



SALUTE GLOBALE NELL'AGENDA G7

LE PROPOSTE DELLA SOCIETÀ CIVILE

INTRODUZIONE

Le conseguenze della crisi economica che affligge la popolazione globale da più di un decennio sono aggravate dalle risposte, spesso insufficienti e non efficaci, adottate fino ad ora dalla comunità internazionale e dai singoli stati: in questo contesto, la responsabilità politica dei leader dei Paesi del G7 è oggi più forte che mai. Nonostante i progressi raggiunti sul fronte della lotta alla povertà, ancora oggi una persona su dieci nel mondo vive in situazione di povertà estrema¹ e il crescente divario tra ricchi e poveri è indice di una disuguaglianza economica che all'interno di ciascun Paese si va sempre più acuendo. La concentrazione delle risorse economiche si accompagna alla concentrazione del potere politico che esclude i soggetti più vulnerabili, e quindi più bisognosi del cambiamento, dalla possibilità di assumere decisioni e intraprendere azioni per migliorare la loro condizione accentuando così le tensioni e le ingiustizie, aumentando la polarizzazione e i conflitti, e incrementando la pressione alle frontiere e i flussi migratori.

I governi dei Paesi G7 hanno ora un'opportunità unica di assumere la leadership di questo processo di cambiamento interpretando il bisogno globale di una transizione verso un mondo più equo e sostenibile.

Come la cooperazione italiana ha sempre sottolineato, la salute è un fattore chiave dello sviluppo umano necessario per il progresso anche in altri ambiti correlati (come, ad esempio, educazione e lavoro). La salute è infatti un rilevatore drammatico e precoce dell'andamento di altri indicatori di sviluppo e l'equità nell'accesso alla salute mostra la qualità e l'estensione dei diritti attribuiti agli individui di una società. Se da un lato i determinanti socio-economici (genere, livello di istruzione, reddito, occupazione, ambiente di lavoro e di vita e qualità dei servizi socio-sanitari) influenzano fortemente la salute degli individui e delle comunità, dall'altro, in un drammatico circolo vizioso, laddove non è assicurato lo stato di benessere fisico, psichico e sociale, la partecipazione allo sviluppo socio-economico di una comunità è fortemente compromessa.

Sebbene nell'ultimo ventennio la salute globale abbia conosciuto significativi livelli di avanzamento, grazie agli sforzi della comunità internazionale per il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio e alla crescita economica di molti Paesi che ha portato al miglioramento nell'accesso ai servizi sanitari, a programmi di prevenzione, trattamento e cura e all'aumento dell'aspettativa di vita, permangono e addirittura si rafforzano differenze inaccettabili non solo tra i Paesi industrializzati e quelli cosiddetti in via di sviluppo, ma anche all'interno degli stessi (inclusi molti Paesi europei). Ancora oggi 400 milioni di persone non ricevono le cure sanitarie di cui avrebbero bisogno né hanno accesso alle medicine di base². Inoltre si stima che il dover far fronte ad una spesa improvvisa per cure sanitarie riduca ogni anno cento milioni di persone in stato di povertà³.

Nel quadro dell'Agenda per lo Sviluppo Sostenibile, i Governi hanno assunto importanti impegni anche in tema di salute⁴. Gli obiettivi da raggiungere entro il 2030 rappresentano un punto di partenza verso il necessario processo di cambiamento, ma devono essere trasformati in iniziative concrete, finanziati con risorse aggiuntive e infine monitorati per assicurarne l'efficacia e la trasparenza.

Questo breve rapporto analizza le principali sfide da affrontare in tema di salute globale: la lotta alle epidemie, il rafforzamento dei sistemi sanitari pubblici, la violenza di genere, la tutela della salute sessuale e riproduttiva e della salute materna e infantile e, infine, la malnutrizione in tutte le sue forme. Dà inoltre conto di strategie che possono contribuire efficacemente al raggiungimento di adeguati livelli di salute globale, come ad esempio un maggior coinvolgimento degli enti locali in virtù del loro ruolo di attori istituzionali più prossimi alle comunità. Allo stesso tempo evidenzia alcune tendenze degli ultimi anni,

come la privatizzazione dei servizi sanitari, che potrebbero aggravare il quadro complessivo invece che migliorarlo.

Il rapporto dà infine conto dell'impegno del Governo italiano in ambito di cooperazione sanitaria, auspicando che in futuro possa esserci un aumento delle risorse in questo settore di cruciale importanza, una minore frammentazione nell'erogazione degli aiuti e una maggiore trasparenza.

Per ciascuno degli ambiti analizzati il rapporto, nelle sue conclusioni, indirizza al Governo italiano delle raccomandazioni puntali al fine di assicurare un miglioramento in termini quantitativi e qualitativi dell'Aiuto Pubblico allo Sviluppo destinato a programmi di cooperazione sanitaria, un'azione orientata ad una sempre maggiore estensione dell'accessibilità delle cure a livello globale, una maggiore focalizzazione degli interventi sulle questioni di genere in ambito sanitario, ed anche un'attenzione al tema della nutrizione quale prerequisito per adeguati livelli di salute globale.

Il Summit G7 che si terrà a Taormina nel maggio 2017, rappresenta per il Governo italiano un'occasione importante per porre al centro del dibattito molte delle sfide da affrontare in termini di salute globale e adottare iniziative concrete. La Presidenza italiana può portare all'attenzione degli altri Paesi la sua esperienza di sistema sanitario "universalistico", affermando quel principio di equità che è presente nella Costituzione, e al tempo stesso lavorare al rafforzamento ed incremento del suo impegno e di quello degli altri governi G7.

LISTA DELLE ABBREVIAZIONI

AIDS	Acquired Immuno-Deficiency Syndrome
AMC	Advanced Market Commitment
AMR	Antimicrobial resistance
APS	Aiuto Pubblico allo Sviluppo
Arv	Anti-retrovirali
CFS	Committee on World Food Security
CRS	Common Reporting Standards
DAC	Development Assistance Committee
DGCS	Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo
EFSA	European Food Security Agency
FAO	Food and Agriculture Organization
Gavi	Global alliance for vaccine immunization
GPEI	Global Polio Eradication Initiative
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HRC	Human Rights Council
IATI	International Aid Transparency Initiative
IFAD	Fund for Agricultural Development
IFC	International Finance Corporation
IFFIm	International Finance Facility for Immunization
LGBTQ	Lesbiche, Gay, Bisessuali, Transgender e Queer
MAECI	Ministero degli Affari Esteri e Cooperazione Internazionale
MDGs	Millennium Development Goals
MFP	Matrimoni Forzati e Precoci
MGF	Mutilazioni Genitali Femminili
MPP	Medicines Patent Pool
N4G	Nutrition for Growth
NTDs	Neglected Tropical Diseases
OCSE/OECD	Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico/ Organisation for Economic Cooperation and Development
OIM	Organizzazione Internazionale per le Migrazioni
OMS/ WHO	Organizzazione Mondiale della Sanità/ World Health Organization
ONG	Organizzazione Non Governativa
PPP	Partenariato pubblico-privato
RMNCH	Reproductive, maternal, newborn and child health
RNL	Reddito Nazionale Lordo
SDGs	Sustainable Development Goals
SSR	Salute sessuale e riproduttiva
SUN	Scaling Up Nutrition Movement
TBC	Tubercolosi
UHC	Universal Health Coverage
UNAIDS	Joint United Nations Program on HIV/AIDS
UNFPA	United Nations Population Fund
UNGA	United Nations General Assembly
WFP	World Food Program

INDICE

1. L'agenda salute negli ultimi G7. Una panoramica sui risultati raggiunti e gli impegni disattesi	8
2. Lotta contro le epidemie e rafforzamento dei sistemi sanitari	22
3. Violenza di genere e salute sessuale e riproduttiva	26
4. La salute materna e infantile	28
5. Lotta alla malnutrizione in tutte le sue forme	29
6. Avvicinare i servizi alle comunità: il ruolo degli enti locali	32
7. I rischi di privatizzazione della salute	34
Approfondimento: qualche dato sull'aiuto pubblico allo sviluppo in salute	36
Raccomandazioni	42

1. L'AGENDA SALUTE NEGLI ULTIMI G7. UNA PANORAMICA SUI RISULTATI RAGGIUNTI E GLI IMPEGNI DISATTESI.

PRINCIPALI IMPEGNI PRESI AI VERTICI G7-G8 SUL TEMA SALUTE						
	L'AQUILA 2009	MUSKOKA 2010	DEAUVILLE 2011	CAMP DAVID 2012	LOUGH ERNE 2013	BRUXELLES 2014
RAFFORZAMENTO SISTEMI SANITARI	<p>Confermare gli impegni già assunti, incluso l'investimento di 60 miliardi di dollari per combattere le malattie infettive e rafforzare i sistemi sanitari entro il 2012.</p> <p>Intervenire sulla scarsità di personale sanitario specializzato nei cosiddetti Paesi in via di sviluppo.</p>	<p>Accrescere il numero di personale medico formato e avviare una rete dedicata all'innovazione sanitaria.</p> <p>Promuovere il rafforzamento dei sistemi sanitari come strumento per il miglioramento della salute materna, infantile e del neonato.</p>				<p>Rispondere all'emergenza Ebola, sostenendo la <i>Global Health Security Agenda</i>, e collaborare con i Paesi affinché siano conformi ai Requisiti Sanitari Internazionali (IHR) previsti dall'OMS.</p> <p>Lavorare alla prevenzione, individuazione e monitoraggio di eventuali focolai epidemici.</p>

SCHLOSS ELMAU 2015	ISE-SHIMA 2016	QUALI RISULTATI RAGGIUNTI?
<p>Assistere in cinque anni, almeno 60 Paesi, tra cui quelli dell'Africa occidentale, con l'obiettivo di sviluppare le competenze di ciascun paese e le partnership già esistenti.</p> <p>Creare sistemi di supporto sanitario adeguati per i migranti e rifugiati, risolvendo le carenze attuali.</p>	<p>Rafforzare i meccanismi di risposta alle emergenze sanitarie.</p> <p>Offrire assistenza concreta e supporto a 76 Paesi e regioni, affinché siano conformi ai Requisiti Sanitari Internazionali, previsti dall'OMS.</p> <p>Rafforzare i sistemi sanitari, supportando iniziative quali la Roadmap <i>Healthy Systems, Healthy Lives</i>.</p> <p>Fornire servizi per proteggere e migliorare la salute degli individui lungo l'intero arco della vita.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Nonostante alcuni progressi, gli incrementi nel numero della forza lavoro nel settore sanitario rimangono ancora insufficienti. Secondo i dati dell'OMS il numero di Paesi con una densità di risorse umane per la salute inferiore al 2,3% è aumentata da 57 a 83 Paesi, mostrando un deficit di personale specializzato di circa 18 milioni di persone, nei Paesi a basso e medio reddito⁵. Una delle sfide attualmente più rilevanti rimane il rispetto dei Requisiti Sanitari Internazionali previsti dall'OMS. Ben 84 dei 196 stati membri dell'OMS hanno richiesto ed ottenuto un prolungamento dei termini fino alla fine del 2016, per essere in linea con i requisiti fondamentali previsti dal regolamento. Esistono ancora, dunque, considerevoli deficienze nelle capacità di prontezza, monitoraggio e risposta alle emergenze sanitarie⁶. Va accolta come un segnale positivo l'approvazione della roadmap Health Systems – Healthy Lives, in quanto punto di partenza fondamentale per la promozione di un'azione coordinata ed unificata per il rafforzamento dei sistemi sanitari⁷. Per il monitoraggio dell'impegno riguardante il rafforzamento dei sistemi sanitari preoccupa la mancanza di linee guida condivise per misurare il supporto dei Paesi G7 al perseguimento di tale obiettivo⁸.

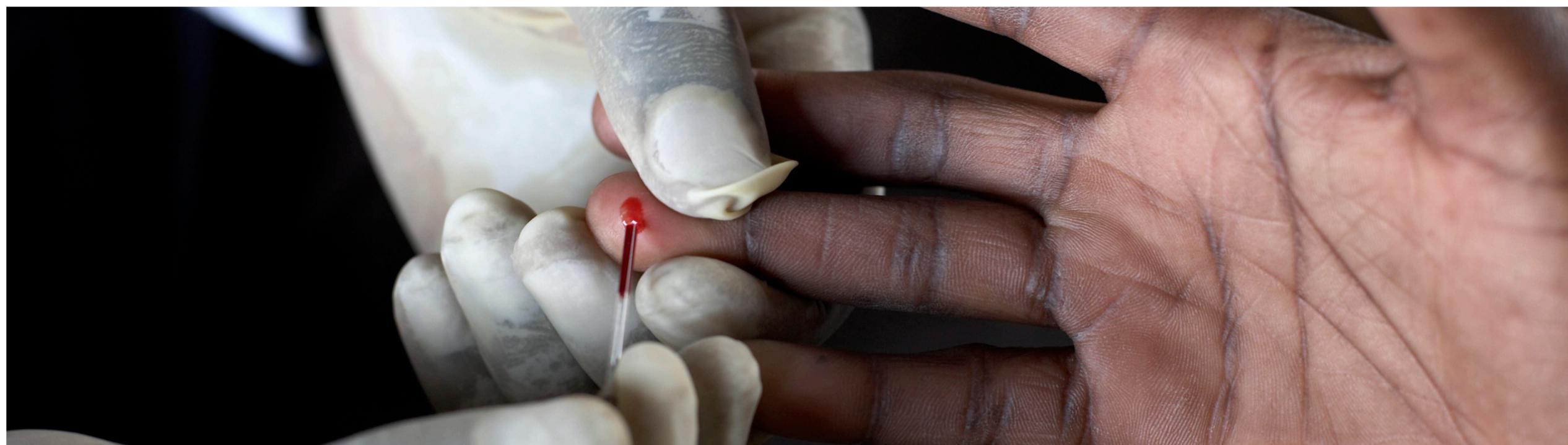


Foto: Andy Hall

PRINCIPALI IMPEGNI PRESI AI VERTICI G7-G8 SUL TEMA SALUTE						
	L'AQUILA 2009	MUSKOKA 2010	DEAUVILLE 2011	CAMP DAVID 2012	LOUGH ERNE 2013	BRUXELLES 2014
LOTTA CONTRO AIDS, TBC E MALARIA	<p>Mettere in atto ulteriori sforzi per l'accesso universale alle cure contro l'HIV/AIDS entro il 2010, con particolare enfasi sui servizi di prevenzione e integrazione per HIV/TBC.</p> <p>Contrastare ogni forma di stigma, discriminazione e violazione dei diritti umani; sostegno alla promozione dei diritti delle persone con disabilità e all'eliminazione delle restrizioni ai viaggi per le persone sieropositive.</p>	<p>Avvicinarsi il più possibile all'accesso universale alla prevenzione e ai trattamenti per la cura dell'HIV/AIDS.</p> <p>Sostenere gli sforzi dei Paesi per raggiungere questo obiettivo, garantendo il successo della terza conferenza volontaria di rifinanziamento del Fondo Globale per la Lotta contro AIDS, TBC e malaria di ottobre 2010</p>	<p>Continuare a sostenere il Fondo Globale per la Lotta contro l'AIDS, la TBC e la Malaria.</p> <p>Sostenere l'iniziativa del Patent Pool lanciata da Unitaid, al fine di facilitare la produzione di farmaci generici a prezzi accessibili.</p>			<p>Continuare a impegnarsi per una generazione libera dall'AIDS e a favore del Fondo Globale per la Lotta contro l'AIDS, la TBC e la Malaria, allo scopo di ridurre l'onere che queste tre gravi malattie infettive hanno sui paesi e sulle regioni eleggibili per il Fondo.</p>

SCHLOSS ELMAU 2015	ISE-SHIMA 2016	QUALI RISULTATI RAGGIUNTI?
<p>Sostenere in pieno il Fondo Globale per la Lotta contro l'AIDS, la TBC e la Malaria, in vista del suo rifinanziamento nel 2016.</p>	<p>Porre fine a AIDS, TBC e malaria, operando in partenariato con il Fondo Globale e altri. A tal fine, sostenere in pieno il 5° processo di rifinanziamento del Fondo Globale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La somministrazione di terapie antiretrovirali per il trattamento dell'HIV ha raggiunto una copertura globale del 46%. Il fattore principale che ha determinato la riduzione di decessi correlati all'AIDS, passati da 1,5 milioni nel 2010 a 1,1 milioni nel 2015 (-26%), è stato proprio il maggiore accesso ai trattamenti. Rilevanti sono stati i miglioramenti nelle aree del mondo con più casi di HIV/AIDS, specie nel Sud e nell'Est dell'Africa, dove la copertura è aumentata dal 24% nel 2010 al 54% nel 2015, raggiungendo un totale di 10,3 milioni di persone. Tuttavia, l'ignoranza e i pregiudizi continuano a gravare sul bilancio complessivo, all'inizio del 2016 erano 72 i Paesi con leggi, che, specificatamente, consentono atteggiamenti discriminatori nei confronti delle persone HIV-positive⁹. Ulteriore fattore di criticità è dato dall'alta percentuale (54%) di persone HIV-positive che non conoscono il proprio stato¹⁰. Le infezioni che colpiscono gli adulti non diminuiscono da cinque anni e in alcune regioni sono in aumento¹¹. • Il tasso di incidenza della malaria è diminuito del 21% globalmente e nella regione africana¹². Nello stesso periodo il tasso di mortalità è sceso del 29% globalmente e del 31% nella regione africana¹³. Il 74,6% delle zanzariere impregnate di insetticida a lunga durata è stato distribuito dal Fondo Globale grazie al sostegno dei Paesi G7¹⁴. • Il numero di decessi causati dalla TBC è sceso da 1.8 milioni nel 2000 a 1.4 milioni nel 2015, tuttavia, il tasso di incidenza è diminuito soltanto dell'1,5% fra il 2014 e il 2015, anno in cui la TBC ha causato più morti dell'HIV. Fra il 2004 e il 2013 il 72% del finanziamento dei donatori internazionali per la lotta contro la TBC è stato canalizzato attraverso il Fondo Globale¹⁵. • I finanziamenti dei Paesi G7 al Fondo Globale tra il 2006 e il 2015 sono aumentati del 72%¹⁶. Alla quinta conferenza di rifinanziamento del Fondo Globale svoltasi a settembre 2016, i Paesi donatori G7 si sono impegnati a versare 9.2 miliardi di dollari, su un totale di 12.9 miliardi di dollari impegnati complessivamente per il triennio 2017-2019¹⁷. Il Fondo Globale aveva chiesto ai donatori di investire almeno 13 miliardi di dollari¹⁸. • A cinque anni dal suo lancio, l'iniziativa del <i>Patent Pool</i> ha permesso la firma di licenze relative a 12 farmaci antiretrovirali primari con sei proprietari di brevetti e di 59 sub-licenze con 14 produttori di farmaci generici. Sono stati forniti oltre sei milioni di farmaci antiretrovirali raccomandati dall'OMS su base paziente-anno in 117 Paesi. Grazie ai prezzi più bassi della terapia, la comunità internazionale ha potuto beneficiare di un risparmio di 79 milioni di dollari, equivalenti al trattamento di 625.000 persone in un anno¹⁹.



Foto: Geoff Sayer



Foto: Eva-Lotta Jansson

PRINCIPALI IMPEGNI PRESI AI VERTICI G7-G8 SUL TEMA SALUTE				
	L'AQUILA 2009	MUSKOKA 2010	DEAUVILLE 2011	CAMP DAVID 2012
POLIOMIELITE	Completare il processo di eradicazione della poliomielite.	Riconfermare la lotta per un mondo liberato dalla poliomielite.	Rinnovare l'impegno supportando la <i>Global Polio Eradication Initiative</i> .	

	L'AQUILA 2009	MUSKOKA 2010	DEAUVILLE 2011	CAMP DAVID 2012
MALATTIE TROPICALI DIMENTICATE	Combattere la diffusione delle malattie tropicali dimenticate attraverso un approccio comprensivo ed integrato.	Continuare a supportare il controllo o l'eliminazione delle malattie tropicali dimenticate.		

	L'AQUILA 2009	MUSKOKA 2010	DEAUVILLE 2011	CAMP DAVID 2012
RESISTENZA AGLI ANTIMICROBICI				

	LOUGH ERNE 2013	BRUXELLES 2014	SCHLOSS ELMAU 2015	ISE-SHIMA 2016	QUALI RISULTATI RAGGIUNTI?
				Raggiungere l'obiettivo di eradicazione della poliomielite.	<ul style="list-style-type: none"> Sostanziali successi verso l'eradicazione della poliomielite sono stati raggiunti, ma per la sua completa eradicazione è necessario intervenire in due Paesi in cui rimane ancora endemica: il Pakistan e l'Afghanistan.

	LOUGH ERNE 2013	BRUXELLES 2014	SCHLOSS ELMAU 2015	ISE-SHIMA 2016	QUALI RISULTATI RAGGIUNTI?
			Promuovere ricerca & sviluppo, investendo nella prevenzione e nel controllo, così da raggiungere gli obiettivi di eliminazione previsti per il 2020.	Promuovere ricerca & sviluppo, per tutelare, disseminare e scoprire nuovi rimedi.	<ul style="list-style-type: none"> I progressi nella prevenzione e nella cura delle Malattie Tropicali Dimenticate (<i>Neglected Tropical Disease</i> o NTDs) sono stati trascurabili. I Paesi G8 hanno infatti ottenuto, nel complesso, un punteggio dello +0,11 su una scala da -1 a +1, con i punteggi più bassi registrati da Italia, Giappone, Regno Unito e Stati Uniti²⁰.

	LOUGH ERNE 2013	BRUXELLES 2014	SCHLOSS ELMAU 2015	ISE-SHIMA 2016	QUALI RISULTATI RAGGIUNTI?
		Lavorare in stretta cooperazione con l'OMS per sviluppare un <i>Global Action Plan</i> sulla resistenza agli antimicrobici.	Sviluppare e implementare i Piani di Azione nazionali, supportando anche gli altri Paesi nel fare lo stesso. Aderire al <i>One Health Approach</i> (salute umana, animale e ambientale) e promuovere un più prudente utilizzo degli antibiotici.	Rafforzare e implementare attivamente il plurisettoriale <i>One Health Approach</i> . Identificare potenziali nuovi incentivi che promuovano RSS in questo ambito.	<ul style="list-style-type: none"> Tra i Paesi G7 si è verificato un incremento nei livelli di resistenza, dovuti al sovra-utilizzo di medicinali antibiotici e a un controllo improprio delle procedure. Il punteggio cumulativo, riguardo l'implementazione dei piani di azione nazionali, è pari allo 0,75 su una scala da -1 a +1. Particolarmente scarso l'impegno dell'Italia²¹, che presenta uno tra i più alti livelli di resistenza in Europa²².

PRINCIPALI IMPEGNI PRESI AI VERTICI G7-G8 SUL TEMA SALUTE				
	L'AQUILA 2009	MUSKOKA 2010	DEAUVILLE 2011	CAMP DAVID 2012
SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA	<p>Promuovere l'eguaglianza di genere come elemento chiave per l'efficacia dell'aiuto e per la riduzione della povertà. Combattere la disuguaglianza di genere per raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio relativi alla salute.</p>	<p>Prevenire la mortalità materna attraverso un miglior accesso alle cure e ai servizi di SSR, inclusa la pianificazione familiare volontaria.</p> <p>Avviare un'azione su tutti i fattori che hanno un impatto sulla salute delle donne e dei bambini, incluso la disuguaglianza di genere, assicurare i diritti delle donne e bambini, migliorare l'educazione delle donne e delle ragazze.</p> <p>Impegnarsi a promuovere l'integrazione dei servizi relativi all'HIV e alla SSR nel contesto più ampio di rafforzamento dei sistemi sanitari.</p>	<p>Implementare gli impegni presi a Muskoka e sostenere le raccomandazioni della Commissione sull'informazione e l'<i>accountability</i> per la salute di donne e bambini, creata dall'OMS su richiesta del Segretario Generale delle Nazioni Unite²³.</p>	<p>Implementare gli impegni del G8 sulla salute globale, compresa l'iniziativa di Muskoka sulla salute materna, infantile e del neonato.</p> <p>Condannare la violenza contro le donne e le ragazze, inclusa la tratta, e chiederne la fine.</p>

	LOUGH ERNE 2013	BRUXELLES 2014	SCHLOSS ELMAU 2015	ISE-SHIMA 2016	QUALI RISULTATI RAGGIUNTI?
	<p>La violenza sessuale nei conflitti armati rappresenta una delle forme più gravi di violazione o abuso del diritto internazionale umanitario e del diritto internazionale sui diritti umani.</p> <p>Prevenire la violenza sessuale nei conflitti armati intesa come questione dei diritti umani universali e misura volta al mantenimento della sicurezza internazionale, in linea con la risoluzione 1320 del Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite.</p>	<p>Promuovere l'uguaglianza di genere, porre fine a tutte le forme di discriminazione e di violenza contro le donne e le ragazze, ai matrimoni precoci e forzati e promuovere la partecipazione e l'<i>empowerment</i> di tutte le donne e le ragazze.</p> <p>Impegnarsi per la realizzazione dell'iniziativa di Muskoka e adottare l'iniziativa lanciata in occasione del Summit di Toronto "Saving Every Woman, Every Child" per accelerare i progressi in questo tema prioritario a livello globale assicurando la SSR e i diritti riproduttivi, ponendo fine ai matrimoni precoci e forzati e alle mutilazioni dei genitali femminili e altre pratiche dannose.</p>	<p>Continuare il lavoro di promozione dell'uguaglianza di genere e la piena partecipazione e <i>empowerment</i> di tutte le donne e ragazze.</p> <p>Condannare con forza tutte le forme di violenza sessuale nei conflitti.</p> <p>Sostenere il rinnovo della Strategia Globale per la salute delle donne, dei bambini e degli adolescenti e promuovere la creazione della <i>Global Financing Facility</i> a supporto dell'iniziativa "Every Woman, Every Child".</p> <p>Supportare i partner dei cosiddetti Paesi in via di sviluppo e dei Paesi G7 a superare le discriminazioni, le molestie e le violenze sessuali contro le donne.</p>	<p>Impegnarsi ad avviare iniziative concrete, a livello internazionale e nazionale, in linea con le Linee Guida del G7 sul <i>capacity building</i> di donne e ragazze, al fine di raggiungere l'uguaglianza di genere e il rispetto dei diritti umani per donne e ragazze e metterle in condizione di realizzare il loro pieno potenziale²⁴.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Impegno alla rendicontazione delle risorse destinate all'attuazione della politica su RMNCH a partire dal 2014. Sostegno alle risoluzioni di UNGA e della HRC su Matrimoni Forzati e Precoci (MFP) e Mutilazioni dei Genitali Femminili (MGF) tra cui la prima risoluzione sostanziale di HRC del 2015 e ai programmi congiunti avviati per porre fine alle pratiche dannose in più di 25 Paesi in cui è presente almeno una di esse e sostegno alle ragazze già sposate. Adozione di un obiettivo specifico sull'Uguaglianza di genere negli SGD che comprende l'eliminazione delle pratiche dannose; sostegno ai due programmi congiunti UNFPA e UNICEF di cui uno volto ad eliminare le FGM in 17 Paesi. Appena il 50% dei fondi sono stati destinati alla RMNCH, equivalente ad un risultato considerato dai Paesi G7 "moderato" e che richiede quindi ulteriori sforzi. Monitoraggio e rendicontazione dei progressi nazionali riguardo i MFP e le MGF.

PRINCIPALI IMPEGNI PRESI AI VERTICI G7-G8 SUL TEMA SALUTE						
	L'AQUILA 2009	MUSKOKA 2010	DEAUVILLE 2011	CAMP DAVID 2012	LOUGH ERNE 2013	BRUXELLES 2014
SALUTE MATERNA, NEONATALE E INFANTILE	Promuovere la salute materna, neonatale e infantile, così da accelerare i progressi verso il perseguimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio.	<i>Muskoka Initiative</i> : mobilitare 5 miliardi di dollari in cinque anni.	Monitorare e implementare la <i>Global Strategy for Women's and Children's Health</i> . Sostenere l'Alleanza Gavi, soprattutto il suo progetto pilota sui vaccini pneumococci (come ad esempio quelli per la prevenzione di polmonite, meningite e setticemia).			Continuare a sostenere la <i>Muskoka Initiative</i> . Assicurare l'accesso universale ai servizi sanitari e all'educazione, migliorando anche la nutrizione e l'accesso alle misure di immunizzazione.

SCHLOSS ELMAU 2015	ISE-SHIMA 2016	QUALI RISULTATI RAGGIUNTI?
Supportare il rinnovamento della <i>Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health</i> e la costituzione della <i>Global Financing Facility for Every Woman, Every Child</i> .	Rinnovato sostegno a: <i>Global Financing Facility for Every Woman Every Child</i> ; Alleanza Gavi; <i>Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health</i> .	<ul style="list-style-type: none"> • Si stima che, globalmente, il tasso di mortalità neonatale sia diminuito del 53%, passando da una quota di 91 morti per 1000 nascite nel 1990 a 43 nel 2015²⁵. • La mortalità materna è diminuita, da 385 su 100.000 per nascita nel 1990 a 216 su 100.000 nel 2015²⁶. • Secondo l'<i>Ise Shima Progress Report</i>, gli impegni presi nel quadro della <i>Muskoka Initiative</i>, sono stati raggiunti, eccedendo i target originari²⁷. • La <i>Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health</i>, un'iniziativa della <i>Muskoka Initiative</i>, con il supporto delle Nazioni Unite, ha ricevuto più di 40 miliardi di dollari in impegni, coinvolgendo una molteplicità di attori sia pubblici che privati. • A partire dalla sua creazione, nel 2000, con il supporto dei donatori e un forte impegno da parte di ciascun paese, l'Alleanza Gavi è riuscita a rendere possibile la vaccinazione di 440 milioni di bambini, salvando 6 milioni di vite. In occasione del primo <i>replenishment</i> dell'Alleanza Gavi, i Paesi G8, nel 2011, hanno contribuito al rifinanziamento per un totale di 1,8 miliardi di dollari, attraverso contributi diretti e meccanismi di finanziamento innovativi. Nel Gennaio 2015, al secondo <i>replenishment</i> dell'Alleanza, sono stati promessi US\$ 7.5 miliardi in totale e 4,1 miliardi di dollari dai Paesi G7.



Foto: Abbie Trayler-Smith/Panos

PRINCIPALI IMPEGNI PRESI AI VERTICI G7-G8 SUL TEMA SALUTE					
	L'AQUILA 2009	MUSKOKA 2010	DEAUVILLE 2011	CAMP DAVID 2012	LOUGH ERNE 2013
NUTRIZIONE	<p>Supportare la sicurezza alimentare, la nutrizione e l'agricoltura sostenibile affinché rimangano un tema prioritario nell'agenda politica.</p> <p>Lanciare l'iniziativa sulla sicurezza alimentare dell'Aquila, tra cui <i>outcomes</i> principali è inserita la riduzione della malnutrizione.</p> <p>Mobilizzare 22 miliardi di dollari per lo sviluppo dell'agricoltura sostenibile nei successivi 3 anni.</p>	<p>Lancio dell'iniziativa di Muskoka per la salute del neonato e del bambino sotto i cinque anni con un focus sul miglioramento della nutrizione, sulla riduzione del <i>burden of disease</i> e sul rafforzamento dei sistemi sanitari per fornire servizi sanitari integrati e completi a donne e bambini a livello locale.</p> <p>Impegno di 7.3 miliardi di dollari per fondi addizionali 2010-2015.</p>	<p>Supportare il <i>Dauville Accountability Report- G8</i> su salute e sicurezza alimentare e la necessità di raggiungere gli obiettivi prestabiliti.</p> <p>Supportare la coordinazione strategica degli attori operanti nella sicurezza alimentare e nella nutrizione anche attraverso una riforma dell'architettura istituzionale, in particolare la riforma e il rafforzamento di <i>The Committee on World Food Security (CFS)</i></p>		<p>Accelerare gli sforzi per combattere la denutrizione</p> <p>Riaffermare gli impegni tempestivi e appropriati per raggiungere la sicurezza alimentare e nutritiva globale e sostenibile.</p> <p>Lancio del programma "<i>New Alliance for Global Agriculture and Food Security</i>".</p> <p>Supporto al <i>Summit Nutrition for Growth</i>.</p>

BRUXELLES 2014	SCHLOSS ELMAU 2015	ISE-SHIMA 2016	QUALI RISULTATI RAGGIUNTI?
<p>Continuare l'impegno sull'iniziativa di Muskoka e rafforzare l'azione sul tema della nutrizione per migliorare la salute e il benessere di donne e bambini.</p> <p>Forte supporto agli approcci globali per raggiungere sicurezza alimentare e nutritiva.</p> <p>Individuazione della Seconda Conferenza Internazionale sulla nutrizione e dell'Expo di Milano come piattaforme per il dibattito post-2015 su sostenibilità e sicurezza alimentare e nutrizione.</p>	<p>Impegno a salvare 500 milioni di persone dei Paesi cosiddetti in via di sviluppo da fame e malnutrizione entro il 2030.</p> <p>Rafforzare gli sforzi per il supporto alle trasformazioni rurali dinamiche, promozione degli investimenti responsabili e dell'agricoltura sostenibile, salvaguardia della sicurezza alimentare e nutrizione in situazione di crisi e conflitto.</p> <p>Continuare il supporto ad azioni che mirino all'<i>empowerment</i> delle donne, dei piccoli agricoltori e delle famiglie di contadini.</p>	<p>Definizione della visione del G7 su sicurezza alimentare e nutrizione: <i>empowerment</i> delle donne, miglioramento dei livelli di nutrizione attraverso un approccio centrato sulle persone, sostenibilità e resilienza nei sistemi agricoli e alimentari.</p> <p>Riconoscimento del Summit del 2016 <i>Nutrition for Growth</i> ("N4G") come un'importante opportunità di avanzamento nell'agenzia globale sulla nutrizione.</p> <p>Confermare il target di Elmau.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Negli ultimi decenni, il mondo ha compiuto progressi significativi nella lotta alla malnutrizione: il numero di bambini colpiti da malnutrizione cronica si è ridotto di oltre un terzo dal 1990, quando il fenomeno riguardava 255 milioni di bambini, ovvero il 40% dei bambini al mondo. La questione della sicurezza alimentare è stata presente nell'agenda degli ultimi sette G8-7, ma gli impegni economici e politici non sono all'altezza dei bisogni reali. La malnutrizione colpisce un terzo delle persone nel mondo e 159 milioni di bambini sono malnutriti pari al 24% di tutti i bambini e questo avrà un impatto irreversibile sul loro sviluppo fisico ed intellettuale. 2 miliardi di persone hanno accesso ad una alimentazione troppo povera di micronutrienti e questo ha un impatto sulla loro salute e sulla loro produttività e capacità contribuire alla vita economica e sociale del proprio paese. Altri 2 miliardi di persone sono sovrappeso e obese. • Oggi non esiste ancora un piano d'azione per la nutrizione concreto, che comprenda la mobilitazione delle risorse necessarie e la creazione di un meccanismo di <i>accountability</i> per mantenere gli impegni presi al G7.



Foto: Ami Vitale

PRINCIPALI IMPEGNI PRESI AI VERTICI G7-G8 SUL TEMA SALUTE							
	L'AQUILA 2009	MUSKOKA 2010	DEAUVILLE 2011	CAMP DAVID 2012	LOUGH ERNE 2013	BRUXELLES 2014	SCHLOSS ELMAU 2015
COPERTURA SANITARIA UNIVERSALE							

ISE-SHIMA 2016	QUALI RISULTATI RAGGIUNTI?
Riconoscere la Copertura Sanitaria Universale come condizione necessaria per il raggiungimento di tutti gli altri obiettivi relativi alla salute globale.	<ul style="list-style-type: none"> Lo scenario presenta al momento risultati variabili. Da un lato è aumentato il numero di persone che ha accesso a servizi sanitari essenziali, raggiungendo livelli storici; dall'altro rimangono ancora profonde iniquità, come si evidenzia nel primo rapporto di monitoraggio della Copertura Sanitaria Universale, realizzato congiuntamente da Gruppo Banca Mondiale e dall'OMS. Infatti, con riferimento alle vaccinazioni in età pediatrica, è stata raggiunta una copertura dell'84% già nel 2013 per i bambini con un anno di età. Sul fronte della salute riproduttiva, neonatale e materna, la copertura sta per raggiungere l'80% e il numero di nascite in cui è presente personale esperto si è attestato al 73%, mentre la domanda per metodi moderni di programmazione delle nascite è soddisfatta per circa il 76% delle donne a livello globale. Persistono gravi carenze nell'accesso ai servizi igienici: il 36% della popolazione mondiale, circa 2,5 miliardi di persone, non ha accesso a servizi igienici, vivendo nel continuo rischio di dissenteria, colera e febbre tifoidea.²⁸



Foto: Toby Adamson

2. RAFFORZAMENTO DEI SISTEMI SANITARI E LOTTA CONTRO LE EPIDEMIE

La lotta contro le principali epidemie ha compiuto passi significativi, grazie anche agli impegni assunti negli anni dai Paesi G7-G8.

Ne sono un esempio la **Global Alliance for Vaccine Immunization** (Gavi) creata nel 2000, che svolge un ruolo fondamentale per garantire l'accesso alle vaccinazioni, e il **Fondo Globale per la Lotta contro l'AIDS, la Tuberculosis e la Malaria**, un partenariato pubblico-privato, costituito nel 2002, che investe quasi 4 miliardi di dollari l'anno per sostenere programmi sanitari gestiti nei Paesi da esperti locali e dalle comunità maggiormente colpite dalle malattie.

L'Italia ha contribuito a entrambe queste iniziative. Il sostegno al Gavi è stato fornito attraverso i meccanismi innovativi di finanziamento dell'*Advanced Market Commitment* per vaccini contro lo pneumococco (AMC) e dell'*International Finance Facility for Immunisation* (IFFIm), con oltre 60 milioni di euro all'anno (dal 2008 al 2015). Un impegno che ha contribuito ad ottenere risultati significativi e che è cruciale mantenere nei prossimi anni. Per quanto concerne il Fondo Globale, dopo una fase iniziale in cui l'Italia è stata tra i suoi maggiori donatori, è seguito un lungo periodo di disimpegno (2009-2013): il Governo dapprima non ha erogato due annualità di contributi promessi e nei successivi tre anni non ha proprio investito nel Fondo. Alla Conferenza di Rifinanziamento del 2013 l'Italia è tornata nel novero dei donatori, impegnando 100 milioni di euro per i tre anni successivi. Nel 2014 ha erogato 30 milioni di euro, che assieme all'incremento bilaterale, hanno prodotto il primo aumento dell'APS sanitario italiano dopo la crisi economica e dopo il livello minimo raggiunto nel 2013. Negli anni 2015 e 2016 il nostro paese ha versato rispettivamente 30 e 40 milioni di euro. In occasione della sessione finale della 5ª Conferenza di Rifinanziamento del Fondo Globale svoltasi a settembre, i donatori si sono impegnati a versare 12.9 miliardi di dollari nel triennio 2017-2019, un miliardo in più rispetto alla cifra impegnata alla conferenza di rifinanziamento precedente del 2013. L'Italia ha annunciato un

GLOBAL ALLIANCE FOR VACCINE IMMUNIZATION: RISULTATI RAGGIUNTI

Dalla sua creazione nel 2000, Gavi ha contribuito a salvare 8 milioni di vite, grazie al sostegno a 10 tipologie diverse di vaccini nei paesi poveri. Quando la *Global Polio Eradication Initiative* (GPEI) è stata lanciata nel 1988, la poliomelite era endemica in 125 paesi e paralizzava all'incirca 1.000 bambini al giorno. Grazie agli sforzi per incrementare le vaccinazioni a livello mondiale a cui si è unita Gavi, i casi di poliomelite sono diminuiti del 99%, passando da oltre 350.000 all'anno a 414 nel 2014. Nel periodo 2016-2018 l'Italia erogherà: 82,5 milioni di euro attraverso IFFIm e 114 milioni di euro grazie a AMC. Nel quadro del secondo *replenishment* di Gavi a Berlino l'Italia ha promesso un ulteriore contributo volontario a dono di 100 milioni di euro tra il 2016 e il 2020; in dicembre 2016 è stato firmato un accordo tra Gavi ed il Governo italiano per calendarizzare l'erogazione di questo nuovo contributo. Con le nuove risorse messe a disposizione nel corso della ultima ricostituzione delle risorse (7,5 miliardi di Dollari) Gavi potrà attuare la nuova strategia per il periodo 2016-2020, che consentirà di immunizzare altri 300 milioni di bambini/e e salvare ulteriori 5-6 milioni di vite.

FONDO GLOBALE PER LA LOTTA CONTRO L'AIDS, TUBERCOLOSI E MALARIA: RISULTATI RAGGIUNTI

L'impegno dei partner del Fondo Globale ha permesso un maggiore accesso alla terapia antiretrovirale, che sta avendo un impatto positivo sulla probabilità di sopravvivenza delle persone colpite dall'AIDS:

Gli sforzi per eliminare la trasmissione materno-infantile dell'HIV hanno ridotto notevolmente le infezioni nei bambini e bambine e hanno permesso di passare da 290.000 casi nel 2010 a 150.000 nel 2015.

Nel 2001, quando è stato lanciato al Summit G8 di Genova, la possibilità di sconfiggere AIDS, TBC e malaria appariva un miraggio. Dal 2002 al 2015 il Fondo ha contribuito a salvare più di 20 milioni di vite.

incremento del proprio contributo del 40%, impegnando 140 milioni di euro per il periodo 2017-2019. Il Fondo aveva chiesto uno sforzo collettivo per raccogliere almeno 13 miliardi di dollari, quindi il risultato è positivo, tuttavia, considera la cifra come un valore minimo da incrementare nei prossimi tre anni²⁹.

Nonostante i progressi raggiunti in questi anni nella lotta globale contro le tre grandi pandemie (AIDS, TBC e malaria) che affliggono un vastissimo numero di Paesi, permangono ancora segnali preoccupanti su cui è necessario intervenire.

Per quanto riguarda le nuove infezioni di **HIV** che colpiscono gli adulti, UNAIDS rileva che da almeno cinque anni si attestano intorno a 1.900.000 casi, senza che se ne registri una diminuzione; in Europa orientale, Asia centrale, nell'area caraibica, in Medio Oriente e nel Nord Africa sono in crescita. L'obiettivo di UNAIDS, confermato nella Dichiarazione Politica sull'HIV/AIDS delle Nazioni Unite del giugno 2016, di ridurre a meno di 500.000 casi all'anno entro il 2020 le nuove infezioni, non è raggiungibile se questo trend non viene interrotto³⁰. Inoltre, un rapporto pubblicato l'anno scorso dalla *Kaiser Family Foundation* insieme a UNAIDS³¹ evidenzia che **il finanziamento della lotta contro l'HIV nei Paesi a basso e medio reddito da parte dei Paesi donatori è diminuito** per la prima volta dal 2015 dopo cinque anni, passando da 8.6 a 7.5 miliardi di dollari. Lo studio analizza l'andamento dei finanziamenti veicolati attraverso il canale bilaterale, il Fondo Globale e Unitaid. Per 13 dei 14 Paesi presi in esame, il calo dei finanziamenti è in parte dovuto a una significativa rivalutazione del dollaro, che come contropartita ha provocato una svalutazione di molte altre valute. Anche tenendo conto di questo fattore, i fondi per la lotta contro l'HIV sono comunque diminuiti nella maggior parte dei Paesi oggetto dello studio. Un cambio di passo nell'azione di contrasto all'AIDS nel corso dei prossimi cinque anni sarebbe decisivo per liberare il mondo dall'epidemia. Al contrario, se i finanziamenti rimanessero invariati, l'AIDS riprenderebbe a progredire e sarebbe nuovamente fuori controllo.

La salute globale in generale e in particolare la lotta contro le epidemie si intrecciano fortemente con il tema della difesa dei **diritti umani**. Per quanto riguarda l'HIV, ad esempio, le **"popolazioni chiave"**³² sono a maggiore rischio di infezione a causa di stigma, discriminazione e di un contesto giuridico che punisce comportamenti considerati al di fuori della norma in diversi Paesi. La **disuguaglianza di genere** è la causa principale della vulnerabilità all'HIV delle donne e delle ragazze³³. A livello globale, le giovani di età compresa fra i 15-24 hanno tassi di infezione due volte più alti di quelli dei coetanei maschi. Ad oggi, più di 7.000 giovani donne si ammalano ogni settimana e il virus è la principale causa di morte delle donne in età riproduttiva, ovvero dai 15 ai 49 anni, nei Paesi a basso e medio reddito³⁴. Le donne costituiscono, quindi, una grossa percentuale delle persone affette da HIV/AIDS, perché spesso non hanno accesso alle informazioni e ai servizi necessari per la salute, in particolare quella sessuale e riproduttiva, che prevede anche la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili.

Grazie all'impegno profuso negli ultimi anni, la lotta contro la **malaria** ha ottenuto risultati di rilievo in tutto il mondo: dal 2000 al 2015 si è registrata una diminuzione complessiva del 37% dei nuovi casi e del 60% del tasso di mortalità. Negli ultimi quindici anni sono state salvate oltre 6 milioni di vite e in ben 57 Paesi i casi di malaria sono stati abbattuti del 75%. Quasi la metà della popolazione mondiale (3,2 miliardi di persone), tuttavia, rimane ancora oggi a rischio di contrarre la malaria e soltanto nel 2015 sono stati 212 milioni i nuovi casi registrati a livello globale³⁵. I due ostacoli principali sono rappresentati dalla mancanza di un vaccino antimalarico realmente efficace e dall'insorgenza e diffusione della resistenza del *Plasmodium falciparum* all'artemisinina, farmaco su cui si fonda il corrente regime terapeutico della malaria non grave e a cui si deve maggiormente il successo della lotta contro l'epidemia in questi ultimi anni.

Secondo l'ultimo rapporto dell'OMS³⁶, l'epidemia della **TBC** è più ampia di quanto finora si credesse. Nonostante ciò, globalmente il numero di morti e l'incidenza della malattia continuano a decrescere. Nel 2015 sono stati stimati 10,4 milioni di nuovi casi (5,9 milioni tra gli uomini, 3,5 milioni tra le donne e 1 milione tra bambini e bambine). L'11% riguarda pazienti affetti da HIV. Sei Paesi hanno registrato il 60% di

tutti i casi di TBC: India, Indonesia, Cina, Nigeria, Pakistan e Sudafrica, con quest'ultimo che ha il record di coinfezioni TBC-HIV. Le persone decedute nel 2015 sono state 1,8 milioni, 400 mila delle quali avevano l'HIV. Il principale ostacolo all'eliminazione della TBC è rappresentato dai ceppi multifarmaco-resistenti: sono 590 mila i casi di TBC multiresistente alle cure, ma solo il 19% sono quelli registrati e curati. Dopo oltre mezzo secolo di black-out, sono comparse sul mercato due nuove molecole antitubercolari, riservate ai pazienti per i quali non esistono altre opzioni, purtroppo questi due nuovi farmaci non sono sufficienti a rispondere ai bisogni terapeutici di tutti i malati di tubercolosi.

La resistenza agli antibiotici non riguarda soltanto la TBC: negli anni, l'antibiotico-resistenza è diventata sempre più importante, soprattutto per quanto riguarda ceppi batterici la cui sensibilità a certi farmaci sembrava indiscussa. Risulta quindi chiave la **ricerca e sviluppo** di nuovi farmaci, vaccini e tecniche diagnostiche, come anche un impegno globale per introdurre politiche che controllino il **prezzo dei farmaci**, sempre più cari, non solo nei Paesi poveri, che da sempre vivono il dramma di farmaci e vaccini a prezzi inaccessibili, ma anche nei Paesi ricchi in cui l'equità in salute e nella distribuzione delle ricchezze è costantemente minacciata dalle politiche macro-economiche dei governi. L'*High Panel* del Segretario Generale delle Nazioni Unite su diritti umani e farmaci ha pubblicato nel settembre 2016 un importante report che punta il dito proprio contro gli investimenti in ricerca e sviluppo e il *pricing* dei medicinali, dettati da interessi commerciali e non da valutazioni di salute pubblica, oltre che contro i brevetti e il potere delle case farmaceutiche³⁷.

Un altro fattore determinante per assicurare cure e prevenzione, sconfiggere le principali epidemie e affrontare prontamente le emergenze sanitarie è la creazione o il rafforzamento di **sistemi per la salute sostenibili e resilienti**. Recentemente, il caso di Ebola ha dimostrato che le epidemie dilagano soprattutto laddove i sistemi sanitari sono fragili. All'inizio dell'epidemia di HIV/AIDS nei Paesi dell'Africa australe, per esempio, la diffusione della malattia era legata soprattutto alla disinformazione della popolazione sulle modalità di contagio e le possibilità di prevenzione, la difficoltà di diagnosi e il mancato accesso ai farmaci antiretrovirali (Arv). Le campagne di comunicazione, il coinvolgimento del personale sanitario nelle attività di *counseling*, l'accesso a laboratori attrezzati che consentissero diagnosi sicure e la possibilità di avere farmaci Arv a prezzi accessibili hanno contribuito significativamente a ottenere buoni risultati nella lotta contro l'epidemia nella regione.

Le più recenti stime indicano un deficit potenziale di 18 milioni di operatori e operatrici del settore sanitario nei Paesi a basso e medio reddito³⁸. L'assunzione, potenziamento, formazione e fidelizzazione della **forza lavoro in questo ambito** deve avvenire nel rispetto dell'**equilibrio di genere** e il personale **sanitario di comunità** deve essere considerato parte integrante della forza lavoro sanitaria. Queste figure specifiche divulgano informazioni sanitarie alle proprie comunità, come per esempio quelle sulle norme igienico-sanitarie, raggiungendo anche le aree più remote ed essendo capaci di tenere in considerazione la cultura della popolazione di riferimento. Svolgono, inoltre, servizi fondamentali, come per esempio il monitoraggio dell'aderenza alle terapie. L'intervento e la partecipazione delle comunità è essenziale nel delineare strategie operative e nel trovare soluzioni adatte per la divulgazione.

Un buon lavoro sanitario comporta necessariamente una **rete di servizi integrata**, che, oltre a personale sanitario qualificato e competente, abbia strumenti (attrezzature sanitarie, farmaci, mezzi di trasporto) utilizzabili prontamente, seguendo i dettami della *Primary Health Care* stabiliti ad Alma Ata. Altro pilastro per un buon funzionamento dei servizi sanitari è il **miglioramento della raccolta dati e l'analisi degli stessi**, per promuovere la pianificazione di servizi e azioni sulla base dell'evidenza. Perché un servizio sanitario funzioni è poi necessaria la capacità delle autorità sanitarie locali di organizzare e sostenere la rete di servizi efficace ed efficiente e distribuita equamente sul territorio.

I temi dell'accesso ai farmaci, della sostenibilità economica delle cure per gli individui e i sistemi, del rispetto dei diritti umani e dell'efficacia e efficienza dei sistemi sanitari riguardano non solo i Paesi a

basso reddito, ma anche quelli che stanno attraversando una **fase di transizione economica**, per la quale il loro reddito non è più catalogato come basso, bensì come medio-alto, seppur con una situazione di disuguaglianza enorme nell'accesso alle risorse, ai diritti e ai servizi essenziali. In molti di questi Paesi si sta determinando una progressiva fuoriuscita di molti organismi internazionali per l'aiuto allo sviluppo, compreso il Fondo Globale, come anche la diminuzione di finanziamenti bilaterali, che rischia di aggravare la diffusione delle grandi epidemie che ancora li affliggono.

L'ADEGUATEZZA DEI SISTEMI SANITARI DI FRONTE ALL'AFFLUSSO DI MIGRANTI IN EUROPA

Negli ultimi anni i paesi europei del G7 e in particolare l'Italia stanno assistendo a un importante afflusso di migranti, che fuggono da guerre, calamità naturali e povertà in cerca di migliori prospettive di vita. Secondo i dati dell'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM), nel 2016 in Italia sono arrivate 181.436 persone. Gli sbarchi di migranti nel nostro Paese non hanno quindi subito drastici aumenti rispetto all'anno precedente³⁹. Ciononostante, la scarsa collaborazione di molti paesi dell'Unione Europea nell'accoglienza di queste persone, la difficoltà del sistema italiano di assorbire i numeri in arrivo e il persistere di situazioni di alloggio precarie e informali, la cui gestione è troppo spesso delegata a privati senza un controllo effettivo degli standard qualitativi, hanno inasprito i toni di un dibattito che regolarmente si riaccende intorno a paure e stereotipi sull'impatto che i flussi migratori possono avere nel diffondersi di gravi malattie e in generale sulla salute globale.

In realtà l'immigrato/l'immigrata che arriva per lavorare in Italia ha un "patrimonio" di salute pressoché integro: è il cosiddetto "effetto migrante sano", ampiamente citato in letteratura, che fa riferimento a un'autoselezione che precede l'emigrazione, operata cioè nel Paese di origine. Di fatto quindi il/la migrante si ammala dopo il suo arrivo nel Paese di destinazione o transito e non prima.

L'effetto del "migrante sano" tuttavia è oggi vero solo in parte. I viaggi per approdare in Europa sono diventati sempre più drammatici e a rischio di vita e il patrimonio di salute in dotazione, sempre che giunga integro, si dissolve sempre più rapidamente, per una serie di fattori di rischio: i traumi vissuti nei paesi di origine, il malessere psicologico legato alla condizione d'immigrato/a e alle lunghe attese per ottenere uno status giuridico, la mancanza di lavoro e reddito, la sottoccupazione in lavori rischiosi e non tutelati, il degrado abitativo in un contesto diverso dal Paese d'origine, l'assenza del supporto familiare, il clima e le abitudini alimentari diverse, che spesso si aggiungono a una condizione di status nutrizionale compromesso, la discriminazione nell'accesso ai servizi sanitari. Questo periodo di intervallo che trascorre dall'arrivo in Italia alla prima richiesta di intervento medico, negli ultimi anni, si è drasticamente ridotto ed è passato da circa 10-12 mesi nel 1993-1994 a 2-3 mesi nel periodo 1998-2000.⁴⁰

La garanzia della salute di questa popolazione si ottiene quindi attraverso l'inclusione nel "sistema salute nazionale" dei paesi di arrivo favorendo l'accesso e la fruibilità dei servizi sanitari. Per fare questo il sistema sanitario nazionale è chiamato a rafforzare le sue competenze interne (tecniche ed organizzative), collegandosi ad una dimensione più ampia della salute e a discipline e approcci adottati anche dalla cooperazione internazionale (l'etno-psichiatria, l'antropologia, l'analisi dei contesti sociali e culturali, la mediazione, la risoluzione dei conflitti etc.).

3. VIOLENZA DI GENERE E SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA

La violenza contro donne e ragazze è una delle più diffuse violazioni dei diritti umani. Il fenomeno non conosce confini nazionali, sociali o economici ed è possibile a causa delle ineguali relazioni di genere e di una diffusa cultura del silenzio. Le Nazioni Unite definiscono la violenza contro le donne come "ogni atto di violenza fondata sul genere che abbia come risultato, o che possa probabilmente avere come risultato, un danno o una sofferenza fisica, sessuale o psicologica per le donne, incluse le minacce, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, che avvenga nella vita pubblica o privata".

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) siamo di fronte a "un problema di salute di proporzioni globali enormi" che colpisce un terzo delle donne e delle ragazze nel mondo, come emerge dai dati del rapporto pubblicato dall'OMS, in collaborazione con la *London School of Hygiene & Tropical Medicine* e la *South African Medical Research Council*⁴¹. Il 35% delle donne, ovvero 1 su 3, subisce nel corso della vita qualche forma di violenza. La più comune è quella domestica, quasi un terzo (30%) delle donne che sono state in un rapporto di coppia ha subito qualche forma di violenza fisica e/o sessuale dal partner, marito e fidanzato. A livello globale, ben il 38% dei femminicidi sono commessi dal partner intimo. **La classifica delle violenze domestiche è guidata da Asia sudorientale, Paesi arabi del Mediterraneo e Africa, tutti con percentuali intorno al 37%. In Europa va meglio, ma non abbastanza: oltre 25 donne su cento sono abusate fisicamente o sessualmente dai partner**⁴². Tra le molteplici forme di violenza ricordiamo le mutilazioni genitali femminili (MGF) e i matrimoni forzati e/o precoci (MFP) che coinvolgono milioni di giovanissime in tutto il pianeta: 700 milioni di donne si sono sposate prima dei 18 anni, 1 su 3 prima dei 15 anni; circa 200 milioni le donne e le ragazze che convivono con le MGF⁴³. Entrambi i fenomeni sono compresi ormai anche nella legislazione europea in relazione alla violenza, in particolare sono definiti e affrontati nella cosiddetta Convenzione di Istanbul.⁴⁴

Subire violenza mina la dignità, la sicurezza e l'autonomia, con conseguenze molteplici e spesso di lunga durata per la salute psicologica, fisica, sessuale e riproduttiva, tra cui gravidanze precoci e indesiderate, aborti clandestini, malattie sessualmente trasmissibili, tra cui l'HIV, e persino la morte.

I diritti sessuali e riproduttivi hanno un impatto sullo stato di benessere, con effetti sociali ed economici di vasta portata. Nei paesi in cui le persone hanno accesso a servizi completi per la salute sessuale e riproduttiva, compresa un'informazione adeguata sui metodi e gli strumenti contraccettivi, è possibile

ALCUNI DATI SULLA VIOLENZA DI GENERE

Le forme di violenza subite da donne e ragazze includono:

- matrimonio forzato e/o precoce: 700 milioni di donne si sono sposate prima dei 18 anni, di queste 1 su 3 prima di averne compiuti 15;
- mutilazioni genitali femminili (MGF): sono circa 200 milioni, in trenta paesi nel mondo, le donne e le ragazze che convivono con le conseguenze della pratica. In molti di questi paesi la maggior parte delle ragazze è stata sottoposta alle MGF prima dei 5 anni;
- violenza domestica: il 30% delle donne ha subito violenza domestica nel corso della vita, con valori regionali più elevati per Africa, Mediterraneo orientale e Asia dell'Est, e il 38% degli omicidi di donne sono stati commessi dai partner;
- molestie: 246 milioni di ragazze e ragazzi, ogni anno, sono molestate/i o abusate/i a scuola o nel percorso per raggiungerla; le ragazze sono particolarmente vulnerabili, quasi tutte dichiarano di non sentirsi sicure ad andare in bagno quando sono a scuola;
- lavoro minorile: 88 milioni di ragazze sono coinvolte nel lavoro minorile, di queste 48 milioni svolgono lavori pericolosi.

realizzare importanti progressi nello sviluppo, riducendo la povertà e favorendo la crescita economica. A fronte di migliori condizioni di salute per donne e ragazze si aprono infatti maggiori opportunità di istruzione, lavoro, coinvolgimento nella comunità, partecipazione politica ai processi decisionali.

La comunità internazionale riconosce che è impossibile realizzare gli SDGs senza facilitare l'accesso a servizi di salute sessuale e riproduttiva di qualità, in particolare per le persone più vulnerabili ed emarginate. Assicurare alle donne cure prenatali e ostetriche con personale qualificato e rispettoso in un ambiente sicuro, garantire a quelle con complicazioni l'accesso tempestivo al pronto soccorso e a cure ostetriche di qualità, fornire informazioni corrette sulle malattie a trasmissione sessuale, HIV e AIDS: questi sono elementi imprescindibili di sistemi sanitari miranti a garantire una buona condizione di salute della popolazione, puntando sulla prevenzione anche per ridurre i costi che la sanità deve affrontare in termini di assistenza e cure.

Questo vuol dire promuovere scelte sessuali e riproduttive sane, autonome e sicure per adolescenti e adulti/e, rispettando il diritto di uomini e donne ad essere informati, ad avere accesso a metodi di pianificazione familiare e contraccezione moderni, sicuri, efficaci, soddisfacenti e a costi accessibili per ridurre le gravidanze indesiderate e quelle precoci, a servizi sanitari materno-infantili di qualità, alla prevenzione e cura delle malattie a trasmissione sessuale. Contemporaneamente è necessario investire per l'*empowerment* di donne, ragazze e persone vulnerabili, combattendo innanzitutto le disuguaglianze e la violenza di genere. I servizi volti alla salute sessuale e riproduttiva sono spesso quelli che accolgono le vittime di violenza. Creare, potenziare e favorire l'accesso di donne e ragazze a tali servizi non significa solo garantire un diritto fondamentale ma permette di affrontare e prevenire casi di violenza.

A questi dati si aggiungono quelli che riguardano il fenomeno migratorio, una delle questioni fondamentali da affrontare nel nostro presente e che impone un'attenzione specifica; la migrazione, che sia a causa di ricerca di benessere economico, catastrofi naturali o a seguito di un conflitto, è una condizione delicata che espone donne e ragazze a una vulnerabilità crescente. Attualmente nel mondo sono oltre 100 milioni le persone che hanno bisogno di assistenza umanitaria, e di queste circa 26 milioni sono donne e adolescenti in età riproduttiva. Ciò significa che, nelle risposte umanitarie, vanno considerati i bisogni specifici di questa fascia della popolazione così come altre problematiche legate al genere come la violenza e i matrimoni forzati e precoci che aumentano in queste condizioni. Si stima, infatti, che il 70% delle donne ha subito una qualche forma di violenza durante il viaggio o negli insediamenti⁴⁵.



Foto: Abbie Trayler-Smith

4. LA SALUTE MATERNA E INFANTILE

L'elevato numero di morti materne in alcune aree del mondo riflette le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari e di salute sessuale e riproduttiva e mette in evidenza il divario tra ricchi e poveri. Quasi tutte le morti materne (99%) si verificano nei Paesi a scarse risorse economiche; più della metà di queste morti si verificano in Africa sub-sahariana e quasi un terzo in Asia meridionale. E in più della metà dei casi avvengono in contesti fragili e di emergenza umanitaria. Nel 2015, il tasso di mortalità materna nei paesi a scarse risorse economiche era 239 ogni 100 mila nascite, rispetto a 12 ogni 100 mila nascite dei paesi economicamente privilegiati. Ci sono grandi disparità anche all'interno dello stesso Paese, tra donne con redditi differenti e tra coloro che vivono nei centri urbani o nelle zone rurali. Il rischio di una donna di morire per cause legate alla gravidanza o al parto - e la probabilità che una ragazza di 15 anni muoia per queste cause - è di 1 su 4900 nei Paesi ricchi, contro 1 su 180 in quelli più poveri. Nei Paesi designati come Stati fragili, il rischio è di 1 su 54⁴⁶; un dato che mostra le difficili conseguenze che si realizzano nel momento in cui vi è il crollo dei sistemi sanitari e la diminuzione dell'accesso ai servizi.

In realtà la maggior parte delle morti materne sono evitabili, così come anche le soluzioni di assistenza sanitaria per prevenire o gestire le complicanze sono ben note. Tutte le donne hanno bisogno di accesso all'assistenza prenatale in gravidanza, di assistenza qualificata durante il parto e di assistenza e sostegno nelle settimane dopo il parto. La salute materna e neonatale sono strettamente collegate. Nei Paesi a scarse risorse, quasi la metà di tutte le madri e i neonati non ricevono assistenza qualificata durante e immediatamente dopo la nascita con la conseguenza che circa 2,7 milioni di neonati muoiono ogni anno e ulteriori 2,6 milioni di bambini nascono già morti⁴⁷. È particolarmente importante che tutte le nascite siano assistite da professionisti e professioniste sanitarie qualificate perché la gestione e il trattamento tempestivo può fare la differenza tra la vita e la morte per la madre e la prole. Inoltre più della metà dei decessi dei sotto i cinque anni di età sono dovuti a malattie che sono prevenibili e curabili attraverso semplici interventi e a prezzi accessibili: eppure ancora nel 2015 quasi 6 milioni di bambini e bambine sono morti nel mondo a causa di polmonite, diarrea, malaria o problematiche legate alla malnutrizione⁴⁸.

Sono passati oramai molti anni dall'adozione degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio e nonostante si possa parlare di progressi per quanto concerne la sopravvivenza materna e infantile (mortalità materna e infantile si sono ridotte di oltre la metà a partire dal 1990, con una accelerazione particolare dall'anno 2000), nella maggior parte dei 75 Paesi che registravano oltre il 95% dei decessi materni, neonatali e infantili gli obiettivi 4 e 5 non sono stati pienamente raggiunti⁴⁹.

Nel 2010, durante il 36° vertice dei Paesi G8 tenutosi a Muskoka in Canada, i Paesi membri lanciarono una specifica ed innovativa iniziativa avente lo scopo di accelerare i progressi verso il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio 4 e 5 con cui si impegnarono a spendere collettivamente 5 miliardi di dollari addizionali tra il 2010 e il 2015, rispetto ai livelli di spesa dell'anno 2008 (*baseline*). Secondo il rapporto *"Ise Shima - Progress Report, G7 accountability on development and development-related commitments"*, tutti gli attuali paesi G7 avrebbero raggiunto gli impegni finanziari presi ed alcuni anche superato i propri obiettivi. Analizzando i dati italiani, però, questa conclusione non sembra essere valida anche per l'Italia. Non solo l'impegno italiano è stato estremamente limitato rispetto a quello di altri donatori (75 milioni di dollari, rispetto ad esempio agli oltre 3 miliardi di dollari del Regno Unito, il miliardo degli Stati Uniti, i 500 milioni della Francia e i 400 milioni della Germania), ma seguendo le indicazioni metodologiche proposte dal G8 Health Working Group per calcolare baseline (anno 2008) e impegni per interventi di salute materna, neonatale e infantile, risulta che gli impegni italiani bilaterali e multilaterali imputabili alla *Muskoka initiative* non siano mai cresciuti a partire dal 2008 e che anzi si siano in alcuni anni più che dimezzati. Cause principali, il progressivo taglio dal 2009 dei finanziamenti bilaterali, che hanno cominciato a risalire solo a partire dal 2014 e l'assenza nel periodo 2009-2013 dei contributi italiani al Fondo Globale - che insieme al GAVI ha costituito il maggior canale di finanziamento per attività di salute materna, neonatale e infantile.

5. LOTTA ALLA MALNUTRIZIONE IN TUTTE LE SUE FORME

L'Italia è un attore chiave sulle questioni internazionali legate alla sicurezza alimentare ed in Italia che hanno sede le più importanti organizzazioni internazionali che se ne occupano: l'*International Fund for Agricultural Development* (IFAD), la *Food and Agriculture Organization* (FAO), il *World Food Program* (WFP) e l'*European Food Security Agency* (EFSA). L'ultima volta che l'Italia ha ospitato il G7 (allora G8) nel 2009, il mondo cominciava a riprendersi dalla grave crisi dei prezzi alimentari del 2007-2008 e la sicurezza alimentare ebbe un ruolo di rilievo nell'agenda del Summit. Il Vertice dell'Aquila lanciò un'iniziativa globale sulla Sicurezza Alimentare che raccolse impegni per un totale di 22 miliardi di dollari in aiuti per la sicurezza alimentare, lo sviluppo agricolo, la nutrizione e le infrastrutture.

Purtroppo, ancora oggi, la malnutrizione in tutte le sue forme è un problema globale che tocca milioni di persone al mondo. Si stima che circa il 45% dei decessi di bambini e bambine sotto i cinque anni siano legati alla malnutrizione⁵⁰. Ogni anno 3,1 milioni di bambini/e muoiono a causa della denutrizione e 159 milioni con età inferiore ai 2 anni sono talmente denutriti che le loro menti e i loro corpi non si svilupperanno mai completamente. Le conseguenze economiche della malnutrizione sono notevoli,⁵¹ ogni anno a livello globale si perde il 10% del PIL, più ricchezza di quella che è stata persa a causa della crisi finanziaria globale 2008-2009.

Discriminazione di genere e malnutrizione sono strettamente collegate⁵²: i tassi di prevalenza della denutrizione femminile superano quelli maschili nel sud-est asiatico, in America Latina e in Africa sub-sahariana. In Etiopia, Zimbabwe e India, ad esempio, il tasso di denutrizione tra le donne è tra 1,5 e 2 volte superiore a quello degli uomini. La disuguaglianza di genere nella nutrizione è presente in tutte le fasi della vita dall'infanzia all'età adulta. Genere e nutrizione sono parti inscindibili del circolo vizioso della povertà. La disuguaglianza di genere può essere sia la causa che l'effetto della fame e della malnutrizione. Non a caso, i livelli più elevati di disuguaglianza di genere sono associati ad alti livelli di malnutrizione.

La malnutrizione non è solo una conseguenza della carenza di cibo: sono malnutriti anche 42 milioni di bambini/e e 1,9 miliardi di adulti in tutto il mondo che sono in sovrappeso o obesi. La malnutrizione è, molto semplicemente, cattiva alimentazione. Essa può essere causata dall'assunzione di troppo poco cibo, troppo cibo, la combinazione sbagliata di cibi o alimenti senza o con scarso valore nutritivo, nonché gli alimenti che sono contaminati da microbi patogeni.

Troppo poco cibo determina denutrizione, che può compromettere la crescita e lo sviluppo dei bambini e portarli anche alla morte. Troppo cibo -soprattutto quello ad alto contenuto di zuccheri e grassi - causa sovrappeso e obesità e aumentando il rischio di diabete, malattie cardiache e alcuni tipi di cancro.

Il consumo di alimenti contaminati da batteri nocivi, virus o parassiti può causare infezioni che possono mettere a repentaglio la sopravvivenza. Secondo l'OMS, nel mondo 1 persona su 3 è malnutrita.

Ad oggi un'analisi del fenomeno sulla base dei consueti indicatori geografici risulterebbe errata.

La cattiva alimentazione, in tutte le sue forme, è un problema globale. Non è raro trovare persone con diverse forme di malnutrizione che vivono nello stesso paese, nella stessa comunità, a volte anche nella stessa casa.

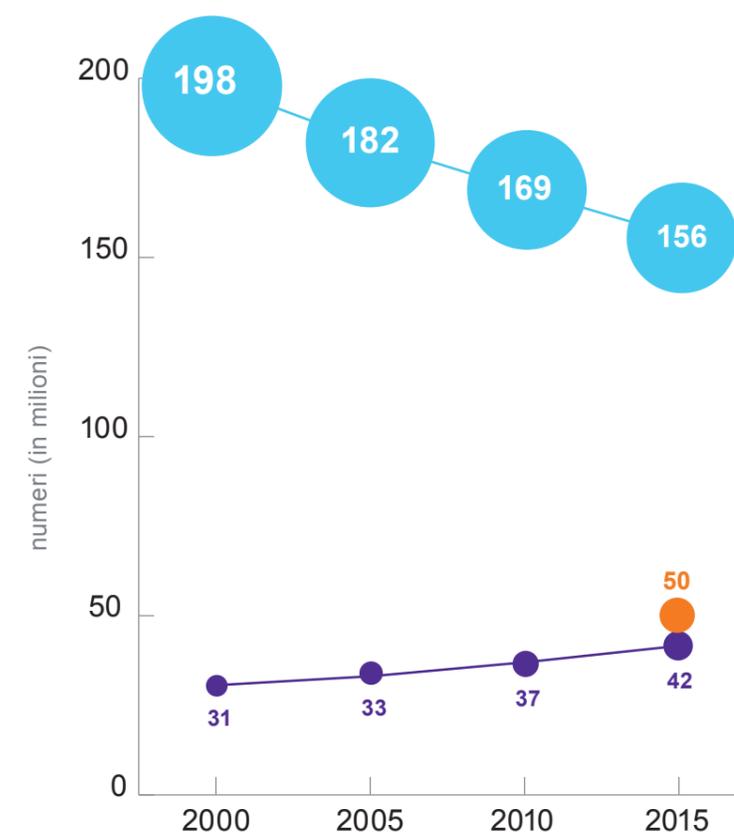
Il Decennio di azione dell'ONU sulla Nutrizione - 2016-2025 - ha lo scopo di dare nuova energia agli sforzi per migliorare l'alimentazione delle persone in tutto il mondo. È necessario un cambiamento nel funzionamento dei sistemi alimentari (il modo in cui il cibo viene prodotto, trasformato, e distribuito) al fine di garantire che tutte le persone abbiano accesso a cibo nutriente e diete sane. A questa azione devono essere associati anche sistemi di protezione sociale e misure di contrasto alle disuguaglianze così da assicurare a tutti in tutto il mondo l'accesso a un'alimentazione più sana. Infine è necessario rafforzare i sistemi sanitari in modo che tutti abbiano accesso ai servizi essenziali legati alla nutrizione.

Si definisce “transizione nutrizionale” in termini generali un mutamento nei livelli di assunzione media pro capite di calorie. Negli ultimi 40 anni tale transizione si è manifestata in una trasformazione della dieta media verso livelli calorici più elevati. La transizione nutrizionale tuttavia non ha significato (né significherà) unicamente un generale incremento del contenuto calorico medio della dieta, essa si caratterizza anche per un marcato cambiamento nella sua composizione.

In questa prospettiva il primo stadio della transizione avvenuta finora può essere sintetizzato in un “effetto espansione”. A livelli di reddito bassi, il contenuto energetico medio delle diete è aumentato, per lo più a causa dell'immissione di calorie aggiuntive provenienti da cibi poco costosi di origine vegetale (questo sembra verificarsi indipendentemente da fattori culturali e religiosi o dalle tradizioni alimentari e dalle specificità produttive delle zone geografiche). Il secondo stadio è per lo più un “effetto sostituzione” e riflette uno spostamento della scelta alimentare da cibi ricchi di carboidrati (cereali, radici e tuberi) verso oli vegetali, zucchero e cibi di origine animale. Questo effetto mostra molte specificità geografiche ed è spesso influenzato dalle tradizioni alimentari culturali o religiose. Tali fattori determinano sia la misura in cui i prodotti animali vanno a sostituire quelli di origine vegetale, sia la composizione dei prodotti animali che entrano nella dieta.

La povertà è al centro del problema. Denutrizione e obesità sono più comuni nei Paesi a basso e medio reddito e tra le comunità più povere nei Paesi ad alto reddito. Sradicare la povertà è la chiave per porre fine alla malnutrizione in tutte le sue forme. Allo stesso tempo, sradicare la malnutrizione è la chiave per lo sviluppo economico: una popolazione ben nutrita è una popolazione più sana e più produttiva.

Una recente analisi economica⁵³ svolta dalla Banca mondiale, la *Foundation for Development* e l'ONG americana *1000 days*, ha mostrato come ogni anno occorrono 7 miliardi dollari in più rispetto a quanto già stanziato per lottare contro la fame nel mondo. Questa analisi è basata sulla valutazione dei costi necessari a ridurre il numero di bambini sotto alimentati del 40%, ridurre il numero di donne anemiche in età riproduttiva del 50%, aumentare il tasso di allattamento esclusivo al seno nei primi sei mesi al 50%, ed aumentare l'accesso ai farmaci che contrastano gli effetti, altrimenti irreversibili, della malnutrizione nei bambini (quattro dei sei obiettivi *World Health Assembly* per il 2025). Investire in queste azioni nei prossimi 10 anni salverà 3,7 milioni di persone.



Numero di bambini sotto i 5 anni affetti da malnutrizione cronica (stunting), acuta (wasting) e in sovrappeso, in milioni, dato a livello globale, 2000-2015



Foto: Jerry Galea

6. AVVICINARE I SERVIZI ALLE COMUNITÀ: IL RUOLO DEGLI ENTI LOCALI

Le autorità locali sono spesso competenti in materia socio-sanitaria all'interno di un quadro di politiche e indirizzi strategici nazionali per la tutela della salute delle persone. La scelta di combinare l'ambito sociale con quello sanitario è finalizzato a porre al centro delle politiche la persona e non la malattia, oltre a considerare le determinanti socio-culturali dello stato di salute delle comunità.

La vicinanza fra istituzioni e cittadini, in particolare sulle tematiche socio-sanitarie, consente alle autorità locali di avere numerose evidenze della qualità e dell'efficacia del servizio al cittadino. Queste risultanze da una parte possono contribuire a migliorare la vita delle persone attraverso una più efficiente erogazione delle prestazioni socio-sanitarie, dall'altra consentono alle autorità locali di incidere sulle scelte del decisore politico e di influenzare le politiche nazionali di settore. La replicabilità sul territorio nazionale di esperienze innovative sperimentate localmente è un altro ambito all'interno del quale la dinamica stato-regione trova una virtuosa relazione nella lotta alle disuguaglianze nell'accesso a servizi essenziali di qualità per tutte le persone.

Le esperienze chiave nel settore socio-sanitario di cui sono depositarie le autorità locali sono le seguenti:

- competenze tecnico-sanitarie e socio-assistenziali per i differenti ambiti di specializzazione, attraverso l'operato delle strutture responsabili dell'erogazione dei servizi ai cittadini (per esempio in Italia le Aziende Socio-Sanitarie ed Ospedaliere Locali);
- programmazione e monitoraggio del servizio socio-sanitario nel territorio di competenza (per esempio in Italia le Regioni e gli assessorati competenti);
- interazione con il governo centrale per garantire che le politiche nazionali prendano in considerazione le esigenze dei territori e delle comunità (per esempio. Tavoli e commissioni della Conferenza Stato Regioni).

Nel corso degli ultimi 20 anni, le autorità locali sono diventate un attore sempre più attivo nel panorama della cooperazione internazionale allo sviluppo apportando competenze specialistiche, risorse umane ed economiche e scambi di esperienze settoriali, capacità di networking, ecc. Anche nell'ambito socio-sanitario, questo genere di relazioni sono cresciute ed hanno contribuito a migliorare la qualità della

IL RUOLO DEGLI ENTI LOCALI NELLA LOTTA ALLA POVERTÀ

Fra le diverse accezioni che il territorio può avere vi è quella di considerarlo come un ecosistema caratterizzato da una complessa interrelazione di storia, cultura, geografia, risorse, conoscenze e istituzioni. Lo spazio locale, quindi, è al contempo il luogo dove le interazioni fra i cittadini e le amministrazioni pubbliche sono più immediate, ma anche dove le ineguaglianze, le vulnerabilità e le esclusioni sono più esplicite e incidono direttamente sulla vite delle persone.

La lotta contro la povertà multidimensionale e alle ingiustizie avviene se vi sono degli Stati efficaci e dei cittadini attivi. In molti paesi del mondo, le autorità locali amministrano i beni e le politiche pubbliche di un territorio e possono essere importanti leve di cambiamento per migliorare la vita delle persone in termini economici, sociali, culturali e ambientali. L'efficacia degli enti locali nella lotta alla povertà e alle ingiustizie si caratterizza per tre dimensioni chiave:

- La prossimità con le comunità e i cittadini, soprattutto i più vulnerabili, la conoscenza delle criticità e delle potenzialità del territorio;
- La facilità di avviare e gestire meccanismi di dialogo e partecipazione dei cittadini ai processi decisionali su temi inerenti le loro vite;
- Il ruolo di coordinamento, coinvolgimento ed intermediazione fra attori, pubblici e privati, del contesto locale le cui attività hanno un impatto sullo sviluppo umano sostenibile.

vita delle persone in contesti svantaggiati o di crisi protratte. Per esempio, **le municipalità di Beirut Sud in Libano**, nel 2014-15, hanno assicurato, con il supporto tecnico di aziende socio sanitarie italiane, l'accesso a servizi sanitari di base di qualità a 15.000 persone di origine libanese e siriana con una tariffa minima di 5 dollari. A marzo 2015, questa esperienza è stata ritenuta una "buona pratica" da quattro ministeri libanesi, i quali hanno deciso di estendere questo modello ad altre sei regioni del Paese, nel 2015-16⁵⁴.

Un altro esempio riguarda la fornitura di servizi innovativi per la prevenzione della trasmissione madre-figlio dell'HIV nelle zone rurali nel distretto **di Ortambo in Sudafrica** attraverso il rafforzamento del ruolo delle autorità locali e delle loro capacità di pianificazione e monitoraggio dei servizi sanitari locali e di adeguata gestione delle cliniche rurali. In Sudafrica, questo processo ha permesso di aumentare la copertura del trattamento anti-retrovirale per le madri in gravidanza dal 34,2% nel 2011 al 90,4% nel 2014⁵⁵. In **Albania**, infine, gli attori del sistema sanitario della Regione Toscana negli ultimi dieci anni si sono resi protagonisti di una evoluzione dei rapporti con soggetti locali strutturandoli in vere e propri partenariati strategici che vedono i sistemi regionali collaborare con il governo nazionale nella implementazione della strategia di riforma del sistema sanitario (nel dettaglio, il sistema di finanziamento degli ospedali attraverso l'introduzione di un sistema di tariffe e la riforma del sistema di emergenza-urgenza⁵⁶).

Dall'analisi delle informazioni sull'APS sanitario italiano bilaterale erogato tramite enti locali, riportate dal database OCSE-DAC, emerge una sottostima dei finanziamenti degli enti locali in cooperazione sanitaria. In effetti, esistono evidenze pubbliche frammentate che alcuni Comuni, Province e Regioni erogano contributi significativi. Il database CRS dell'OECD, che riporta i dati comunicati dal MAECI, non indica sempre il nome dell'ente finanziatore, ma spesso soltanto quello dell'ente implementatore del progetto. Ne risulta ad esempio, che la regione Toscana non emerge mai fra i finanziatori di progetti di sviluppo sanitario, quando in realtà ha finanziato, nel 2015, diverse ASL, Aziende Ospedaliere, Comuni del territorio toscano e ONG toscane, per un totale di 25 progetti pari a 825 milioni di euro erogati: tutti questi progetti sono riportati nel database CRS dell'OECD senza il riferimento all'ente finanziatore, la Regione Toscana, ma solamente all'ente implementatore. Tramite il database dell'OECD si rintracciano anche i contributi della provincia di Trento, pari a 1,2 milioni di euro: anche in questo caso l'ammontare potrebbe essere maggiore in quanto alcuni progetti finanziati potrebbero essere riportati solamente sotto il nome dell'ente che implementa e non di quello che finanzia.

Nemmeno tramite il database OpenAid della cooperazione italiana allo sviluppo⁵⁷ si riescono ad estrapolare i contributi delle singole Regioni, Province o Comuni all'interno del totale attribuito alle Amministrazioni Locali. Tramite la "Relazione annuale sull'attuazione della politica di cooperazione allo sviluppo nel 2014" del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale, Direzione Generale Cooperazione allo Sviluppo, sono stati rintracciati, per l'anno 2014 - oltre a quelli della Regione Toscana, altri contributi di enti locali, quali ad esempio la Regione Veneto, la Provincia Autonoma di Bolzano. La relazione del 2015 non è attualmente disponibile su alcun sito. Sembra esserci dunque una generale mancanza di coordinamento fra autorità locali e MAECI che molto verosimilmente porta ad una sottostima dei contributi della cooperazione decentrata all'interno della cooperazione italiana allo sviluppo e non permette di apprezzarne appieno il ruolo e l'impegno.

Alla luce dei benefici summenzionati che il coinvolgimento degli enti locali determina nei progetti di cooperazione sanitaria e dei processi di decentramento amministrativo in atto in molti Paesi del Sud del mondo, è quindi auspicabile un loro crescente protagonismo sia nei Paesi donatori sia nei Paesi beneficiari. Sono altresì auspicabili delle politiche nazionali che favoriscano la collaborazione tra territori in termini di assistenza tecnica e di scambio di buone pratiche.

7. I RISCHI DI PRIVATIZZAZIONE DELLA SALUTE

Nel dibattito sui finanziamenti per lo sviluppo il ruolo del settore privato ha assunto sempre maggiore centralità quale attore di primo piano da coinvolgere in progetti di cooperazione nei Paesi poveri. Le ragioni derivano spesso da riflessioni sul portato di *expertise* tecnica del mondo profit, di una maggiore efficienza gestionale e non da ultimo per la potenziale addizionalità di risorse in un contesto di bilanci pubblici fortemente compromessi dalla crisi economica. Se da un lato per le ragioni di cui sopra il coinvolgimento del settore privato può costituire un valore aggiunto per i programmi di sviluppo, d'altro canto questo coinvolgimento non può prescindere da un solido quadro regolatorio che ne definisca criteri di trasparenza e *accountability* così come richiesto a qualsiasi altro attore che opera nella cooperazione allo sviluppo e garantisca il reale orientamento di qualsiasi investimento verso obiettivi di riduzione della povertà nelle aree di intervento rispettando i diritti e rispondendo ai bisogni delle comunità locali.

In relazione all'ambito sanitario, il dibattito sul coinvolgimento del settore privato è estremamente delicato e particolarmente esposto a rischi di fallimento per la realizzazione di politiche di sviluppo efficaci. Ne è prova il caso del *Queen Mamohato Memorial Hospital* costruito a Maserau, capitale del Lesotho, in Africa, uno dei Paesi con tassi di povertà e disuguaglianza tra i più alti al mondo⁵⁸. Si tratta di una struttura creata attraverso un partenariato pubblico-privato (PPP) siglato nel 2009 per una durata di 18 anni volto a sostituire il vecchio ospedale pubblico. Fortemente incoraggiato dal braccio finanziario della Banca Mondiale (IFC – *International Finance Corporation*) è stato presentato come modello innovativo di coinvolgimento del settore privato nella sanità pubblica del Paese, una prima sperimentazione di PPP in ambito sanitario in un Paese a basso reddito. Tuttavia, le evidenze che emergono dai primi anni di attività contraddicono le aspettative iniziali e destano forti preoccupazioni e dubbi sull'effettiva risposta che questo ospedale è in grado di dare alla sanità pubblica del Paese. I costi di funzionamento e di restituzione degli interessi per i debiti contratti per la sua realizzazione sono tali che questo ospedale assorbe da solo oltre la metà del budget nazionale allocato per la spesa sanitaria, una cifra enorme che aggrava ancor di più le disuguaglianze di accesso alla salute nel Paese se si considera che i bisogni maggiori della popolazione si concentrano nelle aree rurali, dove invece vi è una sostanziale carenza di strutture sanitarie di base. Un modello che sta quindi mettendo a dura prova le scarse risorse pubbliche del Lesotho, garantendo invece profitti agli investitori privati. Non solo, si tratta di un modello che mette a rischio la salute pubblica del Paese non assicurando un accesso adeguato alle strutture sanitarie da parte di tutti i cittadini.

Il coinvolgimento del settore privato in ambito sanitario è quindi terreno estremamente scivoloso che richiede, ancor più di altri settori, attente valutazioni. Ne sono prova anche i modelli di assicurazione sanitaria introdotti in alcuni Paesi che spesso inaspriscono le disuguaglianze nel Paese, aumentando il divario tra chi ha un'occupazione formale e gode di maggiori tutele e le fasce più povere e marginalizzate che ne restano escluse non potendo permettersi il pagamento dei premi⁵⁹. Si stima che ogni anno 100 milioni di persone nel mondo cadono in povertà perché devono pagare di tasca propria le cure mediche⁶⁰. Un'emergenza di salute può condannare una famiglia alla povertà o alla bancarotta per generazioni.

Il crescente impegno sul tema della copertura sanitaria universale (UHC, *Universal Health Coverage*), in base al quale tutti hanno diritto a ricevere le necessarie cure sanitarie senza incorrere in difficoltà finanziarie, ha la potenziale capacità di migliorare notevolmente l'accesso alla sanità e ridurre la disuguaglianza. Il suo raggiungimento entro il 2030 è tra gli obiettivi dell'Agenda di Sviluppo Sostenibile. Guardando da un lato ad alcuni casi emblematici e fallimentari di coinvolgimento del settore privato (vedi caso Lesotho summenzionato) e d'altro canto osservando i progressi compiuti da alcuni Paesi emergenti

(Cina, Thailandia, Sudafrica e Messico) appare evidente che la leva del finanziamento pubblico in sanità (recuperando risorse dalle entrate fiscali) è la strada maestra per ridurre le disuguaglianze ed assicurare un equo accesso alla salute per tutti i cittadini.⁶¹

Essendo l'Italia portatrice di un'esperienza di sistema sanitario "universalistico", dovrebbe su questo fronte esserne paladina nei suoi progetti di cooperazione sanitaria, esportando e rafforzando in altri contesti quel principio di equità che è presente anche nel nostro dettame costituzionale, seppur oggetto, negli ultimi anni, a progressiva erosione sia a livello legislativo che di applicazione della normativa.

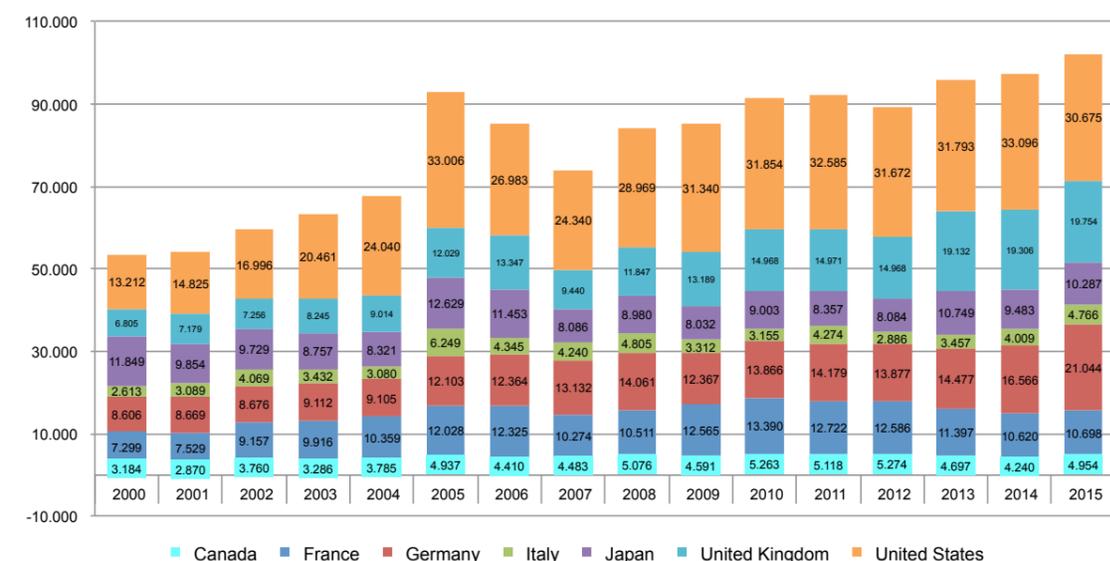


Foto: Aubrey Wade

APPRONDIMENTO: QUALCHE DATO SULL'AIUTO PUBBLICO ALLO SVILUPPO IN SALUTE⁶²

L'ammontare complessivo dell'Aiuto Pubblico allo Sviluppo (APS) dei Paesi G7 ha rappresentato nel 2015 il 55,8% dell'APS di tutti i donatori a livello globale. In questo quadro l'Italia ha contribuito per il 2,7% dell'APS a livello globale e per il 4,8% se il confronto è limitato ai soli Paesi G7.

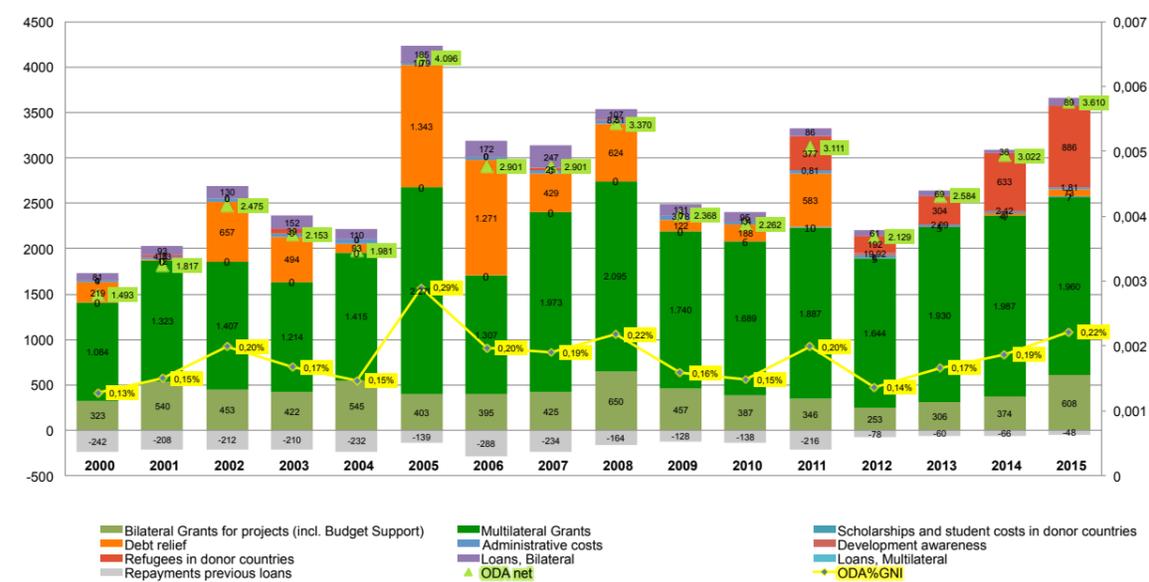
APS paesi G7 2000 - 2015 (milioni US\$, valori costanti 2014)



In termini assoluti il volume di risorse dell'APS italiano è cresciuto da 2,6 miliardi di dollari (1,5 miliardi di euro) nel 2000 fino a 6,2 (4,1 miliardi di euro) nel 2005 per poi cominciare una sensibile e costante riduzione fino ad arrivare al minimo storico di 2,9 miliardi (2,1 miliardi di euro) nel 2012; dal 2013 la tendenza si è decisamente invertita - salendo a 3,5 miliardi (2,6 miliardi di euro), 4 miliardi (3 miliardi di euro) nel 2014 e quasi 4,8 miliardi (3,6 miliardi di euro) nel 2015.

Nonostante la prospettiva di un graduale riallineamento rispetto alla media dei donatori europei, e sebbene negli ultimi quattro anni l'APS italiano sul Reddito Nazionale Lordo sia risalito dallo 0,14% fino allo 0,22% del rapporto APS/RNL, l'Italia è ancora ben lontana dal raggiungimento dell'obiettivo internazionale di devolvere lo 0,7% del proprio reddito nazionale lordo in APS.

Composizione APS italiano 2000-2015 (milioni di Euro e in % sul RNL)



Sebbene sia positivo e incoraggiante il graduale aumento dell'APS italiano previsto - stante gli impegni dell'attuale Governo - anche nei prossimi anni, va comunque evidenziato che gli aiuti erogati dall'Italia sono stati spesso inflazionati anche da spese conteggiate come APS ma che in realtà non sono mai state trasferite ai Paesi beneficiari: è il caso negli ultimi anni (2011-2015) di grandi quantità di spese per l'accoglienza dei rifugiati in Italia conteggiate in quota APS. Una tendenza comune a molti altri Paesi donatori europei.

Nel caso italiano, l'APS realmente trasferito è salito negli ultimi tre anni ma non in maniera così eclatante come risulta dai dati ufficiali: secondo questi dal 2012 al 2015 si è avuto un aumento da 2,1 a 3,6 miliardi di euro pari a quasi 1,5 miliardi di euro (una crescita del 70%); in realtà, al netto dei costi per rifugiati, l'APS italiano ha visto un aumento del 40% - pari a 786 milioni di euro, cioè da 1,9 a 2,7 miliardi.

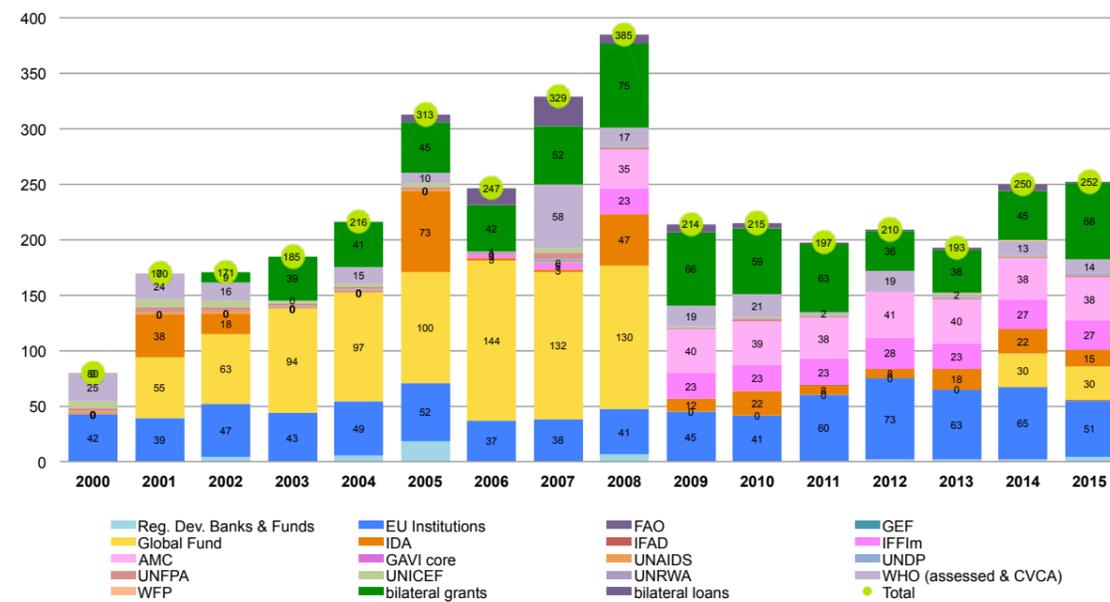
In sostanza vi è stato un aumento dell'APS negli ultimi 3 anni, di cui tuttavia poco più della metà è dovuto a un reale incremento di fondi per attività di cooperazione, mentre un buon 47% è dovuto all'imputazione di costi per rifugiati nel paese come Aiuto Pubblico allo Sviluppo.

Similmente è salito l'APS/RNL che però al netto dei costi imputati per l'accoglienza ai rifugiati avrebbe raggiunto nel 2015 lo 0,17%, e non lo 0,22%.

In questo quadro generale l'APS italiano destinato al settore sanitario ha rappresentato nel 2015⁶³ il 7% dell'ammontare complessivo di risorse. Anche guardando alla serie storica dal 2000 al 2014, si può notare come pure nel 2008, anno in cui il settore sanitario ha registrato un picco massimo nell'allocatione di risorse, la percentuale sul totale dell'APS si attestò all'11%. È evidente quindi che sebbene venga sempre dichiarata la strategicità del settore sanitario nella cooperazione allo sviluppo dell'Italia, le risorse finanziarie allocate restano in media inferiori a un decimo del totale delle risorse contabilizzate come APS. Tanto più scottante diventa questo dato se paragonato alla spesa per l'accoglienza dei rifugiati caricata in quota APS e che nel 2015 ha pesato per il 24% (e per ben il 52% sul bilaterale).

Se confrontato con l'APS dei donatori DAC, il contributo dell'APS italiano nel 2015 in ambito sanitario è dell'1,5% e sale a quasi il 2% se il confronto è limitato ai soli Paesi G7. In termini di APS sanitario sul RNL, il nostro paese nel 2015 ha raggiunto lo 0,015%, valore praticamente identico a quello dell'anno precedente. Fra i Paesi G7, unico ad aver raggiunto lo 0,1% raccomandato dall'OMS⁶⁴ è stato il Regno Unito (0,101%).

Composizione APS sanitario italiano 2000-2015 (in milioni di Euro)



In termini di composizione dell'APS sanitario, è evidente come fino al 2008 gran parte di questo aiuto era veicolato tramite il Fondo Globale per la lotta contro l'AIDS, la Tubercolosi e la Malaria, tanto che il motivo principale della riduzione dei volumi in cooperazione sanitaria registratasi tra il 2009 e il 2013 è in gran parte dovuta al mancato contributo al Fondo Globale. A partire dal 2014, anno di rifinanziamento del Fondo da parte dell'Italia, si registra un incremento delle risorse che assieme all'incremento bilaterale ha prodotto il primo aumento dell'APS sanitario italiano dopo la crisi economica e dopo il livello minimo raggiunto nel 2013. Proprio alla luce dei contributi dati dall'Italia al Fondo nel 2016 – ultima annualità del *pledge* 2014-16 pari a 40 milioni di euro – e considerando gli impegni assunti con il nuovo rifinanziamento per il triennio 2017-19 (140 milioni di euro per il triennio), la prospettiva è che negli anni a venire si registrerà un'ascesa dell'APS italiano per la salute.

Da notare che nonostante nel 2015 siano cresciuti i contributi bilaterali italiani per la salute, l'ammontare totale delle risorse è rimasto praticamente invariato rispetto all'anno precedente: questo principalmente perché sono calati sia i contributi italiani alle Istituzioni dell'Unione Europea (fra i principali canali dell'APS sanitario italiano) che la percentuale di risorse da queste allocate al settore salute.

Altro importanti canale dell'APS sanitario italiano è il Gavi, attraverso i suoi meccanismi innovativi di finanziamento – l'*Advanced Market Commitment* (AMC) e l'*International Finance Facility for Immunisation* (IFFIm). Sebbene l'Italia non abbia mai finanziato il Gavi direttamente, nel dicembre del 2016 è stato firmato un accordo fra la cooperazione Italiana e il Gavi a conferma dell'impegno di 100 milioni di euro preso nel corso della conferenza di rifinanziamento del Gavi del gennaio 2015⁶⁵. Nel 2014 e nel 2015 si è registrato anche un sensibile incremento del contributo italiano all'OMS (passato rispettivamente a 13 e 14 milioni dai 2 milioni del 2013, sebbene cifre simili siano state erogate anche in altre annualità della serie storica analizzata).

Dalla scomposizione dell'APS sanitario italiano si evince un'evidente prevalenza del finanziamento su canali multilaterali, mentre l'aiuto bilaterale ha costituito in media meno del 25% dell'APS sanitario totale. Dopo il picco registrato nel 2008, le risorse per la cooperazione sanitaria sul canale bilaterale sono

andate sempre più diminuendo, ma il 2014 e soprattutto il 2015 hanno registrato un aumento abbastanza importante, che ci si auspica verrà confermato anche negli anni a venire.

Del totale degli aiuti italiani bilaterali per la salute del 2015, il 61% sono stati erogati tramite ONG e le organizzazioni della società civile, il 35% tramite il settore pubblico e il restante 4% tramite Organizzazioni multilaterali per progetti multi-bilaterali.

La maggior parte degli aiuti italiani bilaterali per la salute nel 2015 sono andati all'Africa sub-sahariana (45 milioni, 65%).

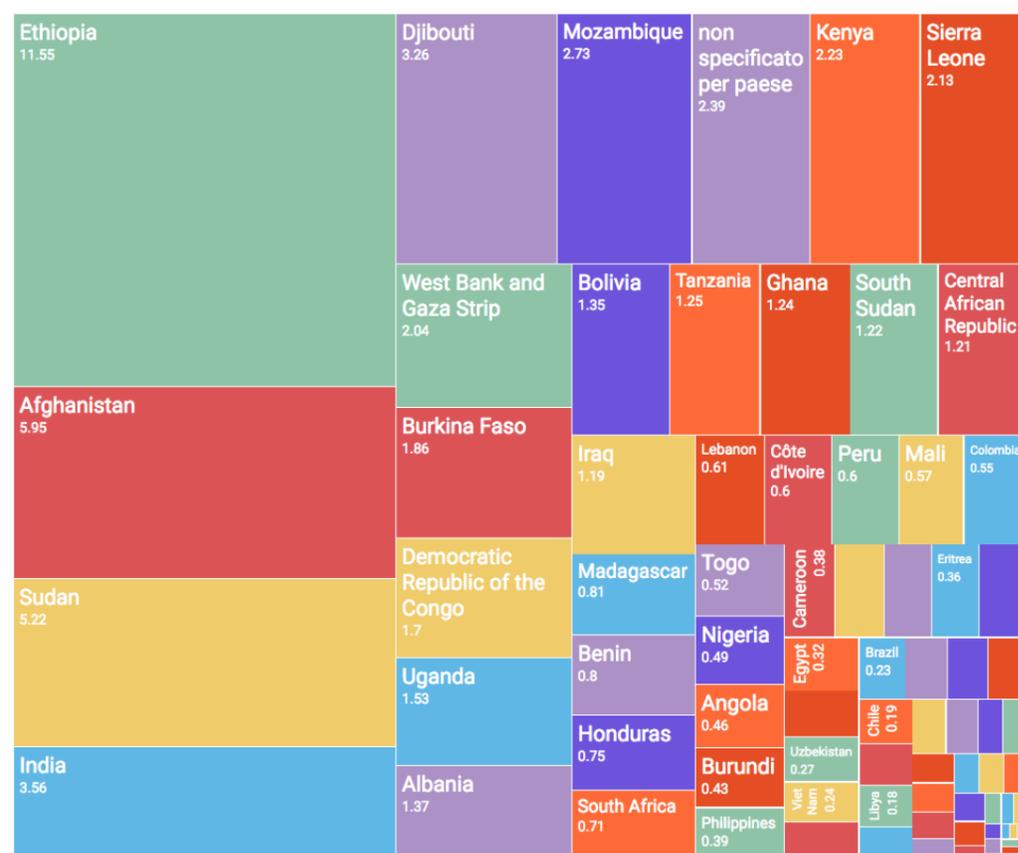
Tuttavia, l'aiuto bilaterale italiano per la salute si caratterizza per un'elevata frammentazione in termini di Paesi beneficiari. I progetti della cooperazione sanitaria italiana hanno infatti riguardato – nel 2015 – 84 Paesi beneficiari (erano 83 nel 2014) di cui l'Etiopia è il maggior beneficiario, ricevendo il 17% degli aiuti bilaterali (quasi 12 milioni di euro); Afghanistan ha ricevuto 6 milioni di euro, pari al 9% del totale e il Sudan 5 milioni di euro, pari al 5%. Ricevono entrambi oltre 3 milioni di euro l'uno (circa il 5% del totale per ognuno) due Paesi che non sono menzionati fra le priorità della cooperazione italiana per il triennio 2014-16 e cioè Gibuti e India (la maggior parte dei progetti in India comunque non sono finanziati dalla DGCS ma tramite l'8xmille della Conferenza Episcopale Italiana - CEI), e infine riceve oltre 2 milioni di euro un altro paese non prioritario, la Sierra Leone che però ha beneficiato di aiuti particolari in qualche modo legati all'epidemia di Ebola (tramite il 5x1000 di Emergency). Nel 2014 fra i primissimi beneficiari dell'APS italiano per la salute c'erano altri due Paesi – il Sudafrica e l'Honduras che pur non essendo anch'essi fra le priorità della nostra cooperazione avevano canalizzato rispettivamente il 12% e l'11%⁶⁷.

Fra gli 84 Paesi che hanno ricevuto aiuti per la salute da parte dell'Italia nel 2015, solo 19 hanno ricevuto contributi superiori al milione di euro, mentre i restanti 65 Paesi hanno ricevuto contributi inferiori al milione di euro, sintomo di elevata frammentazione e dispersione dell'aiuto (confermate anche per quanto concerne l'APS totale, con oltre 120 Paesi che si sono divisi poco più di 650 milioni di euro nel 2015).



Foto: Annie Bungeroth

L'aiuto bilaterale italiano per la salute 2015, Paesi beneficiari (valori in milioni di Euro)



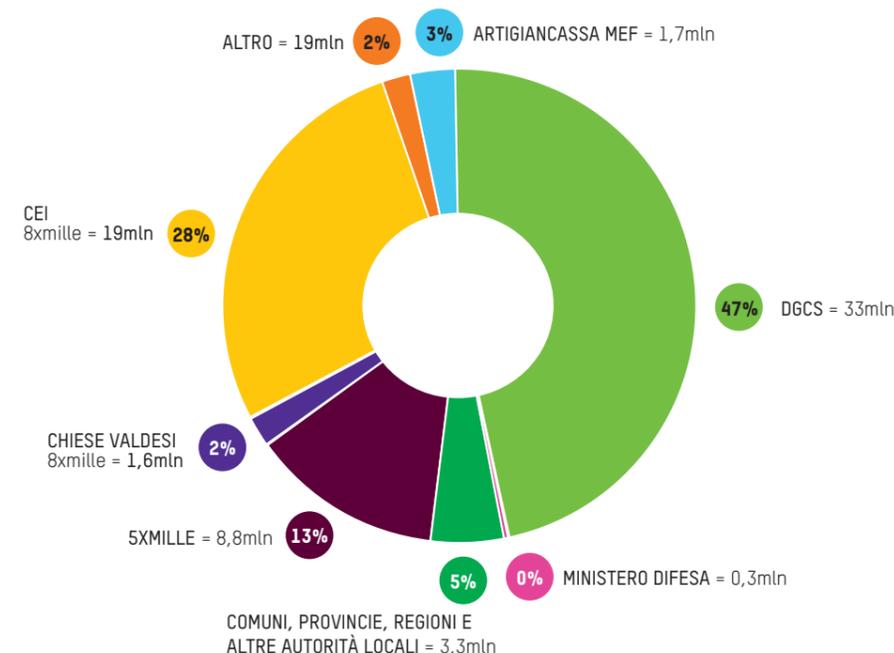
Nel 2015 il 39% dell'APS italiano per la salute è andato per attività di "servizi medici" (27 milioni di euro), il 21% per "politiche e amministrazioni sanitarie" (15 milioni), il 10% per "cure sanitarie di base" (7 milioni). Il contributo totale per le tre pandemie AIDS, tubercolosi e malaria è stato nel 2015 di soli 1,5 milioni di euro di cui la quasi totalità (97%) erogata per attività di controllo delle malattie sessualmente trasmissibili incluso l'AIDS (informazione, educazione, comunicazione, test, prevenzione, trattamento e cura). Nonostante tale contributo sia in aggiunta alle maggiori risorse veicolate sul canale multilaterale attraverso il Fondo Globale è da evidenziare comunque che nel 2014 il totale bilaterale per le tre pandemie era stato sensibilmente maggiore, raggiungendo quasi 8 milioni di euro. In ambito salute riproduttiva nel 2015 sono stati erogati 2,3 milioni di euro, più o meno in linea con il volume erogato negli anni precedenti, mentre per attività di pianificazione familiare non è stato erogato praticamente alcun contributo, sia nel 2015 che nei 16 anni precedenti.

Disaggregando il totale dell'APS sanitario bilaterale per ente finanziatore siamo in grado di comprendere il ruolo e il peso delle amministrazioni locali (Regioni, Province e Comuni) nella cooperazione sanitaria italiana in paragone con quello della DGCS, ma anche di altre amministrazioni centrali dello Stato o altre Istituzioni. Ne emerge che la DGCS è il primo ente finanziatore, 33 milioni di euro, 47% del totale, seguita dalla Conferenza Episcopale Italiana - CEI che con il suo 8xmille finanzia il 28% dell'APS sanitario bilaterale (19,5 milioni di euro). Comuni, province, regioni e altre amministrazioni locali finanziano il 5% del totale, pari a 3,3 milioni di euro.

Interessante notare che il 13%, 8,8 milioni di euro si riferiscono a 42 progetti di ONG finanziati tramite il 5xmille.

Nel 2015, i progetti sanitari finanziati con crediti di aiuto dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) tramite Artigiancassa, sono stati solamente due, in Honduras e Albania, per un totale di 1,8 milioni di euro; nel 2014 erano stati finanziati progetti sanitari tramite crediti per un valore di 5,8 milioni di euro. Interessante sarà verificare negli anni a venire il ruolo della Cassa Depositi e Prestiti quale nuova istituzione finanziaria per la cooperazione internazionale italiana, preposta alla concessione dei crediti.

APS italiano bilaterale per la salute 2015 per canali di finanziamento (milioni di euro e %)



RACCOMANDAZIONI

Tutelare il diritto alla salute e garantire a tutti pieno accesso ai servizi sanitari è condizione e requisito fondamentale per lo sviluppo di ciascun Paese. La disuguaglianza in salute va contrastata attraverso il **rafforzamento dei sistemi sanitari nazionali** e la promozione di politiche volte al perseguimento della **Copertura Sanitaria Universale** (*Universal Health Coverage*).

Tutto ciò implica **maggiori e più efficaci investimenti nei sistemi sanitari**, sia attraverso maggiori finanziamenti dei Paesi donatori nella cooperazione sanitaria, sia attraverso la mobilitazione di risorse nazionali derivanti da un più equo sistema di tassazione e raccolta di gettito fiscale da parte degli stessi Paesi beneficiari, così da assicurare adeguati servizi pubblici per aiutare tutti i cittadini a stare in salute in tutte le fasi della loro vita.

Al Governo italiano, nell'anno della sua Presidenza G7, chiediamo di testimoniare il proprio impegno nella cooperazione sanitaria migliorando la sua performance attuale e ponendo al centro dell'agenda G7 il tema salute globale, così da consolidare un rinnovato impegno dei Governi G7 per rispondere a vecchie e nuove sfide che si impongono all'attenzione della comunità internazionale.

RAFFORZAMENTO DELLA COOPERAZIONE SANITARIA ITALIANA

- **Aumentare l'aiuto pubblico italiano allo sviluppo in salute** sia nel canale multilaterale che in quello bilaterale. Considerato che l'aumento complessivo dell'APS italiano registrato negli ultimi anni è fortemente influenzato da un'alta incidenza dei costi di accoglienza dei rifugiati in Italia, è fondamentale vigilare che ciò non avvenga a discapito del volume di risorse della cooperazione italiana investite nei cosiddetti Paesi in via di sviluppo in ambito sanitario.
- **Ridurre la frammentazione** geografica dell'aiuto pubblico italiano allo sviluppo in ambito sanitario, assicurando una maggior corrispondenza tra Paesi definiti strategici e Paesi effettivamente beneficiari per ottimizzare le risorse e rendere gli interventi più efficaci.
- Garantire **maggior trasparenza** nell'allocazione delle risorse e nel loro utilizzo definendo ed attuando un piano di **monitoraggio e valutazione** che assicuri la **qualità dell'aiuto pubblico allo sviluppo** anche in ambito sanitario. È quindi benvenuta la recente notizia che l'Agenzia Italiana per la Cooperazione e lo Sviluppo aderirà a partire da marzo 2017 alla piattaforma IATI (*International Aid Transparency Initiative*) che è la principale piattaforma internazionale sulla trasparenza degli aiuti⁶⁶.
- Valorizzare il **ruolo degli enti locali** nei progetti di cooperazione sanitaria in termini di assistenza tecnica, rafforzamento istituzionale e capacità di collegamento con le comunità locali; migliorare il coordinamento tra MAECI ed enti locali italiani per far sì che ogni intervento di cooperazione finanziato da enti locali sia effettivamente registrato fra le attività che MAECI rendiconta all'OCSE come cooperazione allo sviluppo.
- Riaffermare la **centralità del finanziamento pubblico** nei progetti della cooperazione sanitaria per ridurre le disuguaglianze ed assicurare un equo accesso alla salute per tutti i cittadini/e. Là dove opportuno un coinvolgimento del settore privato, assicurare che ciò avvenga soltanto a condizione di aver definito un solido **quadro regolatorio** che definisca **criteri di trasparenza e accountability degli attori privati** e che garantisca il reale orientamento di qualsiasi investimento verso obiettivi di riduzione della povertà nelle aree di intervento rispettando i diritti e rispondendo ai bisogni delle comunità locali.

ACCESSIBILITÀ ALLE CURE

- Sostenere lo sforzo globale volto a sviluppare **sistemi sanitari resilienti** e a rafforzare il **ruolo delle comunità** nell'erogazione dei servizi sanitari. È necessaria, inoltre, la promozione di politiche che non alimentino la **fuga di personale sanitario qualificato** dai Paesi che soffrono di carenza di forza lavoro in questo settore.
- Promuovere la **ricerca** e lo **sviluppo** e la diffusione "**knowledge sharing**" di **nuovi farmaci, vaccini e tecniche diagnostiche**, per combattere la **resistenza agli antimicrobici (AMR)**⁶⁷. È necessario che il G7 in coordinamento con il G20 continui a promuovere azioni volte a favorire l'integrazione tra iniziative pubbliche e private di lotta al fenomeno della AMR e un loro coordinamento con azioni promosse in questo ambito dalle diverse organizzazioni internazionali.
- Promuovere politiche che regolino il **prezzo dei farmaci**. Ciò favorirebbe l'accesso a medicine di migliore qualità sia nei Paesi del G7 sia in quelli poveri. È necessario che i Paesi del G7 intraprendano delle azioni concrete per controllare l'inflazione dilagante dei prezzi dei medicinali ed esigere una maggiore trasparenza sul costo reale di ricerca e sviluppo di farmaci. Questo problema può essere risolto solo costruendo tavoli di lavoro che includano le associazioni di pazienti, la società civile, l'industria farmaceutica e le organizzazioni internazionali. Inoltre i Paesi possono e devono esercitare i loro diritti in base agli accordi dell'Organizzazione Mondiale del Commercio⁶⁸ e produrre o importare farmaci generici al fine di garantire l'accesso al maggior numero di pazienti anche se i brevetti per questi farmaci non sono ancora scaduti. È fondamentale che il G7 promuova iniziative come *The Medicines Patent Pool (MPP)*⁶⁹. Attraverso il suo modello di business innovativo questa organizzazione promuove la produzione generica e lo sviluppo di nuovi farmaci per l'HIV, l'epatite virale C e la tubercolosi nei Paesi sviluppati e il loro accesso nei Paesi a basso e medio reddito.
- **Impegnarsi a porre fine alle epidemie di HIV/AIDS, TBC e malaria entro il 2030**, garantendo l'accesso universale ai servizi di prevenzione, cura e sostegno, ponendo un'attenzione particolare ai bisogni delle donne, dei giovani e delle popolazioni chiave e incrementando i fondi per la lotta contro le epidemie, attraverso il pieno sostegno al Fondo Globale.
- Accompagnare i **Paesi a medio reddito** nella realizzazione di un **piano di transizione** dal finanziamento esterno all'utilizzo di risorse domestiche nel quadro degli organismi di salute globale (Fondo Globale e Gavi *in primis*) e delle organizzazioni internazionali (UE e Banca Mondiale) incaricate di supportare questa transizione.

CENTRALITÀ ALLE QUESTIONI DI GENERE IN AMBITO SANITARIO

- Favorire l'**accesso universale ai diritti** e alla **salute sessuale e riproduttiva** per ogni persona, in particolare quelle più emarginate.
- Promuovere politiche per l'eliminazione delle **disparità e discriminazioni** legate al genere.
- Prevenire e combattere tutte le **forme di violenza contro donne, ragazze e comunità LGBTQ**, incluse le pratiche dannose quali MGF e matrimoni forzati e/o precoci. Al fine di porre fine alle pratiche dannose, finanziare il Programma congiunto UNFPA/UNICEF sulle MGF/E.
- Supportare **rifugiate e migranti**, in particolare le minori colpite da conflitti e disastri naturali lavorando sull'*empowerment* e la resilienza.

- Garantire a giovani e adolescenti l'accesso ad adeguati e accessibili servizi per la salute sessuale e riproduttiva e all'informazione/educazione sessuale per eliminare le conseguenze sociali negative degli stereotipi di genere.
- Mobilitare risorse e sostenere governi e altri attori chiave affinché si impegnino rafforzare la **Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health** (2016-2030) dell'OMS.
- Affrontare tutte le cause della mortalità materna, della morbilità riproduttiva e materna e delle disabilità correlate.
- Rafforzare i sistemi sanitari nella raccolta dati di qualità per rispondere ai bisogni e alle priorità di donne e ragazze e garantire l'*accountability* per migliorare la qualità delle cure e l'equità.

NUTRIZIONE COME PREREQUISITO PER ADEGUATI LIVELLI DI SALUTE GLOBALE

- Assicurare che le iniziative di **sicurezza alimentare** e di sostegno allo **sviluppo agricolo** includano un **focus sui risultati in termine di nutrizione**. Nel promuovere questa attenzione sul tema della nutrizione è fondamentale che si rispetti la **leadership dei Paesi poveri** nelle iniziative promosse, utilizzando standard globali sviluppati dal movimento SUN⁷⁰ in tutte le fasi di progettazione. Gli investimenti dei donatori dovrebbero essere in linea con le strategie paese là dove queste esistono. Dove non esistono piani nazionali multisettoriali, i donatori del G7 dovrebbero incoraggiare i Paesi a svilupparne.
- Colmare l'attuale gap di **finanziamento alla nutrizione**⁷¹ e garantire che gli investimenti siano in linea con gli obiettivi globali.
- Elaborare un **action plan per la nutrizione**, che includa la mobilitazione di risorse e la creazione di un meccanismo di *accountability* come strumento per raggiungere il target fissato al Summit di Elmau nel 2015 di liberare 500 milioni di persone dal rischio di fame e malnutrizione entro il 2030.
- Raccogliere il testimone delle Olimpiadi **Nutrition for Growth** (N4G) e, con il supporto di Brasile, Giappone, Regno Unito e FAO, ospitare un **Summit nel quadro della presidenza italiana del G7**, e nel contesto del Decennio delle Azioni sulla Nutrizione delle Nazioni Unite, finalizzato a raccogliere fondi e a realizzare politiche performanti sulla nutrizione.

NOTE

1. La Banca Mondiale stima che nel 2015 il 10% della popolazione mondiale, ossia 700 milioni di persone, vivesse sotto la soglia di \$ 1,90 al giorno (PPA 2011).
2. "Tracking universal health coverage: First global monitoring report", Joint WHO/World Bank Group report, June 2015, http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2015/en/
3. Oxfam (2014), <http://www.oxfamitalia.org/wp-content/uploads/2014/10/PartireAPariMerito.pdf>
4. <http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>
5. A Universal Truth: No Health Without a Workforce, OMS/ GHWA report 2013 http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA_AUniversalTruthReport.pdf
6. Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals, OMS http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/200009/1/9789241565110_eng.pdf
7. Healthy Systems – Healthy Lives. A Global Initiative to strengthen Health Systems, OMS, 2015 http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/About_IHP_/mgt_arrangemts___docs/Steering_Committee_as_of_2014/SC_V/Healthy_Systems_Healthy_Lives_Presentation.pdf
8. Ise-Shima Progress Report, Ise-Shima Summit, G7 2016 <http://www.mofa.go.jp/files/000158338.pdf>
9. Global aids update, UNAIDS, 2016 http://www.who.int/hiv/pub/arv/global-AIDS-update-2016_en.pdf?ua=1
10. Global aids update, UNAIDS, 2016 http://www.who.int/hiv/pub/arv/global-AIDS-update-2016_en.pdf?ua=1
11. UNAIDS, Prevention Gap Report, <http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/prevention-gap>, luglio 2016.
12. World Malaria Report 2016, OMS <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252038/1/9789241511711-eng.pdf?ua=1>
13. World Malaria Report 2016, OMS <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252038/1/9789241511711-eng.pdf?ua=1>
14. Ise-Shima Progress Report, Ise-Shima Summit, G7 2016 <http://www.mofa.go.jp/files/000158338.pdf>
15. Ise-Shima Progress Report, Ise-Shima Summit, G7 2016 <http://www.mofa.go.jp/files/000158338.pdf>
16. Ise-Shima Progress Report, Ise-Shima Summit, G7 2016 <http://www.mofa.go.jp/files/000158338.pdf>
17. Fondo Globale per la Lotta contro l'AIDS, la Tubercolosi e la Malaria, http://www.theglobalfund.org/documents/replenishment/2016/Replenishment_2016ConferencePledges_List_en/.
18. Ise-Shima Progress Report, Ise-Shima Summit, G7 2016 <http://www.mofa.go.jp/files/000158338.pdf>
19. Progress and achievements of the medicines Patent Pool 2010-2015, Medicines Patent Pool http://www.medicinespatentpool.org/wp-content/uploads/WEB_Progress_Report_2015_EN.pdf
20. G7/8 Summit Compliance Data Sets by Issue, 1985-2013: Health G8 Research Group, 17 Aprile, 2015 <http://www.g8.utoronto.ca/compliance/dataset/health.html>
21. 2015 Schloss Elmau G7 Summit Interim Compliance Report, <http://www.g8.utoronto.ca/evaluations/2015compliance-interim/index.html>
22. Database sulla Resistenza agli Antimicrobici, Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (CEPCM), ultimo accesso giugno 2016 http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/antimicrobial_resistance/database/Pages/database.aspx
23. Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health of WHO http://www.who.int/woman_child_accountability/about/coia/en/
24. G7 Ise-Shima Leaders' Declaration, G7 Ise-Shima Summit, 26-27 Maggio 2016 <http://www.mofa.go.jp/files/000160266.pdf>
25. Global Health Observatory (GHO) data, Child mortality and causes of death, OMS (ultimo accesso giugno 2016) http://www.who.int/gho/child_health/mortality/mortality_under_five_text/en/

26. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group, The Lancet, Novembre 2015 <http://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/pdfs/S0140673615008387.pdf>
27. Ise-Shima Progress Report, Ise-Shima Summit, 67 2016 <http://www.mofa.go.jp/files/000158338.pdf>
28. Tracking universal health coverage: First global monitoring report, Gruppo Banca Mondiale e Organizzazione Mondiale della Sanità http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174536/1/9789241564977_eng.pdf?ua=1
29. Secondo le analisi che il Fondo Globale ha compiuto insieme ai propri partner tecnici, infatti, nel periodo 2017-2019 sarebbero necessari 97 miliardi di dollari per consentire ai paesi in cui il Fondo investe di raggiungere gli obiettivi stabiliti dai Sustainable Development Goals. Anche ipotizzando che si realizzi lo scenario di crescita migliore, si stima che le risorse degli altri programmi internazionali, sommate a quelle dei paesi a basso e medio reddito, sarebbero pari a 64 miliardi di dollari, che aggiunti ai 13 del Fondo permetterebbero di arrivare a 77 miliardi di dollari, vi sarebbe quindi un gap di 20 miliardi di dollari. Fondo Globale per la Lotta contro Aids, Tubercolosi e Malaria, Motivi per investire nel Fondo Globale, http://theglobalfund.org/documents/publications/other/Publication_InvestmentCase_Summary_it/, dicembre 2015
30. UnAids, Prevention Gap Report, <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/prevention-gap>, luglio 2016.
31. *Financing the Response to AIDS in Low- and Middle-Income Countries: International Assistance from Donor Governments in 2015*, Kaiser Family Foundation e UnAids, <http://kff.org/global-health-policy/press-release/kaiserunaids-study-finds-donor-government-funding-for-hiv-fell-in-2015-for-first-time-in-5-years/>, luglio 2016.
32. UnAids considera popolazioni chiave principali gli uomini gay e altri uomini che fanno sesso con uomini, le operatrici e gli operatori del sesso e i loro clienti, le persone transgender, le persone che si iniettano droghe e i detenuti, si veda http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_en.pdf.
33. Women and Girls, UnAids, http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/women-girls_snapshot_en.pdf, 2016.
34. Fondo Globale per la Lotta contro AIDS, Tubercolosi e Malaria, <http://www.theglobalfund.org/en/womengirls/>, aprile 2016.
35. Achieving the malaria MDG target: reversing the incidence of malaria 2000-2015, OMS e Unicef, <http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241509442/en/>, settembre 2015 e OMS, World Malaria Report 2016, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252038/1/9789241511711-eng.pdf?ua=1>, dicembre 2016.
36. Global tuberculosis report 2016, http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2016_executive_summary.pdf?ua=1
37. Report of the UNITED NATIONS SECRETARY-GENERAL'S HIGH-LEVEL PANEL ON ACCES TO MEDICINES, Promoting innovation and access to health technologies, Settembre 2016 <https://static1.squarespace.com/static/562094dee4b0d00c1a3ef761/t/57d9c6ebf5e231b2f02cd3d4/1473890031320/UNSG+HLP+Report+FINAL+12+Sept+2016.pdf>
38. Health workforce and services, OMS, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_36-en.pdf, dicembre 2015.
39. Secondo i dati OIM, nel corso nell'intero anno 2015 sono arrivati in Italia 153.842 persone (<http://migration.iom.int/europe/>).
40. Istituto Superiore di Sanità, Immigrati e zingari: salute e disuguaglianze (Rapporti ISTISAN 03/4)
41. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence, WHO, 2013. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>
42. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>
43. <http://www.unicef.it/doc/7065/bambine-non-spose-un-convegno-e-5-progetti.htm>
44. http://www.pariopportunita.gov.it/images/stories/documenti_vari/UserFiles/PrimoPiano/Convenzione_Istanbul_violenza_donne.pdf
45. UNFPA 2015
46. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>
47. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/en/>
48. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/en/>
49. Countdown to 2015: a decade of tracking Progress for maternal, newborn, and child survival, Lancet 2016; 387: 2049-59, [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(15\)00519-X.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)00519-X.pdf)
50. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries, R. Black et al, 2013, The Lancet.
51. <http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/newsroom/wfp274603.pdf>
52. "Gender and adult undernutrition in developing countries". Annals of Human Biology. 30 (5): 520-537, Nubé, M.; Van Den Boom, G. J. M. (2003).
53. <http://thousanddays.org/t-days-content/uploads/Investing-in-Nutrition-The-Foundation-for-Development.pdf>
54. Oxfam Annual Report 2014-15, Oxfam International (2016), https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/file_attachments/story/oxfam_annual_report_2014_-_2015_final.pdf
55. Valutazione dell'esperienza di Oxfam (intitolata come MATCH) sviluppata in cooperazione con il Centro di Salute Globale della Regione Toscana è disponibile ai seguenti link: http://www.centrosaluteglobale.eu/site/wp-content/uploads/2015/03/Match-Prefinal-2_finalrevision.pdf <http://www.centrosaluteglobale.eu/site/wp-content/uploads/2015/03/Final-Evaluation-Report-MATCH-Project-Final-Version.pdf>
56. Progetti "The Improvement of Emergency Medical Services in the Coastal Area (IEMSCA)" e "Introducing Health Information System (IHIS): A modern approach to transparency and accountability in the Albanian Public Health" finanziati nell'ambito del programma di conversione di Conversione del Debito (IADSA); www.iadsa.info
57. <http://openaid.esteri.it>
58. Oxfam (2014), <https://www.oxfam.org/en/research/dangerous-diversion>
59. Oxfam (2013), <http://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/universal-health-coverage-why-health-insurance-schemes-are-leaving-the-poor-beh-302973>
60. Oxfam (2014), <http://www.oxfamitalia.org/wp-content/uploads/2014/10/PartireAPariMerito.pdf>
61. Ibidem.
62. Per l'APS totale italiano e dei paesi G7 ci siamo basati sul database dell'Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) Total flows by donor (ODA+OOF+Private) [DAC1] <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CRS1#>. Per i contributi italiani bilaterali per la salute ci siamo basati sul database dell'Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) Creditor Reporting System (CRS) <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CRS1#>, prendendo in considerazione i settori "Health" e "Population policies/programmes and reproductive health". Per il calcolo dell'APS multilaterale per la salute ci siamo basati sul database OECD Members' total use of the multilateral system (<https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CRS1#>) e sul DAC members' imputed multilateral contributions to the health sector, secretariat estimations, data to 2015 (xls, Jan 2017) and methodology (<http://www.oecd.org/dac/stats/aidtohealth.htm>). L'OCSE, sulla base della segnalazione delle varie agenzie multilaterali che riportano al DAC, calcola i flussi di ciascuna agenzia multilaterale per un determinato settore - e quindi anche per il settore salute - come percentuale sul totale degli aiuti dell'agenzia; questa percentuale viene poi applicata ai contributi dei Paesi donatori verso quella specifica agenzia multilaterale. Gli importi risultanti rappresentano quindi una stima del contributo al settore salute da parte di un Paese donatore attraverso questa agenzia. Da parte nostra abbiamo poi integrato queste stime, con dati provenienti dai database delle agenzie multilaterali più rilevanti, poiché le stime OCSE non contengono sempre tutti i contributi di un Paese donatore alle più rilevanti agenzie multilaterali impegnate per la salute. In particolare per l'Italia, in queste stime dei contributi multilaterali fatte dall'OECD-DAC mancano i dati relativi ad AMC e GAVI, e diverse annualità dei contributi al Fondo Globale. Pertanto abbiamo corretto queste mancanze prendendo da fonti dirette. Per il Fondo Globale ci siamo basati sui dati riportati nel loro stesso sito (http://www.theglobalfund.org/documents/core/financial/Core_PledgesContributions_List_en/) e sui dati MAECI (Ufficio VIII DGCS-MAECI). Mentre per il GAVI ci siamo basati sui dati contenuti nel "Donor Profile - ITALY Proceeds to Gavi from donor contributions & pledges (2016-2020) as of 30 June 2016" (<http://www.gavi.org/funding/donor-profiles/italy/>). I tassi di cambio per ogni annualità, fra dollaro ed euro, provengono dal database Total flows by donor (ODA+OOF+Private) [DAC1].
63. I dati del database OCSE disaggregati per settore sono stati aggiornati fino al 2015: v. Creditor Reporting System database.
64. Macroeconomics and health: investing in health for economic Development, Who Commission on Macroeconomics and Health (2001, whqlibdoc.who.int/publications/2001/924154550x.pdf)
65. Cfr. <https://www.facebook.com/cooperazioneitalianaallosviluppo/posts/1237771342935258>; <http://www.gavi.org/funding/donor-profiles/italy/>
66. I Paesi prioritari secondo il documento "La Cooperazione Italiana allo Sviluppo nel Triennio 2014-2016 Linee guida e indirizzi di programmazione Aggiornamento: marzo 2014" sono: 9 in Africa Sub Sahariana (Senegal, Sudan, Sud Sudan, Kenya, Somalia, Etiopia, Mozambico, Niger, Burkina Faso), 2 in Nord Africa (Egitto, Tunisia); 1 nei Balcani (Albania), 2 in Medio Oriente (Palestina e Libano), 3 in America Latina e Caraibi (Bolivia, El Salvador e Cuba), 3 in Asia e Oceania (Afghanistan, Pakistan e Myanmar). http://www.open-cooperazione.it/web/news-la-cooperazione-italiana-aderira-alla-piattaforma-iat-1--PzMWmG1_uloXaz.aspx
67. Global action plan on antimicrobial resistance, OMS, http://www.who.int/drugresistance/global_action_plan/en/, 2015.
68. https://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/pharmapatent_e.htm
69. <http://www.medicinespatentpool.org>
70. <http://scalingupnutrition.org>
71. <http://thousanddays.org/t-days-content/uploads/Investing-in-Nutrition-The-Foundation-for-Development.pdf>

Questo rapporto è stato scritto da Sara Albiani (Oxfam Italia), Francesca Belli (ACTION global health advocacy partnership), Stefania Burbo (Osservatorio AIDS), Serena Fiorletta (AIDOS), Maria Grazia Panunzi (AIDOS), Marco Simonelli (Friends of the Global Fund Europe).

Si ringrazia anche Federica Corsi (Oxfam Italia), Micol Fascendini (CCM Comitato Collaborazione Medica), Luisa Lupo, Lorenzo Paoli (Oxfam Italia), Valeria Pecchioni (CCM Comitato Collaborazione Medica), Nandini Pillai (ACTION global health advocacy partnership) e Anushree Shiroor (Results UK) per il supporto dato all'elaborazione e alla stesura del rapporto.

L'impaginazione è a cura di Demostenes Uscamayta Ayvar (Oxfam Italia).

Questo rapporto è frutto del lavoro congiunto delle associazioni e reti che fanno parte del gruppo salute della Global Call Against Poverty (GCAP) Italia e mira a informare il dibattito pubblico sui temi dell'aiuto allo sviluppo per la salute in vista del Summit dei paesi G7 che si terrà a Taormina nel maggio 2017.

Per ulteriori informazioni sulle questioni sollevate in questo rapporto per favore inviare un'email a: policy@oxfam.it

Il testo può essere usato gratuitamente per fini di campagne di opinione, formazione e ricerca, a condizione che venga citata la fonte in pieno. Il titolare del diritto d'autore chiede che ogni utilizzo sia segnalato ai fini della valutazione di impatto. Per utilizzo in qualsiasi altra circostanza o in altre pubblicazioni o per la conversione o adattamento, il permesso deve essere rilasciato e un contributo può essere chiesto. policy@oxfam.it

Foto copertina: Steve Simon/Oxfam

Tutte le fotografie della pubblicazione sono di proprietà Oxfam.

Le informazioni contenute in questa pubblicazione sono corrette al momento della pubblicazione (febbraio 2017).

