

Relazione speciale

Sostegno finanziario dell'UE ai sistemi sanitari di paesi partner selezionati

Sono perseguiti gli obiettivi strategici generali, ma gli interventi risentono di problemi di coordinamento e sostenibilità



CORTE
DEI CONTI
EUROPEA

Indice

	Paragrafo
Sintesi	I - VIII
Introduzione	01 - 18
L'importanza di migliorare le condizioni di salute nella lotta alla povertà	01 - 08
La risposta dell'UE alle sfide sanitarie nei paesi partner	09 - 18
Estensione e approccio dell'audit	19 - 25
Osservazioni	26 - 73
L'UE ha stabilito priorità generali per gli aiuti alla sanità, ma l'assegnazione dei finanziamenti è inficiata da carenze	26 - 39
I documenti strategici hanno fissato parametri di massima per l'assegnazione dei fondi rimasti costanti da un periodo di programmazione all'altro	28 - 32
La graduatoria dei paesi partner stilata dalla Commissione sulla base dei bisogni sanitari ha avuto un effetto limitato sull'assegnazione dei finanziamenti bilaterali	33 - 37
La metodologia utilizzata per le assegnazioni a titolo del pilastro tematico non è formalizzata né adeguatamente documentata	38 - 39
I finanziamenti dell'UE contribuiscono al funzionamento dei sistemi sanitari, ma la loro efficacia è ostacolata da problemi di coordinamento	40 - 66
L'UE ha sostenuto una serie di interventi sanitari in linea con i bisogni dei paesi selezionati	41 - 44
Gli sforzi di coordinamento e i sistemi di distribuzione a livello distrettuale sono inadeguati	45 - 49
L'attuazione strutturata a cascata ha un impatto sui costi	50 - 52
Il coordinamento dei diversi flussi di finanziamento è complesso	53 - 55
La visibilità sul campo delle azioni finanziate dall'UE è scarsa, in particolare quando i fondi sono messi in comune con altri donatori	56 - 59
Gli indicatori generali di performance e le debolezze nei dati ostacolano la misurazione dei risultati dell'UE in materia di aiuti sanitari	60 - 66

La sostenibilità dei progetti è a rischio 67 - 73

I governi beneficiari non hanno adottato strategie e impegni di transizione o di uscita e dispongono di risorse di bilancio limitate 68 - 70

Le attrezzature non sono sempre sottoposte a una manutenzione adeguata 71 - 73

Conclusioni e raccomandazioni 74 - 83

Allegati

Allegato I – Obiettivi delle strategie dell’UE in materia di aiuti sanitari dal 2005

Allegato II – Elenco dei programmi e dei progetti sottoposti ad audit

Allegato III – Paesi partner i cui programmi indicativi nazionali/programmi indicativi pluriennali (PIP) individuano nella sanità un settore prioritario

Allegato IV – Dotazioni finanziarie a titolo del pilastro tematico dell’NDICI-Europa globale (gennaio 2024)

Abbreviazioni

Glossario

Risposte della Commissione

Cronologia

Équipe di audit

Sintesi

I Il sostegno dell'UE alla sanità nei paesi partner contribuisce al principale obiettivo della politica di sviluppo dell'UE di ridurre, fino a eliminare, la povertà estrema. In linea con l'approccio internazionale alla sanità, in particolare con l'obiettivo di sviluppo sostenibile n. 3 delle Nazioni Unite, l'UE eroga finanziamenti ai sistemi sanitari dei paesi partner attraverso programmi bilaterali e regionali e iniziative mondiali in campo sanitario. Tale sostegno ammontava a oltre 3 miliardi di euro in ciascuno degli ultimi due periodi di programmazione conclusi (2007-2013 e 2014-2020) e a oltre 2 miliardi di euro agli inizi del 2024 per il periodo in corso (2021-2027).

II La Corte si è posta l'obiettivo di valutare il sostegno finanziario dell'UE alla sanità dei paesi partner durante questi tre periodi di programmazione. La conclusione è stata che la Commissione ha ripartito i finanziamenti secondo le priorità generali stabilite, ma sulla base di una metodologia inficiata da carenze. L'efficacia dei progetti è stata ostacolata da problemi di coordinamento e sostenibilità e il monitoraggio non ha fornito un quadro completo delle attività della Commissione nel settore sanitario.

III La Corte ha constatato che l'ammontare dei finanziamenti dell'UE per il sostegno sanitario è rimasto relativamente costante nel corso dei tre periodi di programmazione in esame. Tuttavia, l'assistenza bilaterale ai paesi partner è diminuita, mentre il sostegno tramite le iniziative mondiali in campo sanitario è notevolmente aumentato. La graduatoria dei paesi partner stilata dalla Commissione in base ai bisogni dei rispettivi sistemi sanitari ha avuto scarso effetto sui finanziamenti bilaterali soprattutto perché, secondo il principio di titolarità, la programmazione deve poggiare su scelte strategiche concordate con i governi partner. L'assegnazione del sostegno alle singole iniziative mondiali in campo sanitario non era basata su una serie di criteri specifici e quantificabili e il processo non è stato sufficientemente documentato.

IV La Corte ha esaminato un campione di progetti in paesi partner selezionati (Burundi, Repubblica democratica del Congo e Zimbabwe) che riguardavano, fra l'altro, la prestazione di assistenza sanitaria gratuita, l'organizzazione di formazioni per operatori sanitari, la fornitura di medicinali e attrezzature, nonché la ricostruzione di centri sanitari. Ha riscontrato che l'UE ha sostenuto diversi interventi sanitari che erano in linea con i bisogni dei paesi. Tuttavia, il coordinamento a livello distrettuale è stato insufficiente, il che ha determinato carenze nella distribuzione di attrezzature e medicinali. Inoltre, i costi degli interventi nel settore sanitario hanno risentito dell'attuazione strutturata a cascata, che ha fatto lievitare la spesa per la realizzazione dei progetti. Inoltre, la visibilità dei finanziamenti dell'UE tra le popolazioni a cui erano destinati è stata scarsa.

V Il monitoraggio da parte della Commissione sulla spesa sanitaria eseguita si è basato su pochi indicatori ad alto livello che hanno fornito un quadro solo parziale delle azioni dell'UE in campo sanitario e che sono stati calcolati in un modo per cui i risultati non sono imputabili esclusivamente ai finanziamenti dell'UE. Nel caso dell'assistenza bilaterale, i risultati non sono condivisi in maniera soddisfacente con le delegazioni UE di stanza nei paesi in questione e i dati raccolti dagli attuatori dei progetti a fini di rendicontazione talvolta non sono stati messi a disposizione oppure si sono rivelati inattendibili.

VI La Commissione partecipa alla governance delle iniziative mondiali in campo sanitario per fare in modo che siano meglio allineate e, quindi, porre fine alla frammentazione. Occorrono però maggiori sforzi per conseguire questi obiettivi e razionalizzare l'approccio internazionale alle sfide sanitarie mondiali.

VII La sostenibilità dei progetti e programmi sanitari è a rischio a causa della mancanza di chiare strategie di transizione e di uscita e della manutenzione inadeguata delle attrezzature fornite.

VIII Sulla base di queste conclusioni, la Corte raccomanda alla Commissione di:

- far corrispondere meglio la ripartizione dei finanziamenti per la sanità ai bisogni dei singoli paesi;
- stabilire criteri chiari per il finanziamento delle iniziative mondiali in campo sanitario e migliorare la documentazione del processo di assegnazione delle risorse;
- migliorare l'analisi dei bisogni e il coordinamento della distribuzione di attrezzature e medicinali;
- analizzare la ragionevolezza dei costi di gestione;
- evitare sovrapposizioni e assicurare sinergie tra le iniziative mondiali in campo sanitario sostenute;
- individuare indicatori per monitorare in modo esaustivo il sostegno dell'UE al settore sanitario;
- intraprendere azioni per promuovere la sostenibilità dei sistemi sanitari;
- dare maggiore importanza alla manutenzione delle attrezzature fornite dai progetti.

Introduzione

L'importanza di migliorare le condizioni di salute nella lotta alla povertà

01 Il sostegno dell'UE a favore della salute nei paesi partner contribuisce al principale **obiettivo della politica di sviluppo** dell'UE di ridurre, fino a eliminare, la povertà estrema¹. La povertà può essere sia una causa che un effetto di una copertura sanitaria insufficiente. In genere, con il miglioramento dell'economia di un paese, migliora anche la salute dei suoi cittadini. Ma è vero anche il contrario: il miglioramento della salute dei cittadini può tradursi direttamente in crescita economica².

02 L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) definisce la salute come uno stato di benessere fisico, mentale e sociale completo, non già come la mera assenza di malattie o infermità³. L'OMS include il godimento dello stato di salute più elevato possibile tra i diritti fondamentali di ogni essere umano e considera un pericolo per tutti la disuguaglianza nella promozione della salute e nel controllo delle malattie, in particolare di quelle trasmissibili. La metà della popolazione mondiale non ha accesso ai servizi sanitari di cui necessita⁴ e circa 100 milioni di persone ogni anno piombano in condizioni di estrema povertà a causa di costi sanitari eccessivi⁵.

03 Nel 2000 le Nazioni Unite hanno concordato otto obiettivi di sviluppo del millennio (OSM) da raggiungere entro il 2015⁶. Tre di essi erano direttamente connessi alla sanità: ridurre la mortalità infantile (OSM 4), migliorare la salute delle madri (OSM 5) e combattere l'HIV/AIDS, la malaria e altre malattie (OSM 6).

¹ Articolo 208, paragrafo 1, del trattato sul funzionamento dell'Unione europea.

² Collins, F. S., "Growing importance of health in the economy", *Outlook on the Global Agenda 2015*, World Economic Forum, 2015.

³ *Costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità*.


⁴ OMS, *Monitoring universal health coverage*, "Health and demography".

⁵ Commissione europea (DG Partenariati internazionali), *Health and demography*.

⁶ Nazioni Unite, *2000-2015, Millennium Development Goals*, Dag Hammarskjöld Library.

04 Nel 2015, poi, nell’ambito della “Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile”⁷ delle Nazioni Unite, la comunità internazionale ha fissato 17 obiettivi di sviluppo sostenibile (OSS) da conseguire entro il 2030. L’OSS 3 consiste nel garantire una vita sana e promuovere il benessere di tutti a qualsiasi età. Vi sono associati nove target, tutti volti a contenere le principali sfide sanitarie entro il 2030 (cfr. *figura 1*).

Figura 1 – Target dell’OSS 3 in materia di salute e benessere

	Target	Modalità di attuazione
	3.1 Mortalità materna	3.a Lotta al tabagismo
	3.2 Mortalità neonatale e infantile	3.b Medicinali e vaccini
	3.3 Malattie infettive	3.c Finanziamenti e operatori della sanità
	3.4 Malattie non trasmissibili	3.d Preparazione alle emergenze
	3.5 Abuso di sostanze	
	3.6 Lesioni da incidenti stradali	
	3.7 Salute sessuale e riproduttiva	
	3.8 Copertura sanitaria universale	
	3.9 Salute ambientale	

Fonte: Corte dei conti europea, sulla base dei dati dell’OMS.

05 La *relazione speciale dell’OMS del 2023 sugli OSS* ha elogiato i passi avanti compiuti negli ultimi anni per migliorare la salute mondiale, ma ha sottolineato l’insufficienza dei progressi in settori quali la mortalità materna e la diffusione della copertura sanitaria universale. La pandemia di COVID-19 ha rallentato l’avanzamento verso l’OSS 3 (cfr. *riquadro 1*). L’OMS ha pertanto chiesto che le carenze sanitarie di lunga data fossero colmate mediante investimenti nei sistemi sanitari per aiutare i paesi a recuperare terreno e accrescere la resilienza alle future minacce per la salute.

⁷ Nazioni Unite, *Trasformare il nostro mondo: l’Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile*.

Riquadro 1

Effetti della COVID-19 sugli aiuti al settore sanitario

Nella [relazione speciale del 2023 sugli OSS](#) l'OMS ha segnalato un deterioramento della copertura sanitaria universale nei paesi in via di sviluppo e interruzioni nella fornitura di servizi sanitari essenziali (quali campagne di vaccinazione) a causa della pandemia di COVID-19, concludendo che la pandemia aveva rallentato i progressi verso l'OSS 3.

Nella relazione si affermava inoltre che, nel 2021, il controllo della COVID-19 ha rappresentato la quota maggiore dell'assistenza finanziaria ufficiale allo sviluppo erogata a livello mondiale per la sanità di base (9,6 miliardi di dollari statunitensi, di cui 6,3 miliardi per donazioni di vaccini).

Per quanto riguarda le azioni dell'UE contro gli effetti della COVID-19, la Commissione ha stanziato oltre 440 milioni di euro nel 2020 e, finora, oltre 1,27 miliardi di euro per il periodo di programmazione 2021-2027.

06 Nonostante la crescente preoccupazione a livello internazionale per il rallentamento dei progressi verso la copertura sanitaria universale⁸, vi è una cronica carenza di risorse finanziarie, umane e materiali per soddisfare i bisogni sanitari di una popolazione in costante aumento nei paesi in via di sviluppo. Secondo gli ultimi dati disponibili dell'Unione africana (2021), solo due paesi africani (Sud Africa e Cabo Verde) hanno raggiunto l'obiettivo della [dichiarazione di Abuja](#) di destinare ogni anno almeno il 15 % dei bilanci nazionali al settore sanitario⁹. Gli aiuti internazionali nei paesi in via di sviluppo mirano a migliorare i sistemi sanitari locali e a rafforzare in modo sostenibile i servizi per la salute affinché rispondano alle esigenze locali e siano accessibili a tutti, in particolare a coloro che vivono in condizioni di povertà.

⁸ OMS, [Universal health coverage – Key facts](#), 2023.

⁹ Unione Africana, [Africa Scorecard on Domestic Financing for Health](#).

07 Secondo l'OMS, un "sistema sanitario" è costituito dall'insieme delle organizzazioni, delle persone e delle azioni il cui scopo principale è promuovere, ripristinare o mantenere la salute¹⁰. Si tratta delle strutture che devono essere istituite per sostenere gli obiettivi di miglioramento della salute e dell'equità sanitaria, eliminando nel contempo gli ostacoli finanziari all'assistenza sanitaria. L'OMS ha enucleato sei elementi costitutivi di un sistema sanitario: erogazione dei servizi; personale sanitario; informazione; prodotti farmaceutici, vaccini e tecnologie; finanziamenti; leadership e governance. Pone l'accento sul concetto di "rafforzamento dei sistemi sanitari", che definisce come il potenziamento di tali elementi costitutivi e la gestione delle rispettive interazioni in modo da conseguire miglioramenti più equi e duraturi in tutti i servizi sanitari e nei risultati nel campo della salute. Il rafforzamento dei sistemi sanitari dipende dalle conoscenze tecniche e dalla volontà politica¹¹.

08 Per tradizione, le attività per il rafforzamento dei sistemi sanitari vertono in larga misura sulla riduzione dei "vincoli di approvvigionamento": sostengono cioè i sistemi sanitari mediante la fornitura di risorse materiali quali zanzariere, contraccettivi o medicinali. Tuttavia, queste attività da sole non possono conseguire obiettivi articolati quali il miglioramento delle politiche, della legislazione, delle strutture organizzative o dei sistemi di distribuzione per consentire un uso più efficace delle risorse¹².

¹⁰ OMS, *Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes*, 2007.

¹¹ Unlimit Health, *Health systems strengthening*.

¹² Chee, G. et al., "Why differentiating between health system support and health system strengthening is needed", *The International journal of health planning and management*, 28(1), 85-9, 2013.

La risposta dell'UE alle sfide sanitarie nei paesi partner

09 Il sostegno sanitario dell'UE nei paesi partner si fonda sull'articolo 168, paragrafo 3, del [trattato sul funzionamento dell'Unione europea](#), che recita: “L'Unione e gli Stati membri favoriscono la cooperazione con i paesi terzi e con le organizzazioni internazionali competenti in materia di sanità pubblica”.

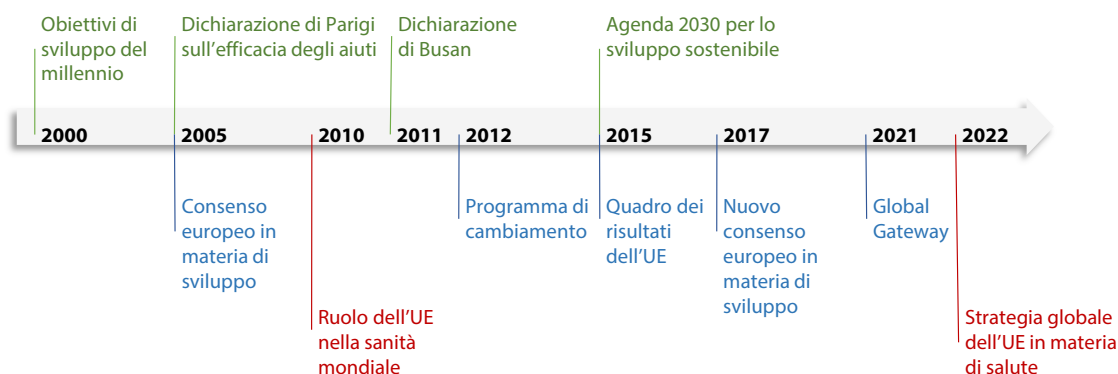
10 L'attuale politica e gli obiettivi dell'UE in materia di aiuti sanitari sono stati sviluppati attraverso molteplici documenti strategici nel corso dei recenti cicli di bilancio. Le pertinenti politiche e strategie¹³ a livello mondiale e dell'UE sono illustrate nella [figura 2](#) e nell'[allegato I](#).

Figura 2 – Cronologia: politiche e strategie mondiali e dell'UE in materia di aiuti sanitari

Politica di sviluppo mondiale

Politica di sviluppo dell'UE

Politica sanitaria dell'UE



Fonte: Corte dei conti europea, sulla base delle informazioni fornite dalla direzione generale per i Partenariati internazionali (DG INTPA).

11 Nel 2005 il Parlamento europeo, il Consiglio e la Commissione hanno adottato il “[consenso europeo in materia di sviluppo](#)”, che ha ribadito l'impegno dell'UE a conseguire gli obiettivi di sviluppo concordati a livello internazionale (ossia gli OSM). Questa [politica](#) è stata riveduta nel 2017 per integrare gli OSS.

¹³ Obiettivi di sviluppo del millennio, dichiarazione di Parigi, dichiarazione di Busan e Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile.

12 Nel 2010 la Commissione ha adottato una comunicazione sul ruolo dell'UE nella sanità mondiale¹⁴, una enunciazione della politica dell'UE in materia di aiuti sanitari cui si sono ispirati due quadri finanziari pluriennali consecutivi (2014-2020 e 2021-2027). Le conclusioni del Consiglio connesse¹⁵ hanno invitato la Commissione e gli Stati membri ad agire congiuntamente dando priorità al sostegno per il rafforzamento dei sistemi sanitari nei paesi partner. Nel novembre 2022 la Commissione ha adottato una nuova strategia in materia di sanità mondiale¹⁶, con cui ha ribadito l'impegno a favore degli OSS e del consenso europeo in materia di sviluppo.

13 La *tabella 1* mostra la spesa gestita dalla Commissione per i programmi di aiuto sanitario nel corso degli ultimi tre periodi di programmazione. Questo ambito del sostegno finanziario erogato dall'UE è amministrato principalmente dalla DG INTPA.

Tabella 1 – Evoluzione degli aiuti sanitari dell'UE per dipartimento della Commissione (pagamenti in milioni di euro)

Dipartimento competente presso la Commissione europea	2007-2013	2014-2020	2021-2027 (gennaio 2024)	% del totale dal 2007
DG INTPA (ex DEVCO)	2 887	2 812	2 244	86,5 %
DG NEAR (esclusi gli IPA)	400	429	193	11,2 %
Altri (servizio degli strumenti di politica estera, DG ECHO, DG SANTE e DG REFORM)	55	153	7	2,3 %
TOTALE	3 342	3 394	2 444	100 %

Fonte: Corte dei conti europea, sulla base dei dati estratti da OPSYS a cura della DG INTPA nel gennaio 2024.

14 I finanziamenti dell'UE a favore degli aiuti sanitari consistono di un pilastro geografico (costituito da azioni condotte nell'ambito di programmi nazionali e regionali) e di un pilastro tematico (azioni che affrontano questioni di livello mondiale). Il pilastro geografico e quello tematico necessitano della predisposizione di programmi indicativi pluriennali (PIP) in cui siano definiti priorità e obiettivi per un periodo di sette anni volti ad affrontare le sfide individuate.

¹⁴ COM(2010) 128.

¹⁵ Conclusioni del Consiglio del 10 maggio 2010 "Il ruolo dell'Unione europea nella sanità mondiale".

¹⁶ COM(2022) 675.

15 La normativa che istituisce il Fondo europeo di sviluppo (FES), lo strumento di cooperazione allo sviluppo (DCI) e lo strumento di vicinato, cooperazione allo sviluppo e cooperazione internazionale¹⁷ (NDICI-Europa globale) comprende un “pilastro geografico” con dotazioni finanziarie da utilizzare per fornire a specifici paesi partner aiuti bilaterali dell’UE per la sanità. Il pilastro geografico finanzia principalmente l’attuazione di programmi e progetti che rafforzano i sistemi sanitari nei paesi partner. Le delegazioni dell’UE attuano tali progetti principalmente attraverso organizzazioni non governative, agenzie esecutive degli Stati membri dell’UE oppure organizzazioni internazionali quali le agenzie delle Nazioni Unite.

16 Tramite gli stessi strumenti, la Commissione assegna finanziamenti per la sanità anche attraverso il “pilastro tematico”, principalmente destinato alle iniziative mondiali in campo sanitario. Queste ultime riuniscono gli sforzi dei portatori di interessi del mondo intero per affrontare sfide sanitarie a livello planetario. Mobilitano, gestiscono e distribuiscono fondi per sostenere l’attuazione di programmi sanitari nei paesi a basso e medio reddito. Le due principali iniziative mondiali in campo sanitario sostenute dalla Commissione sono il Fondo globale per la lotta contro l’AIDS, la tubercolosi e la malaria (**Fondo globale**) e l’Alleanza mondiale per i vaccini e l’immunizzazione (*Global Alliance for Vaccines and Immunization – GAVI*).

17 Il pilastro tematico nell’ambito dell’NDICI-Europa globale si compone di quattro programmi tematici:

- o diritti umani e democrazia;
- o organizzazioni della società civile;
- o pace, stabilità e prevenzione dei conflitti;
- o sfide mondiali.

18 L’NDICI-Europa globale non specifica quanti fondi siano destinati alla sanità. Nell’ambito del PIP “**Sfide mondiali**”, il settore prioritario 1 (Popolazione) dispone di un bilancio indicativo di 1 835 milioni di euro (pari al 28,8 % del pilastro tematico totale dell’NDICI o al 50 % del PIP “Sfide mondiali”) e annovera tra le altre priorità la salute.

¹⁷ Regolamento (UE) 2021/947.

Estensione e approccio dell'audit

19 La Corte ha valutato il sostegno finanziario dell'UE ai sistemi sanitari dei paesi partner per rispondere ai seguenti quesiti.

- o La Commissione ha stabilito obiettivi chiari per il proprio sostegno finanziario alla sanità e ha selezionato interventi coerenti con gli obiettivi?
- o Il sostegno finanziario dell'UE per rafforzare i sistemi sanitari ha conseguito i risultati attesi?
- o La Commissione ha tenuto conto della sostenibilità in tutte le fasi dei propri interventi?

20 L'audit si è concentrato sul sostegno finanziario della DG INTPA al settore sanitario nei paesi partner durante il periodo di programmazione 2014-2020. È stato preso in considerazione anche il periodo 2007-2013 (per la valutazione della sostenibilità) e l'avvio del programma NDICI 2021-2027 (dati estratti fino a gennaio 2024). La Corte si è focalizzata sulle dotazioni assegnate a livello mondiale e per paese.

21 Il lavoro della Corte ha compreso un'analisi dei documenti forniti dalla Commissione (DG INTPA e delegazioni dell'UE) sulle strategie dell'UE in materia di aiuti alla sanità, sulla definizione degli obiettivi e degli indicatori e sulla distribuzione dei finanziamenti durante i rispettivi periodi di programmazione.

22 Sono stati tenuti diversi incontri con la DG INTPA a Bruxelles. Gli auditor della Corte si sono recati anche presso la sede centrale del Fondo globale a Ginevra per ottenere informazioni dettagliate sul ruolo e sull'estensione degli interventi da esso effettuati nei paesi partner.

23 La Corte ha inoltre selezionato tre paesi (Burundi, Repubblica democratica del Congo (RDC) e Zimbabwe) per un'analisi approfondita del sostegno alla sanità erogato sul posto dall'UE. I criteri di selezione sono stati la rilevanza del sostegno finanziario a favore della sanità, le priorità sanitarie strategiche dell'UE, l'evoluzione del sostegno finanziario nel tempo e il volume dell'assistenza fornita dal Fondo globale. La Corte ha esaminato la strategia sanitaria nazionale e i documenti di programmazione di ciascun paese selezionato e ha esaminato un campione di 17 programmi e progetti sanitari bilaterali tra quelli più importanti ivi finanziati dall'UE (cfr. [allegato II](#)).

24 Durante le visite in Burundi e Zimbabwe si sono tenuti colloqui con le autorità locali, le delegazioni dell'UE, gli altri donatori, gli attuatori dei progetti, le organizzazioni non governative e i beneficiari finali. L'audit dei programmi nell'RDC è stato svolto mediante un esame documentale.

25 Stando alla Commissione, la sanità è diventata un settore prioritario, evolvendo da politica a strategia dell'UE. La Corte ha deciso di svolgere questo audit in ragione dell'importanza della salute mondiale nell'agenda dell'UE per lo sviluppo e della rilevanza del sostegno finanziario dell'UE. L'auspicio è che la presente relazione aiuti a migliorare la gestione del sostegno dell'UE a favore della sanità e contribuisca al dibattito sulla dotazione destinata a detto sostegno in futuro.

Osservazioni

L'UE ha stabilito priorità generali per gli aiuti alla sanità, ma l'assegnazione dei finanziamenti è inficiata da carenze

26 La Corte ha analizzato le priorità delle strategie dell'UE in materia di aiuti sanitari e il finanziamento dei programmi sanitari da parte della DG INTPA. Ha valutato se sia il finanziamento complessivo che il campione di interventi selezionato per l'audit fossero in linea con gli obiettivi strategici suddetti.

27 In forza del [consenso europeo in materia di sviluppo](#) del 2005, la Commissione doveva elaborare criteri per la partecipazione alle iniziative mondiali in campo sanitario, unitamente ai contributi connessi. La Corte ha pertanto esaminato il processo di assegnazione dei finanziamenti a tali iniziative.

I documenti strategici hanno fissato parametri di massima per l'assegnazione dei fondi rimasti costanti da un periodo di programmazione all'altro

28 La [comunicazione della Commissione del 2010](#) sul ruolo dell'UE nella sanità mondiale e le [corrispondenti conclusioni del Consiglio](#) (conclusione n. 5) hanno sottolineato la necessità che, nell'azione di sostegno, l'UE e i suoi Stati membri dessero priorità al rafforzamento dei sistemi sanitari nei paesi partner. Questa focalizzazione era tesa a far sì che le componenti principali di tali sistemi (personale sanitario, accesso ai medicinali, infrastrutture e logistica, nonché gestione decentrata) fossero sufficientemente efficaci per fornire un'assistenza sanitaria di base equa e di qualità per tutti, in particolare nei paesi fragili (cfr. [allegato I](#)). Tale obiettivo andava raggiunto attraverso canali bilaterali, nonché attraverso la partecipazione a iniziative di livello mondiale e a consessi internazionali. Inoltre, secondo quanto proposto dalla comunicazione, l'UE dovrebbe sostenere un ruolo guida più forte per l'OMS, adoperarsi per accrescere l'efficacia del sistema ONU, assicurare la coerenza tra le politiche UE pertinenti e sostenere la ricerca, lo scambio di informazioni e le competenze collettive in materia di sanità a livello mondiale.

29 La strategia globale dell'UE in materia di salute del 2022 verte su tre priorità interconnesse (cfr. [allegato I](#)):

- o migliorare la salute e il benessere delle persone lungo tutto l'arco della vita;
- o rafforzare i sistemi sanitari e promuovere la copertura sanitaria universale;
- o prevenire e combattere le minacce alla salute, comprese le pandemie, applicando un approccio "One Health".

30 I principali documenti strategici della Commissione hanno fornito un inquadramento generale per l'erogazione di sostegno finanziario alla sanità, senza specificare obiettivi operativi. Il sostegno sanitario della Commissione ha rispecchiato le priorità dichiarate. Ha contribuito agli OSM 4, 5 e 6 e successivamente all'OSS 3, principalmente attraverso programmi bilaterali e sostegno alle iniziative mondiali in campo sanitario, quali il Fondo globale, la GAVI o il partenariato per le forniture del Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione (UNFPA). Nel tempo, tuttavia, è andato riducendosi il sostegno finanziario alla priorità fondamentale di rafforzare i sistemi sanitari (cfr. paragrafo [28](#)), che proviene dal pilastro geografico (cfr. paragrafo [15](#)).

31 Fino al 2020 la Commissione ha impegnato fondi per l'assistenza sanitaria principalmente attraverso il FES e il DCI. A partire dal 2021 la cooperazione allo sviluppo è attuata attraverso l'NDICI-Europa globale.

32 I dettagli sui finanziamenti della DG INTPA sono illustrati nella [tabella 2](#). Gli importi totali, benché relativamente costanti, sono diminuiti in termini reali.

Tabella 2 – Evoluzione degli aiuti sanitari versati dalla DG INTPA per strumento di finanziamento, in milioni di euro

Strumento di finanziamento dell'UE	2007-2013	2014-2020	2021-2027 (gennaio 2024)
Strumento di vicinato, cooperazione allo sviluppo e cooperazione internazionale (NDICI-Europa globale)			2 244
Fondo europeo di sviluppo (FES)	1 256	1 850	
Strumento di cooperazione allo sviluppo (DCI)	1 566	943	
Altri	65	19	
Totale generale	2 887	2 812	2 244

Fonte: Corte dei conti europea, sulla base dei dati della DG INTPA.

La graduatoria dei paesi partner stilata dalla Commissione sulla base dei bisogni sanitari ha avuto un effetto limitato sull'assegnazione dei finanziamenti bilaterali

33 Poiché nella comunicazione del 2010 sul ruolo dell'UE nella sanità mondiale si prestava particolare attenzione ad attribuire priorità al sostegno ai paesi fragili e a incrementarlo (cfr. paragrafo [28](#)), la DG INTPA ha stilato un elenco dei paesi più bisognosi per orientare le decisioni di assegnazione. Nel 2020 è seguito un nuovo elenco.

34 Nel 2010 la Commissione ha creato la graduatoria dei paesi partner sulla base di cinque indicatori: il bisogno di assistenza sanitaria nei paesi, la capacità finanziaria pubblica, la propensione a spendere gli aiuti sanitari in modo adeguato, l'ammontare degli aiuti percepiti e la performance precedente in ambito sanitario. L'elenco del 2020 è stato stilato seguendo una nuova metodologia basata su tre indici internazionali: [l'indice di sviluppo umano](#), [l'indice di capitale umano](#) e [lo stato di avanzamento verso l'OSS 3](#). Dato questo cambiamento metodologico e considerata l'evoluzione della situazione sul campo, la graduatoria dei paesi nei due elenchi presenta differenze sostanziali (cfr. [tabella 3](#)).

Tabella 3 – Evoluzione della priorità sanitaria e dei finanziamenti per i paesi partner più bisognosi nel 2010

Graduatoria INTPA		Paese partner	La salute come priorità nel programma indicativo nazionale					
			2007-2013		2014-2020		2021-2027	
2010	2020		Impegni 2007-2013 (in milioni di euro)		Impegni 2014-2020 (in milioni di euro)		Impegni 2021-2027 (in milioni di euro)	
1	26	Tanzania	0,018	✗	0	✗	0	✗
2	32	Zambia	68	✓	2,3	✗	12,3	✓
3	13	Afghanistan	198	✓	172,5	✓	65,3	✓
4	5	Mozambico	24	✓	0	✗	4	✗(*)
5	33	Repubblica centrafricana	0	✗	7,4	✓	34	✓
6	2	Sierra Leone	24,2	✓	0	✗	0	✗
7	3	Niger	0	✓	11,8	✓	1	✗
8	6	Liberia	63,5	✓	0	✗	0	✗
9	28	Sudan	0	✗	0	✗	26	✓
10	29	Zimbabwe	39	✓	132,6	✓	32,8	✓
11	14	Burundi	30,1	✓	120,4	✓	58,7	✓
12	4	Mali	0	✓	1,2	✗	0	✓
13	41	Senegal	0	✓	0	✗	22,3	✗(*)
14	9	Nigeria	85	✓	78,5	✓	52,2	✓
15	43	Ruanda	0	✗	0	✗	30,1	✗(*)
16	20	Gambia	0	✗	2,8	✗	0	✗
17	7	Guinea	29,5	✓	23	✓	10,3	✓
18	18	Madagascar	31,9	✓	0	✗	32,5	✓
19	1	Ciad	10	✓	1,2	✗	0	✗
20	38	Comore	0	✗	0	✗	0	✗

Caselle color lilla = paesi in cui la sanità non è un settore prioritario nel rispettivo programma indicativo nazionale per il periodo 2014-2020.

Caselle color giallo = paesi in cui la sanità non è un settore prioritario nel rispettivo PIP per il periodo 2021-2027.

(*) Senegal, Ruanda, Mozambico e Niger non includono la sanità tra i settori prioritari nei rispettivi PIP per il periodo 2021-2027, ma ricevono stanziamenti dal PIP regionale "Africa subsahariana".

Fonte: Corte dei conti europea, sulla base dei dati della DG INTPA.

35 Vi è stata scarsa correlazione tra le graduatorie dei paesi partner e la dotazione finanziaria bilaterale per il settore sanitario (cfr. [tavola 3](#)). La Tanzania, paese in cima alla graduatoria del 2010, ha ricevuto pochissimo sostegno nel periodo 2007-2013. La Sierra Leone era alta in graduatoria in entrambi gli elenchi, ma ha ricevuto sostegno solo nel periodo 2007-2013. Anche il Mozambico ha ricevuto scarso sostegno sebbene si collocasse in alto in entrambi gli elenchi. In tutti e tre i paesi, la salute non era una delle priorità dei finanziamenti dell'UE. I settori sanitari sono stati sostenuti in una certa misura dalle dotazioni regionali. Peraltro, lo Zimbabwe e il Burundi hanno ricevuto livelli relativamente elevati di aiuti alla sanità, benché si trovassero in una posizione inferiore in entrambi gli elenchi prioritari. I paesi destinatari dei finanziamenti più cospicui nel periodo 2014-2020 sono stati l'RDC, l'Afghanistan, lo Zimbabwe, l'Etiopia e il Burundi. Nel periodo di programmazione in corso (2021-2027) i primi cinque destinatari dei fondi della Commissione per il settore sanitario sono: RDC, Afghanistan, Burundi, Nigeria ed Etiopia.

36 Tali discrepanze sono principalmente imputabili ai “principi di programmazione”¹⁸ e, in particolare, al principio di titolarità di cui all'articolo 13, paragrafo 1, lettera a), del [regolamento \(UE\) 2021/947](#), ai sensi del quale la programmazione deve essere basata su un dialogo strategico con i governi partner. Di conseguenza, il sostegno settoriale specifico dovrebbe dipendere dalle priorità di ciascun paese partner. Altri motivi alla base delle discrepanze sono state le limitazioni nel numero di settori prioritari da includere nei programmi indicativi nazionali (un massimo di tre settori prioritari a partire dal QFP 2014-2020). Altri bisogni urgenti (principalmente di carattere economico) possono distogliere l'attenzione dalle necessità sanitarie: ad esempio il Ciad, in cima all'elenco del 2020 (cfr. [tabella 3](#)), ha come priorità pluriennali la governance, lo sviluppo umano (sanità esclusa) e il Green Deal. L'analisi della Commissione ha pertanto fornito indicazioni per l'avvio dei negoziati di programmazione, ma non è stato un fattore decisivo per l'assegnazione dei finanziamenti.

37 Per gli stessi motivi, il numero di PIP nazionali aventi come settore prioritario la salute è sceso da 48 nel periodo di programmazione 2007-2013 a 17 nel periodo 2014-2020. Nell'ambito dell'NDICI-Europa globale (2021-2027), la salute è un settore prioritario per 27 PIP nazionali su 86 in tutto (ossia 59 PIP nazionali non gli conferiscono la priorità). Nell'[allegato III](#) è riportato l'elenco completo dei paesi che hanno dato priorità alla sanità durante gli ultimi tre periodi di programmazione.

¹⁸ [Relazione speciale 14/2023](#).

La metodologia utilizzata per le assegnazioni a titolo del pilastro tematico non è formalizzata né adeguatamente documentata

38 Oltre alle assegnazioni geografiche (per paese o regione), l'UE sostiene la sanità attraverso finanziamenti tematici (cfr. paragrafo 16). Sono così sovvenzionate le iniziative mondiali in campo sanitario, per le quali la spesa dell'UE nei tre QFP sottoposti ad audit è notevolmente aumentata (cfr. *tabella 4*). Negli ultimi anni la pandemia di COVID-19 ha accentuato questa tendenza. Inoltre, a partire dal QFP 2014-2020, l'UE fornisce un sostegno maggiore alle iniziative mondiali in campo sanitario che non direttamente ai paesi partner sotto forma di assistenza bilaterale. Le due principali iniziative sostenute dalla Commissione sono il **Fondo globale** e la **GAVI** (cfr. paragrafo 16 e *allegato IV*). La Commissione europea ha sostenuto il Fondo globale sin dalla sua istituzione nel 2002 e la GAVI dal 2003, tre anni dopo la sua creazione nel 2000.

Tabella 4 – Evoluzione dei pagamenti della Commissione a favore delle iniziative mondiali in campo sanitario, in milioni di euro

Iniziativa mondiale in campo sanitario	2007-2013	2014-2020	2021-2027 (fino a gennaio 2024)	Totale generale (2007-gennaio 2024)
Fondo globale	585	853	1 017	2 455
GAVI	20	285	510	815
Partenariato dell'OMS per la copertura sanitaria universale	22	150	37	209
Fondo per le pandemie			227	227
Partenariato per le forniture UNFPA	48	50	45	143
Dispositivo di finanziamento globale (BIRS)		24		24
UNAIDS – Programma congiunto delle Nazioni Unite relativo all'HIV/AIDS	2			2
Totale delle iniziative mondiali in campo sanitario	677	1 362	1 836	3 875
Totale degli aiuti bilaterali (paesi elencati nell'allegato III)	1 308	990	136	2 435
Totale aiuti sanitari della DG INTPA	2 887	2 812	2 244	7 944
Totale aiuti sanitari della DG INTPA	23,4 %	48,4 %	81,8 %	48,7 %
% Totale aiuti bilaterali/Totale aiuti sanitari della DG INTPA	45,3 %	35,2 %	6,1 %	30,7 %

Fonte: quadro operativo della DG INTPA ed estrazione di dati dalla banca dati CRIS/OPSYS, sulla base dei codici DAC relativi alla sanità.

39 I finanziamenti dell'UE per ciascuna iniziativa mondiale in campo sanitario non sono specificati né nel regolamento NDICI-Europa globale né nel corrispondente PIP tematico. Secondo la Commissione, tali iniziative sono state selezionate per il finanziamento sulla scorta di un esame delle valutazioni ex post, del fabbisogno di finanziamento, della disponibilità di bilancio, dei progressi compiuti verso il conseguimento degli OSS e degli indicatori comunicati nel quadro dalle iniziative stesse, nonché della valutazione dell'influenza esercitata dalla DG INTPA negli organi di governance di ciascuna iniziativa e di considerazioni strategiche. Tuttavia, la Corte ha riscontrato che il processo non era sufficientemente documentato. Sebbene la Commissione abbia utilizzato elementi quantitativi e qualitativi, la metodologia non si basava su una serie formale predefinita di criteri specifici e quantificabili.

I finanziamenti dell'UE contribuiscono al funzionamento dei sistemi sanitari, ma la loro efficacia è ostacolata da problemi di coordinamento

40 La Corte ha esaminato la pertinenza e l'efficacia degli interventi di aiuto sanitario dell'UE nei tre paesi partner selezionati per un'analisi approfondita, il coordinamento tra donatori, attuatori dei progetti e istituzioni governative, i costi di gestione degli interventi, la visibilità dei finanziamenti dell'UE e le modalità di monitoraggio. Ha verificato se la Commissione abbia individuato e messo in ordine di priorità gli interventi pertinenti per fare in modo che siano coerenti con la politica sanitaria nazionale e le aspettative della società civile e siano in linea con i finanziamenti assegnati. Ha appurato se gli interventi siano coordinati con gli altri donatori e contribuiscano all'attuazione della strategia e degli obiettivi, nonché se i risultati degli interventi siano verificabili.

L'UE ha sostenuto una serie di interventi sanitari in linea con i bisogni dei paesi selezionati

41 La Corte ha riscontrato alcune divergenze tra i tipi di interventi finanziati dall'UE nei tre paesi selezionati per un'analisi approfondita. In Burundi, nel periodo 2014-2020, il sostegno dell'UE è stato impiegato, fra l'altro, a favore delle donne in stato di gravidanza e dei bambini di meno di cinque anni di età. Altri progetti che avrebbero dovuto rafforzare il sistema sanitario nei settori della capacità chirurgica a livello distrettuale, della digitalizzazione o della salute mentale hanno assegnato a tali attività solo un'esigua percentuale di fondi. Nelle province di Bururi, Makamba e Gitega, su quasi 9 milioni di euro assegnati dall'UE, il 28 % è stato destinato ai costi di esercizio e alle risorse umane.

42 La Commissione ha sostenuto il sistema sanitario dello Zimbabwe attraverso una successione di fondi multidonatori. Il Fondo per lo sviluppo della sanità (*Health Development Fund – HDF*), attivo nel periodo 2016-2022, ha speso oltre un terzo dei propri fondi per l'acquisto di medicinali essenziali e prodotti nutrizionali (cfr. [figura 3](#)).

43 Il sostegno al settore sanitario ha costituito una priorità per gli aiuti bilaterali dell'UE all'RDC negli ultimi tre periodi di programmazione, durante i quali il paese è stato uno dei principali beneficiari degli aiuti sanitari dell'UE. I programmi e i progetti bilaterali che l'UE realizza nell'RDC si focalizzano sulle seguenti azioni:

- o ricostruzione di ospedali e centri sanitari;
- o istituzione di agenzie per gestire la spesa operativa e assistenziale delle strutture sanitarie;
- o miglioramento dell'offerta di medicinali di qualità;
- o rafforzamento delle autorità sanitarie.

44 La Corte ritiene che tali interventi fossero sostanzialmente pertinenti per i bisogni dei paesi.

Gli sforzi di coordinamento e i sistemi di distribuzione a livello distrettuale sono inadeguati

45 Nei paesi selezionati sono stati compiuti sforzi per migliorare il coordinamento e rafforzare i sistemi di distribuzione. Nel corso dell'analisi, la Corte ha osservato che gli sforzi di coordinamento nazionale si concentrano spesso solo sulle strategie di portata nazionale e sull'assegnazione per regione. Tuttavia, il coordinamento è necessario anche al livello inferiore dei distretti e delle cliniche, per garantire che ricevano quanto effettivamente necessario. Le visite effettuate dagli auditor della Corte presso le cliniche rurali hanno dimostrato l'importanza di migliorare l'analisi dei bisogni e la distribuzione dei medicinali, dato che nella maggior parte delle farmacie cliniche visitate è stato constatato l'esaurimento delle scorte (cfr. paragrafo [47](#)).

46 Nello Zimbabwe, i valutatori¹⁹ hanno riscontrato che i progetti non affrontavano in modo esaustivo i problemi di fondo, il che ha portato alla duplicazione degli interventi. Sia in Burundi che in Zimbabwe, gli auditor della Corte si sono imbattuti proprio in casi di finanziamenti destinati ad attrezzature sottoutilizzate (cfr. [riquadro 2](#)).

¹⁹ AAN Associates, *The End-Line Evaluation of the Health Development Fund (HDF) Programme*, 2021.

Riquadro 2

Attrezzature sottoutilizzate in Burundi e Zimbabwe

Gli auditor della Corte, in visita presso un ospedale in Burundi, hanno constatato che due incubatrici finanziate dall'UE erano in uso, mentre non lo erano altre tre incubatrici nuove (fornite da un diverso donatore). Le nuove incubatrici finanziate dall'UE non sarebbero state necessarie se fossero state in funzione quelle già pervenute da altri donatori.

In un ospedale distrettuale dello Zimbabwe, gli auditor della Corte hanno rinvenuto due scatoloni contenenti ultracongelatori nuovissimi che si trovavano da oltre sei mesi in corridoio perché all'ospedale non servivano. Il beneficiario non era in grado di specificare l'origine di tali articoli né è stato possibile stabilire la fonte di finanziamento delle attrezzature. Se i bisogni dell'ospedale fossero stati analizzati meglio, si sarebbe potuto spendere in modo più efficace il denaro della comunità dei donatori.

47 Nel progetto HDF dello Zimbabwe, la linea di bilancio più consistente riguarda prodotti farmaceutici e vaccini (cfr. [figura 3](#)). Nonostante gli investimenti effettuati da una pluralità di donatori, la disponibilità dei farmaci era limitata, come hanno potuto osservare gli auditor della Corte durante le visite in loco (cfr. [foto 1](#)). Hanno riscontrato infatti che alcuni medicinali di base erano esauriti da diversi mesi. Si sono anche imbattuti in casi in cui erano stati gettati via medicinali non ancora scaduti.

48 Nella valutazione finale del progetto PASS in Burundi si raccomandava il rafforzamento delle capacità connesse alla gestione dei medicinali. La relazione annuale del ministero della Salute per l'anno 2021 conferma come principali ostacoli l'esaurimento delle scorte o la carenza di farmaci.

49 Infine, per quanto riguarda l'RDC, la valutazione intermedia (pubblicata il 17 gennaio 2022) del PRO DS, il più grande progetto sanitario per il periodo 2014-2020, ha rilevato che tre obiettivi relativi alla fornitura di farmaci essenziali sono stati conseguiti solo in parte, a causa dell'inefficace riorganizzazione della Federazione dei centri di acquisto di medicinali e della direzione generale per l'Organizzazione e la gestione dell'assistenza sanitaria.

Foto 1 – In una clinica zimbabwana visitata dagli auditor della Corte alcuni medicinali erano esauriti in via permanente



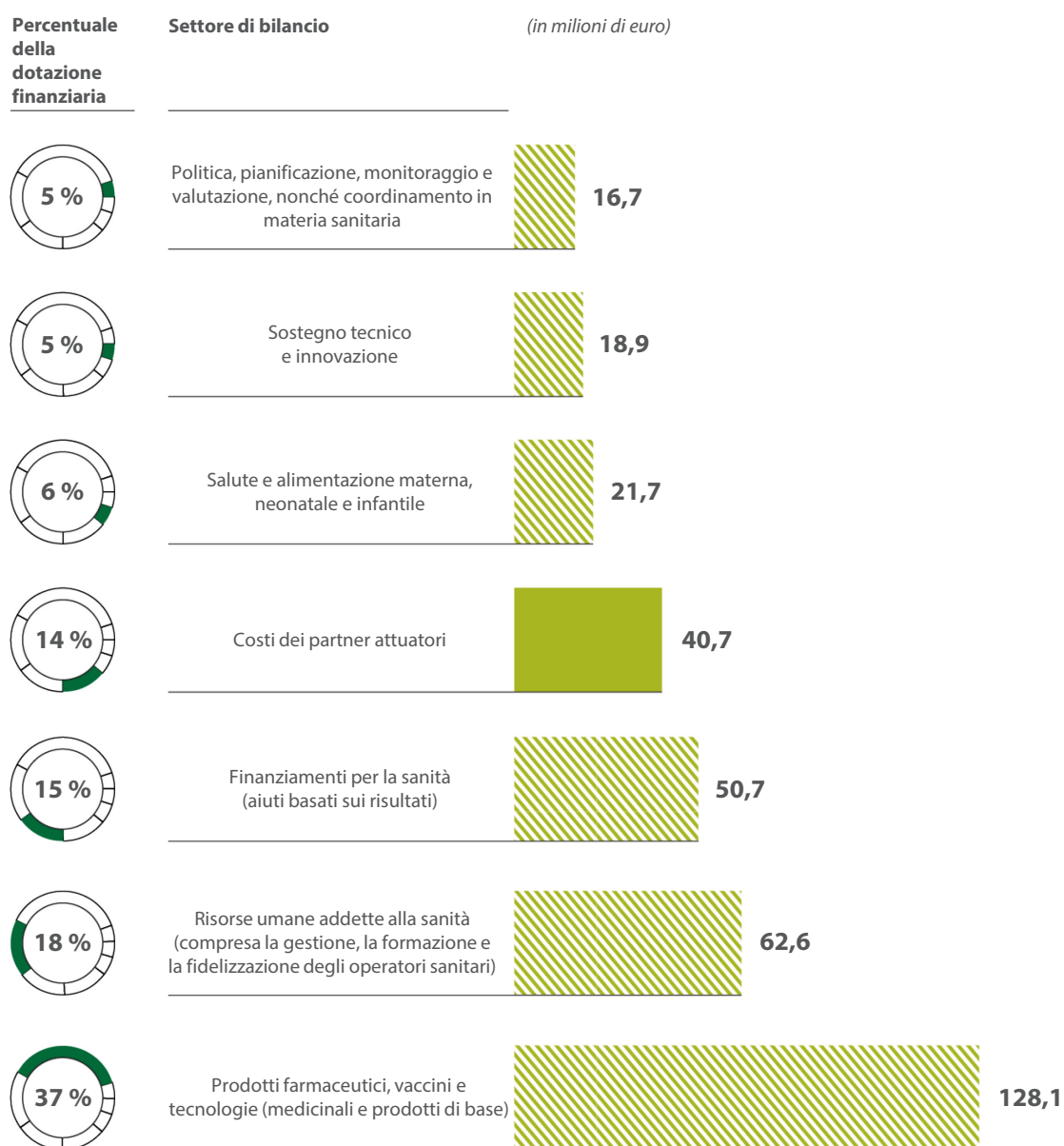
Fonte: Corte dei conti europea.

L'attuazione strutturata a cascata ha un impatto sui costi

50 I costi degli interventi nel settore sanitario hanno risentito di un'attuazione strutturata a cascata. I progetti sono spesso diretti da partner attuatori che ricorrono a subappaltatori. Tutti questi attori riscuotono commissioni di gestione che riducono l'importo disponibile per i beneficiari finali.

51 Nello Zimbabwe la Commissione ha contribuito a fondi multidonatori. Vi erano due partner attuatori per il progetto HDF, che si è svolto dal 2016 al 2020. I partner attuatori hanno imputato il 7 % della dotazione ai costi di gestione e un ulteriore 7 % per i costi di gestione della sede centrale, pari in totale al 14 % dell'intera dotazione. Ciò significa che i costi totali di gestione sono stati superiori ad alcuni importi assegnati per rubrica di intervento. La **figura 3** mostra che i costi dei partner attuatori sono stati quasi il doppio dell'importo stanziato per la salute e l'alimentazione materna, neonatale e infantile.

Figura 3 – Dotazione finanziaria del Fondo per lo sviluppo della sanità (UE + altri donatori) nello Zimbabwe (2016-2022)



Fonte: Corte dei conti europea.

52 La Corte ha riscontrato che i progetti del Burundi denominati collettivamente “Twiteho Amagara” e finanziati direttamente dall’UE registravano costi operativi superiori al 30 %. I progetti sono stati attuati da cinque consorzi e in tutte le 18 province del Burundi. L’importo totale assegnato ai consorzi ammontava a 45 milioni di euro, di cui quasi un terzo (14 milioni di euro) era destinato alla spesa operativa.

Il coordinamento dei diversi flussi di finanziamento è complesso

53 La Commissione utilizza due flussi di finanziamento distinti (finanziamenti geografici e iniziative mondiali) per sostenere gli stessi territori geografici. Inoltre, negli ultimi anni è stata ampliata orizzontalmente la sfera d’azione delle iniziative mondiali in campo sanitario per includere il rafforzamento dei sistemi sanitari. Vi è pertanto il rischio che le azioni della Commissione e quelle di dette iniziative si sovrappongano e che non vengano rafforzate le sinergie né tra i settori di intervento della Commissione e quelli delle iniziative mondiali in campo sanitario, né tra le svariate iniziative di quest’ultimo tipo.

54 Il Fondo globale richiede che in ciascun paese beneficiario esista un chiaro meccanismo di coordinamento degli sforzi congiunti per accedere ai finanziamenti e utilizzarli. A causa dei problemi con la rappresentanza di tutti i portatori di interessi (in particolare quella delle comunità locali) nei sistemi di coordinamento nazionali, ciò comporta spesso la creazione di un meccanismo di coordinamento nazionale distinto. La Corte ha riscontrato che tale meccanismo aumenta l’onere amministrativo per il paese partner. Ad esempio, a causa di questa complessità, i funzionari burundesi hanno espresso l’interesse di far confluire il meccanismo di coordinamento nazionale nel Quadro di partenariato per la salute e lo sviluppo, ossia la struttura generale di coordinamento gestita dal ministero della Salute.

55 La Commissione è impegnata negli organi di governance delle iniziative mondiali in campo sanitario, nonché nella direzione e attuazione dell'[agenda di Lusaka](#) del 2023 quale forum di coordinamento sul futuro di tali iniziative. Nell'agenda di Lusaka sono stati individuati diversi requisiti cruciali indispensabili per migliorare il contributo delle iniziative mondiali in campo sanitario alla tutela della vita e al miglioramento della salute della popolazione nel mondo intero. Tra questi figurano un maggiore contributo all'assistenza sanitaria di base, un ruolo catalizzatore a sostegno dei servizi sanitari a finanziamento nazionale, approcci comuni per conseguire l'equità sanitaria, la coerenza strategica e operativa dei modelli di governance delle iniziative stesse e il coordinamento della ricerca e dello sviluppo con l'industria manifatturiera regionale. L'efficace attuazione dell'agenda sarà fondamentale per garantire un approccio coordinato da parte dei donatori, delle iniziative e dei governi nazionali al rafforzamento dei sistemi sanitari nei paesi partner.

La visibilità sul campo delle azioni finanziate dall'UE è scarsa, in particolare quando i fondi sono messi in comune con altri donatori

56 La visibilità delle azioni dell'UE è cruciale per rafforzare il ruolo dell'UE nel mondo. La Commissione ha elaborato diversi orientamenti incentrati specificamente sulle azioni esterne²⁰. I destinatari dei finanziamenti dell'UE hanno obblighi volti ad assicurare la visibilità dell'UE. Le norme introducono anche il "co-branding", ossia in molti casi l'obbligo di esporre l'emblema dell'UE in misura almeno pari agli altri loghi.

57 Dalle visite degli auditor della Corte è emerso che la visibilità delle azioni finanziate dall'UE è insufficiente. Il problema più comune è che i beneficiari conoscono il progetto o gli attuatori, ma non sanno che i finanziamenti provengono dall'UE.

58 Gli attuatori dei progetti sono in genere molto più visibili dei donatori e sono in genere percepiti dai beneficiari come finanziatori. Ad esempio, in Burundi gli auditor della Corte si sono imbattuti in casi in cui è riportata la bandiera dell'UE senza alcun testo a corredo che identifichi l'Unione europea (cfr. [foto 2](#)), contrariamente a quanto indicato negli orientamenti (cfr. paragrafo [56](#)). Questo è un problema perché le popolazioni locali non sempre associano la bandiera all'UE. In altri casi, era visualizzato solo il logo dell'attuatore.

²⁰ Commissione europea, *Communicating and raising EU visibility: Guidance for external actions*.

Foto 2 – Logo della bandiera dell’UE senza alcun testo che identifichi l’Unione europea



Fonte: Corte dei conti europea.

59 Nel caso di fondi multidonatori, di solito i beneficiari non conoscono l’identità di tutti i donatori, ma conoscono soltanto il nome del fondo. Nonostante l’obbligo di pubblicizzare il sostegno dell’UE almeno quanto quello degli altri contributori, sarà il partner attuatore a essere riconosciuto dai beneficiari finali. Risulta così compromesso l’obiettivo di sensibilizzare la popolazione in merito alle politiche esterne dell’UE e alla sua azione a livello mondiale.

Gli indicatori generali di performance e le debolezze nei dati ostacolano la misurazione dei risultati dell’UE in materia di aiuti sanitari

60 Il quadro dei risultati dell’UE utilizzato dalla Commissione comprende un numero limitato di indicatori sanitari per misurare il conseguimento degli obiettivi strategici (cinque fino al 2017 e due da allora). Tali indicatori (cfr. *tabella 5*) sono intesi a misurare il sostegno specifico dell’UE. Nella pratica, tuttavia, mostrano gli effetti dell’assistenza dell’intera comunità dei donatori e forniscono solo un quadro parziale dell’intervento dell’UE nel settore sanitario.

Tabella 5 – Evoluzione degli indicatori sanitari nel quadro dei risultati dell'UE

2015-2017	Dal 2018
Numero di bambini di un anno immunizzati con il sostegno dell'UE	Numero di bambini di un anno immunizzati con il sostegno dell'UE
Numero di donne che utilizzano un metodo contraccettivo con il sostegno dell'UE	Numero di donne in età riproduttiva che utilizzano metodi contraccettivi moderni con il sostegno dell'UE
Numero di nascite assistite da personale sanitario competente con il sostegno dell'UE	-
Numero di persone con infezione da HIV in stadio avanzato che ricevono farmaci antiretrovirali con il sostegno dell'UE	-
Numero di zanzariere da letto trattate con insetticidi distribuite con il sostegno dell'UE	-

Fonte: quadro dei risultati dell'UE in materia di cooperazione internazionale e sviluppo (EURF; 2015), EURF riveduto (2018) e sistema di monitoraggio delle prestazioni di Europa globale contenente un quadro riveduto dei risultati dell'Europa globale (2022).

61 Analogamente, gli indicatori di performance utilizzati dalle iniziative mondiali in campo sanitario spesso non sono attribuibili esclusivamente alle azioni da esse intraprese, ma riflettono l'azione congiunta di tutti i donatori e dei governi dei paesi beneficiari (ad esempio, l'indicatore chiave di performance del Fondo globale sui tassi di mortalità).

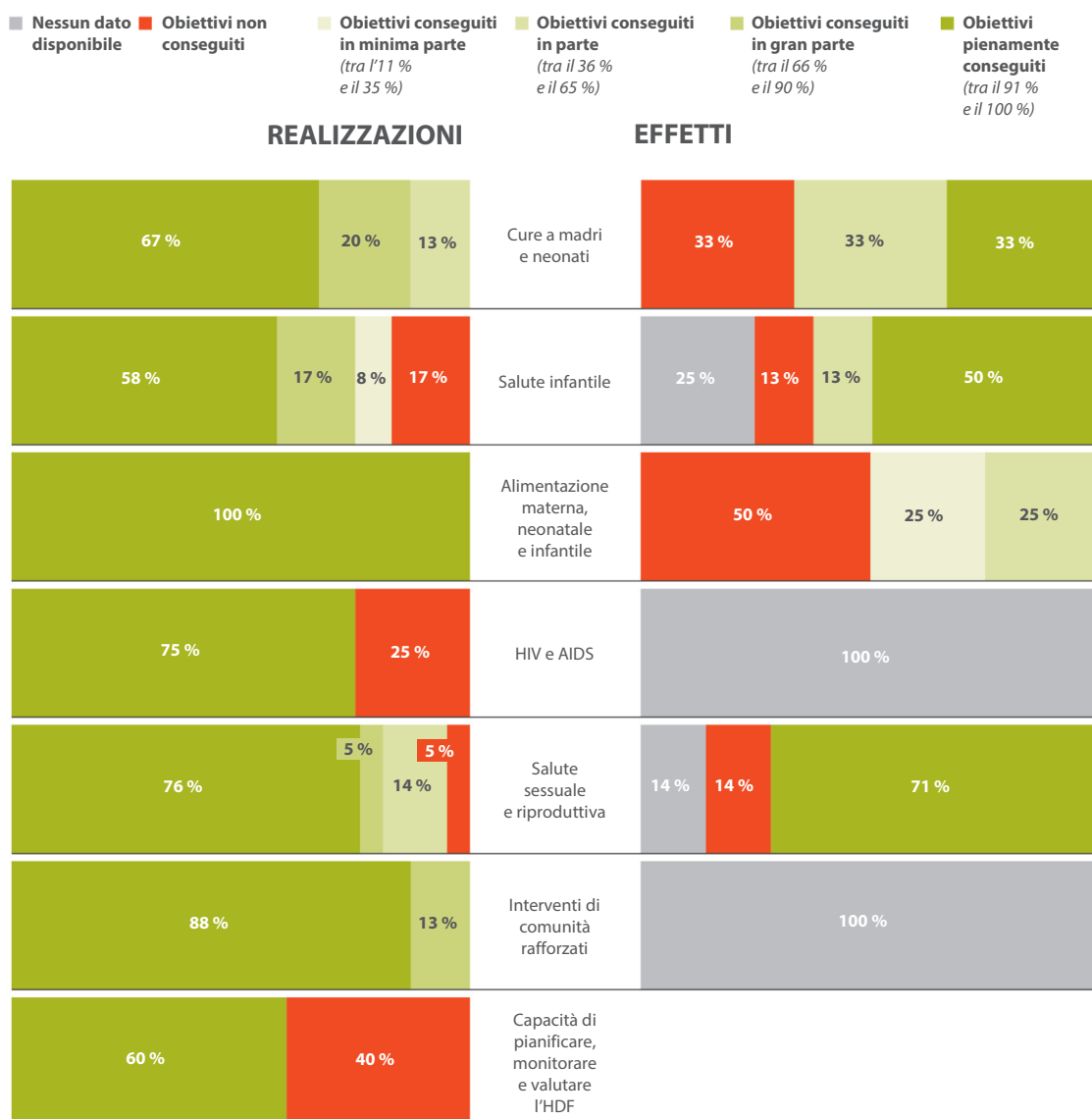
62 Le realizzazioni ottenute dai fondi messi in comune non sono comunicate a sufficienza alle delegazioni dell'UE. Ad esempio, la delegazione nello Zimbabwe non aveva ricevuto relazioni trimestrali sull'attuazione, ma solo relazioni annuali sullo stato di avanzamento con informazioni insufficienti sull'utilizzo dei fondi.

63 Come già spiegato (cfr. paragrafi **60** e **61**) è difficile isolare l'impatto dell'intervento dell'UE da quello del sostegno di altri donatori e di altri fattori esogeni. In Burundi, secondo le valutazioni disponibili gli effetti e i risultati sono stati parzialmente conseguiti²¹.

²¹ IBF, *Evaluation du programme d'appui au système de santé (PASS) au Burundi*, 2021; Proman, *Interim evaluation report of the programme Twiteho Amagara*, 2022; e altre valutazioni che non sono di dominio pubblico.

64 Secondo la valutazione finale, nello Zimbabwe il Fondo per lo sviluppo della sanità mirava a 24 effetti e 69 realizzazioni. Gli indicatori mostrano che la maggior parte delle realizzazioni è stata conseguita, mentre il conseguimento degli effetti ha mostrato progressi minori (cfr. *figura 4*).

Figura 4 – Realizzazioni ed effetti del Fondo per lo sviluppo della sanità nello Zimbabwe



Fonte: Cortei dei conti europea, sulla base della valutazione finale del Fondo per lo sviluppo della sanità nello Zimbabwe.

65 Nell’RDC, la valutazione intermedia del PRO DS, il più grande progetto sanitario per il periodo 2014-2020, ha dimostrato che tre dei 10 risultati attesi sono stati sostanzialmente conseguiti appieno (ad esempio, la razionalizzazione del funzionamento di un ospedale di riferimento e dei centri sanitari) e cinque sono stati conseguiti in parte (ad esempio, il rafforzamento del ruolo normativo dell’amministrazione sanitaria centrale). Per due risultati i progressi sono stati di gran lunga inferiori alle attese (ad esempio, l’istituzione di risorse umane adeguate ai livelli operativi e alle funzioni amministrative).

66 Nel corso delle visite di audit, gli auditor della Corte hanno rilevato che alcuni dati raccolti a fini di rendicontazione erano indisponibili o inattendibili. In Burundi sono stati utilizzati vari indicatori per monitorare la salute materna. Tuttavia, alcuni valori comunicati erano palesemente impossibili da raggiungere. Ad esempio, l’indicatore delle nascite assistite raggiungeva talvolta il 125 %. La Commissione ha spiegato che ciò è riconducibile a statistiche obsolete relative alla popolazione.

La sostenibilità dei progetti è a rischio

67 Nei progetti di aiuto allo sviluppo vi è il rischio intrinseco di scarsa sostenibilità. Gli aiuti sono temporanei, l’orizzonte temporale per gli interventi è breve e la disponibilità di fondi varia: questi sono tutti fattori che possono avere un impatto negativo sul proseguimento dei progetti nei paesi beneficiari. La Corte ha verificato se la sostenibilità sia stata presa in considerazione in tutte le fasi degli interventi, ossia dalla pianificazione all’attuazione e al monitoraggio.

I governi beneficiari non hanno adottato strategie e impegni di transizione o di uscita e dispongono di risorse di bilancio limitate

68 I progetti finanziati sono limitati nel tempo e raramente sono autosufficienti dopo la fine del finanziamento. Pertanto, i donatori devono collaborare con le autorità locali e nazionali per far sì che i risultati non vadano persi. Allo stesso tempo, è importante che i finanziamenti dei donatori trovino corrispondenza in un’adeguata capacità di assorbimento e non siano utilizzati dai governi per sostituire la spesa nazionale. È inoltre importante che i paesi beneficiari dispongano di strategie di finanziamento della sanità per attenuare gli effetti della cessazione dei contributi dei donatori.

69 La Corte ha riscontrato che nei tre paesi analizzati in modo approfondito mancava una chiara strategia di transizione e di uscita (cfr. [riquadro 3](#)), il che comporta sfide per la sostenibilità delle operazioni una volta revocato il sostegno dell'UE, anche in considerazione delle limitate risorse di bilancio dei paesi.

Riquadro 3

I sistemi sanitari continuano a dipendere dagli aiuti internazionali

In Burundi l'intervento dell'UE nel settore sanitario è stato inizialmente transitorio per facilitare il passaggio dal sostegno di emergenza ai servizi sanitari regolari. Il Burundi dipende ancora fortemente dai donatori esterni e gli aiuti mantengono a malapena il sistema esistente. La Commissione riconosce che, nonostante le attività di dialogo politico e settoriale nonché di assistenza tecnica al governo in corso, occorre fare di più per elaborare una strategia di transizione/uscita. Finora non esistono piani concreti a tal fine, anche se sono in corso colloqui tra i donatori.

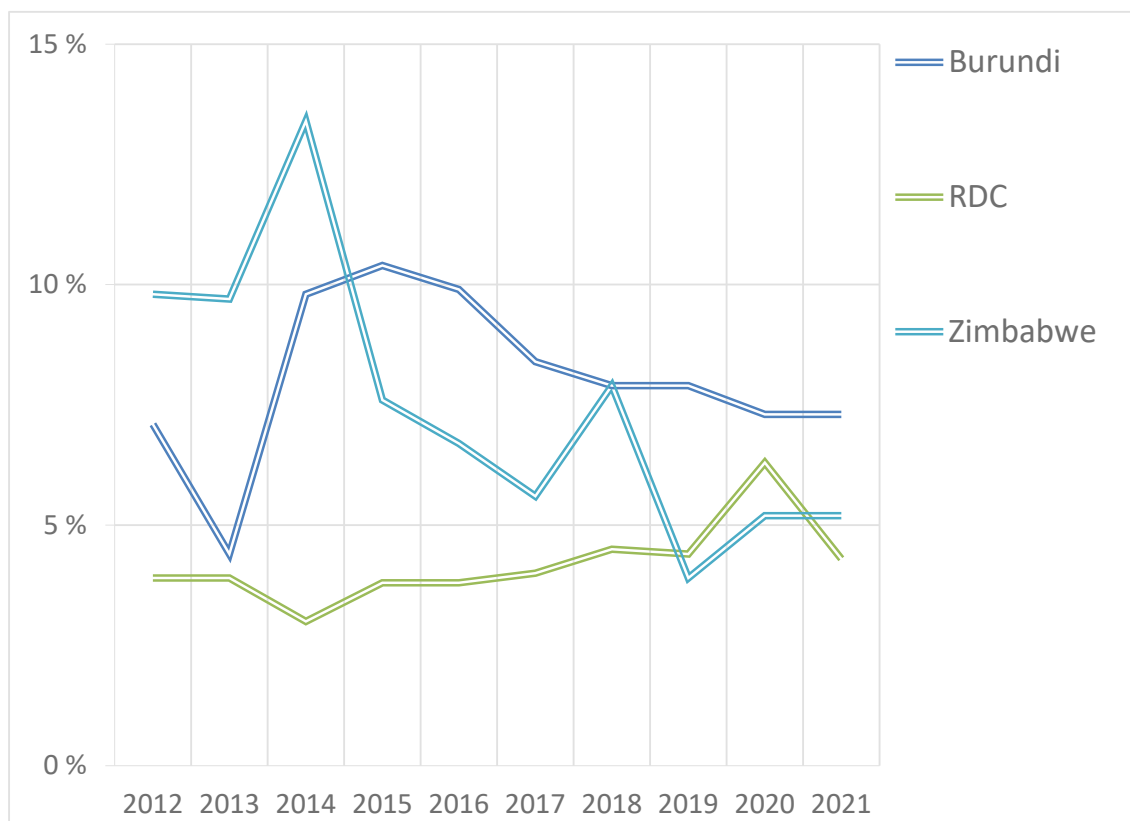
Nello Zimbabwe, il progetto HDF ha assegnato una notevole quantità di finanziamenti al fabbisogno di risorse umane, come il pagamento di indennità per la fidelizzazione del personale, premi di rendimento e altre spese per il personale. I partner avevano presunto che il governo sarebbe subentrato nel finanziamento degli operatori sanitari di comunità alla fine dell'HDF dopo che il finanziamento dei donatori è stato ridotto nel fondo per la resilienza sanitaria che è succeduto, ma non si è concretizzato alcun sostegno governativo per quanto riguarda le retribuzioni e i costi assimilati.

Nella valutazione intermedia del più importante programma dell'UE per la salute nell'RDC del periodo 2014-2020 sono state messe in luce sfide legate alla sostenibilità ed è stato auspicato lo sviluppo di una strategia di uscita che coinvolga tutte le parti interessate.

70 Le strategie di uscita spesso richiedono la creazione di un margine di bilancio per consentire finanziamenti sanitari nazionali sufficienti. I bilanci sanitari dei tre paesi selezionati dalla Corte non hanno ancora raggiunto la soglia del 15 % del bilancio complessivo promesso nella [dichiarazione di Abuja](#) del 2001 (cfr. paragrafo [06](#) e [figura 5](#))²².

²² Unione Africana, *Africa Scorecard on Domestic Financing for Health 2024*.

Figura 5 – Dotazione finanziaria per la sanità in % del PIL nei paesi sottoposti ad audit



Fonte: Corte dei conti europea, sulla base della [scheda di valutazione sui finanziamenti nazionali a favore della sanità in Africa](#).

Le attrezzature non sono sempre sottoposte a una manutenzione adeguata

71 I donatori, quando finanziano o forniscono attrezzature, spesso partono dal presupposto che i beneficiari se ne prendano cura e assicurino la manutenzione e i materiali di consumo necessari. Questo però comporta spesso costi aggiuntivi: i telefoni necessitano di un abbonamento di telefonia, le autovetture di manutenzione periodica e pezzi di ricambio, le stampanti di carta e cartucce di inchiostro. Tali costi aggiuntivi possono rappresentare solo una parte esigua del valore delle apparecchiature, ma talvolta possono diventare un ostacolo insormontabile per il loro uso efficace.

72 Il problema della manutenzione è stato rilevato in molte valutazioni. La Corte ha constatato che il processo di selezione e manutenzione delle attrezzature non tenevano sufficientemente conto della disponibilità dei servizi, delle competenze e dei pezzi di ricambio necessari nel paese destinatario. Nella [valutazione congiunta](#) dei primi due progetti di finanziamento basati sulla performance in Burundi sono stati osservati problemi relativi alla manutenzione delle attrezzature.

73 Durante le visite ai progetti, gli auditor della Corte hanno riscontrato casi di attrezzature finanziate direttamente o indirettamente con fondi dell'UE che erano inutilizzate (cfr. [riquadro 4](#)), danneggiate (cfr. [foto 3](#)) o sottoutilizzate. La Corte ritiene che le cause siano imputabili all'assenza o all'insufficienza della valutazione dei bisogni e a una scelta inappropriata delle attrezzature.

Figura 3 – Analizzatore ematologico in un laboratorio in Burundi fuori servizio da oltre 16 mesi



Fonte: Corte dei conti europea.

Riquadro 4

Centro operativo per le emergenze di sanità pubblica non attivo in Burundi

I centri operativi per le emergenze di sanità pubblica coordinano tutte le attività relative alle emergenze di sanità pubblica. In Burundi è stato utilizzato un finanziamento dell'UE di 800 000 euro per istituire un centro di questo tipo, inaugurato il 20 aprile 2021²³. Al momento della visita di audit, a distanza di due anni, i computer non erano ancora fisicamente collegati, i telefoni non funzionavano e altre attrezzature informatiche non erano mai state utilizzate. La direzione del centro ha spiegato di non essere operativo perché il ministero della Salute non era stato in grado di raggiungere un accordo con una società telefonica.

²³ Resoconto OMS sull'*inaugurazione ufficiale del Centre des Opérations d'Urgences de Santé Publique*.

Conclusioni e raccomandazioni

74 Nel complesso, la Corte ha riscontrato che la Commissione ha assegnato i finanziamenti in linea con le priorità generali stabilite, ma sulla base di una metodologia inficiata da carenze. L'efficacia degli interventi ha risentito di problemi di coordinamento e sostenibilità.

75 I principali documenti strategici dell'UE definiscono i parametri generali per l'assegnazione dei finanziamenti, senza specificare gli obiettivi operativi. I finanziamenti per il sostegno sanitario sono rimasti relativamente costanti negli ultimi tre periodi di programmazione. Tuttavia, il finanziamento della cooperazione bilaterale con i paesi partner è diminuito, mentre il finanziamento del sostegno alle iniziative mondiali in campo sanitario è notevolmente aumentato anche per effetto della risposta alla COVID-19 (paragrafi [28-32](#)).

76 La Commissione ha stilato una graduatoria dei paesi partner in base ai bisogni dei rispettivi sistemi sanitari, ma tale valutazione ha avuto scarso effetto sui finanziamenti bilaterali, principalmente a causa dei principi di programmazione (paragrafi [33-37](#)).

Raccomandazione 1 – Far corrispondere meglio la ripartizione dei finanziamenti per la sanità ai bisogni dei singoli paesi

In preparazione del prossimo QFP, la Commissione, di concerto con i paesi beneficiari, dovrebbe studiare come far corrispondere meglio la ripartizione geografica degli aiuti sanitari dell'UE alla graduatoria dei bisogni dei paesi partner e possibilmente riequilibrare, sulla base del quadro normativo del prossimo QFP, la ripartizione dei finanziamenti tra le iniziative mondiali e il sostegno regionale e bilaterale ai paesi.

Termine di attuazione: in tempo per il prossimo QFP

77 L'assegnazione del sostegno alle singole iniziative mondiali in campo sanitario attraverso programmi tematici si è basata su elementi quantitativi e qualitativi. Tuttavia, non poggiava su una serie predefinita formalizzata di criteri specifici e quantificabili e il processo non era sufficientemente documentato (paragrafi [38-39](#)).

Raccomandazione 2 – Stabilire criteri chiari per il finanziamento delle iniziative mondiali in campo sanitario e migliorare la documentazione del processo di assegnazione delle risorse

La Commissione dovrebbe stabilire criteri chiari, specifici e all'occorrenza quantificabili per il finanziamento delle iniziative mondiali in campo sanitario e documentare meglio il processo, includendo un'analisi del valore aggiunto dato dal coinvolgimento della Commissione in tali iniziative.

Termine di attuazione: 2025

78 I progetti esaminati hanno prodotto una serie di realizzazioni, che vanno dal rimborso delle visite mediche ai medicinali e agli edifici ospedalieri. Tuttavia, un coordinamento insufficiente a livello distrettuale ha provocato carenze nella distribuzione di attrezzature e farmaci (paragrafi [40-49](#)).

Raccomandazione 3 – Migliorare l'analisi dei bisogni e il coordinamento della distribuzione di attrezzature e medicinali

La Commissione dovrebbe contattare gli attori pertinenti al livello appropriato per migliorare il coordinamento della distribuzione delle attrezzature e dei farmaci. La Commissione dovrebbe collaborare con i paesi partner per aumentarne la capacità di analisi dei bisogni, di pianificazione e di coordinamento.

Termine di attuazione: 2025

79 I costi degli interventi nel settore sanitario hanno risentito di un'attuazione strutturata a cascata, che ha aumentato i costi di realizzazione dei progetti e ridotto gli importi disponibili per i beneficiari finali (paragrafi [50-52](#)).

Raccomandazione 4 – Analizzare la ragionevolezza dei costi di gestione

La Commissione dovrebbe rafforzare l'analisi della ragionevolezza dei costi di gestione iscritti a bilancio, in particolare quelli relativi a un'attuazione strutturata a cascata.

Termine di attuazione: 2025

80 La Commissione è impegnata negli organi di governance delle iniziative mondiali in campo sanitario, nonché nella direzione e attuazione dell'agenda di Lusaka, al fine di assicurare un migliore allineamento tra tali iniziative, porre fine alla frammentazione e razionalizzare la loro architettura (paragrafi [53-55](#)).

Raccomandazione 5 – Evitare sovrapposizioni e assicurare sinergie tra le iniziative mondiali in campo sanitario sostenute

La Commissione dovrebbe intraprendere ulteriori azioni per evitare sovrapposizioni e assicurare sinergie tra le iniziative mondiali in campo sanitario sostenute.

Termine di attuazione: 2025

81 La visibilità dei finanziamenti dell'UE tra le popolazioni a cui erano destinati è stata scarsa (paragrafi [56-59](#)). La Commissione ha utilizzato un numero limitato di indicatori ad alto livello relativi alla sanità. La Corte ha riscontrato che questi indicatori fornivano solo un quadro parziale delle molteplici azioni dell'UE in campo sanitario. Inoltre, venivano calcolati in modo tale da misurare di fatto lo sforzo congiunto di diversi attori e non erano attribuibili esclusivamente ai finanziamenti dell'UE. Ciò ha impedito alla Commissione di misurare appieno i risultati conseguiti dai finanziamenti dell'UE nel settore sanitario a fronte degli obiettivi strategici. Peraltro, i risultati degli interventi bilaterali attuati da fondi multidonatori non venivano sufficientemente comunicati alle delegazioni dell'UE. I dati raccolti dagli attuatori dei progetti ai fini della rendicontazione talvolta non erano disponibili o attendibili (paragrafi [60-66](#)).

Raccomandazione 6 – Individuare indicatori per monitorare in modo esaustivo il sostegno dell'UE al settore sanitario

In preparazione del prossimo QFP, la Commissione dovrebbe individuare indicatori per il settore sanitario che monitorino in modo esaustivo gli effetti degli interventi dell'UE, in linea con i principi di efficacia degli aiuti. Per quanto riguarda i fondi multidonatori, la Commissione dovrebbe valutare la fattibilità dell'applicazione di un metodo proporzionale per la rendicontazione dei risultati degli interventi dell'UE.

Termine di attuazione: in tempo per il prossimo QFP, al più tardi entro il 2027

82 Sono mancate chiare strategie di transizione e di uscita perché il governo in questione continuasse a sovvenzionare i progetti al venir meno dei finanziamenti provenienti dai donatori. Ciò potrebbe compromettere la sostenibilità dei sistemi una volta revocato il sostegno dell'UE (paragrafi [67-70](#)).

Raccomandazione 7 – Intraprendere azioni per promuovere la sostenibilità dei sistemi sanitari

La Commissione dovrebbe valutare, insieme a tutti gli attori pertinenti coinvolti nei paesi partner destinatari del sostegno, le modalità per assicurare la sostenibilità dei sistemi sanitari. Il dibattito dovrebbe vertere ulteriormente sul finanziamento della sanità, comprendendo la mobilitazione delle entrate interne e strategie di transizione e di uscita chiare e realistiche. Le strategie di uscita dovrebbero coprire il futuro finanziamento previsto delle parti pertinenti dei sistemi sanitari.

Termine di attuazione: 2025

83 La sostenibilità degli interventi dell'UE è a rischio anche a causa di una manutenzione inadeguata delle attrezzature fornite (paragrafi [71-73](#)).

Raccomandazione 8 – Attribuire maggiore importanza alla manutenzione delle attrezzature

La Commissione dovrebbe:

- a) includere l'aspetto della manutenzione nell'appalto delle attrezzature, tenendo conto cioè della disponibilità dei servizi, delle competenze e dei pezzi di ricambio necessari a livello nazionale e del modo in cui si possa ottenere all'occorrenza;
- b) adottare misure per contribuire alla sensibilizzazione e al cambiamento di comportamento in relazione alla manutenzione, per contribuire a creare una cultura e una routine della manutenzione tra le parti interessate.

Termine di attuazione: 2025

La presente relazione è stata adottata dalla Sezione III, presieduta da Bettina Jakobsen, Membro della Corte dei conti europea, a Lussemburgo nella riunione del 9 luglio 2024.

Per la Corte dei conti europea

Tony Murphy
Presidente

Allegati

Allegato I – Obiettivi delle strategie dell’UE in materia di aiuti sanitari dal 2005

Documento strategico	Obiettivi degli aiuti sanitari
<p>Consenso europeo in materia di sviluppo del 2005</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Cercare di raggiungere gli OSM delle Nazioni Unite in materia sanitaria: OSM 4 sulla riduzione della mortalità infantile, OSM 5 sul miglioramento della salute materna, OSM 6 sulla lotta contro l’HIV/AIDS, la malaria e altre malattie. — Affrontare l’eccezionale crisi di risorse umane presso i prestatori di servizi sanitari. — Un finanziamento equo per la sanità. — Rafforzamento dei sistemi sanitari per promuovere migliori “risultati di salute”. — Continuare a contribuire alle iniziative mondiali; a tale riguardo, il punto 108 del documento (2006/C 46/01) recita: “La Commissione determinerà i criteri che permetteranno di decidere sulla partecipazione e il contributo della Comunità ai fondi mondiali”.
<p>Comunicazione della Commissione sul ruolo dell’UE nella sanità mondiale (corredata dei documenti di lavoro dei servizi della Commissione) del 2010</p>	<ul style="list-style-type: none"> — La leadership dell’UE nel coordinare le iniziative mondiali in campo sanitario e coinvolgere i portatori di interessi a livello di paese partner. — Copertura sanitaria universale (<i>Universal Health Coverage – UHC</i>): <ul style="list-style-type: none"> ○ Priorità ai paesi fragili attraverso canali bilaterali (elenco dei paesi fragili) e attraverso la partecipazione a iniziative mondiali in campo sanitario (promuovere l’adattamento di quelle esistenti). ○ Concentrazione sul sostegno al rafforzamento dei sistemi sanitari. ○ Finanziamento di un’unica dotazione nazionale per la sanità e di un unico processo di monitoraggio quale quadro privilegiato per fornire il sostegno dell’UE. ○ Incanalamento di 2/3 dell’aiuto pubblico allo sviluppo (APS) in campo sanitario attraverso programmi di sviluppo di proprietà dei paesi partner e dell’80 % mediante i sistemi di gestione degli appalti e dei finanziamenti pubblici dei paesi partner. — Assicurare la coerenza con altre politiche volte a promuovere l’UHC. — Investire nella ricerca sanitaria per tutti.

Documento strategico	Obiettivi degli aiuti sanitari
<p>Comunicazione della Commissione su un programma di cambiamento del 2011 (conclusioni del Consiglio del 2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Utilizzare la propria gamma di strumenti di aiuto, in particolare i “contratti di riforma settoriale” — Sviluppare e consolidare i sistemi sanitari (rafforzamento dei sistemi sanitari). — Ridurre le disuguaglianze nell’accesso ai servizi sanitari. — Aumentare la protezione contro le minacce sanitarie globali. — Promuovere la coerenza delle politiche. — Dalle conclusioni del Consiglio: “Si continuerà a sostenere l’inclusione sociale e lo sviluppo umano [sanità, istruzione e protezione sociale] con almeno il 20 % degli aiuti dell’UE” e “L’UE manterrà il suo impegno negli Stati fragili [...]”.
<p>Consenso europeo in materia di sviluppo del 2017</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Cercare di raggiungere gli OSS delle Nazioni Unite in materia sanitaria: — L’UE e i suoi Stati membri promuoveranno l’UHC. — Sostegno alla creazione di sistemi sanitari solidi, di buona qualità e resilienti (cioè rafforzamento dei sistemi sanitari). L’UE e i suoi Stati membri sosterranno i paesi in via di sviluppo nella formazione del personale, nelle assunzioni, nella diffusione dell’assistenza, nello sviluppo professionale continuo del personale sanitario, ecc. — Prevenire e combattere malattie trasmissibili quali l’HIV/AIDS, la tubercolosi, la malaria e l’epatite. — Adottare misure per affrontare le minacce globali (epidemie o resistenza antimicrobica). — Adoperarsi per ridurre la mortalità infantile e materna, promuovere la salute mentale e affrontare il crescente onere delle malattie non trasmissibili nei paesi partner. — Promuovere l’innovazione nelle tecnologie sanitarie. — L’UE ribadisce l’impegno a destinare almeno il 20 % del proprio APS all’inclusione sociale e allo sviluppo umano.

Documento strategico	Obiettivi degli aiuti sanitari
Strategia globale dell'UE in materia di salute del 2022	<ul style="list-style-type: none"> — Migliorare la salute e il benessere delle persone in tutte le fasi della vita (OSS 3 su una vita sana, OSS 5 sulla qualità di genere, OSS 10 sulla riduzione delle disuguaglianze all'interno dei paesi e tra di essi). Vi rientrano il rafforzamento dei sistemi sanitari, le misure di contrasto all'HIV e il sostegno alle iniziative mondiali in campo sanitario. — Rafforzare i sistemi sanitari e promuovere l'UHC. Ciò include la digitalizzazione, la tecnologia dell'innovazione e la risposta alla carenza di forza lavoro. — Prevenire e combattere le minacce alla salute, comprese le pandemie, applicando un approccio "One Health". Vi rientrano il sostegno al Fondo per le pandemie, la capacità produttiva, ecc. — Ribadisce l'impegno dell'UE a destinare allo sviluppo umano e all'inclusione sociale almeno il 20 % dell'APS erogato nell'ambito dell'NDICI.

Allegato II – Elenco dei programmi e dei progetti sottoposti ad audit

Burundi

Denominazione	QFP	Riferimento	Sostegno dell'UE (impegni in milioni di euro)
Programme d'appui au système de santé (PASS) à travers l'outil du financement basé sur la performance (FBP) – Fase 2	2014-2020	FED/2019/413-660 (CL)	27,8
TWITEHO AMAGARA – Bujumbura Mairie, Bujumbura rural, Muramvya, Rumonge et Kirundo	2014-2020	FED/2019/405-241 (CE)	9,4
TWITEHO AMAGARA – Cankuzo, Ruyigi, Rutana, Mwaro	2014-2020	FED/2019/405-314 (CE)	9,3
TWITEHO Amagara – Ngozi, Kayanza, Cibitoke	2014-2020	FED/2019/405-306 (CE)	8,9
TWITEHO AMAGARA – Bururi, Makamba, Gitega	2014-2020	FED/2019/405-304 (CL)	8,1
TWITEHO AMAGARA – Karuzi, Muyinga, Bubanza et santé mentale à Ngozi	2014-2020	FED/2019/405-311 (CL)	7,5

Repubblica democratica del Congo

Denominazione	QFP	Riferimento	Sostegno dell'UE (impegni in milioni di euro)
Programma d'appui au plan national de développement sanitaire (PA PNDS).	2007-2013	FED/2009/21511	53,8
Projet d'accélération des progrès vers les OMD 4 et 5 (PAP OMD 4-5)	2007-2013	FED/2012/023-801 (CE)	40
Programme de renforcement de l'Offre et Développement de l'accès aux Soins de Santé en RDC (PRODS)	2014-2020	FED/2016/038-165 (CE)	217
Unis pour la santé et l'éducation	2021-2027	NDICI AFRICA/2021/043-305 (CE)	30

Denominazione	QFP	Riferimento	Sostegno dell'UE (impegni in milioni di euro)
Unis pour la santé, fase 2	2021-2027	NDICI AFRICA/2022/043-891 (CA)	35
Unis pour la santé, fase 3	2021-2027	NDICI AFRICA/2023/045-313 (CE) (JAD.1258480)	9

Zimbabwe

Denominazione	QFP	Riferimento	Sostegno dell'UE (impegni in milioni di euro)
Fondo per lo sviluppo della sanità (Migliorare l'accesso ai servizi sanitari di base per tutti i cittadini dello Zimbabwe)	2014-2020	FED/2015/368-364 (CL)	62,6
Migliorare l'accesso ai servizi sanitari di base per tutti i cittadini dello Zimbabwe II	2014-2020	FED/2020/415-680 (CE)	42,5
Fondo per la resilienza sanitaria	2021-2027	NDICI AFRICA/2022/438-583 (CE)	41,0
Migliorare l'accesso ai servizi sanitari di base per tutti i cittadini dello Zimbabwe II_UNICEF	2014-2020	FED/2020/415-231 (CA)	35,9
Contributo al Fondo per la transizione sanitaria IV	2014-2020	FED/2015/356-385 (CA)	12,0

Allegato III – Paesi partner i cui programmi indicativi nazionali/programmi indicativi pluriennali (PIP) individuano nella sanità un settore prioritario

	QFP 2007-2013	QFP 2014-2020	QFP 2021-2027
Afghanistan	•	•	•
Algeria	•		
Angola	•		
Bangladesh	•		
Belize		•	
Burkina Faso	•	•	
Burundi	•	•	•
Ciad	•		
Congo	•		
Costa d'Avorio	•		
Cuba			•
Dominica	•		
Egitto	•		•
Eswatini	•		
Etiopia		•	•
Filippine	•		
Ghana	•		
Giamaica	•		
Grenada		•	
Guinea Conakry	•	•	•
Guinea-Bissau	•	•	•
India	•		
Iran			•
Kenya			•
Laos			•
Libano			•
Liberia	•		
Libia	•	•	•
Madagascar	•		•
Mali	•		•
Marocco	•	•	•
Mauritania	•	•	•
Moldova	•		
Mozambico	•		
Myanmar/ Birmania	•		

	QFP 2007-2013	QFP 2014-2020	QFP 2021-2027
Namibia	•		
Niger	•		
Nigeria	•	•	•
Palestina			•
Perù	•		
RDC	•	•	•
Repubblica centrafricana		•	•
Saint Vincent e Grenadine	•		
Santa Lucia	•		
São Tomé e Príncipe	•		
Senegal	•		
Sierra Leone	•		
Siria	•		
Sud Africa	•		
Sud Sudan	•	•	•
Sudan			•
Tagikistan	•	•	•
Timor Leste	•		
Togo	•		
Tunisia			•
Uganda			•
Uzbekistan	•		
Vietnam	•		
Yemen	•		
Zambia	•		•
Zimbabwe	•	•	•
TOTALE paesi	48	17	27

Allegato IV – Dotazioni finanziarie a titolo del pilastro tematico dell'NDICI-Europa globale (gennaio 2024)

Programmi sanitari	Impegni (euro)
Contributo al Fondo globale	1 064 503 222
Contributo alla GAVI	525 000 000
Contributo al Fondo per le pandemie	427 000 000
Contributo al Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione (UNFPA)	45 000 000
Accordo di contributo per il programma di accelerazione dello sviluppo umano (HDX) – componente poliomielite	275 000 000
Altri	12 517 500
Totale generale	2 349 020 722

Nota: in grassetto sono evidenziate le righe riguardanti assegnazioni a iniziative mondiali in campo sanitario (Fondo globale, GAVI compreso lo strumento COVAX per i vaccini contro la COVID-19, UNFPA e Fondo per le pandemie).

Abbreviazioni

APS: aiuto pubblico allo sviluppo

DCI: *Development Cooperation Instrument* (strumento di cooperazione allo sviluppo)

DG ECHO: direzione generale per la Protezione civile e le operazioni di aiuto umanitario europee

DG INTPA: direzione generale per i Partenariati internazionali

DG NEAR: direzione generale della Politica di vicinato e dei negoziati di allargamento

FES: Fondo europeo di sviluppo

GAVI: *Global Alliance for Vaccines and Immunisation* (Alleanza mondiale per i vaccini e l'immunizzazione)

HDF: *Health Development Fund* (Fondo per lo sviluppo della sanità)

IPA: *Instrument for Pre-accession Assistance* (strumento di assistenza preadesione)

NDICI: *Neighbourhood, Development and International Cooperation Instrument* (strumento di vicinato, cooperazione allo sviluppo e cooperazione internazionale)

OMS: Organizzazione mondiale della sanità

OSM: obiettivo di sviluppo del millennio

OSS: obiettivo di sviluppo sostenibile

PASS: *Programme d'appui au système de santé* (programma di sostegno al sistema sanitario del Burundi)

PIP: programma indicativo pluriennale

QFP: quadro finanziario pluriennale

UHC: *Universal Health Coverage* (copertura sanitaria universale)

UNFPA: Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione

UNICEF: Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia

Glossario

Aiuto pubblico allo sviluppo: aiuto pubblico studiato per promuovere lo sviluppo economico e il benessere dei paesi in via di sviluppo.

Approccio “One Health”: approccio integrato e unificante che mira a bilanciare e ottimizzare la salute di persone, animali ed ecosistemi.

Delegazione dell’UE: rappresentanza diplomatica dell’UE in un paese terzo o presso un’organizzazione multilaterale o internazionale.

Effetto: cambiamento immediato o a più lungo termine, intenzionale o non intenzionale, determinato da un progetto, come i benefici derivanti da una manodopera con una migliore formazione.

Fondo europeo di sviluppo: fondo dell’UE, gestito dalla Commissione e che non rientra nel bilancio generale, con cui sono forniti aiuti allo sviluppo agli Stati dell’Africa, dei Caraibi e del Pacifico, nonché ai paesi e territori d’oltremare connessi all’UE tramite gli Stati membri.

Impatto: le più ampie conseguenze a lungo termine di un progetto o programma concluso, quali i benefici socioeconomici per la popolazione nel suo complesso.

Indicatore di impatto: variabile misurabile che fornisce informazioni sulle risorse umane, finanziarie, materiali, amministrative e normative impiegate per attuare un progetto o un programma.

Indicatore di realizzazione: variabile misurabile che fornisce informazioni per la valutazione dei prodotti o dei traguardi di un progetto.

Obiettivi di sviluppo del millennio: obiettivi mondiali per ridurre la povertà e le sue manifestazioni entro il 2015. Sono stati stabiliti nel settembre 2000 dai leader mondiali e dalle principali istituzioni per lo sviluppo in occasione del Vertice del millennio delle Nazioni Unite.

Obiettivi di sviluppo sostenibile: 17 obiettivi stabiliti nell’Agenda 2030 delle Nazioni Unite per lo sviluppo sostenibile tesi a incoraggiare tutti i paesi all’azione in settori di importanza cruciale per l’umanità e per il pianeta.

Realizzazione: ciò che viene prodotto o conseguito con un progetto, ad esempio l’erogazione di un corso di formazione o la costruzione di una strada.

Risultato: effetto immediato di un progetto o di un programma al suo completamento, come ad esempio la migliore occupabilità dei partecipanti a un corso o l'accresciuta accessibilità di un luogo a seguito della costruzione di una nuova strada.

Sostenibilità: capacità di un progetto o di un sistema di mantenersi per tutto il tempo necessario, in quanto è sufficientemente consolidato e finanziariamente autosufficiente o sufficientemente finanziato.

Risposte della Commissione

<https://www.eca.europa.eu/it/publications/sr-2024-18>

Cronologia

<https://www.eca.europa.eu/it/publications/sr-2024-18>

Équipe di audit

Le relazioni speciali della Corte dei conti europea illustrano le risultanze degli audit espletati su politiche e programmi dell'UE o su temi relativi alla gestione concernenti specifici settori di bilancio. La Corte seleziona e pianifica detti compiti di audit in modo da massimizzarne l'impatto, tenendo conto dei rischi per la performance o la conformità, del livello delle entrate o delle spese, dei futuri sviluppi e dell'interesse pubblico e politico.

Il presente controllo di gestione è stato espletato dalla Sezione di audit III della Corte, competente per l'audit della spesa per azioni esterne, sicurezza e giustizia, presieduta da Bettina Jakobsen, Membro della Corte. L'audit è stato diretto inizialmente da Baudilio Tomé Muguruza e Hannu Takkula, Membri della Corte.

L'audit è stato portato a termine da George Marius Hyzler, Membro della Corte, coadiuvato da Pietro Puricella, primo manager; Piotr Zych, capoincarico; Alfonso Calles Sánchez e Piotr Senator, auditor. Alexandra Damir-Binzaru ha prestato assistenza grafica.



George-Marius Hyzler



Pietro Puricella



Piotr Zych



Alfonso Calles Sánchez



Piotr Senator

DIRITTI D’AUTORE

© Unione europea, 2024

La politica di riutilizzo della Corte dei conti europea è stabilita dalla [decisione della Corte n. 6-2019](#) sulla politica di apertura dei dati e sul riutilizzo dei documenti.

Salvo indicazione contraria (ad esempio, in singoli avvisi sui diritti d’autore), il contenuto dei documenti della Corte di proprietà dell’UE è soggetto a licenza [Creative Commons Attribuzione 4.0 Internazionale \(CC BY 4.0\)](#). Ciò significa che, in linea generale, ne è consentito il riutilizzo, a condizione che sia citata la fonte in maniera appropriata e che siano indicate le eventuali modifiche. In caso di riutilizzo del materiale della Corte, il significato o il messaggio originari non devono essere distorti. La Corte dei conti europea non è responsabile delle eventuali conseguenze derivanti dal riutilizzo del proprio materiale.

Se un contenuto specifico permette di identificare privati cittadini (ad esempio nelle foto che ritraggono personale della Corte) o se include lavori di terzi, è necessario chiedere un’ulteriore autorizzazione.

Ove concessa, tale autorizzazione annulla e sostituisce quella generale già menzionata e indica chiaramente ogni eventuale restrizione dell’uso.

Per utilizzare o riprodurre contenuti non di proprietà dell’UE, può essere necessario richiedere un’autorizzazione direttamente ai titolari dei diritti.

Figura 1 – pittogrammi OSS: © Nazioni Unite. Tutti i diritti riservati. Il contenuto della presente pubblicazione non è stato approvato dalle Nazioni unite e non riflette il punto di vista delle Nazioni Unite o dei suoi funzionari. I pittogrammi nelle lingue diverse dalla lingue ufficiali dell’ONU sono stati scaricati da [Trello](#) oppure creati dalla Corte dei conti europea. L’Organizzazione delle Nazioni Unite declina ogni responsabilità od onere derivante dalla traduzione dei pittogrammi OSS nelle lingue diverse dalle proprie lingue ufficiali.

Il software o i documenti coperti da diritti di proprietà industriale, come brevetti, marchi, disegni e modelli, loghi e nomi registrati, sono esclusi dalla politica di riutilizzo della Corte.

I siti Internet istituzionali dell’Unione europea, nell’ambito del dominio europa.eu, contengono link verso siti di terzi. Poiché esulano dal controllo della Corte, si consiglia di prender atto delle relative informative sulla privacy e sui diritti d’autore.

Uso del logo della Corte dei conti europea

Il logo della Corte dei conti europea non deve essere usato senza previo consenso della stessa.

HTML	ISBN 978-92-849-2814-9	ISSN 1977-5709	doi:10.2865/077152	QJ-AB-24-017-IT-Q
PDF	ISBN 978-92-849-2839-2	ISSN 1977-5709	doi:10.2865/000668	QJ-AB-24-017-IT-N

La Corte dei conti europea ha sottoposto ad audit il sostegno finanziario dell'UE ai sistemi sanitari di paesi partner nell'arco di tre periodi di programmazione. Ha condotto un'analisi documentale ed esaminato progetti in Burundi, Repubblica democratica del Congo e Zimbabwe. Conclude che la Commissione ha ripartito i finanziamenti secondo le priorità generali stabilite, ma sulla base di una metodologia inficiata da carenze. L'efficacia dei progetti ha risentito di problemi di coordinamento, sostenibilità e monitoraggio. L'attuazione strutturata a cascata ha fatto lievitare i costi dei progetti, mentre la visibilità dei finanziamenti dell'UE presso le popolazioni a cui erano destinati è stata limitata. La Corte formula raccomandazioni riguardanti la ripartizione e i criteri dei finanziamenti, il coordinamento, la ragionevolezza delle spese di gestione, le sinergie, il monitoraggio, la sostenibilità e la manutenzione delle attrezzature fornite dai progetti.

Relazione speciale della Corte dei conti europea presentata in virtù dell'articolo 287, paragrafo 4, secondo comma, del TFUE.



CORTE
DEI CONTI
EUROPEA



Ufficio delle pubblicazioni
dell'Unione europea

CORTE DEI CONTI EUROPEA
12, rue Alcide De Gasperi
1615 Luxembourg
LUXEMBOURG

Tel. +352 4398-1

Modulo di contatto: eca.europa.eu/it/contact
Sito Internet: eca.europa.eu
Twitter: @EUAuditors