

## **La Cooperazione italiana allo sviluppo in sanità al bivio**

**di Eduardo Missoni**

**esperto di cooperazione internazionale**

### ***I principi guida***

La promozione dell'equità nella distribuzione e nell'accesso alle risorse per la salute, è sempre stata una priorità del Governo Italiano in Italia e a livello mondiale. L'enfasi sulla prevenzione, la partecipazione delle comunità, l'appropriatezza tecnologica, l'approccio intersettoriale e la promozione dell'autosufficienza locale sono i tradizionali principi guida della Cooperazione Italiana allo sviluppo nel settore socio-sanitario.<sup>1</sup>

L'Italia contribuisce alla promozione della salute dei Paesi con cui coopera sia bilateralmente che multilateralmente, attraverso diverse Organizzazioni Internazionali. Il Coordinamento degli sforzi internazionali è considerato fondamentale al fine di evitare la duplicazione e la frammentazione e la sinergia è ricercata sia con gli altri partner internazionali sia con il Sistema Sanitario Nazionale.

L'Italia da sempre riconosce e sostiene la OMS quale agenzia leader a livello globale per quanto concerne la salute. Nel 2000 si è giunti a definire in un accordo quadro il rapporto tra OMS e la nostra Cooperazione allo Sviluppo, un nuovo strumento per una collaborazione progressivamente cresciuta negli ultimi anni.<sup>2</sup>

### ***La dimensione dell'aiuto italiano***

Da un punto di vista quantitativo l'Aiuto pubblico allo sviluppo (APS) dell'Italia ha sofferto una progressiva riduzione sia in termini assoluti sia in proporzione del proprio PIL, raggiungendo il minimo storico, 0,13%, nel 2000. (Tabella 1)

**Tab. 1 – Aiuto Pubblico allo Sviluppo (APS) - Italia**

<b>Anno</b>	<b>US\$ (Milioni)</b>	<b>APS%PIL</b>
1998	2278,31	0,20%
1999	1805,72	0,15%
2000	1376,26	0,13%

Fonte: memorandum OCSE/DAC

Ciononostante le risorse destinate alle attività sanitarie sono aumentate considerevolmente, sia in termini assoluti sia in percentuale del totale dell'aiuto bilaterale a dono, rappresentando ormai il settore di maggiore rilevanza per la cooperazione Italiana allo Sviluppo ed avendo raggiunto il 30% del totale ripartibile per settore. (Tabella 2)

<sup>1</sup> Nella Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo, il settore sanitario è stato il primo a darsi formalmente dei "Principi Guida": cfr. Ministero degli Affari Esteri, Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo, La Cooperazione sanitaria italiana. Principi Guida, Roma 1989

<sup>2</sup> Ministero degli Affari Esteri, Direzione generale per la cooperazione allo sviluppo, Relazione annuale sull'attuazione della politica di cooperazione allo sviluppo nel 2000

**Tabella 2 – APS Italiano. Sanità e Popolazione (bilaterali a dono; impegni)**

Anno	Sanità e popolazione US\$ (milioni)	Totale ripartibile per settore US\$ (milioni)	Sanità e popolazione in % del totale ripartibile per settore	Totale bilaterale a dono US\$ (millions)	Sanità e popolazione in % del totale a dono
1998	10,32	136,82	8%	549,91	2%
1999	32,68	229,59	14%	562,17	6%
2000	46,17	154,93	30%	537,92	9%

Fonte: memorandum OCSE/DAC

Deve essere sottolineato che i dati dell'OCSE/DAC non includono le attività sanitarie realizzate nel contesto degli interventi multisettoriali, né di quelli classificati come "emergenza ed aiuto umanitario", dei quali rappresentano una proporzione significativa.

D'altra parte, i dati OCSE/DAC riflettono il totale dell'Aiuto Italiano allo Sviluppo e non solo le risorse dell'APS canalizzate attraverso la Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo, che resta il principale "attore" istituzionale in questo campo.

Anche i dati prodotti dalla DGCS ed esclusivamente riferiti all'attività di quella Direzione Generale del Ministero degli Affari Esteri mostrano un aumento delle risorse dedicate alla salute. Questi includono quelli canalizzati attraverso interventi di Emergenza (straordinari), che sono passati dal 17% del totale degli interventi sanitari nel 1997 al 41% di essi nel 2000.

Escludendo gli interventi di Emergenza (straordinari), nel 2000 la Cooperazione Italiana era presente con programmi sanitari in 39 paesi.

Geograficamente, l'Africa l'area di massima priorità, ricevendo una crescente percentuale del totale degli aiuti in sanità (Tab.3). Anche l'ammontare delle risorse canalizzate attraverso le Organizzazioni internazionali è in aumento (Tab.4), in particolare i fondi destinati alla OMS (tab.5).

**Tabella 3 – Cooperazione Italiana allo Sviluppo nel settore sanitario: erogazioni nette per area geografica (US \$)**

Area Geografica	1998	%	1999	%	2000	%
Africa Centrale	3.777.683	10	13.387.675	19	9.750.309	16
Africa Australe	10.199.003	27	16.619.283	24	19.513.341	33
America Latina e Caraibi	4.107.473	11	6.219.743	9	2.712.955	5
Asia e Pacifico	2.489.145	7	10.110.756	15	4.517.059	8
Bacino Mediterraneo e Medio Oriente	7.637.805	20	12.025.513	17	16.770.734	28
Europa orientale e mediterranea	5.291.665	14	7.265.163	10	1.729.775	3
Non ripartibile	4.343.695	11	3.975.416	6	4.578.444	8
<b>Total</b>	<b>37.846.469</b>	<b>100</b>	<b>69.603.549</b>	<b>100</b>	<b>59.572.617</b>	<b>100</b>

Fonte: Ministero degli Affari Esteri – 2001

**Tabella 4 – Cooperazione Italiana allo Sviluppo nel settore sanitario: erogazioni nette (US \$)**

Canale	1998	%	1999	%	2000	%
Bilaterale	26.148.585	69	47.317.347	68	34.790.440	58
Multi-bilaterale	7.378.603	19	17.608.933	25	5.981.606	10
Multilaterale	4.319.281	11	4.677.268	7	18.800.571	32
<b>Total</b>	<b>37.846.469</b>	<b>100</b>	<b>69.603.549</b>	<b>100</b>	<b>59.572.617</b>	<b>100</b>

Fonte: Ministero degli Affari Esteri – 2001

**Tabella 5 – Contributi Volontari alla OMS**

Anno	US \$
1998	5.255.592
1999	11.885.414
2000	14.232.182

Fonte: OMS

## ***Il confronto con altri donatori internazionali***

Utilizzando i dati del 1999 e confrontandoli con gli altri donatori del G7, la percentuale dell’Aiuto Bilaterale che l’Italia destina alla sanità è tra i più alti (Tab. 6). Purtroppo, bisogna considerare che, a causa del suo approccio integrato e di settore alla sanità, la “salute riproduttiva” è raramente differenziabile al momento della raccolta dei dati, mentre le attività strettamente definibili di “popolazione” non sono quantitativamente particolarmente significanti.

**Tabella 6 – Aiuto Pubblico allo Sviluppo per settori, 1999 (impegni, percentuale sul totale bilaterale)**

	Canada	Francia	Germania	Italia	Giappone	Regno Unito	U.S.A.	DAC
<b>Sanità</b>	1,6	3,8	2,8	5,2	2,4	5,8	4,2	4,2
<b>Popolazione e salute riproduttiva</b>	0,4	0,0	0,8	0,1	0,1	3,4	6,0	1,8
<b>Aiuti di emergenza</b>	14,0	0,2	6,0	20,5	2,9	9,9	25,8	11,1
<b>Totale</b>	<b>2,0</b>	<b>3,8</b>	<b>3,6</b>	<b>5,3</b>	<b>2,6</b>	<b>9,3</b>	<b>10,1</b>	<b>6,0</b>

(Fonte: OCSE/DAC)

D’altra parte, come è stato già detto, un importante parte dell’Aiuto di emergenza è inerente la sanità. Giacché i fondi classificati come aiuto d’emergenza sono progressivamente cresciuti fino a raggiungere il 20% dell’aiuto bilaterale totale, e il 45% di quegli aiuti sono classificabili come “sanitari” per un confronto esatto dovremmo conoscere la percentuale di aiuto sanitario “puro” nei fondi destinati all’emergenza dagli altri donatori (che non è possibile conoscere attraverso i dati OCSE/DAC).

## **Strategie ed esperienze**

Le iniziative della cooperazione italiana nel settore sanitario rimangono ancorate a due fondamentali linee strategiche.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Ministero degli Affari Esteri, Direzione generale per la cooperazione allo sviluppo, Relazione annuale ...op. cit.

- il sostegno ai sistemi sanitari nazionali
- il sostegno ai sistemi sanitari locali e ai processi di decentramento.

Negli ultimi anni si è andata inoltre sviluppando la ricerca di collegamento internazionale tra iniziative analoghe, teso a favorire lo scambio di esperienze e conoscenze tra le realtà dei paesi con cui si coopera e le realtà istituzionali e locali italiane.

### ***Sostegno alle politiche e sviluppo dei sistemi sanitari nazionali***

Nei PVS la Cooperazione italiana in sanità è impegnata a favorire la sinergia tra i maggiori donatori e le Organizzazioni Internazionali (UE, OMS, UNICEF e altri organismi del sistema delle Nazioni Unite, Banca Mondiale e altre agenzie bilaterali) a sostegno dei piani sanitari nazionali.

L'Italia, in effetti, sostiene da sempre un approccio integrato alle politiche di settore e di sostegno allo sviluppo dei sistemi sanitari nazionali ed in questa linea s'inseriscono le attività di assistenza tecnica ai Ministeri della Sanità (o alle corrispondenti autorità sanitarie centrali), spesso ricercando anche la collaborazione tecnica dell'Istituto Superiore di Sanità e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, cui in alcuni casi viene affidata l'esecuzione delle iniziative.

Dal 1997 è cresciuto l'interesse per un'approccio integrato settoriale, il cosiddetto Sector Wide Approach (SWAp)<sup>4</sup>, con un corrispondente abbandono del più tradizionale approccio "a progetto", ed il coinvolgimento della Cooperazione italiana insieme nello sviluppo di quelle dinamiche a livello Paese insieme agli altri donatori.<sup>5</sup>

La partecipazione ai programmi SWAP può assumere modalità diverse: la partecipazione finanziaria al budget nazionale del Paese beneficiario (in alcuni casi indicato come "Canale I"); il contributo diretto al bilancio del Ministero della Sanità ("Canale II") e l'esecuzione (ed il finanziamento) diretta di attività comunque comprese nel Piano Sanitario predisposto dalle autorità nazionali e sottoscritto da tutti i donatori ("Canale III"). Anche per la limitata esperienza nell'utilizzazione degli appositi strumenti amministrativi per il finanziamento diretto ai governi,<sup>6</sup> la partecipazione italiana agli SWAp si realizza ancora per lo più secondo la terza ipotesi, anche se si stanno avviando alcune iniziative mediante il cosiddetto "Canale II" (ad esempio in Etiopia). E' evidente che se da un lato le prime due modalità d'intervento promuovono maggiormente la *ownership* del Paese beneficiario, esse richiedono l'adozione di meccanismi di controllo della spesa che offrano sufficienti garanzie ai donatori sull'effettiva destinazione dei fondi, il che in parte spiega l'ancora scarsa popolarità di tale approccio.

### ***Decentramento, supporto ai sistemi sanitari locali e assistenza sanitaria di base***

Molti interventi si realizzano in aree geograficamente definite (di regola coincidenti con le aree del decentramento politico-amministrativo: distretti, province, dipartimenti ecc.). Questi interventi, tesi a promuovere il decentramento del sistema sanitario, si propongono di realizzare a livello locale le azioni previste nei piani sanitari nazionali, incrementando qualità e quantità delle prestazioni dei servizi e facilitando l'accesso e la partecipazione dell'utenza alla gestione degli stessi, con particolare attenzione ai gruppi sociali più vulnerabili. A questo livello si sviluppa tra l'altro l'integrazione tra gli interventi in diversi settori. Da sempre, infatti, la Cooperazione sanitaria

<sup>4</sup> Secondo lo schema SWAp I e agenzie internazionali contribuiscono a finanziare l'intero settore, sacrificando le loro priorità e i loro progetti. In cambio hanno il diritto di partecipare alla formulazione delle politiche nazionali di sviluppo e alle decisioni riguardanti la destinazione delle risorse.

<sup>5</sup> OECD/DAC, Development Cooperation Review Series, Italy, 2000

<sup>6</sup> il finanziamento diretto a Governi è previsto dall'art.15 del Regolamento della Legge n.49/87

italiana mantiene l'accento prioritario sulla sanità di base, intesa come strategia integrata verso l'obiettivo della "Salute per tutti" fissato nel 1979 ad Alma Ata, anche nel contesto della più ampia strategia di lotta alla povertà.<sup>7</sup>

Nel quadro delle citate linee strategiche principali, quindi sia nell'assistenza tecnica a livello centrale, sia nel sostegno dello sviluppo dei sistemi sanitari locali, alcune tematiche ed approcci hanno spesso ricevuto un'attenzione particolare, tra questi: l'organizzazione e la gestione dei servizi; i sistemi informativi socio-sanitari; la sorveglianza epidemiologica; il supporto ai sistemi farmaceutici nazionali e la promozione di farmaci essenziali; l'appropriatezza e la sostenibilità nella realizzazione di infrastrutture sanitarie e nell'introduzione delle tecnologie biomediche. In altri casi l'attenzione si è focalizzata su alcuni gruppi particolari della popolazione o su specifiche tematiche: minori, portatori di handicap; salute mentale; salute familiare e riproduttiva; singole patologie.

La formazione e l'aggiornamento degli operatori locali viene infine indicata come parte integrante di tutte le iniziative della cooperazione italiana allo sviluppo in sanità, come del resto l'educazione sanitaria della popolazione.<sup>8</sup>

## Le nuove tendenze

L'Italia ha tradizionalmente promosso un approccio sistemico alla salute, piuttosto che un approccio "verticale" a specifiche tematiche o al controllo di singole malattie e, in genere, pur riconoscendo la rilevanza di alcune problematiche, esse debbano essere affrontate – per quanto riguarda l'intervento in sanità - garantendo l'accessibilità universale a servizi sanitari efficienti ed efficaci e quindi attraverso l'inclusione di appropriate strategie e interventi nei Piani Sanitari Nazionali e Locali.

Ciononostante, come ricordato, non mancano esempi di iniziative tematiche dirette a specifiche condizioni morbose, come nel caso dei programmi di controllo delle malattie infettive (tubercolosi, malaria, aids, etc.). In generale anche in quei casi, però, si rivendica il potenziamento del sistema sanitario nel suo complesso (ad esempio del sistema di vigilanza epidemiologica, del sistema di approvvigionamento dei farmaci, etc.) a partire da quei programmi, anche se come è ovvio molto dipende dall'organizzazione sanitaria del paese con cui si coopera.

L'avvento dello SWAp sembrava aver ricondotto le strategie della cooperazione internazionale ad un approccio integrato, se non alla salute quanto meno alla sanità, dopo che durante gli anni '80 approcci selettivi e "verticali" avevano di fatto negato l'impegno per una "Salute per tutti", solennemente assunto ad Alma Ata nel 1978, l'assistenza sanitaria di base fu indicata come la strategia fondamentale per il raggiungimento di quell'obiettivo entro il 2000. Negli ultimi anni, invece, l'attenzione internazionale si è tornata a concentrare su singole malattie infettive ed in particolare su HIV/AIDS, Malaria e Tubercolosi.<sup>9</sup>

In tale direzione, anche l'Italia ha varato importanti iniziative sia a carattere multilaterale (attraverso la OMS, UNAIDS e WFP), sia a carattere bilaterale, in principio tra loro collegate. Ad esempio, tra il 1999 e il 2001 risultavano impegnati circa 35,5 milioni di Euro per la lotta all'AIDS in 17 paesi

---

<sup>7</sup> cfr. <http://www.esteri.it/polestera/cooperaz/index.htm>; Linee guida della cooperazione italiana sulla riduzione della povertà

<sup>8</sup> Ministero degli Affari Esteri, Direzione generale per la cooperazione allo sviluppo, Relazione annuale ...*op. cit.*

<sup>9</sup> cfr. Missoni, E., La Cooperazione internazionale per la salute, *Salute e territorio*, luglio-agosto 2001, n.127, pp. 198-202

africani<sup>10</sup> e l'Italia risulta quale secondo finanziatore del programma dell'OMS "Roll Back Malaria" cui ha destinato circa 5 milioni di Euro.<sup>11</sup>

In occasione della sessione speciale sull'HIV/AIDS dell'Assemblea delle Nazioni Unite, il Segretario Generale Kofi Annan ha lanciato l'idea di un Fondo Globale per l'AIDS, idea ripresa ed estesa al vertice G8 di Genova dove è stato formalizzato l'impegno per la costituzione di un "Fondo Globale per la lotta all'AIDS, la Tuberculosis e la malaria".

Il sostegno al Fondo Globale – che dovrebbe divenire operativo alla fine di gennaio 2002 - è una delle otto linee programmatiche della Cooperazione Italiana allo Sviluppo. Alla salute è dedicata inoltre speciale menzione nell'ambito della lotta alla povertà, che costituisce nel suo insieme un'altra delle citate linee programmatiche indicate nella Relazione previsionale sulle attività di cooperazione allo sviluppo nell'anno 2002.<sup>12</sup> In quel documento si legge che il Governo italiano ha deciso di finanziare il Fondo con la somma di 200 milioni di dollari (stesso livello di contribuzione degli Stati Uniti, del Regno Unito e del Giappone), ma non si specifica se tale somma rappresenta un impegno annuale, da mantenere sul lungo periodo. E' importante sottolineare, peraltro, che l'impegno assunto dal G8 prevede che le risorse annunciate siano aggiuntive rispetto agli stanziamenti ordinari programmati. Invece, almeno per quanto concerne l'Italia le risorse destinate a finanziare i lavori preparatori per l'organizzazione del Fondo sono state sottratte al contributo annuale all'OMS, e i primi stanziamenti per il Fondo Globale (50 milioni di Euro deliberati in dicembre dal Comitato Direzionale della Cooperazione allo Sviluppo<sup>13</sup>) sono stati recuperati dal "definanziamento" di programmi bilaterali già programmati, mentre per il 2002 è possibile ipotizzare un taglio netto del 20% su tutta la programmazione. D'altra parte, se da un lato l'OMS stima in 7-10 miliardi di dollari l'anno il fabbisogno per la sola lotta all'AIDS, i contributi al Fondo Globale hanno raggiunto in totale appena 1,7 miliardi di dollari.<sup>14</sup>

Eppure, già fin dagli inizi degli anni '80 la comunità dei donatori si era impegnata a portare l'aiuto pubblico allo sviluppo allo 0,7% del PIL. Oggi l'insieme dei paesi OCSE si attesta intorno alla misera media dello 0,24% del PIL. In un quadro di progressiva riduzione dell'APS, fondi "addizionali" sono in realtà il risultato del trasferimento di risorse da un capitolo all'altro dell'APS. Non possono nemmeno essere trascurati i numerosi problemi di *governance* e rappresentatività insiti nel nuovo Fondo Globale, come del resto nelle preesistenti Partnership globali pubblico-privato cui il Fondo Globale si va a sommare.<sup>15,16</sup> Con essi, l'impostazione "verticale" del Fondo, le cui risorse potranno essere destinate solo a iniziative per la lotta all'HIV/AIDS, alla Tuberculosis e alla malaria con dinamiche che – contrariamente alla dichiarazione di principio – potrebbero debilitare i sistemi sanitari dei PVS beneficiari,<sup>17</sup> porrà la Cooperazione Italiana di fronte ad una crescente contraddizione con la sua rivendicazione di un approccio integrato alla promozione della salute.

Preso atto dei principi di riferimento della Cooperazione italiana, il DAC – a conclusione del suo ultimo esame – sintetizzava le sue conclusioni in tre raccomandazioni: rinforzare l'approccio integrato di settore (SWAp) nella programmazione paese a partire dall'esperienza maturata in paesi prioritari selezionati; focalizzare maggiormente sullo sviluppo istituzionale e delle capacità locali

---

<sup>10</sup> Ministero degli Affari Esteri, Italian Government initiatives for the fight against HIV/AIDS in Africa, UNDP, Italy, 2001

<sup>11</sup> Ministero degli Affari Esteri, sistema informativo cooperazione - SIC

<sup>12</sup> <http://www.esteri.it/polestera/cooperaz/index.htm> - Relazione previsionale sulle attività di cooperazione allo sviluppo nell'anno 2002, presentata dal Ministro degli Affari Esteri Renato Ruggiero

<sup>13</sup> <http://www.esteri.it/polestera/cooperaz/index.htm>; Comitato Direzionale, riunione del 15.11.2001, delibera n.175

<sup>14</sup> [http://www.un.org/News/press/docs/2002/0201\\_20020118\\_01.htm](http://www.un.org/News/press/docs/2002/0201_20020118_01.htm) (aggiornato al 18.1.2002)

<sup>15</sup> Missoni, E., *Salute e Sviluppo*, 2001 (in stampa);

<sup>16</sup> Missoni, E., The Global Health Fund: a global bluff, <http://bmj.com> (24.8.2001 - electronic letter)

<sup>17</sup> Missoni, E., *Salute e Sviluppo*, op.cit.

nel settore sanitario; aumentare l'attenzione sui temi della efficacia e della sostenibilità dei sistemi di erogazione di servizi sanitari.<sup>18</sup> Coerentemente, ancora all'inizio del 2001 nel formulare i termini di riferimento per l'agenda dei G8 in tema di salute, la Presidenza italiana faceva specifico riferimento agli obiettivi mancati di Alma Ata, richiamava l'inefficacia delle "azioni selettive" intraprese nella lotta contro singole malattie e poneva l'enfasi piuttosto sull'accessibilità ai servizi, sulla promozione della loro efficienza ed efficacia, sull'equità, focalizzando l'attenzione sulla prevenzione nel più ampio contesto dell'approccio integrato allo sviluppo, dove l'obiettivo dovrebbe essere il miglioramento delle condizioni di vita delle popolazioni. Poi, in aprile dello stesso anno, fu proprio la Presidenza Italiana a proporre l'intera sostituzione di quell'agenda con la proposta di un "Fondo Globale per la salute", poi dedicato a sole tre malattie.<sup>19</sup> Una scelta che accentuerà il carattere multilaterale dell'aiuto italiano nel settore sanitario, paradossalmente indebolendo gli organismi internazionali preposti al governo globale ed in particolare l'OMS, che l'Italia almeno fino allo scorso anno diceva di voler sostenere come leader mondiale in sanità.<sup>20</sup>

---

<sup>18</sup> OECD/DAC, Development Cooperation Review Series, *op. cit.*

<sup>19</sup> Berlinguer, G., Missoni, E., Salute Globale, *Politica Internazionale*, in stampa

<sup>20</sup> Ministero degli Affari Esteri, Direzione generale per la cooperazione allo sviluppo, Relazione annuale ...*op. cit.*