

IL G8 ALLA PROVA DELLA SALUTE GLOBALE LE OPPORTUNITA' PER L'ITALIA E GLI ALTRI PAESI G8 Marzo 2009

INTRODUZIONE

I progressi fatti dai governi e dalla comunità internazionale nel raggiungimento del diritto universale alla salute appaiono ancora insoddisfacenti, troppo lenti e parziali. Il settore della salute globale è quello in cui gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (OSM) progrediscono al ritmo più lento¹ e, di questo passo, difficilmente verranno raggiunti entro il 2015.

Ad oggi, un miliardo di persone ha scarso accesso all'assistenza sanitaria e questo provoca particolari danni in primo luogo alle donne e a quelle categorie di persone - presenti in oltre il 25% dei nuclei familiari in Africa a fronte di una media mondiale di oltre il 5% - che soffrono di particolari disabilità fisiche o intellettive. Governi, agenzie internazionali, settore privato e società civile devono ripensare le azioni necessarie per gli anni a venire: da tempo, infatti, sono disponibili misure efficaci ed a basso costo per la prevenzione e la cura delle principali patologie causa di mortalità nei paesi in via di sviluppo, tuttavia tali misure restano inaccessibili alle fasce più vulnerabili della popolazione. Inoltre, le popolazioni più povere soffrono in misura esponenzialmente maggiore della carenza di sistemi sanitari efficaci ed equi, della mancanza di acqua ed igiene, ed infine dello scarso accesso all'istruzione.

Come risultato, sebbene il diritto universale alla salute sia riconosciuto da numerose dichiarazioni e convenzioni internazionali², che obbligano gli stati a rispettare, proteggere e realizzare il diritto alla salute, milioni di persone oggi – in particolare ragazze, donne, neonati e bambini - non riescono ad esercitarlo pienamente. Ogni anno, poco meno di 10 milioni di bambini al di sotto dei cinque anni muore a causa di malattie spesso prevenibili e curabili, ed il 99% di queste morti avviene nei paesi in via di sviluppo dove il rischio di mortalità infantile è in media 12 volte più alto che nei paesi ad alto reddito³. Nonostante questi dati, quasi tutti i finanziamenti e la ricerca nel mondo si focalizzano su soluzioni ad alta tecnologia per prevenire l'1% delle morti neonatali che avvengono nei paesi sviluppati, ignorando che, investendo meno di un dollaro a bambino nei 75 paesi con la mortalità più alta, si potrebbe prevenire il 70% delle morti neonatali con soluzioni economiche e facilmente realizzabili⁴. Almeno sei milioni di queste morti potrebbero essere evitate investendo 15 miliardi di dollari all'anno⁵.

Ogni minuto una donna nel mondo muore per cause connesse alla gravidanza o al parto – per un totale di mezzo milione di donne all'anno - e, per ogni donna che muore, altre trenta rimangono colpite da gravi patologie. Le possibilità di morire per complicazioni della gravidanza e del parto sono di 1 su 16 nei paesi in via di sviluppo in confronto a 1 su 2800 nei paesi sviluppati. Ancora una volta, ad essere maggiormente colpite sono le donne che vivono in Africa e nel Sud Est Asiatico: queste patologie e morti sarebbero largamente evitabili se ogni donna incinta potesse accedere a cure mediche e servizi per la salute riproduttiva, così come stabilito dall'Obiettivo di Sviluppo numero 5 (target 5b), e a quelli per la salute sessuale, come stabilito anche dalla Conferenza Mondiale delle Nazioni Unite sulle Donne di Pechino⁶. Invece, ogni anno, più di 50 milioni donne partoriscono a casa senza l'aiuto di un professionista qualificato.

Infine, la diffusione delle pandemie e, tra queste, dell'HIV/AIDS rappresenta ancora un'emergenza globale. Le persone colpite dall'HIV sono più di 33 milioni nel mondo ed il 90% di esse si concentra in Africa subsahariana. In questa regione, la pandemia colpisce sempre più le donne (due giovani africani sieropositivi su tre sono di sesso femminile) e non risparmia i bambini: ogni giorno 1.500 di loro contraggono il virus HIV, spesso perché contagiati dalla madre durante la gravidanza o alla nascita. La pandemia ha anche ripercussioni indirette molto gravi: abbassando le difese immunitarie, spiana la strada ad altre malattie mortali. In alcuni paesi dell'Africa meridionale l'incidenza della tubercolosi è triplicata nell'ultimo decennio, raggiungendo valori superiori a 500 per 100 mila abitanti. In questi stessi paesi oltre il 50% di tutti i nuovi casi di tubercolosi sono co-infetti da HIV. Quanto alla malaria, nel 2006 si sono registrati 247 milioni di casi, l'86% dei quali concentrato nei paesi africani. Nello stesso anno, si stima che siano morte a causa della malaria 881.000 persone, di cui l'85% erano bambini sotto i 5 anni⁷.

Sono tristemente note le ripercussioni sociali ed economiche: in assenza di trattamenti adeguati, le donne affette da HIV/AIDS spesso non riescono più a sostenere economicamente e ad avere cura della loro famiglia. Entro il 2010 più di 20 milioni di bambini dell'Africa sub-sahariana saranno rimasti orfani a causa dell'AIDS⁸. Il G8 si è impegnato a garantire l'accesso universale alle cure entro il 2010, ma, ad oggi, soltanto 1 malato su 5 può accedere a terapie antiretrovirali e di questi i bambini sono solamente il 10%.

L'Italia, avendo assunto quest'anno la Presidenza di turno del G8, riveste un ruolo chiave in un anno marcato non solo da crisi, ma anche da opportunità positive per ridurre la mortalità infantile (OSM 4), migliorare la salute materna (OSM 5), combattere HIV/AIDS, tubercolosi e malaria (OSM 6). In questo quadro, il G8 deve continuare ed incrementare gli sforzi intrapresi a partire dal 2000 per la lotta alle pandemie, ed il raggiungimento dell'OSM 6, continuando un impegno che ha dato risultati concreti, ma anche focalizzare la giusta attenzione internazionale sul raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio numero 4 e 5 sulla salute delle donne e delle madri, stimolando il medesimo spirito innovativo e di impegno che ha portato alla creazione del Fondo Globale per la Lotta contro l'AIDS, Tubercolosi e Malaria, lanciato proprio durante il G8 in Italia del 2001.

LA SALUTE GLOBALE: QUALE RUOLO PER IL G8?

Adottare un approccio bilanciato alla salute globale

L'Italia assume la Presidenza del G8 ad un anno dal 2010, scadenza per raggiungere l'obiettivo dell'Accesso Universale alle cure contro l'HIV/AIDS, sottoscritto al G8 del 2005 e confermato dalle Nazioni Unite e dai Vertici G8 2006, 2007 e 2008. Quando si parla di accesso alle cure per la lotta contro l'HIV/AIDS non si deve pensare soltanto alla terapia antiretrovirale, ma a pacchetti e programmi di terapia, cura, prevenzione e supporto per l'HIV/AIDS che devono essere garantiti per tutti.

Ciò impone al nostro paese di continuare e rafforzare il tradizionale impegno sulla lotta alle pandemie, dando vita insieme agli altri paesi G8 ad un piano concreto per raggiungere l'obiettivo dell'Accesso Universale. Tuttavia, questo impegno va integrato con azioni specifiche volte a rafforzare i sistemi sanitari e, in particolare, a ridurre la mortalità materna, neonatale ed infantile⁹.

L'Italia, avendo assunto quest'anno la Presidenza di turno del G8, può svolgere un ruolo chiave affinché un nuovo tipo di approccio venga adottato. E ciò significa:

- **mantenere l'impegno di realizzare l'Accesso Universale alle cure contro l'HIV/AIDS entro il 2010, e definire insieme agli altri Paesi G8 un piano d'azione internazionale e coordinato che ne consenta il raggiungimento;**
- **riconoscere che il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio 4, 5 e 5-b è un obiettivo urgente e irrinunciabile e stimolare i Paesi G8 e i Paesi beneficiari a realizzare il pacchetto di 20 interventi per tutelare la salute delle donne, delle madri, dei neonati e dei bambini identificato da società civile e agenzie internazionali come efficace a questo scopo¹⁰;**
- **promuovere la prevenzione della violenza di genere e al rafforzamento dei servizi per la salute sessuale e la salute riproduttiva (OSM 5, target 5b) come misure essenziali per contrastare in maniera efficace il diffondersi delle pandemie e ridurre la mortalità materno-infantile;**
- **assicurarsi che i programmi nazionali e internazionali "verticali", di intervento contro le pandemie vengano integrati all'interno dei piani sanitari nazionali dei paesi partner**
- **sostenere le politiche sanitarie integrate promosse dai paesi beneficiari con maggiori aiuti pubblici allo sviluppo. Oltre al finanziamento a progetti, una pluralità di strumenti, quali l'aiuto a programma ed il sostegno settoriale al bilancio sanitario, dovrebbe essere impiegata affinché i paesi beneficiari possano fruire della combinazione di strumenti più adeguata alle loro esigenze;**
- **nel quadro dell'art. 5 della legge 209/2000, promuovere il principio della cancellazione/conversione del debito dei paesi ad elevata prevalenza di mortalità materna, di mortalità infantile e di HIV e AIDS anche verso gli altri donatori internazionali, attraverso accordi chiari di reinvestimento nei servizi sanitari.**

Verso l'accesso universale alle cure mediche di base: quali passi in avanti?

Raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio significa lavorare per realizzare il diritto universale alla salute, garantendo a tutti l'accesso a cure mediche comprensive di base, così come inteso nella Dichiarazione di Alma Ata. Questo obiettivo può essere realizzato solo rafforzando e rendendo efficienti i sistemi sanitari nazionali dei paesi in via di sviluppo, in modo da garantire a tutti l'accesso in modo capillare ed equo ai farmaci essenziali, ai vaccini, a personale sanitario qualificato, ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva, inclusi i servizi di pianificazione familiare al fine di ridurre la diffusione dell'HIV/AIDS e

promuovere la salute materna. Secondo alcuni studi¹¹ fornire servizi sanitari adeguati a livello familiare e comunitario salverebbe le vite di almeno sei milioni di bambini ogni anno e di oltre 500.000 donne incinte¹², oltre a migliorare enormemente le condizioni di vita delle donne, che sono oggi le prime a farsi carico all'interno delle famiglie dei malati che non possono accedere alle cure sanitarie.

Nel quadro del rafforzamento dei sistemi sanitari, si deve includere il pieno accesso alla fornitura continuativa di servizi orientati alla salute sessuale e riproduttiva ed alla promozione di una maternità sicura – compresa la prevenzione, le cure pre e post natali e servizi di educazione e consulenza familiare volti alla promozione della salute materna e alla riduzione del diffondersi della pandemia HIV/AIDS. L'accesso alle *reproductive supplies*, inclusi contraccettivi, test e trattamenti per le malattie a trasmissione sessuale, cure pre e post natali, è cruciale per il raggiungimento di questi obiettivi.

Poter disporre di servizi sanitari efficienti contribuisce anche allo sviluppo economico di un paese. Le patologie legate alla salute sessuale e riproduttiva riducono la produttività complessiva della forza lavoro femminile anche del 20%, con evidenti ripercussioni sullo sviluppo economico di un paese: in questa ottica, prevenire "costa meno che curare"¹³. In positivo, studi compiuti in più di trenta paesi in via di sviluppo dal Fondo Monetario Internazionale dimostrano che gli stati che hanno investito di più nei servizi sanitari pubblici hanno avuto più successo nella riduzione delle disuguaglianze tra le zone urbane e quelle rurali urbano-rurali. Investire nei servizi di prevenzione e nelle componenti aggiuntive alla salute può portare un ritorno economico pari a circa sei volte l'investimento.

Nonostante un numero crescente di donatori internazionali stia promuovendo l'aumento del ruolo del settore privato nella fornitura di servizi sanitari come via maestra per la costruzione di sistemi sanitari nazionali efficienti, le prove disponibili indicano che l'unico modo per assicurare un'assistenza sanitaria universale ed equa è rafforzare la capacità pubblica di fornire servizi sanitari gratuiti, adeguati ai bisogni e non legati alla capacità di pagare, nei paesi in via di sviluppo¹⁴. Ad esempio, nessun paese a basso o medio reddito in Asia ha raggiunto l'accesso universale o quasi alle cure sanitarie senza affidarsi esclusivamente o prevalentemente alla distribuzione pubblica finanziata dalle tasse. L'impegno profuso da parte di alcuni governi nella gestione e nella fornitura di servizi sanitari ha ridotto le morti infantili tra il 40 e il 70 per cento in soli dieci anni in Botswana, Mauritius, Sri Lanka, Corea del Sud, Malesia, Barbados, Costa Rica, Cuba, e nello stato indiano del Kerala. Più recentemente paesi come Uganda e Timor Est hanno usato il finanziamento coordinato dei donatori per espandere massicciamente la prestazione pubblica¹⁵.

I motivi sono molteplici: in primo luogo, essendo la povertà e l'esclusione sociale i principali determinanti sociali della salute, la gratuità delle prestazioni sanitarie è un requisito essenziale per garantire l'equità nell'accesso alle cure. Il pagamento diretto delle prestazioni nell'assistenza sanitaria primaria è correlato ad una maggiore esclusione dei poveri – in particolare di donne - dall'accesso al servizio. Secondo le alcune ricerche¹⁶, in 15 paesi dell'Africa subsahariana solo il 3 per cento della popolazione più povera si è rivolta ad un medico privato per le cure. E se lo ha fatto, è stato spesso a costo di rinunciare ad altre priorità: il pagamento diretto delle prestazioni da parte dei pazienti, la forma più diffusa e iniqua di finanziamento dei servizi sanitari, costringe i poveri a privarsi di qualcosa di essenziale (un animale, l'istruzione di un figlio, ecc.) per curarsi, e a seguito di questo, la loro povertà – e spesso la loro salute – si aggrava ulteriormente: è la cosiddetta *health medical trap*.

Inoltre, favorire la diffusione del settore privato sostenendo che questo ottenga risultati migliori a costi di gestione inferiori è una tesi priva di evidenza empirica. Anzi, spesso la partecipazione del settore privato all'assistenza sanitaria è associata ad una spesa più alta e non più bassa: questo perché il settore privato *for profit* è naturalmente portato a privilegiare la ricerca di trattamenti redditizi. Questo implica che i privati tendano a non investire in quelle cure prive di redditività economica, come è avvenuto in Cina¹⁷. Anche la qualità tecnica dei servizi offerti dal settore privato è generalmente inferiore rispetto a quella offerta dal pubblico.¹⁸ Infine, non vi è alcuna prova che lavorare con i fornitori privati di servizi sanitari sia un modo per facilitare il compito di istituzioni pubbliche dotate di scarse capacità gestionali. I costi pubblici associati alla gestione degli appalti per l'assegnazione di servizi sanitari possono ammontare fino al 20% del bilancio previsto per il settore sanitario. La crescita del settore privato può avere quindi un costo diretto molto alto per i sistemi sanitari pubblici e compromettere la loro capacità.

Per questi motivi, crediamo che sovvenzionare il settore sanitario privato con tasse o con l'aiuto pubblico allo sviluppo non sia la strada giusta per assicurare l'accesso universale alle cure mediche. I donatori ed i beneficiari devono rafforzare le capacità statali di dare assistenza sanitaria gratuita pubblica, con politiche ed investimenti attentamente pianificati, coerenti, e volti a redistribuire le risorse e ridurre le disuguaglianze.

Ciò non significa eliminare il settore privato dall'assistenza sanitaria, ma integrare il suo ruolo in un sistema sanitario dove il pubblico mantiene un forte ruolo di guida politica, di supervisione e di gestione diretta. *Anche l'azione delle organizzazioni della società civile ed in particolare delle ONG internazionali – spesso uniche fornitrici di servizi sanitari in zone difficilmente raggiungibili o teatro di conflitti – deve essere svolta in collaborazione con il settore pubblico, in modo complementare e non sostitutivo. In questo senso, il fine ultimo di questa azione deve essere quello di rafforzare il settore pubblico e la società civile locale.*

Rafforzare i sistemi sanitari pubblici implica che i paesi donatori e i paesi beneficiari debbano investire maggiormente nella formazione e nell'istruzione pubblica, nel miglioramento della *governance* e della

gestione dei distretti sanitari locali che svolgono servizi di prima cura ed assistenza (in modo da orientarla maggiormente a criteri di trasparenza, efficacia, responsabilità verso gli interessi pubblici, del personale e dei pazienti) e nel reclutamento di nuovo personale.

Ad oggi la mancanza di personale sanitario e di sostegno amministrativo è la maggiore causa di crisi del settore sanitario. Il numero degli operatori è drammaticamente inadeguato di fronte alle esigenze delle popolazioni più povere, soprattutto per quanto riguarda la copertura dei servizi di base: basti pensare che il Camerun ha solo 7 medici per 100 mila abitanti, il Sudafrica 25, la Repubblica Dominicana 76. Il gap di finanziamenti è stimato a 2,6 miliardi di dollari all'anno per 10 anni, necessari per la sola educazione e formazione di 1,5 milioni di operatori sanitari in Africa¹⁹. E' anche questione di motivazione, formazione, sviluppo: la mancanza di incentivi e di retribuzioni adeguate determina una crescente fuga di professionisti o futuri tali verso i paesi industrializzati. E' cruciale assicurare la presenza di un numero sufficiente di operatori assunti, formati e retribuiti in modo adeguato e rispettando un'ottica di genere: in molti paesi infatti l'assenza di personale sanitario e parasanitario femminile impedisce l'accesso delle donne ai servizi sanitari. L'appoggio, lo sviluppo professionale e la formazione di questi operatori può essere effettuato in vari modi, anche attraverso il supporto a centri qualificati, accademici, di formazione locale. Contemporaneamente, il ruolo degli operatori sanitari di comunità, gran parte dei quali donne, che spesso possiedono un patrimonio ricchissimo di conoscenze legate alla valorizzazione di risorse naturali e culturali locali, deve essere riconosciuto, valorizzato e integrato nel sistema pubblico.

L'Italia, avendo assunto quest'anno la Presidenza di turno del G8, può svolgere un ruolo chiave affinché un nuovo tipo di approccio venga adottato. E ciò significa:

- **riconoscere che il rafforzamento dei sistemi sanitari pubblici è condizione imprescindibile per assicurare un accesso universale ed equo alle cure mediche di base complete e gratuite;**
- **aumentare la quantità dei finanziamenti internazionali ai paesi a reddito basso per l'accesso universale alle cure mediche di base, comprese i servizi per la tutela della salute sessuale, riproduttiva, materna, infantile e per la pianificazione familiare, rendendoli equivalenti a quelli per l'HIV/AIDS, e migliorarne la qualità, anche tramite una maggiore partecipazione di paesi donatori e partner a meccanismi di coordinamento come l'International Health Partnership;**
- **allocare almeno il 10% del proprio aiuto pubblico allo sviluppo al rafforzamento dei sistemi sanitari pubblici nei paesi in via di sviluppo e particolarmente a livello di distretti sanitari, anche tramite il sostegno generale e settoriale al bilancio;**
- **promuovere un sistema di intervento nel quale i piani sanitari nazionali dei paesi in via di sviluppo diventino il quadro all'interno del quale si inseriscono gli interventi di cooperazione sanitaria internazionale, secondo quanto previsto dal processo iniziato a Roma, proseguito a Parigi e ad Accra sull'efficacia degli aiuti;**
- **lavorare con i governi dei paesi in via di sviluppo per rafforzare la loro capacità di definire ed attuare piani sanitari nazionali capaci di garantire un'assistenza sanitaria completa, gratuita e pubblica a tutti e tutte, senza nessuna discriminazione, in cui l'intervento del privato sia adeguatamente regolamentato, ed in cui la performance sia monitorata e valutata anche secondo un'ottica di genere ed alla luce degli indicatori stabiliti dagli Obiettivi di Sviluppo del Millennio sulla salute delle donne, dei neonati, dei bambini;**
- **sostenere la definizione, il finanziamento e l'implementazione di piani di sviluppo del personale sanitario - all'interno dei piani sanitari nazionali - che siano finanziariamente quantificati e che prevedano non solo di formare nuovi operatori, ma anche di trattenere all'interno del sistema sanitario il personale già in servizio, (incluso il personale sanitario di comunità, con riferimento al target di 4.1 operatori per 1000 abitanti e ottemperare agli impegni assunti attraverso il *Piano di azione globale per il personale sanitario*²⁰, sia dal punto di vista dei finanziamenti che dell'assistenza tecnica;**
- **assumere pienamente le responsabilità ad essi assegnate dalla Dichiarazione di Kampala e dal contestuale "Piano di azione globale per il personale sanitario" in relazione al fenomeno della fuga dei cervelli, attraverso l'adozione di un Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel ma anche "aumentando gli investimenti nella formazione del personale sanitario nei loro stessi paesi[...]" per ridurre i fattori di attrazione nei paesi sviluppati²¹;**
- **sostenere l'immediata revisione delle politiche che hanno portato all'introduzione di tetti di bilancio per il settore sanitario e al congelamento delle assunzioni di personale sanitario e di insegnanti.**

La salute come risultato di tutte le politiche

Le condizioni di povertà in cui sono costrette a vivere le famiglie influenzano gli stili di vita che incidono sullo stato di salute. In questa ottica, si parla di “produzione sociale della salute”, per indicare che, per fruire realmente e pienamente del diritto alla salute, occorre affiancare ad interventi mirati un lavoro trasversale volto alla realizzazione di una serie di condizioni che riguardano ambiti non strettamente sanitari, come la casa, l'istruzione, l'accesso al cibo e all'acqua, agendo per il miglioramento delle condizioni di vita delle comunità e dei nuclei familiari, spesso unici garanti della salute dei propri membri.

Senza quest'azione, le strutture sanitarie da sole non riusciranno mai a rendere l'accesso universale alle cure mediche di base una realtà. Questo implica mobilitare risorse aggiuntive per intervenire ad esempio sui problemi legati all'istruzione, alla malnutrizione (es. fornitura di micronutrienti, educazione per l'allattamento) e per prevenire le malattie tramite la fornitura di servizi igienico sanitari adeguati.

In particolare, queste politiche devono valorizzare il ruolo delle donne: sempre più colpite dalle pandemie, vittime di violenze e sottoposte a pratiche tradizionali suscettibili di ledere i loro diritti, le donne sono spesso discriminate nell'erogazione di prestazioni sanitarie e, più in generale, non riescono ad accedere a un lavoro e a un salario stabili e in generale, a decidere pienamente della loro vita. Invece, il loro ruolo è fondamentale nella promozione e gestione della salute familiare e della comunità, oltre che nello sviluppo economico di un paese. Molte esperienze e studi hanno evidenziato come investire sulle donne, partendo dall'educazione, possa ridurre notevolmente il tasso di mortalità infantile e la malnutrizione nei bambini piccoli. Ormai da tempo la comunità internazionale ha compreso che il raggiungimento degli obiettivi di sviluppo del millennio sul tema della salute (OSM 4,5,6) non può prescindere dal parallelo impegno sulla promozione del ruolo delle donne (OSM 3). Anche per questo, l'Obiettivo di Sviluppo del Millennio numero 5 è stato esteso per includere i diritti alla salute sessuale e riproduttiva e i servizi per l'accesso alle cure²².

L'accesso universale alla salute deve essere un risultato da perseguire in una strategia integrata volta alla promozione dello sviluppo umano, fatta di un insieme di politiche coerenti volte ad incidere su diversi temi.

In relazione ai temi, il legame tra salute globale e accesso ad altri servizi essenziali gioca un ruolo fondamentale. Ad esempio, se ogni bambino avesse accesso all'istruzione, potrebbero essere prevenuti sette milioni di nuovi casi di HIV/AIDS. Il legame con l'accesso al cibo e all'acqua è particolarmente evidente: le principali cause di morti infantili che avvengono tra il 28° giorno ed i 5 anni di vita sono la polmonite, la diarrea, la malaria, il morbillo, tutte patologie che si potrebbero evitare con successo con semplici terapie ed una adeguata nutrizione, oltre che un adeguato accesso all'acqua e a servizi igienici sanitari. In tutto il mondo ci sono circa 20 milioni di bambini al di sotto dei 5 anni gravemente malnutriti, fatto che li rende più vulnerabili alle infezioni ed alla morte: la malnutrizione è infatti la concausa di mezzo milione di morti infantili. E' quindi necessario che l'Italia agisca sul tema del diritto al cibo, orientando in maniera costruttiva la *Global Partnership for Agriculture*, che avrà il ruolo di monitorare gli impegni degli Stati rispetto alla crisi alimentare, mobilitando risorse finanziarie a sostegno di programmi di sviluppo agricolo e rurale, valorizzando il ruolo delle donne che in Africa contribuiscono al 75% del lavoro agricolo e al 60-80% della produzione di cibo ma possiedono solo l'1% delle terre. E' del pari indispensabile che l'Italia si operi per l'accesso all'acqua e ai servizi igienico sanitari, aggiungendo il proprio impegno a quello di Regno Unito e Olanda, per dare vita ad un *Global framework of action on water and sanitation* che possa servire a mobilitare risorse aggiuntive per finanziare piani igienico-sanitari ideati dai paesi in via di sviluppo.

Infine, per porre la salute al centro di tutte le politiche, occorre ripensare le modalità in cui le istituzioni finanziarie internazionali (Fondo Monetario Internazionale e Banca Mondiale) hanno operato e stanno operando rispetto ai paesi in via di sviluppo. Durante gli anni '80 e '90 le politiche di aggiustamento strutturali messe in opera dalle due istituzioni hanno fatto sì che i paesi in via di sviluppo tagliassero radicalmente la loro spesa pubblica, compreso il bilancio devoluto alle politiche sanitarie. In molti paesi dell'Africa e dell'America Latina il budget a disposizione per i servizi sanitari è stato ridotto anche del 50%. Inoltre, le condizioni a cui la Banca Mondiale ha vincolato la concessione di prestiti a questi paesi hanno richiesto l'introduzione delle *user fees* per i servizi sanitari, che esistono ancora in molti paesi. Sebbene recentemente sia la Banca Mondiale sia il Fondo Monetario Internazionale abbiano riconosciuto che operare tagli al bilancio senza proteggere i servizi sanitari fosse uno sbaglio, tali organismi debbono ancora fare propria la visione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e della sua Commissione per i Determinanti Sociali della Salute, che evidenzia come proprio queste politiche abbiano contribuito al deterioramento dei sistemi sanitari pubblici, che oggi devono essere di nuovo potenziati.

Fortemente legato al tema delle pandemie e dell'accesso ai farmaci essenziali nei paesi poveri²³ è quello delle regole commerciali e dei diritti di accesso alla proprietà intellettuale. Se uno dei problemi più frequentemente associati all'accesso è quello della bassa qualità e della contraffazione, un altro problema è rappresentato dai costi proibitivi di tali prodotti, soprattutto per quanto riguarda i farmaci antiretrovirali, indispensabili nella lotta al virus dell'HIV. Questa situazione è anche dipendente dagli accordi sulla proprietà intellettuale come i TRIPs, *Trade Related Aspects on Intellectual Property Rights*, che fissano brevetti

ventennali a protezione di prodotti o processi farmaceutici che rispondano a criteri fissati di innovazione, inventiva e utilità²⁴; l'effetto prevalente di questi accordi è quello di un abuso della logica di proprietà intellettuale che si traduce in cronica scarsità di medicinali di qualità e a prezzi accessibili nei paesi a basso reddito. Tuttavia, gli stessi TRIPS fissano, al loro interno, varie possibilità di deroga, come la *compulsory licence* (licenze obbligatorie, art. 31), e, negli ultimi anni, le industrie farmaceutiche generiche sviluppatasi in paesi con legislazioni favorevoli, come l'India, hanno introdotto innovazioni capaci di rendere meno costoso il trattamento dell'HIV e AIDS. Altri paesi, come la Thailandia, hanno invece recentemente stabilito meccanismi di *compulsory licensing* governativi capaci di assicurare l'accesso a prezzi accettabili a medicine antiretrovirali e di altro tipo. Sebbene questi meccanismi siano permessi anche dagli accordi commerciali internazionali sulla proprietà intellettuale in nome della clausola di protezione della salute pubblica, la pressione proveniente dalle compagnie multinazionali farmaceutiche, dagli Stati Uniti e dall'Unione Europea è talmente forte da mettere in pericolo il mantenimento di questa decisione.

Nel 2008, dopo due anni di consultazioni, il lavoro del Gruppo Intergovernativo sulla Salute Globale dell'OMS ha sviluppato una strategia globale ed un piano d'azione per superare le implicazioni negative dei TRIPs sulla salute globale e sullo sviluppo, capace di migliorare l'accesso ai farmaci nei paesi in via di sviluppo. Nei prossimi anni, il ruolo dell'OMS deve essere quello di sostenere i paesi in via di sviluppo nell'attuazione di questo piano e nel mobilitare risorse aggiuntive. Questo implica anche sviluppare un nuovo protocollo per assicurare lo sviluppo di meccanismi di finanziamento per lo sviluppo e la ricerca di nuovi medicinali siano effettivamente di qualità, sostenendo anche iniziative volte ad incrementare la disponibilità e l'accessibilità di nuovi medicinali, come quelle di UNITAID, una *international drug purchasing facility* ospitata dall'OMS e fondata nel 2006 da Brasile, Cile, Francia, Norvegia e Regno Unito e ad oggi sostenuta da 27 paesi. UNITAID, che trae i suoi fondi da meccanismi di tassazione globale e cooperazione allo sviluppo di lungo periodo, si è recentemente offerta di creare un meccanismo per stipulare accordi con le compagnie farmaceutiche che detengono brevetti su medicine chiave, per mettere in grado altre compagnie che producono medicinali generici di produrre queste medicine ad un costo più equo per i paesi in via di sviluppo e di svilupparle ulteriormente. Ovviamente questo meccanismo funzionerà se troverà una disponibilità da parte delle compagnie farmaceutiche: recentemente Glaxo Smith e Kline ha manifestato un orientamento favorevole.

Un altro problema relativo all'utilizzo dei farmaci nei paesi poveri è quello delle "orphan drugs", ovvero farmaci rivolti alle malattie tropicali verso i quali non c'è un investimento, perché i potenziali acquirenti non hanno disponibilità economica sufficiente per procedere all'acquisto, nonostante rappresentino un'enorme fetta della popolazione mondiale. In questa ottica, è necessario che i paesi donatori finanzino progetti di ricerca pubblica svolti da università del Nord e del Sud del Mondo, e che le compagnie farmaceutiche dedichino maggiori risorse a questi progetti.

Per permettere che la salute globale sia un risultato di tutte le politiche, il Governo italiano deve intensificare il suo impegno affinché ogni paese del G8:

- **dia centralità e sostenga, anche finanziariamente, l'Organizzazione Mondiale della Sanità nel suo sforzo di attuare gli impegni presi con la Dichiarazione di Alma Ata e applichi, negli interventi che promuove e mette in opera, i principi espressi nella Dichiarazione di Alma Ata;**
- **supporti, in particolare nei paesi in cui si utilizza il sostegno al bilancio come metodologia di aiuto pubblico allo sviluppo, il lavoro di monitoraggio delle scelte dei governi in merito alla salute pubblica intrapreso dalla società civile nel Sud del Mondo (ad es. dai gruppi di donne che lavorano sui diritti e sull'eguaglianza di genere o coloro che operano per la tutela dei bambini più emarginati, in particolare gli orfani sieropositivi);**
- **faccia in modo che la società civile – in particolare i settori tradizionalmente più marginalizzati - ed i suoi interessi, siano adeguatamente rappresentati a livello globale, nazionale e locale nei meccanismi di *governance* delle istituzioni e delle partnership globali, ad esempio promuovendo il rilancio del sostegno tecnico e finanziario a programmi di *capacity building* dei *Country Coordinating Mechanisms* (CCM) del Fondo Globale per la Lotta contro l'AIDS, la Tuberculosis e la Malaria;**
- **integri un approccio di genere e l'empowerment delle donne (OSM 3) nelle politiche per il raggiungimento degli Obiettivi di sviluppo del Millennio per la salute attraverso l'accesso equo e universale ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva al fine di promuovere la salute materna e contrastare la diffusione dell'HIV/AIDS e lavori con i paesi in via di sviluppo affinché i loro piani nazionali siano disegnati, attuati, monitorati e valutati tenendo in considerazione l'ottica di genere, l'accesso e la partecipazione delle donne e delle bambine, lo sviluppo di servizi a loro dedicati di educazione e informazione sanitaria, per la salute sessuale, riproduttiva, neonatale, e di prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili;**

- mostri la propria leadership politica e finanziaria nel garantire il diritto al cibo e il diritto all'acqua, assicurandosi che ogni iniziativa del G8 sul tema tenga in conto i bisogni delle persone più vulnerabili. In particolare, ogni iniziativa sul diritto al cibo dovrebbe riconoscere la necessità di garantire nutrizione adeguata alle persone colpite dall'HIV e AIDS (anche per assicurare l'efficacia della terapia anti-retrovirale), alle mamme ed ai bambini sotto i cinque anni;
- collabori con le istituzioni finanziarie internazionali per una revisione delle politiche di condizionalità economica che possono minacciare l'investimento nel bilancio sanitario dei paesi in via di sviluppo e perché ai paesi a basso reddito che dimostrano di voler investire nella sanità pubblica venga garantita una maggiore flessibilità fiscale;
- renda operativa la *Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e operi direttamente affinché gli accordi commerciali internazionali e di proprietà intellettuale non danneggino l'accesso ai farmaci essenziali, alle terapie salva vita, ai vaccini e ai diagnostici.

Aumentare la quantità e la qualità dell'aiuto pubblico investito nella salute globale

A 30 anni dalla dichiarazione di Alma Ata del 1978 che impegnava i governi alla responsabilità collettiva per il diritto alla salute, ad un anno dalla scadenza fissata per raggiungere l'obiettivo dell'Accesso Universale alle Cure contro l'AIDS, e nonostante la Commissione su Macroeconomia e Salute dell'OMS abbia raccomandato da tempo di destinare lo 0,1% dell'APS (aiuto pubblico per lo sviluppo) al raggiungimento della salute globale, i livelli di finanziamento del settore sanitario sono ancora insufficienti, come dimostrato da numerosi rapporti. Nel 2007 mancavano 8,1 miliardi di dollari per assicurare l'Accesso Universale alle cure contro l'AIDS, 10 miliardi di dollari per garantire la salute delle mamme e dei bambini nei paesi ad alto tasso di mortalità materno-infantile e il fabbisogno per l'intera agenda connessa alla salute globale veniva stimato in 38 miliardi di dollari²⁵. Si stima che il Fondo Globale per la Lotta contro l'AIDS, la Tubercolosi e la Malaria debba far fronte ad un gap di circa 5 miliardi di dollari nei prossimi due anni²⁶. Relativamente alla salute materno infantile, si stima che siano appunto necessari dieci miliardi di dollari all'anno per i prossimi dieci anni per raggiungere tutti i bambini e il 75% delle madri ed i neonati nei 68 paesi più colpiti dalla mortalità materno-infantile, con interventi volti alla tutela della salute infantile e con la gamma completa di interventi efficaci durante la gravidanza, il parto e dopo il parto.

Oltre ad essere pochi, gli aiuti rivolti alla salute globale sono anche imprevedibili, frammentati, di bassa qualità: ad esempio alcuni donatori, e in particolar modo l'Italia, fanno ancora troppo ricorso all'aiuto legato alla fornitura di beni o servizi di imprese italiane e questo danneggia la produzione e non favorisce lo sviluppo di capacità locali. In questa ottica, l'Italia –anche in ambito G8– è chiamata ad un duplice impegno: quello di impostare un sistema di *accountability* efficace degli impegni finanziari già assunti e quello di mobilitare risorse aggiuntive ponderandone l'utilizzo per raggiungere il maggiore impatto.

Sul tema dell'*accountability*, l'Italia dovrebbe garantire la continuità del G8 2009 con il cammino iniziato dalla Presidenza giapponese con l'adozione da parte del G8 di Hokkaido del *Toyako Framework for Action on Global Health*, e della sua annessa matrice su cui si riportano gli impegni finanziari dei paesi G8 a sostegno della salute globale a partire dal 2000. Questa matrice dovrebbe essere resa più chiara ed uniforme per permettere una maggiore e più stabile tracciabilità delle risorse che i paesi G8 hanno stanziato e stanzeranno per la lotta alle pandemie, alla mortalità materna ed infantile e il rafforzamento dei sistemi sanitari: ad oggi, la matrice non contiene indicatori comuni che possano permettere comparazioni, né indicazioni rispetto al gap finanziario tra i contributi dei donatori e i bisogni dei paesi in via di sviluppo. Inoltre, il contributo dato dai donatori sotto forma di sostegno generale e settoriale al bilancio è difficile da rendicontare. In questo senso, una maggiore collaborazione con l'OCSE è auspicabile affinché queste matrici abbiano un set di indicatori di progresso riconducibili a quelli stabiliti dal processo di sull'efficacia degli aiuti di Roma-Parigi-Accra e che facciano riferimento ai criteri di *ownership, alignment, harmonisation, managing for results and mutual accountability*.

Sul secondo tema, particolarmente cruciale, nel 2007 i paesi G8 hanno promesso di destinare 60 miliardi di dollari per la lotta all'AIDS, tubercolosi e malaria e per il rafforzamento dei sistemi sanitari negli anni a venire, oltre che lo stanziamento di 1,8 miliardi di dollari necessari per realizzare l'accesso universale alla terapia HIV pediatrica entro il 2010 e di 1,5 miliardi di dollari necessari per realizzare l'accesso universale ai servizi di prevenzione del contagio madre-figlio entro il 2010. A Toyako questi stessi paesi hanno reiterato la promessa e hanno fissato un tempo di versamento di questi contributi di 5 anni. Tuttavia, l'impiego di questi fondi è stato "diluito" verso la "lotta alle malattie infettive ed al rafforzamento della salute". Così formulato, l'impegno è ritenuto inadeguato dalla società civile.

In questo quadro, l'Italia è chiamata in primo luogo a rispettare gli impegni finanziari già assunti, in particolare come paese donatore del Fondo Globale per la Lotta contro l'AIDS, la Tubercolosi e la Malaria,

traendo dai fondi da ripartire del Ministero dell'Economia e delle Finanze l'ammontare necessario per saldare, entro giugno 2009 almeno i 130 milioni di dollari promessi per il 2009. Per i prossimi anni, deve essere predisposto uno strumento legislativo ad hoc che renda certo e prevedibile l'impegno che l'Italia ha preso, di versare 2,5 miliardi di dollari - 500 milioni/anno per 5 anni - come promesso dal Presidente del Consiglio allo scorso Vertice di Toyako - per la lotta alle malattie infettive ed il rafforzamento della salute nei prossimi in dieci.

Un altro tema cruciale ha a che fare con lo sviluppo di strumenti di finanza innovativa volti al finanziamento dei sistemi sanitari globali o allo sviluppo di strumenti per incentivare lo sviluppo, la ricerca e la distribuzione di nuovi farmaci. In entrambi i temi il nostro paese ha già dimostrato in passato la volontà di lavorare su questo tema, da un lato con l'adesione all'*International Health Partnership* e alla *Task-force* sul Finanziamento Innovativo dei Sistemi Sanitari, istituita al Summit ONU sugli Obiettivi di Sviluppo del Millennio del settembre 2008²⁷, e, dall'altro, con la partecipazione a meccanismi di finanziamento per la ricerca e lo sviluppo di nuovi farmaci, come gli *Advance Market Commitments* - (AMCs) o l'*International Finance Facility for Immunisation* (IFF-Im).

In questa ottica, chiediamo al nostro paese di impegnarsi affinché questi strumenti di finanza innovativa siano progettati in base a criteri di efficienza e di trasparenza. Il primo AMC, lanciato nel 2005 contro lo pneumococco - malattia diffusa nel Sud, ma anche nel Nord del Mondo - non ha risposto a questi requisiti. In termini di efficienza infatti il primo AMC non ha dato incentivi allo sviluppo di un nuovo vaccino contro lo pneumococco, ma ha sussidiato le due grandi multinazionali farmaceutiche che stavano già sviluppando questo tipo di vaccino, perchè ne producessero una quantità sufficiente ad essere diffusa - tramite la *Global Alliance for Vaccines and Immunisations* - GAVI - a prezzi sussidiati nei 62 paesi del Sud del Mondo che GAVI ha giudicato eleggibili²⁸. La proprietà intellettuale del vaccino è rimasta completamente nelle mani della compagnia che lo sviluppa, e che come tale decide di darne la concessione a GAVI per la vendita ad un prezzo calmierato unicamente ai 62 paesi eleggibili da GAVI. Gli altri paesi devono pagare un prezzo più alto e questo crea discriminazioni nell'accesso a questo farmaco. L'AMC non è neanche particolarmente trasparente, sui costi sostenuti e sulla governance, che non rappresenta i paesi in via di sviluppo. Nella valutazione del primo AMC non si sono riuscite ad avere informazioni sui costi totali sostenuti dalle compagnie per lo sviluppo del vaccino, e quindi non è stato possibile fare paragoni con i costi che si potevano sostenere facendo sviluppare il vaccino ad altre case farmaceutiche.

Forti delle lezioni apprese con il primo AMC, crediamo che i prossimi accordi debbano essere improntati a una maggior efficienza e trasparenza di informazioni rispetto ai costi della ricerca, allo sviluppo di capacità nei paesi in via di sviluppo, e che i risultati conducano allo sviluppo di medicine a prezzi accessibili.

Infine, chiediamo che i meccanismi di finanza innovativa siano volti a generare risorse finanziarie stabili, prevedibili, di qualità²⁹, che si aggiungano all'aiuto pubblico allo sviluppo tradizionale e non lo sostituiscano. Crediamo, infatti, che per l'Italia sostenere la finanza innovativa non possa in alcun caso diventare un modo per non rispettare i propri impegni in tema di APS: solo investendo risorse innovative e risorse tradizionali gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio sulla salute possono essere raggiunti³⁰.

Per garantire che la quantità e la qualità dell'aiuto pubblico investito nella salute globale aumenti e migliori, l'Italia deve impegnarsi e deve stimolare i paesi G8 a:

- **assicurare l'eliminazione totale del sistema degli aiuti legati, nonché l'indispensabile coinvolgimento delle comunità e realtà locali per garantire il maggior impatto possibile agli interventi previsti per i prossimi anni.**
- **stabilire una chiara tabella di marcia volta al rispetto degli impegni sull'aiuto pubblico allo sviluppo presi in sede europea e internazionale, rispettando l'impegno di destinare lo 0,7% del proprio PIL in aiuto pubblico allo sviluppo, di cui il 20% al finanziamento dell'accesso alla salute e all'istruzione;**
- **rispettare gli impegni finanziari già assunti, in particolare come paese donatore del Fondo Globale per la Lotta contro l'AIDS, la Tuberculosis e la Malaria, traendo dai fondi da ripartire del Ministero dell'Economia e delle Finanze l'ammontare necessario per saldare, entro giugno 2009, i 130 milioni di euro promessi per il 2009;**
- **versare, come promesso al Summit G8 di Toyako, 2,5 miliardi di dollari in 5 anni per la lotta alle malattie infettive ed il rafforzamento dei sistemi sanitari, con particolare attenzione ai servizi per la salute sessuale, riproduttiva, materna e infantile, incluse le *reproductive supplies*, come parte dei 60 miliardi di dollari in 5 anni promessi complessivamente dal G8;**
- **adoperarsi affinché il G8 mantenga gli impegni presi a Heiligendamm nel 2007, versando entro il 2010 gli 1,8 miliardi di dollari per la cura dei bambini affetti da HIV e gli 1,5 miliardi di dollari per la cura contro la trasmissione del virus da madre a figlio;**
- **incrementare il proprio sostegno finanziario al Fondo Globale per il triennio 2011-2013 e individuare strumenti legislativi adeguati per garantire il carattere prevedibile, continuativo e addizionale dei finanziamenti destinati a tale Fondo;**

- proseguire il lavoro sull'*accountability* per la salute globale promosso dalla Presidenza giapponese con il Toyako Framework for Action on Global Health;
- promuovere una miglior attuazione e un ulteriore sviluppo dei meccanismi di finanza innovativa volti alla ricerca e allo sviluppo di cure e trattamenti innovativi, quali l'Advance Market Commitments, e al rafforzamento dei sistemi sanitari, anche nel quadro dei lavori della High Level Taskforce on Innovative Health Financing, assicurandosi che rispettino i principi di efficienza, trasparenza ed efficacia dell'aiuto e che generino risorse addizionali e non sostitutive rispetto all'aiuto pubblico allo sviluppo che il Governo italiano ha promesso ed è chiamato a versare;
- lavorare per facilitare maggiore trasparenza, coordinamento, allineamento alle priorità nazionali e prevedibilità degli aiuti volti al finanziamento della salute globale, attraverso meccanismi come l'International Health Partnership and related initiatives (IHP+), e recuperando il ruolo di leadership istituzionale e di expertise tecnica dell'OMS, come istituzione qualificata a livello tecnico e politico in ambito sanitario.

Paper redatto dalla Coalizione Italiana Lotta alla Povertà con contributi di:

ActionAid Italia

AIDOS

AMREF

Azione per la salute globale Italia

CESTAS

Osservatorio Italiano sull'Azione Globale contro l'AIDS

Oxfam International e Ucodep

The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health

Save the Children Italia

World Vision Italia

¹ Azione per la salute globale, *Innovative Financing mechanisms – lessons learnt from the Health Sector*, Position paper 2, settembre 2008.

² Nella dichiarazione di Alma Ata del 1978 il diritto alla salute è definito come il diritto ad un equo accesso alle cure di base, senza discriminazione di razza, sesso o altro; il diritto al cibo, all'acqua, alla casa, ad un ambiente salubre; il diritto all'istruzione e all'accesso ad informazioni sulla salute, comprese le informazioni sulla salute sessuale e riproduttiva e sulla pianificazione familiare; il diritto all'accesso ai farmaci di base, che implica la ricerca, lo sviluppo e la commercializzazione di farmaci che siano efficaci ed accessibili. Il Diritto alla Salute è tutelato dall'art. 25 della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo (UDHR), dall'art. 12 del Patto Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali (ICESCR), dagli artt. 11 e 12

della Convenzione sull'Eliminazione di ogni forma di Discriminazione Contro le Donne (CEDAW) e dagli articoli 6 e 24 della Convenzione sui Diritti dei Minori (CRC). I diritti riproduttivi sono stati riconosciuti ed adottati dai Piani d'Azione della Conferenza Internazionale su Popolazione e Sviluppo del Cairo (1994) e da quelli della Conferenza Mondiale delle Nazioni Unite sulle Donne di Pechino (1995). La conferenza di Pechino ha riconosciuto anche il diritto alla salute sessuale e riproduttiva.

³ Circa 4,8 milioni di questi bambini muoiono in Africa Sub Sahariana. In Italia, il tasso di mortalità è pari ad 1 bambino al di sotto dei 5 anni per 1.000 nati vivi; in Africa Sub Sahariana, per 1.000 bambini nati vivi circa 160 muoiono prima di aver compiuto i 5 anni di età.

⁴ Stima elaborata dall'iniziativa Countdown to 2015 for Maternal Newborn and Child Health - cfr. nota 10.

⁵ Stima tratta da World Vision International, *Who's counting*, Policy brief, gennaio 2009.

⁶ A cura di Daniela Colombo, *Donne vite da salvare. Atti della conferenza internazionale "Diritti e salute sessuale e riproduttiva nei paesi in via di sviluppo: problemi, soluzioni, risorse"* Roma, 24-26 novembre 2004, AIDOS 2006.

⁷ Dati tratti da WHO, *World Malaria Report 2008*.

⁸ Statistiche reperibili sul sito www.unicef.it

⁹ Questo approccio è essenziale, tra l'altro, per affrontare efficacemente i problemi dei pazienti "complessi", come ad esempio le persone con HIV/AIDS che rischiano di contrarre la tubercolosi e che dovrebbero, per questo, poter aver accesso a specifici e regolari trattamenti di prevenzione, trattamento e cura.

¹⁰ Ci si riferisce in particolare al pacchetto di interventi identificato dall'iniziativa *Countdown to 2015 for Maternal, Newborn and Child Survival*. Il pacchetto di 20 interventi comprende l'assistenza specifica durante il parto, le cure ostetriche d'emergenza, il supporto all'allattamento, le iniezioni, gli antibiotici, le vitamine e potrebbe salvare 6 milioni di bambini ogni anno ad un prezzo di 25 dollari per bambino o di 1,62 dollari a persona nei 60 paesi prioritari. Cfr *The Countdown to 2015 - Tracking Progress in Maternal, Newborn and Child Survival: The 2008 Report*"

¹¹ World Vision International, *op cit.*

¹² Rapporto 2008 UNFPA.

¹³ The Alan Guttmacher Institute. *The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health*. Issues in Brief. 2004 Series. No.4., New York: The Alan Guttmacher Institute.

¹⁴ Per approfondimenti vedi: *Blind Optimism. Challenging the myths about private health care in poor countries*, Briefing Paper nr 125, Oxfam International February 2009 (ed. Italiana: Cieca Fiducia. L'assistenza sanitaria privata nei paesi più poveri: miti e realtà).

¹⁵ In Uganda la percentuale di persone che vivono entro 5 km di distanza da un ospedale è aumentata dal 49 al 72% in soli cinque anni. In soli tre anni, il governo di Timor Est ha aumentato la presenza di esperti delle nascite dal 26% al 41 % (rif. Oxfam International, *op.cit.*)

¹⁶ Vedi Oxfam International, *op. cit.*

¹⁷ In Cina, dopo cinque anni dell'entrata del settore privato nella gestione dei servizi sanitari, l'attività poco redditizia di somministrazione di vaccini ha subito un dimezzamento, con un aumento dei casi di tubercolosi, morbillo e poliomelite (rif. Oxfam International, *op.cit.*)

¹⁸ In Lesotho ad esempio, solo il 37% delle malattie sessualmente trasmissibili sono state trattate correttamente dal settore privato a fronte del 96% di quelle trattate da piccole strutture sanitarie pubbliche (riferimento Oxfam International, *op.cit.*).

¹⁹ Report of the Global Health Workforce Alliance, *Task Force for scaling up Education and Training for Health Workers, Scaling Up, Saving Lives* (2008).

²⁰ *Health Workers for All and All for Health Workers. An Agenda for Global Action*, WHO Global Health Workforce Alliance, marzo 2008. Il Piano di azione globale per il personale sanitario è stato adottato al primo Forum globale sul personale sanitario tenutosi a Kampala

²¹ African Union, *Africa Health Strategy: 2007-15*, 2007.

²² The Alan Guttmacher Institute, *op. cit.*

²³ Si fa riferimento alla definizione adottata nel rapporto OMS *The use of essential drugs* del 2005.

²⁴ WHO, *Globalization and access to drugs: perspectives on WTO/TRIPS Agreement*, Geneva 1999.

²⁵ Dati tratti dal *WHO World Malaria Report 2008*.

²⁶ Per approfondimenti vedi *"Updated Demand Estimate 2008-2010*,

www.theglobalfund.org/documents/replenishment/caceres/Updated_Demand_Estimate_March2009.pdf

²⁷ Il Ministro delle Finanze Giulio Tremonti è tra gli 8 membri della Taskforce.

²⁸ Per maggiori approfondimenti vedi: *Ending the R&D Crisis in Public Health: Promoting pro-poor medical innovation*, Oxfam International Briefing Paper n°122, November 2008 – www.oxfam.org

²⁹ Con la definizione "aiuti di qualità" intendiamo quelli che rispettano i principi sull'Efficacia dell'Aiuto sottoscritti a Parigi nel 2005 e ribaditi ad Accra nel 2008

³⁰ Per approfondire vedi Azione per la Salute Globale, *Un aiuto in salute. Perché l'Europa deve erogare più fondi e spenderli con più efficacia per raggiungere gli Obiettivi di sviluppo del Millennio per la salute*, giugno 2008.