2,5%.¹³



Formazione di personale sanitario in Mozambico: secondo l'OMS, gli investimenti nella salute globale possono salvare 8 milioni di vite all'anno.

IL GIUSTO AMMONTARE: LO 0,1% DEL PIL È RAGIONEVOLE, RAGGIUNGIBILE E NECESSARIO

È questa la conclusione tratta nel 2001 dalla Commissione su macroeconomia e salute dell'OMS.¹⁴ Il capo della Commissione, Jeffrey Sachs, ha fatto notare che il contributo dei donatori DAC alla salute globale per un minimo dello 0,1% del PIL basterebbe a colmare il divario tra l'attuale spesa per la salute e quei 44-60 dollari pro capite necessari per garantire l'assistenza sanitaria a ogni abitante di tutti i Paesi a basso reddito.¹⁵

EFFICACIA: L'APS MIGLIORA LA SITUAZIONE DELLA SANITÀ

Migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria è uno strumento la cui efficacia è largamente riconosciuta per migliorare la salute pubblica e aiutare le persone, le famiglie e le comunità a sollevarsi dalla condizione di povertà. La salute consente ai singoli di cogliere un maggior numero di opportunità di istruzione, di occupazione e di auto-determinazione.

E' ampiamente documentato il tornaconto economico derivante dal miglioramento della salute. Secondo la Commissione su macroeconomia e salute dell'OMS, "gli investimenti nella salute globale salveranno 8 milioni di vite l'anno e produrranno un utile di almeno 360 miliardi di dollari l'anno nel periodo 2015-2020, pari a diverse volte il costo da sopportare per aumentare gli interventi nel settore sanitario".

 Paesi dell'Unione europea

È LA COSA GIUSTA DA FARE

In trentacinque Stati a basso reddito membri dell'OMS, la spesa per la salute è inferiore ai 44-60 dollari pro capite; in sette di questi, è inferiore ai 20 dollari.¹⁶ Per contro, la spesa media per persona a livello mondiale è di 947 dollari.¹⁷ Queste cifre dimostrano l'enorme disuguaglianza nell'accesso e nella qualità dell'assistenza sanitaria: tutto dipende da dove si vive e dalle risorse di cui si dispone.¹⁸

Anche se i governi dei Paesi poveri riuscissero ad adottare misure volte a garantire un aumento delle entrate pubbliche e se investissero nella salute almeno il 15% del reddito lordo (l'obiettivo di Abuja), non sarebbero comunque in grado di soddisfare le esigenze di base nel campo della salute,¹⁹ semplicemente perché i loro bilanci sono inadeguati.

Senza un aiuto dall'estero, l'accesso all'assistenza sanitaria dipende dalla ricchezza del paziente e dalla sua vicinanza fisica alle strutture sanitarie. Nei Paesi a basso reddito, i costi pagati di tasca propria dai cittadini superano il 50%, a fronte del 13% dei Paesi più ricchi.²⁰ I donatori DAC europei hanno un ruolo importante nel rendere più equo l'accesso alla salute.



0,1%

L'andamento dell'APS per la salute

C'è ancora un enorme divario tra l'attuale spesa in APS e l'impegno a contribuire per lo 0,7% del PIL

UN'ANALISI DELL'APS

Secondo i dati ufficiali OCSE, a livello globale, nel 2011 i Paesi DAC membri dell'OCSE hanno erogato in APS 133 miliardi di dollari, che rappresentano lo 0,31% di tutti i loro PIL messi insieme. I membri DAC europei hanno contribuito per il 60%, pari a 80 miliardi di dollari.

Considerata la capacità economica dei donatori, non si tratta una grossa cifra. C'è ancora un enorme divario – il 55%, pari a 166 miliardi di dollari – tra l'attuale spesa APS e l'impegno a contribuire per lo 0,7% del PIL.²¹ Ai membri DAC europei è da attribuire il 27% del divario nell'APS; Italia e Germania ne sono particolarmente responsabili.

Inoltre, queste cifre OCSE comprendono anche spese che non sono trasferimenti reali di risorse o doni, quindi di fatto il gap è ancora maggiore.

Nel 2011, il 25% di tutto l'APS ufficiale accettato dall'OCSE – oltre 32 miliardi di dollari – è stato speso o messo a bilancio nei Paesi donatori (15,9 miliardi) o trasferito come prestiti (16,4 miliardi). Al netto di queste spese, che non contribuiscono agli obiettivi dello sviluppo internazionale né ai costi stimati per la cooperazione allo sviluppo in generale e per la salute globale in particolare, il divario aumenta dal 55% al 66%, per complessivi 198 miliardi di dollari.²²

E una volta detratte queste spese, la *performance* di numerosi Paesi DAC europei peggiora ulteriormente. Il contributo della Francia nel 2011 scende dallo 0,46% del PIL (dati ufficiali OCSE) allo 0,2%* se si considerano esclusivamente i trasferimenti in doni (*grants*).

Analogamente, quello della Germania passa dallo 0,4%

del PIL (dati ufficiali OCSE) allo 0,28% (si veda la fig. 1).

Una volta esclusi i prestiti, le spese e le voci interne di bilancio, il contributo complessivo dei Paesi DAC europei crolla dallo 0,46% del PIL (dati ufficiali OCSE) allo 0,35% del PIL. Il valore reale dei contributi allo sviluppo dei Paesi DAC europei è appena a metà strada rispetto all'impegno preso sullo 0,7%.

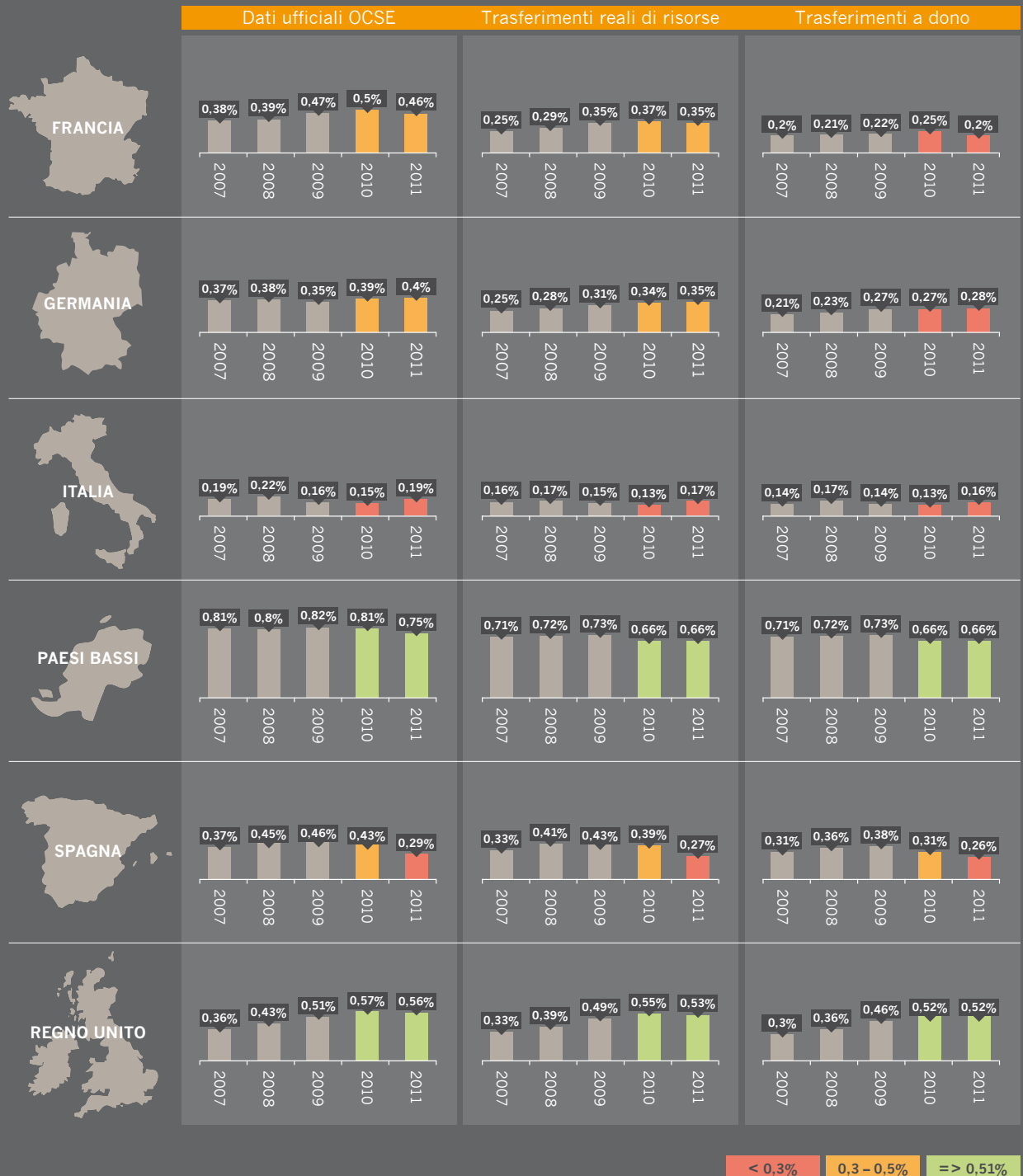
* Il calcolo effettuato da Azione per la salute globale dei prestiti francesi per i canali multilaterali si basa su trend passati, non essendo ancora disponibili i dati 2011. Pertanto, i dati del 2011 sul volume dei prestiti francesi sono delle stime.



Visita pediatrica in Etiopia.

Fig. 1

APS totale come percentuale del PIL, in base ai diversi metodi di calcolo: donatori DAC europei selezionati (2007-2011)



0,51% obiettivo intermedio per il 2010 per Ue 15

L'aiuto per la salute è in pericolo

Osservando i Paesi DAC europei selezionati, comprese le istituzioni Ue, il volume totale dell'APS per la salute varia a seconda del donatore, con alcuni Stati che hanno aumentato e molti che hanno ridotto il loro contributo per la salute globale.

Francia, Germania e Regno Unito hanno apportato il contributo quantitativamente più sostanzioso all'APS per la salute (fig. 3). Tuttavia, se si considera la capacità economica (fig. 4), Regno Unito e Paesi Bassi sono stati i più generosi.

Francia e Germania versano una quota significativa di APS per la salute mediante prestiti (rispettivamente del 5,2% e del 9,8%, nel 2010). Dal momento che i prestiti devono essere restituiti al donatore, anche da parte di quei Paesi che sono meno in grado di permettersi la restituzione, questo altera la *performance* di Francia e Germania dal punto di vista dell'APS per la salute. Di conseguenza, i dati mostrano che il volume totale dell'APS per la salute è a rischio. Solo pochissimi Paesi DAC europei sono sulla strada giusta per erogare lo 0,1% del PIL per la salute globale.

GLI AIUTI PER LA SALUTE DIMINUISCONO RISPETTO AL TOTALE

Sebbene la salute globale non sia mai stata finanziata in misura sufficiente, il settore della salute ha avuto il vantaggio di essere tra le priorità nell'ambito degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, che ne contano tre ad essa dedicati. Dalla loro adozione nel 2000, gli MDG fungono da linee-guida per tutti i programmi e i finanziamenti per lo sviluppo internazionale. La comunità internazionale si sta già orientando verso un paradigma di sviluppo più ampio e comprensivo, che affronti temi ancora più trascurati dal punto di vista delle risorse, di quanto sia stata la salute negli ultimi anni: per esempio i cambiamenti climatici, l'agricoltura

e la *governance*.

Come si osserva nel documento conclusivo di Busan e nell'Agenda per il cambiamento della Ue, il settore commerciale è visto sempre più spesso come un partner fondamentale per lo sviluppo. È però necessaria molta cautela nell'accostarsi agli investimenti nel settore commerciale: se è vero che possono produrre utili a breve termine, non si dovrebbero implementare al prezzo di ulteriori tagli ai programmi nazionali per la salute.

A partire dal 2007, la salute come percentuale di tutti i trasferimenti di risorse (reali) di APS è in calo tra la maggior parte dei donatori selezionati. Nel periodo 2007-2010, tale percentuale è passata in Francia dal 17% al 12%, in Germania dal 10% al 9% e nelle istituzioni Ue dall'8% al 7,2%. Nel 2007, nel Regno Unito la quota dell'APS destinata alla salute ha raggiunto il picco del 19% sul totale. Sebbene successivamente si sia registrata una diminuzione, il Regno Unito continua a dare priorità alla salute globale e, dati gli incrementi nei volumi totali di APS, nel 2010 il settore sanitario rappresentava ancora quasi il 17% di tutto l'APS (fig. 2).

Gli impegni e i contributi esistenti per la salute non devono essere distolti. I donatori devono sviluppare strategie per raggiungere lo 0,1% del PIL come contributo per la salute globale e i contributi complessivi per lo sviluppo devono aumentare per rispecchiare l'aumento dei propri impegni politici.

Fig. 2

Percentuale per la salute su tutti i trasferimenti reali di APS: donatori DAC europei selezionati e istituzioni Ue (2007-2010)

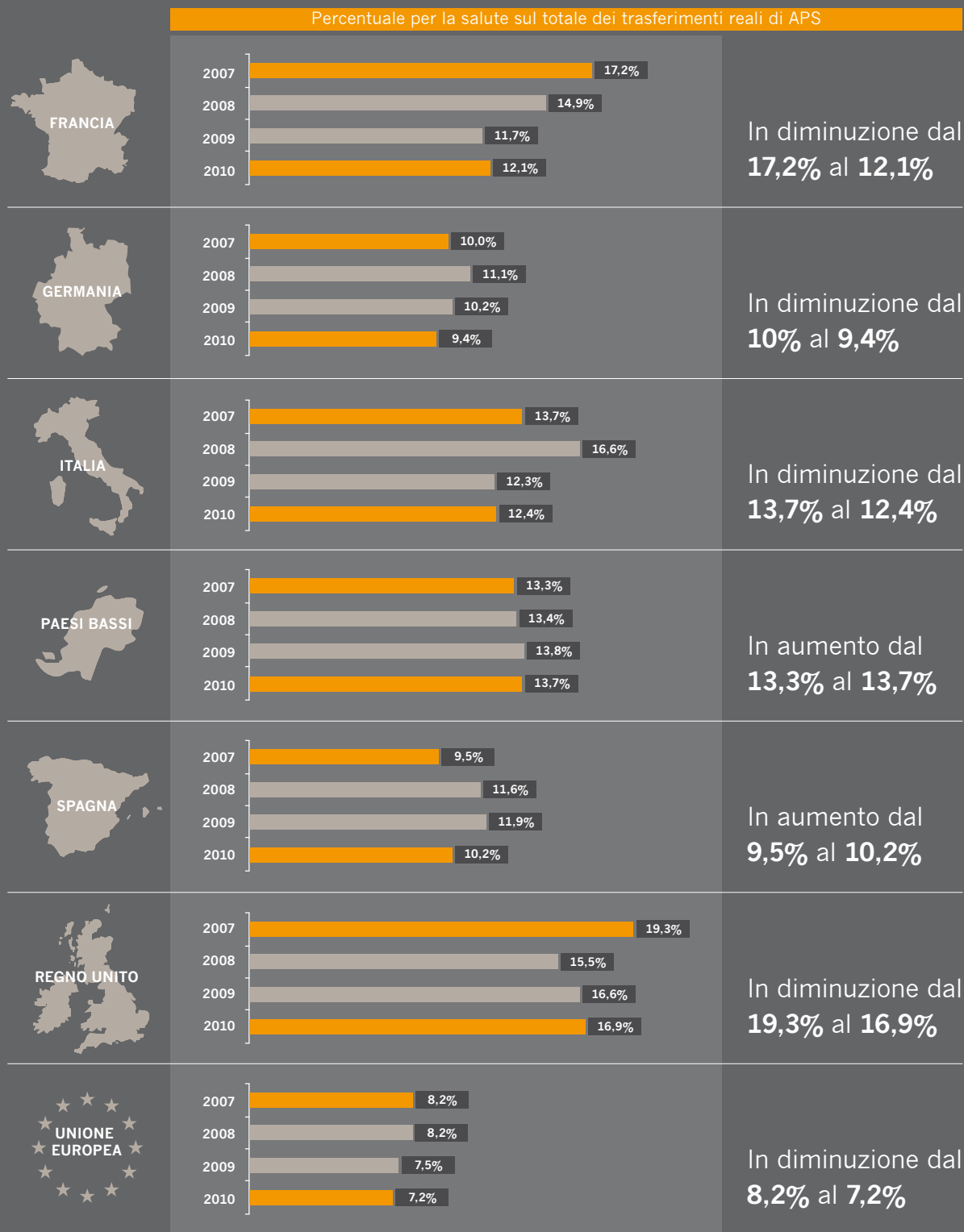


Fig. 3

Volumi di APS per la salute: trasferimenti reali di risorse, trasferimenti a dono e prestiti: donatori DAC europei selezionati e istituzioni Ue (2007-2010)

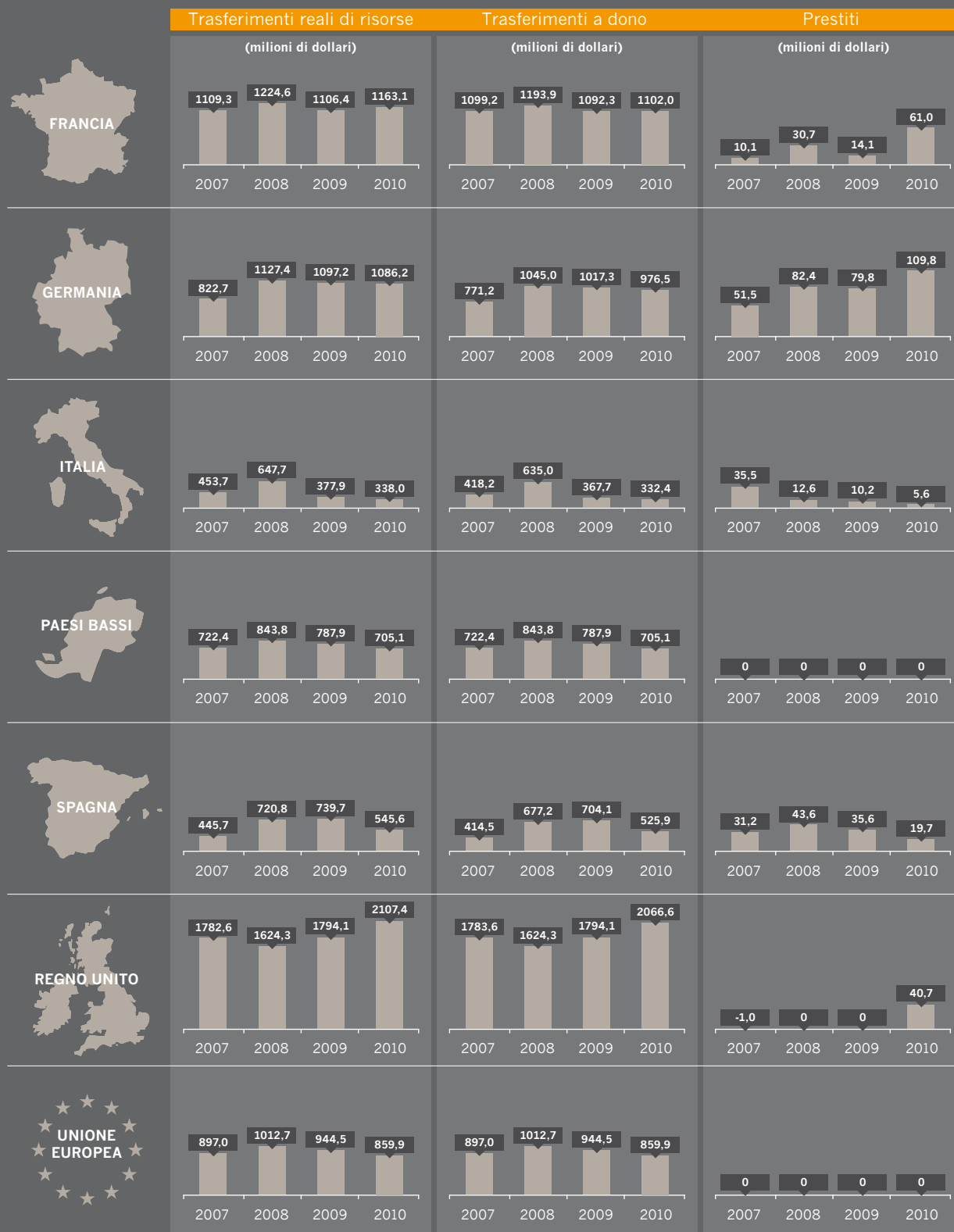
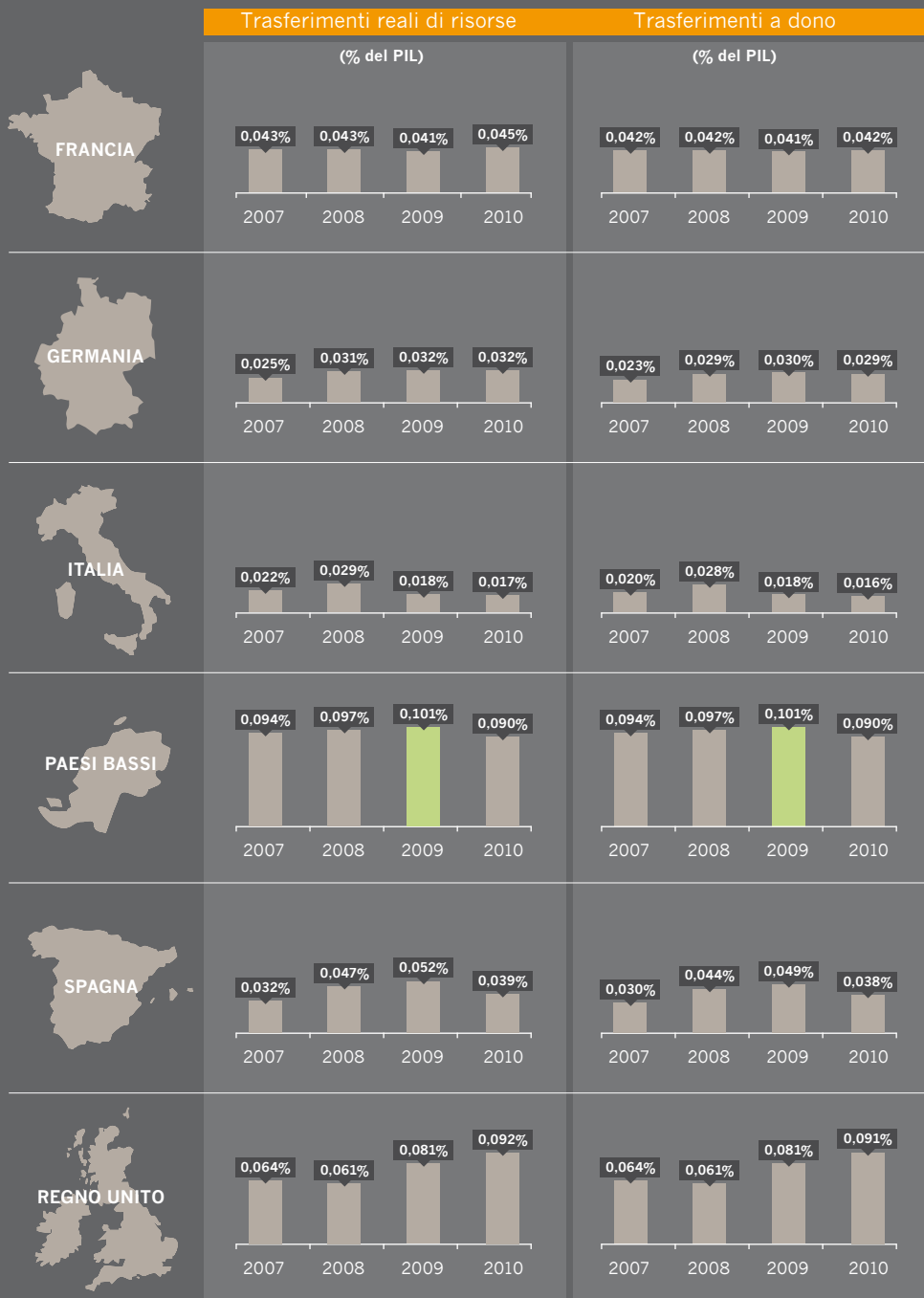


Fig. 4

APS per la salute come percentuale del PIL, in base ai diversi metodi di calcolo: donatori europei DAC selezionati (2007-2010)



0,1%

0,1% APS per la salute/PIL

raccomandazione della Commissione su macroeconomia e salute dell'OMS da raggiungere entro il 2010.

Il divario nei finanziamenti

Ci sono lacune significative tra i trasferimenti di risorse reali nel 2010 e l'obiettivo dello 0,1% del PIL per la salute globale.

Presi insieme, Francia, Germania, Italia e Spagna, contribuiscono a creare un divario di oltre 6,2 miliardi di dollari.

I donatori DAC si sono impegnati a fornire lo 0,7% del PIL da destinare all'APS, ma solo cinque governi hanno raggiunto tale obiettivo: Danimarca, Lussemburgo, Paesi Bassi, Norvegia e Svezia. Tuttavia, se si considerano i trasferimenti di risorse reali, i Paesi Bassi hanno contribuito solo per lo 0,66% del PIL nel 2010 e 2011.²³

La quota dello 0,1% del PIL da destinare come contributo per la salute globale, raccomandata dall'OMS come livello minimo di finanziamenti esterni necessari per fornire servizi sanitari essenziali a tutti, è ben lungi dall'essere realizzata da due terzi dei Paesi chiave europei DAC (vedi fig. 5).

Il Regno Unito sta facendo progressi impressionanti verso lo 0,1% del PIL da destinare all'APS per la salute, e anche se i Paesi Bassi non hanno raggiunto tale traguardo nel 2010, come invece avevano fatto nel 2009, il loro contributo all'APS per la salute è molto vicino a centrare l'obiettivo.

Negli altri quattro Paesi chiave, tuttavia, ci sono lacune significative tra i trasferimenti di risorse reali nel 2010 e l'obiettivo dello 0,1% del PIL per la salute globale. Presi insieme, Francia, Germania, Italia e Spagna, contribuiscono a creare un divario di oltre 6,2 miliardi di dollari. In questi Paesi, la distanza dall'obiettivo è maggiore degli esborsi effettivi (vedi fig. 6).

Il divario nel finanziamento della salute globale si fa sentire in tutto il mondo e soprattutto tra le persone più povere e vulnerabili.

US\$

6,2 miliardi

Francia

Germania

Italia

Spagna

divario esistente per il raggiungimento dello 0,1% da destinare all'APS per la salute

Fig. 5

Obiettivo dello 0,1% del PIL per la salute globale a fronte delle tendenze nell'APS per la salute, come trasferimenti reali di risorse: Paesi DAC europei selezionati (2007-2010)

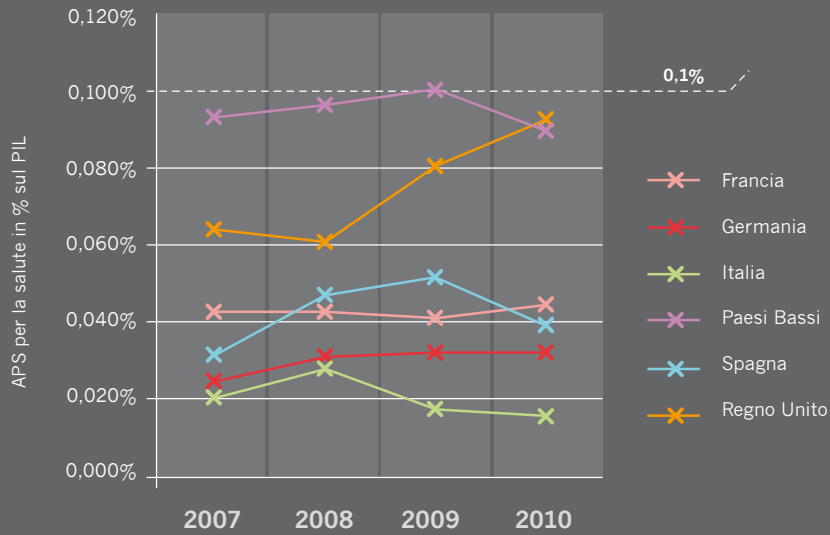
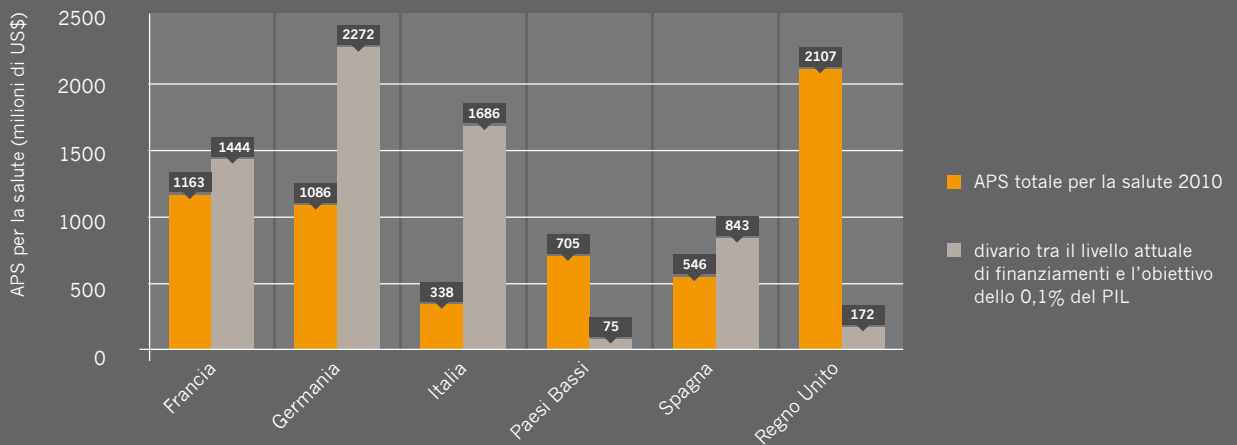


Fig. 6

Divario tra l'APS per la salute e l'obiettivo dello 0,1% del PIL, nei trasferimenti reali di risorse per il 2010: donatori europei DAC selezionati



Mozambico: il gap sanitario

Anche se il governo del Mozambico rispettasse i termini della Dichiarazione di Abuja, i finanziamenti nazionali per la salute non sarebbero sufficienti a coprire i bisogni della popolazione, pertanto c'è un estremo bisogno di aiuti esterni.

Con la Dichiarazione di Abuja del 2001, il Mozambico si impegnava, insieme ad altri Stati membri dell'Unione Africana, a destinare alla salute il 15% del suo bilancio nazionale.²⁴ Nel 2010, la percentuale in questione era del 12,2%, che tradotto in spesa sanitaria pro capite significa 9,8 dollari per abitante.²⁵ Anche se il governo del Mozambico rispettasse i termini della Dichiarazione di Abuja, i finanziamenti nazionali per la salute non ammonterebbero a più di 12,1 dollari per abitante. L'APS per la salute in Mozambico, compresa la spesa sanitaria proveniente dal Sostegno al Bilancio Generale dello Stato (General Budget Support, GBS), ammonta a 23,1 dollari, il che porta a una spesa totale pro capite per la salute di 35,2 dollari per abitante.

Si è molto lontani dal minimo raccomandato dall'OMS, di almeno 44-60 dollari pro capite per fornire assistenza sanitaria di base per tutti. Se poi si aggiungono le risorse minime per una risposta efficace all'HIV/AIDS, l'obiettivo sale a 70 dollari pro capite per la salute - quasi il doppio della spesa sanitaria attuale.

“Chiarimo che cosa si intende per deficit di finanziamento” dichiara il Dr Candrinho, a capo della sanità pubblica nella provincia rurale di Tete: “Nella nostra provincia vivono 2 milioni di persone. Hanno a disposizione 109 strutture sanitarie e 4 ospedali - ma abbiamo bisogno di altre 75 strutture. Disponiamo in tutto di 63 medici, vale a dire un medico ogni 30.000 persone, e il personale infermieristico è in ragione di uno ogni 8.000 abitanti”.

Per contro, ogni 30.000 abitanti nel Regno Unito ci sono 81 medici, in Italia ce ne sono 110 e in Spagna 114. Se

si considera il personale infermieristico nei Paesi Bassi, in Francia e in Germania, ci sono rispettivamente 67, 68 e 90 infermieri ogni 8.000 persone.²⁶

Nella vita di tutti i giorni, questo significa che molti mozambicani semplicemente non possono permettersi nemmeno di chiedere cure mediche e se ci riescono, l'accesso ai servizi sanitari è comunque limitato a causa del sotto-finanziamento del settore sanitario nel suo complesso.



Vi è un grosso deficit di finanziamento in Mozambico, che si traduce in una grave mancanza di personale sanitario

\$12,1

anche se il governo del Mozambico rispettasse i termini della Dichiarazione di Abuja, i finanziamenti nazionali per la salute non ammonterebbero a più di 12,1 dollari per abitante.

\$23,1

APS pro capite attualmente destinato alla salute in Mozambico

\$35,2

spesa complessiva pro capite per la salute in Mozambico (risorse domestiche pro capite destinate alla salute se raggiunto l'obiettivo di Abuja più l'APS attuale destinato alla salute)

\$70,4

ammontare pro capite necessario per fornire assistenza sanitaria di base per tutti e una adeguata risposta all'**HIV/AIDS**

\$35,2

deficit finanziario pro capite per la salute in Mozambico

Imparare la lezione: come il Regno Unito mantiene il suo impegno per lo sviluppo e la salute globale

Ci sono pochi donatori che hanno fatto dello sviluppo e della salute globale i parametri di riferimento della propria agenda internazionale. Il Regno Unito è uno di questi.

Per la maggior parte dei donatori, l'impegno nei confronti dell'APS per la salute varia in misura significativa da un anno all'altro. Questa instabilità implica che le popolazioni dei Paesi beneficiari non possono contare su servizi sanitari continuativi, accessibili e di buon livello qualitativo.

Ci sono però alcuni donatori che hanno fatto dello sviluppo e della salute globale i parametri di riferimento della propria agenda internazionale. Il Regno Unito è uno di questi.

In risposta alla crisi economica, il governo di coalizione britannico ha approvato importanti tagli di bilancio, che hanno inciso pesantemente su alcune fasce della popolazione. Lo stesso governo ha però blindato il budget destinato all'APS.

L'impegno del governo per raggiungere un contributo per l'APS pari allo 0,7% del PIL è stato contestato da alcune componenti dei partiti politici, dei media e dell'opinione pubblica. Nonostante le difficoltà, il governo britannico è rimasto comunque fermo nella sua decisione.



Controllo della salute di una neo mamma in una clinica di Haiti

Quattro sono i fattori chiave che hanno sostenuto l'impegno del governo per lo sviluppo:

1. l'approccio dell'esecutivo all'insegna dello slogan "value for money" (rapporto qualità/prezzo) attuato in tutti i settori di spesa, rassicura la popolazione sul fatto che gli aiuti producono risultati e sono soldi pubblici ben spesi;
2. avere nella società civile partner forti, comprese le ONG internazionali, che sostengano l'impegno del governo, contribuisce a sensibilizzare sulle buone notizie in merito agli aiuti e al tempo stesso richiama il governo alle sue responsabilità;
3. i mass media di maggiore divulgazione danno ampio risalto alle notizie sullo sviluppo internazionale;
4. la politica del governo definisce l'APS come parte fondamentale delle relazioni estere e come utile strategia a lungo termine per il commercio e il partenariato.

L'impegno costante del Regno Unito nel promuovere la tutela della salute dei più poveri rappresenta uno sforzo ammirevole che dovrebbe essere applaudito e ampiamente imitato.

Le istituzioni dell'Unione europea: un'opportunità per adempiere agli impegni globali per la salute

L'Unione europea è il principale donatore del mondo. Un quinto di tutto l'APS dei suoi Stati membri viene convogliato attraverso le istituzioni dell'Ue, in particolare la Commissione europea (Ce); ciò conferisce a questo organismo una posizione unica anche nella rappresentanza globale, con delegazioni presenti in 140 Paesi.

La Ce è quindi uno strumento potente ed efficiente grazie al quale gli Stati membri possono rispettare i loro impegni per lo sviluppo internazionale e per la salute globale. Le ingenti dimensioni del bilancio Ue per lo sviluppo e il coordinamento con gli Stati membri conferiscono alle istituzioni comunitarie un relativo vantaggio nella realizzazione di progetti importanti per dimensioni e per dispersione geografica, progetti nella cui gestione i piccoli donatori incontrano notevoli difficoltà.

Le istituzioni Ue gestiscono gli aiuti erogati attraverso due meccanismi principali: lo Strumento di cooperazione allo sviluppo (Development Cooperation Instrument, DCI), che rientra nel bilancio dell'Unione europea alla voce "Quadro pluriennale finanziario" (Multi-annual Financial Framework, MFF) e il Fondo europeo di sviluppo (European Development Fund, EDF), al di fuori del Quadro pluriennale finanziario.

I Paesi in via di sviluppo possono ricevere APS per la salute sia attraverso programmi geografici (mediante il DCI e l'EDF - ciascuno responsabile per regioni diverse) sia attraverso programmi tematici (mediante il DCI). Per quanto riguarda i programmi geografici, i maggiori beneficiari dell'APS sanitario sono i Paesi che hanno individuato nella salute uno dei settori prioritari nei loro Documenti di strategia nazionale (Country Strategy Papers, CSP), sviluppati in collaborazione con la Ce. Un altro gruppo di Paesi, più ampio, può ricevere APS per la salute attraverso lo strumento 'Good Health for All' (Salute per tutti), pilastro del programma tematico 'Investing in People'. Nel periodo 2007-2010, "Good Health for All" ha avuto un budget di 385,7 milioni di dollari.²⁷

Le istituzioni Ue si sono inoltre impegnate nel 2010 con un finanziamento di 257,1 milioni al Fondo Globale per la Lotta contro l'AIDS, la Tuberculosis e la Malaria (GFATM).²⁸ Nel 2010, il Consiglio europeo ha dichiarato che intende continuare a sostenere il Fondo Globale, la GAVI Alliance e il Partenariato internazionale per la salute e le iniziative correlate (International Health Partnership and Related Initiatives, IHP+).²⁹

NUOVE FONTI DI REDDITO PER L'APS GLOBALE E PER LA SALUTE

Meccanismi di finanziamento innovativi stanno già generando ingenti risorse per lo sviluppo e per altre priorità. Una tassa europea sulle transazioni finanziarie (FTT), già approvata da undici Stati membri dell'Ue, è uno dei meccanismi che potrebbe rivelarsi più utile per tali scopi: produrrebbe oltre 12 miliardi di dollari all'anno solo in Germania e, potenzialmente, 70 miliardi di dollari l'anno in tutta Europa. L'introduzione di un'imposta sulle transazioni finanziarie è un'opportunità eccezionale per sviluppare risorse sostenibili e a lungo termine per la salute globale. I tagli di spesa nell'APS per la salute (e per lo sviluppo in generale), conseguenza della crisi finanziaria ed economica, potrebbero essere contrastati qualora parte delle entrate derivanti dalla FTT fossero utilizzate per sostenere e aumentare il budget destinato all'APS.

Seconda parte

Profilo dei donatori: un'analisi dei contributi dei Paesi donatori europei

RISULTATI O RETORICA? AZIONE PER LA SALUTE GLOBALE



Italia*

L'Italia è la quarta economia dell'Unione europea e il suo PIL nel 2011 rappresentava il 12,5% di quello dei Paesi DAC del continente. Tuttavia, l'Italia ha investito in APS in media soltanto lo 0,2% del PIL tra il 2007 e il 2011, diventando il Paese che in ambito DAC più di ogni altro deve colmare il divario che lo separa dall'obiettivo stabilito dalle Nazioni Unite di investire lo 0,7% del PIL in APS entro il 2015.

La cooperazione italiana è regolata da una legge risalente alla fine degli anni Ottanta (Legge 49/1987); modificata in alcune sue parti più volte nel corso del tempo, ormai non è più in grado di garantire i requisiti di efficacia che richiede la comunità internazionale. I fondi, stanziati da legge di bilancio, sono divisi tra vari Ministeri senza che però esista un forte coordinamento fra di essi. Il governo Monti, insediatosi nel novembre 2011, ha nominato per la prima volta nella storia del Paese un Ministro per la Cooperazione Internazionale e l'Integrazione, con il compito di coordinare l'azione governativa sugli aiuti umanitari. Pur trattandosi di una scelta nuova, tale figura è priva di autonomia nella gestione delle risorse umane e finanziarie, che rimane sotto la responsabilità del Ministero degli Affari Esteri e del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

E' ancora presto per valutare se la presenza di un Ministro dedicato alla cooperazione internazionale abbia effetti positivi sull'incremento delle risorse dedicate all'APS in Italia. I primi segnali sono stati comunque incoraggianti: nell'aprile di quest'anno il Consiglio dei Ministri ha licenziato il Documento di Economia e Finanza (DEF) che contiene un riferimento al riallineamento dell'APS italiano per il triennio 2013-2015 agli standard internazionali.³⁰

Sul fronte delle risorse innovative da destinare alla finanza per lo sviluppo, il governo Monti ha adottato posizioni che marcano una discontinuità rispetto al passato, esprimendo sostegno all'adozione di una tassa sulle transazioni finanziarie. Lo scorso 9 ottobre, in occasione del Consiglio degli Affari Finanziari ed Economici dell'Unione europea, l'Italia ha annunciato di voler dare vita, insieme ad altri undici Stati Membri, alla

procedura di cooperazione rafforzata per la progettazione di una tassa sulle transazioni finanziarie.³¹ Non è ancora chiaro, tuttavia, in che misura tale gettito andrà a copertura degli investimenti in APS.

L'ANDAMENTO DELL'APS SANITARIO ITALIANO

La cooperazione italiana considera dichiaratamente il settore sanitario una priorità.³² L'Italia ha svolto un ruolo importante nella nascita del Fondo Globale per la Lotta contro l'AIDS, la Tuberculosis e la Malaria e ha concorso alla nascita di due strumenti innovativi di finanziamento per la salute: l'Advanced Market Commitment (AMC) e l'International Finance Facility for Immunisation (IFFIm). A livello bilaterale, l'Italia ha sostenuto e continua a sostenere il rafforzamento dei sistemi sanitari nei Paesi partner.

Il contributo italiano per la salute ha raggiunto un picco nel 2008, con 647 milioni di dollari, ma i dati del 2010 – 338 milioni - riflettono un taglio del 48%, principalmente a causa del mancato pagamento delle quote promesse al Fondo Globale per gli anni 2009 e 2010. Di conseguenza, il contributo italiano per l'APS per la salute come percentuale del PIL è diminuito dallo 0,029% del 2008 allo 0,017% del 2010. Le stime AfGH per il 2011 (su dati forniti da MAE-DGCS e ancora provvisori), evidenziano una stagnazione del volume dell'APS sanitario - 345 milioni di dollari circa - e un'ulteriore diminuzione in rapporto al PIL (0,016%).

Il divario fra i trasferimenti di risorse reali e l'obiettivo dello 0,1% del PIL per la salute globale nel 2010 ammontava a quasi 1,7 miliardi di dollari e il divario stimato per il 2011 è ancora maggiore (1,8 miliardi).

La salute come percentuale di tutti i trasferimenti reali di risorse di APS ha toccato il picco massimo del 16,6% nel 2008, per scendere al 12,4% nel 2010.

Per canale: l'Italia è uno dei principali donatori sia dell'Advanced Market Commitment (AMC) sia dell'International Finance Facility for Immunisation (IFFIm): i contributi verso questi meccanismi, sostenuti in modo bipartisan dalle maggioranze che si sono alternate negli ultimi anni, sono gli unici in Italia a basarsi su finanziamenti di natura pluriennale, supportati a livello di legge³³ e non hanno pertanto

*Il profilo dell'Italia è una traduzione di quanto riportato nella versione originale inglese del rapporto, ampliata su alcuni aspetti specifici dalle organizzazioni partner di Azione per la salute globale in Italia e del progetto "Health for All!"

I tagli al Fondo Globale sono una delle maggiori cause della diminuzione dell'APS sanitario italiano

risentito dei recenti tagli. Mediante tali meccanismi viene trasferito al GAVI il 24% circa dell'APS italiano per la salute. Il 20-30% dell'APS per la salute è stato erogato, nel periodo 2007-2010, tramite le istituzioni europee. Fino al 2008 i contributi al Fondo Globale per la Lotta contro l'AIDS, la Tuberculosis e la Malaria rappresentavano un terzo circa dell'APS italiano per la salute; l'Italia però, non ha mai erogato le quote promesse per gli anni 2009 e 2010. Infine, sempre nel periodo 2007-2010, fra il 20 e il 30% dell'APS sanitario italiano è stato canalizzato a livello bilaterale.

Destinatari: dal 2007 al 2010 i cinque maggiori beneficiari dell'APS sanitario italiano bilaterale sono stati Cina (prevalentemente crediti d'aiuto), Etiopia, Mozambico, Uganda e Sudan. Sono però più di 100 i Paesi che ricevono contributi spesso piuttosto esigui, cosa che produce un'elevata frammentazione e moltiplica i costi di transazione. Inoltre, nel periodo 2007-2010, non tutti i Paesi prioritari per la cooperazione sanitaria italiana hanno ricevuto contributi adeguati; viceversa, Paesi che non sono prioritari per l'Italia hanno ricevuto volumi di aiuto consistenti. Pertanto, le priorità geografiche dichiarate dall'Italia non sono sempre state coerenti con gli esborsi, anche

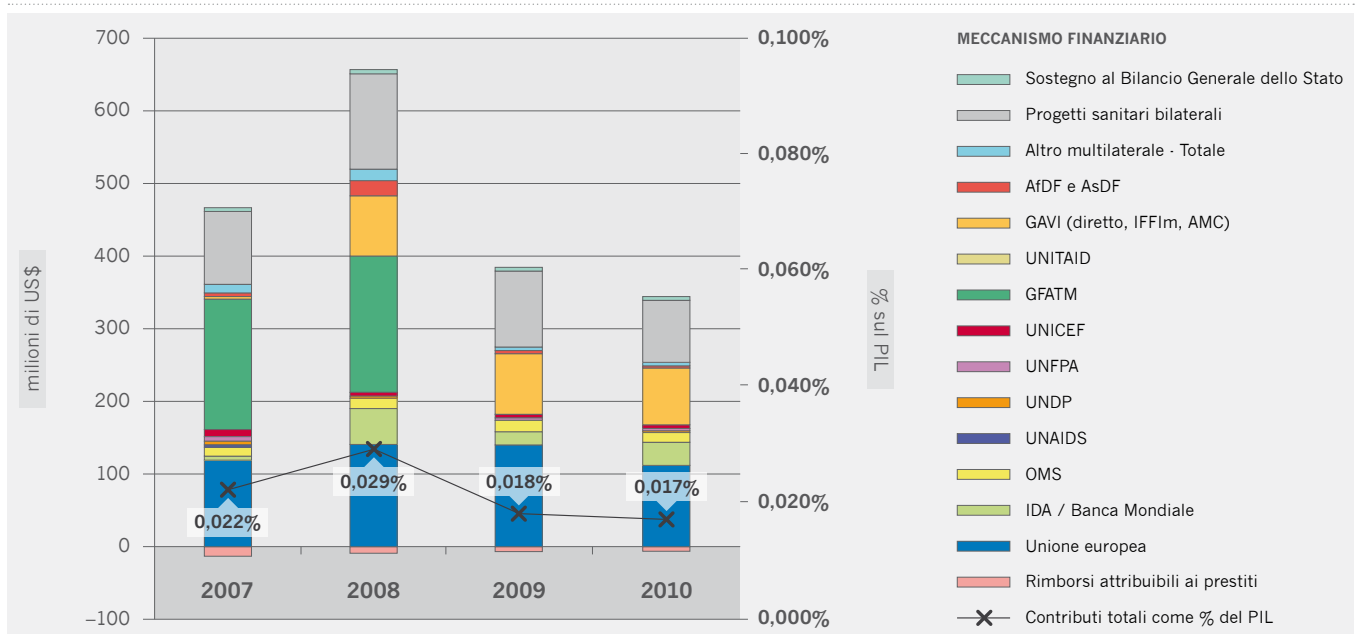
se c'è da registrare un netto miglioramento da questo punto di vista, specialmente a partire dal 2010.

Interessante notare che la graduatoria dei maggiori Paesi beneficiari in termini di volume di aiuti per la salute, differisce notevolmente quando questi aiuti vengono calcolati in termini pro capite. Nel 2010, ad esempio, le Seychelles ricevevano aiuti per la salute da parte dell'Italia pari a 3,8 dollari pro capite, mentre il Mozambico ne riceveva solo 0,3 e ancor meno l'Etiopia (0,02).

Prestiti: nel 2010 l'Italia ha incluso nel proprio APS sanitario 5,6 milioni di dollari sotto forma di prestiti (crediti d'aiuto), facendo lievitare i suoi trasferimenti reali di risorse dell'1,6%. Si tratta di un miglioramento rispetto al 2007, quando l'Italia faceva registrare 35 milioni di dollari in prestiti come APS per la salute. Rispetto ad altri donatori europei, il livello dei prestiti nel settore sanitario è comunque decisamente basso.

Nel complesso però, l'APS italiano si caratterizza per una grande quantità di voci di spesa ed entrate contabili - soprattutto iniziative di cancellazione del debito - che non rappresentano veri e propri trasferimenti di risorse. Nel solo 2011 sono stati contabilizzati nell'APS italiano 576 milioni di dollari di cancellazioni del debito.

Fig. 7: APS sanitario italiano - ripartizione per canali e in % sul PIL, anni 2007-2010



COME È CAMBIATO IL RUOLO DELL'ITALIA NEL FONDO GLOBALE PER LA LOTTA CONTRO L'AIDS, LA TUBERCOLOSI E LA MALARIA

Il Fondo Globale è stato lanciato in occasione del Summit G8 del 2001 di Genova e l'Italia ha avuto un ruolo di primo piano nella sua creazione. Per molti anni l'Italia ha detenuto un seggio unico nel Consiglio di Amministrazione del Fondo, in quanto è stato uno dei suoi principali donatori (anche se non sempre i contributi sono stati erogati in modo puntuale).

Nel 2007 e nel 2008 un terzo dell'APS italiano per la salute è stato erogato attraverso il Fondo Globale. Tuttavia, l'Italia non ha mantenuto gli impegni finanziari presi relativamente al 2009 e al 2010, per un totale di 260 milioni di euro equivalenti a 326 milioni di dollari, e non ha assunto alcun impegno per il triennio 2011-13. Questa scelta ha ridotto

drasticamente in senso assoluto l'APS italiano nel settore sanitario, inoltre, considerando che i due terzi del contributo italiano alla lotta contro l'HIV/AIDS erano erogati attraverso il Fondo Globale,³⁴ a causa di questi tagli l'impegno profuso dall'Italia per contrastare la pandemia nei Paesi in via di sviluppo si è praticamente azzerato. Nel 2009, a seguito della definizione da parte dei donatori del Fondo Globale di nuovi criteri per la distribuzione dei seggi del Consiglio di Amministrazione, nonché del proprio disimpegno finanziario, l'Italia ha perso il seggio unico; successivamente ne ha condiviso uno con la Spagna ed ora siede nel seggio della Commissione europea, insieme a Belgio, Finlandia, Portogallo e Spagna.

Vi è ancora incertezza sull'impegno finanziario dell'Italia nei confronti del Fondo Globale: sebbene il disegno di legge di stabilità 2013 approvato dal Consiglio dei Ministri il 9 ottobre scorso,³⁵ all'articolo 8, "Finanziamento di esigenze indifferibili" autorizzi un piano di riallineamento dell'Italia nei confronti di Banche e Fondi di Sviluppo multilaterali, non vi è alcun riferimento a finanziamenti a favore del Fondo Globale. Questo, nonostante la rassicurazione del Presidente del Consiglio Monti all'inizio di ottobre, in occasione del Forum della Cooperazione Internazionale che "L'Italia intende continuare a contribuire al Fondo Globale e certamente non si ritirerà da esso".³⁶

RACCOMANDAZIONI PER IL GOVERNO ITALIANO:

- * dare seguito alla disposizione del DEF, aumentando i livelli di APS già a partire dalla Legge di Stabilità 2013 e impegnandosi formalmente ad attuare il piano di riallineamento già inserito nel DEF per il 2013-2015, arrivando a destinare almeno lo 0,28% del PIL in APS e lo 0,037% del PIL all'aiuto nel settore sanitario entro il 2014. Tali disposizioni devono essere accompagnate da piani di attuazione di lungo termine, strumentali al raggiungimento degli obiettivi dello 0,7% del PIL da destinare all'APS e dello 0,1% dell'APS da destinare al settore sanitario entro il 2015;
- * sponsorizzare l'utilizzo delle entrate derivanti da una tassa sulle transazioni finanziarie per contribuire ad aumentare l'APS italiano;
- * sviluppare una chiara strategia di sostegno al settore sanitario globale e di lotta contro l'HIV e l'AIDS nei Paesi in via di sviluppo per i prossimi anni, impegnandosi a finanziare nuovamente il Fondo Globale;
- * dare la priorità a quei Paesi dove vi sono una presenza storica ed una *expertise* riconosciute, tenendo in considerazione le esigenze dei Paesi destinatari e in un'ottica di coordinamento globale.

Note

1. Nazioni Unite (1970), 'International Development Strategy for the Second United Nations Development Decade'. United Nations General Assembly Resolution 2626 (XXV), 24 Ottobre 1970, paragrafo 43. Consultabile su: <http://www.un-documents.net/a25r2626.htm>.
2. WHO Commission on Macroeconomics and Health (2001), 'Macroeconomics and health: Investing in Health for Economic Development'. Consultabile su: <http://www.who.int/publications/2001/924154550x.pdf>.
3. David Cameron, primo ministro britannico, 2012.
4. WHO (2010), 'Health systems financing: The pathway to universal coverage'. World Health Report 2010, WHO, Ginevra, p. 22.
5. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/index.html>.
6. http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/summary_en.pdf.
7. WHO (2010), *ibid*.
8. WHO (2010), *ibid*.
9. Organisation for Economic Cooperation and Development (nd), 'Official Development Assistance (ODA)', Glossary of Statistical Terms. Consultabile su: <http://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=6043>. Ultimo accesso: 12 agosto 2012.
10. Il rapporto che segue, pur se limitato a cinque Stati, serve da modello per le stime dei costi di tutti gli altri. UN Millennium Project (2004), 'The Millennium Development Goals needs assessments: country case studies of Bangladesh, Cambodia, Ghana, Tanzania and Uganda. Working Paper'. Consultabile su: www.unmillenniumproject.org/documents/mp_ccpaper_jan1704.pdf. Ultimo accesso: 27 settembre 2012.
11. Per approfondire: 'Millennium Project (nd), The 0.7% Target: An in-depth look'. Consultabile su: <http://www.unmillenniumproject.org/press/07.htm>. Ultimo accesso: 12 agosto 2012.
12. Council of the European Union (2012), Council Conclusions on Annual Report 2012 to the European Council on EU Development Aid Targets. 3166th Foreign Affairs Council meeting, Brussels, 14 Maggio 2012. Consultabile su: http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/EN/foraff/130239.pdf.
13. WHO (2012), 'External aid for health remains insufficient in low-income countries'. WHO/NHA policy highlight N. 3/ Marzo 2012 (basato su dati del 2009, i più recenti disponibili). Consultabile su: <http://www.who.int/nha/use/highlights/en/index.html>.
14. Sachs J. (2010), 'The MDG decade: looking back and conditional optimism for 2015', The Lancet, Volume 376, n. 9745, p. 950 – 951.
15. Sachs J. (2010), *ibid*.
16. WHO (2012), 'WHO Global Health Expenditure Atlas', p. 4. Consultabile su: <http://www.who.int/nha/atlas.pdf>.
17. WHO (nd), Global Health Observatory Health financing. Consultabile su: http://www.who.int/gho/health_financing/en/index.html. Ultimo accesso: 13 agosto 2012.
18. Nazioni Unite (1948), Dichiarazione universale dei diritti umani, art. 25. Consultabile su: <http://www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml>.
19. Rùppel J. (2011), 'Financiamiento para promoción de salud y la respuesta al VIH – Una perspectiva global. Instituto de Misión Médica'. Consultabile su: <http://english.medmissio.de/medien/43d3e37b-3690-4491-9756-fe638ebaad74/foro-lac-2012-fin.pdf>.
20. WHO (2012), 'WHO Global Health Expenditure Atlas', p. 6.
21. Action for Global Health (2012), 'ODA from a different perspective: An ODA 2011 analysis and response to the OECD figures released in April 2012'. Consultabile su: www.actionforglobalhealth.eu/fileadmin/AfGH_Intranet/AfGH/ODA/ODA_2011_FROM_A_DIFFERENT_PERSPECTIVE.pdf.
22. AfGH (2012), *ibid*.
23. AfGH (2012), *ibid*.
24. WHO (2011), 'The Abuja Declaration: 10 years on.' Consultabile su: www.who.int/healthsystems/publications/Abuja10.pdf.
25. Ricerca AfGH basata sulla banca dati WHO Global Health Expenditure (non ancora pubblicata).
26. OCSE (2012), OECD Health Data 2012. Consultabile su: <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012.htm>.
27. EC Development and Cooperation – EuropeAid (2012) Thematic instruments and programmes. Consultabile su: http://ec.europa.eu/europeaid/how/finance/thematic_en.htm
28. Commissione europea (2011), '2011 Annual Report', Brussels. Consultabile su: http://ec.europa.eu/europeaid/files/publications/europeaid_annual_report_2011_en.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2012..
29. Council of the European Union (2010), 'Council Conclusions on the EU role in Global Health. 3011th Foreign Affairs Council Meeting. Brussels, 10 maggio 2010'. Consultabile su: www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_Data/docs/pressdata/EN/foraff/114352.pdf. Ultimo accesso: 29 settembre 2012.
30. http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/DEF2012/Programma_StabilitaC3%A02012.pdf.
31. http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_Data/docs/pressdata/en/ecofin/132771.pdf.
32. Ministero degli Affari Esteri (2012), 'La Cooperazione Italiana allo Sviluppo nel triennio 2012-2014'. Consultabile su: http://www.cooperazioneallosviluppo.esteri.it/pdgcs/italiano/LineeGuida/documents/Linee_Guida2012-2014.pdf.
33. Legge 266/05 per l'IFFIm e 244/2007 per l'AMC. Cfr: <http://www.camera.it/parlam/leggi/052661.htm>; <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/072441.pdf>
34. Action Aid (2011), 'La salute globale e la lotta all'AIDS. Quale credibilità per l'Italia? Ogni promessa è debito 2011'. Consultabile su: http://www.actionaid.it/filemanager/cms_actionaid/images/DOWNLOAD/Rapporti_AIDS_HIV/OPD_2011.pdf.
35. <http://www.governo.it/Notizie/Palazzo%20Chigi/dettaglio.asp?d=69495>. Al momento della chiusura del presente rapporto era ancora in corso l'iter istituzionale di elaborazione della legge di stabilità 2013.
36. <http://www.forumcooperazione.it/events/2012/it/Documenti%20Forum/Intervento%20Sen.%20Mario%20Monti%2c%20Presidente%20del%20Consiglio%20dei%20Ministri.pdf>.

Azione per la salute globale (Action for Global Health - AfGH) è un'ampia rete europea di Organizzazioni non governative (ONG) che opera affinché l'Europa giochi un ruolo più proattivo nel mettere in grado i Paesi in via di sviluppo di garantire il diritto alla salute per tutti e di raggiungere i traguardi per la salute fissati dagli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (Millennium Development Goals - MDG).

Fondata nel 2006, Azione per la salute globale è attiva in Francia, in Germania, in Italia, nei Paesi Bassi, in Spagna, nel Regno Unito e a Bruxelles, e conta tra i suoi membri più di 15 ONG di vari Paesi.

In quanto rete di organizzazioni per lo sviluppo e la salute, AfGH riunisce un insieme unico di competenze ed esperienze, sia per quanto riguarda la salute in generale sia relativamente ad alcune malattie specifiche. Attraverso tali competenze ed esperienze AfGH richiama gli organismi decisionali a rispondere degli impegni politici assunti, allo scopo di garantire il progresso verso la realizzazione degli MDG per la salute. Impegni realizzabili grazie al finanziamento di tutte le strutture inerenti alla salute, al potenziamento dei sistemi sanitari e al pieno ed equo accesso all'assistenza sanitaria. AfGH ha un ruolo importante nel garantire che l'Aiuto Pubblico allo Sviluppo (APS) per la salute globale – profondamente minacciato nell'attuale clima economico - sia mantenuto.

Il campo d'azione di AfGH è l'Europa, in particolare Bruxelles e gli Stati membri dell'Unione europea, e i suoi interlocutori sono le istituzioni dell'Ue e i governi dei principali Stati membri. La rete sviluppa analisi politiche e ricerche, di concerto e in alleanza con altri gruppi della società civile europea, nonché con organismi decisionali e con i media. I suoi messaggi e attività sono frutto della collaborazione tra i partner nel Sud del Mondo e le organizzazioni e i network che la compongono. Interact Worldwide è l'organizzazione capofila del network e il principale responsabile della sua *governance*.

Per approfondire il lavoro della rete sull'Aiuto Pubblico allo Sviluppo, si consiglia di visitare il sito web www.actionforglobalhealth.eu, dove l'andamento e le tendenze dell'APS sono illustrati attraverso l'ausilio di mappe interattive.

act:onaid

Oxfam
Deutschland

Cordaid

terre des hommes
Hilfe für Kinder in Not

DSW

**MÉDICOS
DEL MUNDO**

**GLOBAL
HEALTH
ADVOCATES**

FPFE Spanish
Family Planning
Federation

EU Office
Plan
Promoting child rights
to end child poverty

**STOP AIDS
ALLIANCE**
A joint initiative by STOP AIDS NOW!
and the International HIV/AIDS Alliance

Alliance

**STOP
AIDS
NOW!**

AIDOS
ASSOCIAZIONE ITALIANA
DONNE PER LO SVILUPPO

EPF
European
Public
Federation

interact
worldwide

www.actionforglobalhealth.eu

Facebook: www.facebook.com/Actionforglobalhealth

Twitter: @AFGHnetwork