

chi fa da sé:

Valutazione del coordinamento
e armonizzazione dei donatori
per la risposta all'**HIV** e **AIDS** in Kenya.



non fa per tre.

act:onaid
international



Osservatorio Italiano sull'Azione
Globale contro l'AIDS



chi fa da sé: non fa per tre

**Valutazione del coordinamento
e armonizzazione dei donatori
per la risposta all'HIV e AIDS in Kenya**

Ricerca a cura:

Enos Njeru – Dipartimento di Sociologia, Università di Nairobi

Urbanus Kioko – Dipartimento di Economia, Università di Nairobi

Thomas Maina – Economista della Sanità, Kenya

Traduzione:

Giovanna Simmons

Prefazione:

Loretta Peschi – Osservatorio Italiano sull'Azione Globale contro l'AIDS

Testo a cura:

Luca De Fraia, Roberta Rughetti e Jacopo Viciani

Coordinamento attività:

per ActionAid International – **Jacopo Viciani, Paola Giuliani**

per AMREF Italia – **Roberta Rughetti**

Redazione chiusa

15 ottobre 2005

ActionAid International

ActionAid International è un'organizzazione internazionale indipendente impegnata nella lotta alle cause della povertà e dell'esclusione sociale.

Agisce principalmente attraverso programmi a lungo termine in Asia, Africa e America Latina. Nei Paesi più ricchi interviene per coinvolgere i cittadini, le imprese e le istituzioni, evidenziandone le responsabilità nei confronti delle comunità più emarginate del Sud del mondo. ActionAid International opera grazie all'impegno di migliaia di persone che contribuiscono con il proprio attivismo e le proprie donazioni. In Italia è presente dal 1989, ed è una ONLUS riconosciuta come Ente Morale e come Organizzazione Non Governativa dal Ministero degli Affari Esteri.

AMREF Italia

AMREF, Fondazione Africana per la Medicina e la Ricerca, è la principale organizzazione sanitaria africana senza fini di lucro. Dalla sua fondazione, nel 1957 a Nairobi, promuove e gestisce ogni anno centinaia di progetti di sviluppo sanitario in 14 paesi dell'Africa orientale: dal Kenya all'Uganda, dal Sudan al Sudafrica.

L'obiettivo di AMREF è aiutare lo sviluppo sanitario e sociale delle popolazioni più povere attraverso la partecipazione attiva delle comunità locali.

AMREF Italia nasce nel 1988, su iniziativa di Thomas Simmons, come emanazione italiana che collabora con la sede centrale di Nairobi nella definizione delle strategie e dei programmi d'intervento, assicurando i finanziamenti necessari e verificando la realizzazione dei progetti sul campo. Dalla sua fondazione AMREF Italia si propone di "portare la voce dell'Africa in Italia", attraverso la promozione di progetti di comunicazione e di educazione allo sviluppo. Nel 2002 ha ottenuto il riconoscimento di ONG idonea dal Ministero degli Affari Esteri.

Osservatorio Italiano sull'Azione Globale contro l'AIDS

L'Osservatorio è una rete di 23 organizzazioni non governative italiane e internazionali attive nella lotta all'AIDS, con particolare riguardo alle aree della terra caratterizzate da estrema povertà e sottosviluppo.

L'iniziativa è motivata da esigenze di informazione, sinergia, collegamento, aggiornamento continui e dalla necessità di un canale comune per l'azione politica su diritti umani, scelte e posizioni istituzionali, politiche sanitarie in relazione all'AIDS, ai livelli nazionale e internazionale. Attraverso una rete strategica e operativa per promuovere azioni comuni tra le ONG aderenti e con le altre reti nazionali e internazionali, l'Osservatorio si propone di contribuire all'impegno globale per fermare la pandemia di AIDS.

Ringraziamenti

ActionAid International e AMREF Italia esprimono apprezzamento e ringraziamento a tutti gli esperti che hanno contribuito alla redazione di questo rapporto, mettendo a disposizione il proprio tempo e offrendo opinioni, valutazioni e conoscenze professionali preziose.

Indice

Sigle e abbreviazioni	4
Prefazione	6
Sintesi	7
Raccomandazioni	10
1.0 - La mancanza di coordinamento e armonizzazione negli interventi dei donatori per la risposta all'HIV e AIDS in Kenya: descrizione del problema	11
1.1 Premessa	11
1.2 Descrizione del problema	11
1.3 Obiettivi dello studio	11
1.4 Perché il Kenya	12
1.5 Metodologie dello studio	12
2.0 - Il finanziamento della risposta all'epidemia in Kenya	13
2.1 La prevalenza dell'HIV	13
2.2 L'impegno dei donatori nel finanziare la lotta all'epidemia	16
2.2.1 Meccanismi di finanziamento	16
2.2.2 Flusso di risorse dei donatori in Bilancio per la lotta all'HIV e AIDS	16
2.2.3 Finanziamenti dei donatori canalizzati extra Bilancio	18
2.2.4 Flussi extra Bilancio suddivisi per tipo d'intervento	20
2.2.5 La Nuova Strategia Nazionale (KNASP) 2005-2010: fabbisogno finanziario	22
2.2.6 Finanziamenti dei donatori al National AIDS Control Council (NACC)	23
2.3 Equità nell'assegnazione delle risorse per la lotta all'HIV e AIDS	26
2.4 Finanziare la Strategia 2005-2010: approccio dei donatori	28
3.0 - Coordinamento e armonizzazione della risposta all'HIV e AIDS	29
3.1 Ruolo del NACC come ente di coordinamento	29
3.2 Ruolo del Joint AIDS Programme Review (JAPR)	29
3.3 Approccio dei donatori riguardo al Quadro Nazionale di Monitoraggio e Valutazione	30
3.4 Sfide del NACC per il coordinamento	30
3.5 Iniziative italiane per l'armonizzazione e il coordinamento	31
4.0 - Conclusioni e raccomandazioni	32
4.1 Conclusioni	32
4.2 Raccomandazioni	33
Scheda Paese	34
Bibliografia	35
Appendice	36

Sigle e abbreviazioni

ART	Anti retroviral therapy; Terapia Anti-retrovirale
ARV	Anti-retrovirale
CACC	Constituency AIDS Control Committee; Comitato di Controllo AIDS
CBO	Community Based Organization; Organizzazione Comunitaria
CIDA	Canadian International Development Agency; Agenzia canadese per lo sviluppo internazionale
CDC	US Centres for Disease Control; Centri Statunitensi per il Controllo epidemiologico
DACC	District AIDS Control Committee; Comitato distrettuale per il controllo dell'AIDS
DASCO	District AIDS/STDs co-ordinator; Coordinatore distrettuale per l'AIDS e malattie sessualmente trasmissibili
DfID	Department for International Development; Dipartimento per lo sviluppo internazionale
EDF	European Development Fund; Fondo europeo di sviluppo
FAO	Food and Agriculture Organization; Organizzazione per l'agricoltura e l'alimentazione
FBO	Faith Based Organization; Organizzazione di ispirazione religiosa
FY	Fiscal Year; Anno finanziario
GDP	Gross Domestic Product; Prodotto interno lordo
GoK	Government of Kenya; Governo del Kenya
GTZ	Germany Development Agency; Agenzia tedesca per lo sviluppo
GFATM	Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; Fondo Globale per la lotta all'AIDS, Tubercolosi e Malaria
HIV/AIDS	Human Immune-deficiency Syndrome; Sindrome da immunodeficienza
IGA	Income Generating Activities; Attività generatrici di reddito
IDA	International Development Association; Associazione per lo sviluppo internazionale
IOM	International Organization for Migrations; Organizzazione internazionale per le migrazioni
JICA	Japanese International Cooperation Agency; Agenzia di cooperazione internazionale giapponese
KDHS	Kenya Demographic Health Survey; Indagine demografica sullo stato della salute in Kenya
KHADREP	Kenya HIV/AIDS Disaster Response Programme; Programma keniota per la risposta all'emergenza AIDS
KNASP	Kenya National AIDS Strategic Plan; Strategia Nazionale per la lotta all'AIDS
KES	Kenya Shillings; Scellini kenyoti
MAP	Multi-country Assistance Programme; Programma di Assistenza su più paesi
MTEF	Medium Term Expenditure Framework; Quadro di spesa sul medio periodo
M&E	Monitoring and Evaluation; Monitoraggio e valutazione
MoH	Ministry of Health; Ministero della Sanità
NACC	National AIDS Control Council; Consiglio nazionale per il controllo dell'AIDS
NASCOP	National AIDS/STD Control Programme; Programma nazionale per il Controllo dell'AIDS e delle malattie sessualmente trasmissibili
NHA	National Health Accounts; Bilanci di spesa per la sanità
NGO	Non-Governmental Organization; Organizzazione non governativa
NHIF	National Health Insurance Fund; Fondo nazionale d'assicurazione sanitaria
OOPE	Out-of-Pocket Expenditure; Spese affrontate dal paziente
PEPFAR	Presidential Emergency Plan for AIDS Relief; Piano presidenziale USA d'emergenza per la risposta all'AIDS
PER	Public Expenditure Review; Revisione delle spese pubbliche
PMTCT	Prevention Mother to Child Transmission; Prevenzione trasmissione materno-fetale
PRSP	Poverty Reduction Strategy Paper; Documento strategico per la riduzione della povertà
SIDA	Swedish International Development Agency; Agenzia svedese per lo sviluppo internazionale

STI	Sexually Transmitted Infectious Diseases; Malattie sessualmente trasmissibili
SWAp	Sector Wide Approach; Sostegno settoriale al Bilancio
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; Programma congiunto delle Nazioni Unite per la lotta all' HIV/AIDS
UNDP	United Nations Development Programme; Programma di sviluppo delle Nazioni Unite
UNICEF	United Nations Children Fund; Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia
UNIFEM	United Nations Development Fund for Women; Fondo di sviluppo per le donne delle Nazioni Unite
UNFPA	United Nations Population Fund; Fondo per la popolazione delle Nazioni Unite
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees; Alto commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati
USAID	United States Agency for International Development; Agenzia statunitense per lo sviluppo internazionale
VCT	Voluntary Counseling and Testing; Test e supporto psicologico volontari
WFP	World Food Programme; Programma alimentare mondiale
WHO	World Health Organization; Organizzazione mondiale della sanità

Prefazione

L'AIDS non è solo un problema sanitario, ma anche economico, sociale, culturale e finanche istituzionale; non sarebbe stato perciò possibile rispondere alla pandemia incaricando i soli ministeri della salute o, a livello internazionale, la sola Organizzazione Mondiale della Sanità.

È per questa ragione che le Nazioni Unite hanno creato il coordinamento UNAIDS, che raggruppa alcune tra le più importanti Agenzie dell'ONU; è per la stessa ragione che la maggior parte dei Paesi ha dato vita a Consigli (o Comitati, o Coordinamenti) nazionali per la lotta all'AIDS, cui sono chiamati a partecipare vari ministeri, università, esponenti delle confessioni religiose, dell'associazionismo e della società civile locale, specialmente quella rappresentata dalle associazioni di persone sieropositive. Questa scelta forte di coinvolgimento dei vari attori, delle varie energie e risorse disponibili, è essenziale per aumentare le speranze di debellare questa piaga che sta compromettendo drammaticamente i processi di sviluppo, forse più delle guerre e dei conflitti.

Nonostante questi vari organismi la lotta all'AIDS soffre di una mancanza di coordinamento che, paradossalmente, è causata dall'aumento delle risorse finanziarie per i diversi programmi. La dovizia di iniziative bilaterali e multilaterali fa sì che molto spesso una medesima struttura locale debba svolgere programmi di contrasto all'AIDS seguendo criteri, tempistiche e costi differenti esclusivamente imposti dai donatori!

Per affrontare il problema del coordinamento degli interventi - e quindi dell'utilizzo delle risorse - occorre:

- far coincidere la quantità degli aiuti con la quantità dei bisogni, evitando sia di lasciare necessità inevase sia che sullo stesso bisogno intervengano troppe forze;
- utilizzare per ogni intervento in un Paese la medesima metodologia e le stesse tempistiche.

A meno di un efficace coordinamento, le deboli strutture sanitarie del sud del mondo sono destinate a soccombere sotto il peso di numerosi e scoordinati programmi di lotta alla pandemia.

Il coordinamento è altresì importante presso l'opinione pubblica e i Parlamenti che stabiliscono le quote nel Bilancio dello Stato da destinare alla lotta contro la pandemia: l'efficacia degli interventi, infatti, è la migliore motivazione a tenere alto il livello di finanziamento accordato negli ultimi anni a questa grande battaglia.

Raggiungere un efficace coordinamento è una preoccupazione condivisa da diverse istituzioni - tra cui UNAIDS e il Fondo Globale per la lotta all'AIDS, Tubercolosi e Malaria - e reti di società civile impegnate nella lotta all'AIDS.

L'Osservatorio Italiano sull'Azione Globale contro l'AIDS ha fatto propria questa preoccupazione, considerando essenziale lo sforzo volto a ottimizzare le risorse disponibili attraverso forme di coordinamento che coinvolgano tutti gli attori interessati dall'ideazione alla valutazione di politiche e interventi. Le ONG hanno infatti delle responsabilità da questo punto di vista, nel senso che - se non vogliono essere semplice "manodopera" al soldo degli Stati donatori - debbono farsi carico di questa preoccupazione, sia auto-coordinandosi, sia pretendendo che i donatori si coordinino anche sulla base di elementi di conoscenza delle stesse ONG e della società civile locale.

Le ONG aderenti all'Osservatorio si sentono particolarmente impegnate a favorire, con i loro comportamenti e con le loro attività di advocacy, proprio il miglioramento del coordinamento, tanto sul campo quanto nelle sedi istituzionali internazionali.

Per evidenziare alcuni problemi creati dal mancato coordinamento e individuare possibili soluzioni, siamo partiti dal basso, analizzando il caso specifico del Kenya. ActionAid International e AMREF Italia - due ONG aderenti all'Osservatorio - hanno realizzato, coinvolgendo ricercatori kenioti, un'indagine per valutare i livelli e le capacità di coordinamento dei donatori che operano nella lotta all'AIDS nel Paese africano. Senza anticipare i risultati dello studio, appare indispensabile dare dei "colpi di timone" molto robusti e decisi se si vuole che i fondi destinati all'AIDS non creino più problemi di quelli che intendono risolvere.

Loretta Peschi

Osservatorio Italiano sull'Azione Globale contro l'AIDS

Sintesi

L'analisi dei finanziamenti complessivi dei donatori, canalizzati sia attraverso il Bilancio dello Stato¹ sia con il sostegno extra Bilancio, mostra la completa dipendenza del Kenya dall'estero nella risposta alla pandemia. Il 62,4% degli 815 milioni di Euro² spesi tra il 2000 e il 2005 per la lotta alla pandemia proviene dalle risorse messe a disposizione dai donatori. Dagli Stati Uniti, in particolare, proviene il 29,2% degli stanziamenti complessivi.

I finanziamenti alla lotta all'HIV e AIDS canalizzati attraverso il Bilancio dello Stato

L'importo totale dei fondi "on budget" messi a disposizione dai donatori per programmi di lotta all'HIV e AIDS del Ministero del Tesoro del Kenya tra gli anni fiscali 2000/01-2004/05 ammonta a 144,8 milioni di Euro (12,745 miliardi di KES-scellini kenioti)³. La International Development Association (IDA)⁴ è il donatore più importante, con un contributo pari al 79% del totale dei finanziamenti, seguito dal Regno Unito con il 12,9%.

Fondi stanziati extra processo di Bilancio

Extra Bilancio esistono finanziamenti che consistono sia negli interventi realizzati direttamente dai donatori, sia nel sostegno a programmi specifici realizzati dai ministeri del Kenya. Si stima che i finanziamenti extra Bilancio per i programmi di lotta all'HIV e AIDS per il quinquennio considerato ammontino a 377,2 milioni di Euro (32,1 miliardi di KES). USAID ne ha erogato il 26,7%, ma gli Stati Uniti, attraverso altre iniziative parallele, arrivano al 65% del sostegno extra Bilancio dei donatori; l'Italia è invece il quinto donatore con una quota del 5,8% (21,2 milioni di Euro).

Spesa extra Bilancio per i programmi di lotta all'HIV e AIDS suddivisi per tipo d'intervento

Il 46% del sostegno extra Bilancio per la lotta all'HIV e AIDS fornito dai donatori tra gli anni finanziari 2000/01 e 2005/06, è stato speso per programmi di prevenzione, il 25% per la terapia, mentre le spese per la riduzione dell'impatto socio-economico della malattia, per la gestione amministrativa e la ricerca hanno coperto rispettivamente il 12%, il 13% e il 2% del totale.

I finanziamenti al National AIDS Control Council (NACC)

Nel 2003/04 le donazioni – sia in sia extra Bilancio – erogate attraverso l'ente nazionale keniota di coordinamento, il NACC, sono aumentate in modo significativo. Sono infatti saliti da 10 milioni di Euro (956,7 milioni di KES) a 72 milioni di Euro (6,3 miliardi di KES). Ma nell'anno finanziario successivo vi è stato un vero dimezzamento causato dalla riduzione dei contributi della Banca Mondiale e dell'UNICEF. USAID, la Banca Mondiale e lo statunitense Centers for Disease Control sono tra i maggiori sostenitori del NACC: la quota statunitense complessiva corrisponde al 58% dei finanziamenti, seguita da quella della Banca Mondiale (23%). Il Regno Unito (DFID) contribuisce per il 10%.

La suddivisione per tipo d'intervento degli stanziamenti canalizzati dal NACC nel 2000-2005 riflette le priorità della strategia nazionale del periodo. Al pari dei donatori, anche il governo keniota ha assegnato la percentuale maggiore alla prevenzione (51%) - cambiamento del comportamento (35%), sicurezza dei prodotti ematici (8%), prevenzione della trasmissione madre-figlio (9%) -, e a seguire alla terapia e assistenza sanitaria (30%). Sia gli stanziamenti finalizzati ad attenuare l'impatto socio-economico della malattia, sia quelli volti a sostenere le strutture amministrative sono stati pari al 7% del totale. Per le altre Malattie Sessualmente Trasmissibili (STI), il trattamento terapeutico, il monitoraggio e la valutazione hanno

¹ L'unico conto approvato dal Parlamento che riporta le entrate e le spese dei Ministeri (Ndr).

² Kenya Ministry of Health, Public expenditure review, 2005. IDASA, Funding the Fight, 2004.

³ Cambio Euro: Scellino keniota = 1:88 (Ndr).

⁴ Istituto della Banca Mondiale creato nel 1960; è un istituto di credito internazionale per fornire ai governi dei paesi in via di sviluppo prestiti a condizioni agevolate (Ndr).

pesato per il 4% e la ricerca per lo 0,2%. Dai dati emerge che in passato i donatori hanno sostenuto costi amministrativi superiori a quelli dei finanziamenti canalizzati dal NACC, e che essi non hanno sostenuto sufficientemente lo sforzo nazionale per la prevenzione o per l'accesso alle terapie.

Equità ed efficienza nell'allocazione delle risorse nella lotta all'HIV e AIDS

Appena un quinto dei donatori fornisce informazioni trasparenti e dettagliate sui loro interventi a livello distrettuale. La Banca Mondiale sostiene che i suoi stanziamenti sono proporzionati alla prevalenza di HIV, ma si registrano comunque sperequazioni. Se la provincia di Nyanza, che ha la prevalenza HIV più elevata, ha ricevuto la quota più alta (19,4%) delle risorse stanziare, la Rift Valley benché abbia una prevalenza del 5,3% ha ricevuto più (15,8%) della provincia di Nairobi (13,3%) che ha una prevalenza del 9,9%. Alla provincia Costiera, dove la prevalenza è più alta di quella della Rift Valley e della provincia Centrale, è stata destinata la quota più bassa (5,6%) del finanziamento della Banca Mondiale. In generale, nonostante il numero di malati sia maggiore nelle aree rurali, i donatori dirigono i propri interventi nelle zone urbane, dove sono concentrate le limitate capacità di gestione dei fondi.

Nelle loro strategie d'azione i donatori fanno spesso riferimento ai gruppi vulnerabili, senza però fornire alcuna indicazione specifica, ad esempio sui casi di donne e orfani. Per quanto riguarda l'efficienza è fondamentale sottolineare che i donatori destinano una parte significativa dei fondi per la lotta all'HIV e AIDS alle spese amministrative (12%). Questi fondi potrebbero essere meglio utilizzati per attività critiche quali la gestione e l'attenuazione dell'impatto socio-economico della malattia, per le quali i finanziamenti sono di minore entità. L'inefficienza nelle allocazioni è un problema che dovrà essere affrontato se si vorrà garantire il successo nella lotta a questa pandemia.

Approccio dei donatori rispetto al finanziamento della strategia per la lotta all'HIV e AIDS per il periodo 2005-2010

Per attuare il Piano Strategico Nazionale (Kenya National AIDS Strategic Plan, KNASP) 2005-2010, il Kenya dipende fortemente dai donatori. Ma, nonostante la maggior parte di questi ultimi sia stata coinvolta nell'elaborazione del Piano stesso, non vi è alcuna garanzia sul loro impegno a fornire una parte consistente dei 2.018 milioni di Euro necessari per le attività previste.

C'è dunque il rischio concreto che il Piano Strategico 2005-2010 non riceva i finanziamenti necessari per la sua realizzazione. Molti donatori ritengono che, per massimizzare l'impatto sulla pandemia, le risorse dovrebbero essere supervisionate dal NACC e suggeriscono di ridurre gli interventi extra Bilancio aumentando l'approccio settoriale (SWAp). La maggior parte dei donatori ritiene anche che si debbano risolvere i problemi di capacità di assorbimento e di cattiva gestione dei fondi stanziati attraverso lo stesso NACC, prima di assicurare un sostegno pieno a questo canale. In realtà queste due considerazioni riguardano anche la responsabilità degli stessi finanziatori. La limitata capacità d'assorbimento è in molti casi legata al proliferare delle condizionalità dei donatori e ai loro ritardi nell'esborso dei fondi stanziati. L'ingaggio politico dei donatori verso il sostegno al Bilancio può contribuire progressivamente al miglioramento della gestione: in particolare, i donatori dovrebbero riorientare parte dei propri interventi, dalla prevenzione alla riduzione dell'impatto.

Coordinamento e armonizzazione nella risposta all'HIV e AIDS

Per far fronte alla sua debolezza finanziaria, il governo del Kenya ha tentato di meglio orientare e coordinare ben 24 donatori, ognuno con un peso finanziario e priorità d'intervento differenti. Creato nel 2000 come parte dell'Ufficio presidenziale e gerarchicamente sovraordinato agli altri Ministeri, il NACC è l'ente nazionale incaricato di coordinare la risposta strategica alla pandemia. I suoi membri sono scelti tra tutti i settori della società per garantire ampia rappresentanza nella formulazione della strategia nazionale per la lotta all'HIV e AIDS. La mancanza di trasparenza da parte dei donatori nel rendere pubblici gli interventi finanziati, la limitata capacità di assorbimento delle risorse, la frammentazione di programmi e progetti molteplici e limitati, sono tra i principali ostacoli che il NACC dovrà superare per realizzare efficacemente il suo mandato.

Iniziative italiane per l'armonizzazione e il coordinamento

Secondo i dati della cooperazione italiana sul quinquennio 2000-2004, il Kenya è il secondo destinatario degli interventi bilaterali per la lotta all'HIV e AIDS. Gli stanziamenti italiani sono affidati esclusivamente a progetti di tipo triennale realizzati da organizzazioni non governative del nostro Paese, sono extra Bilancio e non sostengono il NACC. Nel complesso, l'intervento sembra dipendere eccessivamente da progetti frammentati.

Soltanto adesso la cooperazione italiana sta proponendo una struttura di coordinamento di tutti gli interventi che si appoggia anche su strutture di coordinamento locali previste dal NACC. Poiché non vi è stato alcun mandato esplicito del governo del Kenya, la struttura vincola solo le ONG italiane. Il tentativo tardivo di coordinare il "sistema Italia" sembra così riprodurre dinamiche consolidate tra i donatori: creare i propri sistemi di monitoraggio non allineati con la struttura nazionale, in opposizione allo spirito di coordinamento dei "Three Ones"⁵.

Al momento il governo italiano ha previsto il finanziamento di 10 ONG per un totale di circa 21 milioni di Euro (1,8 miliardi di KES) nel 2000-2005⁶, pari al 5,82% del sostegno extra Bilancio di tutti i donatori. Soltanto due ONG stanno già operando, gli altri progetti saranno avviati alla fine del 2005. Questi dati non coincidono però con quelli riportati nella pubblicazione della Direzione Generale Cooperazione allo Sviluppo⁷ dove per il quinquennio 2000-2004 si elencano sette interventi già presenti nel paese con uno stanziamento complessivo intorno ai 5 milioni di Euro.

Le aree geografiche dell'intervento italiano mostrano un tasso di prevalenza tra il 7% e il 25%, ben al di sopra della media nazionale del 6,7% e il tipo d'intervento è incentrato soprattutto sulla prevenzione.

⁵ Strategia internazionale di coordinamento per gli interventi HIV e AIDS, lanciata nell'aprile 2004 da UNAIDS con il sostegno dei maggiori donatori. Vedi par. 1.1 seguente.

⁶ Kenya Ministry of Health, *Fight against HIV/AIDS*, 2005.

⁷ Direzione Generale Cooperazione allo Sviluppo, *"Italy and the fight against AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2000-2004"*, giugno 2005.

Raccomandazioni

I donatori dovrebbero:

- pianificare i possibili interventi per il periodo 2005-2010 in accordo con la nuova Strategia Nazionale;
- coordinare in maniera trasparente con le autorità keniate tutti gli interventi pianificati per area geografica e tipo d'intervento, evitando duplicazioni;
- sviluppare il loro focus d'intervento sulla base dei bisogni dell'epidemia: aree rurali e donne dovrebbero essere al centro dei loro interventi;
- sostenere il finanziamento del nuovo Piano Strategico Nazionale di 2.018 milioni di Euro con una quota non inferiore al 65%;
- riorientare il focus delle attività, dedicando parte delle risorse destinate alla prevenzione per finanziare la riduzione dell'impatto della malattia;
- accettare pienamente un unico meccanismo di monitoraggio e valutazione, approvato dalle autorità nazionali;
- ridurre e uniformare le condizionalità e chiarire la programmazione per aumentare le capacità nazionali d'assorbimento delle risorse;
- accettare un'unica struttura di coordinamento nazionale.

L'Italia dovrebbe:

- migliorare la rapportistica per sciogliere le incongruenze dei dati;
- dichiarare il proprio sostegno al finanziamento del nuovo Piano Strategico Nazionale con la stessa quota del periodo precedente (5,82%);
- produrre una previsione finanziaria paese quinquennale;
- indirizzare una quota a finanziare direttamente il National AIDS Control Council;
- intervenire anche attraverso il sostegno settoriale al Bilancio;
- subordinare le strutture di coordinamento del "Sistema Italia" al sostegno degli sforzi di coordinamento delle autorità keniate, in piena realizzazione degli impegni previsti dai "Three Ones".

La mancanza di coordinamento e armonizzazione negli interventi dei donatori per la risposta all'HIV e AIDS in Kenya: descrizione del problema

Premessa

Le ONG che operano sotto l'ombrello dell'Osservatorio Italiano per l'Azione Globale contro l'AIDS notano con preoccupazione la mancanza di coordinamento tra i diversi progetti per la lotta all'HIV e AIDS finanziati dai donatori. La maggior parte di questi interventi viene realizzata in modo indipendente e scollegato dalle iniziative coordinate a livello globale o dalle istituzioni nazionali competenti nei Paesi che beneficiano dei finanziamenti. Raccogliendo queste preoccupazioni, AMREF Italia e ActionAid International hanno commissionato uno studio per valutare l'adeguatezza e il grado di coordinamento dei differenti donatori in Kenya.

Il problema del coordinamento ha assunto recentemente una rilevanza internazionale attraverso la strategia dei "Three Ones" accettata dai maggiori donatori. I "Three Ones" costituiscono i tre principi strategici di riferimento per gli interventi nazionali e dei donatori e consistono in: 1) un unico piano nazionale per la lotta alla pandemia; 2) un'unica autorità nazionale di coordinamento; 3) un unico sistema di monitoraggio e valutazione.

Descrizione del problema

Dal 2003 il National AIDS Control Council (NACC) del Kenya è il principale organo di coordinamento delle risposte nazionali nella lotta all'HIV e AIDS. Tuttavia, a causa della debolezza delle strutture territoriali di coordinamento, il NACC non è riuscito a gestire amministrativamente la totalità della risposta nazionale alla pandemia e si è arrivati così a una sua revisione istituzionale per ottimizzare il lavoro delle diverse organizzazioni locali, in previsione del Piano Strategico KNASP 2005-2010. In ogni caso gli sforzi del NACC per migliorare il coordinamento delle istituzioni nazionali devono prendere in considerazione il ruolo svolto dai donatori. Malgrado la forte leadership nazionale, nel combattere l'epidemia il governo del Kenya dipende in gran parte dal contributo dei donatori. Mancano informazioni verificate sul flusso finanziario dai donatori verso il Paese, soprattutto da quelli bilaterali, e sulle attività svolte per combattere la pandemia. Questo studio mira a colmare tale lacuna, a partire dalle seguenti domande: quante risorse per la lotta all'HIV e AIDS provengono dai donatori? Chi dovrà finanziare il Piano Strategico 2005-2010? I donatori accetteranno il quadro nazionale di monitoraggio e valutazione o imporranno standard di monitoraggio diversi? Qual è la percezione degli altri donatori circa la partecipazione del governo italiano al finanziamento della lotta all'HIV e AIDS?

Obiettivi dello studio

Questo studio evidenzia i flussi di risorse, l'equità nella loro allocazione tra le diverse regioni del Paese e la percezione dei donatori rispetto al Piano Strategico Nazionale per la lotta all'HIV e AIDS.

Gli obiettivi specifici sono:

- mappare i flussi finanziari verso il Kenya;
- valutare l'equità nell'allocazione delle risorse tra regioni geografiche e tipi di interventi (prevenzione, terapia e riduzione dell'impatto) in relazione ai bisogni generati dall'epidemia;
- valutare l'approccio dei donatori rispetto al finanziamento del Piano Strategico per il 2005-2010, con un'attenzione particolare alle iniziative italiane e al loro coordinamento;
- valutare la percezione dei donatori rispetto al quadro di monitoraggio e valutazione della lotta all'HIV e AIDS.

Perché il Kenya

L'attenzione specifica sul Kenya nasce dal fatto che dal 2004 il Kenya è il secondo beneficiario dell'assistenza italiana bilaterale per l'HIV e AIDS⁸. I risultati forniscono informazioni sulla presenza e la natura degli investimenti italiani nella lotta contro l'AIDS in Kenya, costituiscono un modello d'analisi replicabile e forniscono linee guida per svolgere studi simili in altri Paesi e aree geografiche.

Metodologia dello studio

Lo studio è stato realizzato in due fasi. In quella preliminare vi è stata una revisione della letteratura e della documentazione allo scopo di evidenziare, tra gli altri parametri, il flusso dei finanziamenti dai donatori verso il Paese, l'equità nell'allocazione delle risorse nella lotta all'HIV e AIDS, le percezioni circa il quadro di monitoraggio e valutazione nazionale e la disponibilità dei donatori a finanziare il Piano Strategico 2005-2010 per la lotta all'HIV e AIDS. Nella seconda fase ci si è concentrati, invece, sulla raccolta di informazioni rese disponibili dai rappresentanti del National Aids Control Council e di alcune ONG che beneficiano dei fondi del governo italiano. Lo studio ha utilizzato dati raccolti da fonti sia primarie sia secondarie e di natura sia qualitativa sia quantitativa. Le fonti sono riepilogate in bibliografia.

⁸ L'Uganda ha ricevuto stanziamenti per oltre 5 milioni di Euro nel periodo 2000-2005. Fonte: Direzione Generale Cooperazione allo Sviluppo, "Italy and the fight against AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2000-2004", giugno 2005.

Il finanziamento della risposta all'epidemia in Kenya

2.0

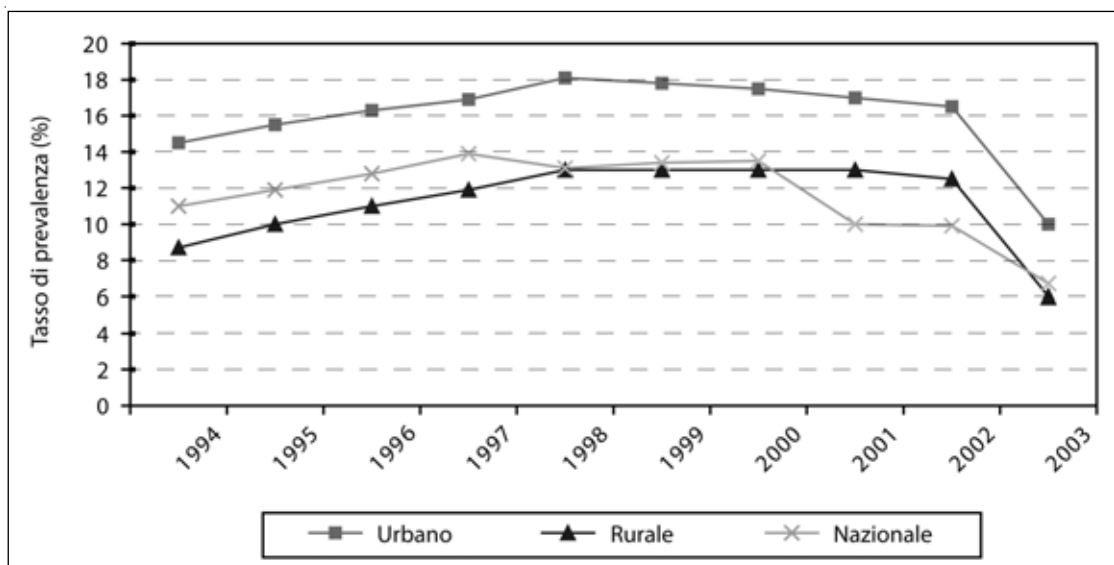
La prevalenza dell'HIV

In Kenya, da quando nel 1984 fu diagnosticato il primo caso, l'HIV/AIDS si è diffuso rapidamente raggiungendo, negli anni '90, un tasso di prevalenza nazionale pari al 15% (NAS COP 2001). Nel 2001 il tasso nelle zone urbane era del 18%, mentre per le aree rurali era al 12,5%. I tassi di prevalenza erano ancora più alti in alcuni distretti, raggiungendo il 35 – 40% in alcune zone della provincia di Nyanza e del Kenya occidentale.

Stime del 2003 indicano che tra gli adulti che si sono sottoposti al test il tasso di prevalenza è sceso dal 10% del 2001 al 6,7%. Il dato è in linea con il rapporto sullo stato demografico e sulla salute (KDHS, 2003) che indica come i tassi siano passati dal 10% del 2002 al 6% del 2003 nelle aree rurali e dal 16% al 10% nelle aree urbane. In termini assoluti, però, nelle aree rurali vi sono più persone colpite dalla malattia rispetto a quelle urbane, poiché vi abita oltre l'80% della popolazione. L'apparente riduzione della prevalenza non è solo legata alla riduzione significativa dell'incidenza di HIV, ma è purtroppo anche dovuta all'aumento dei tassi di mortalità specifici per l'AIDS. L'epidemia è entrata infatti nella "fase mortale" e con il decesso dei malati si riduce il numero dei contagiati, ma non necessariamente quello dei contagi. La riduzione della prevalenza è legata anche a cambiamenti comportamentali, cioè alla riduzione del numero di partner, a una riduzione della pratica del sesso a pagamento e ad un maggior utilizzo dei preservativi (KDHS, 2003).

2.1

Grafico 1: Prevalenza dell'HIV 1994-2003 (in percentuale)



Fonte: NASCOP, 2001-2003 e Governo del Kenya, 2004

Tabella 1: Stima della prevalenza di HIV nelle Province

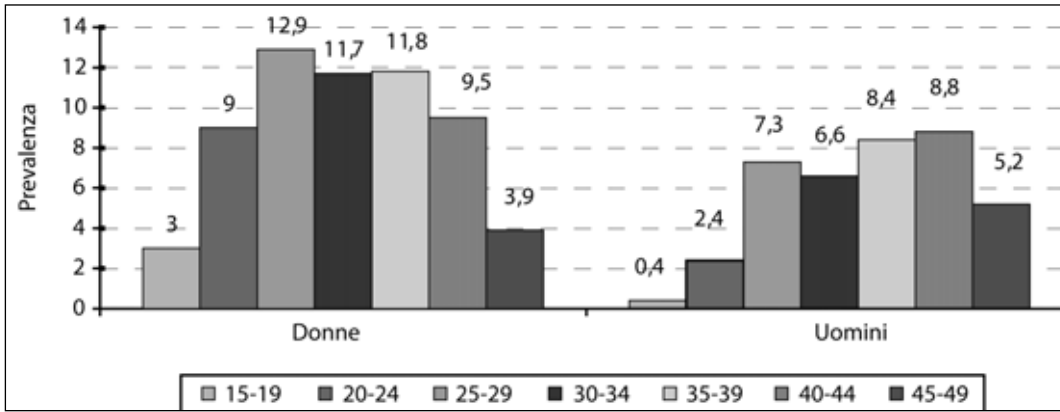
Provincia	n° casi di HIV+, anno 2000	Prevalenza, anno 2000 (%)	Prevalenza, anno 2003 (%)
Nairobi	174,747	15.9	9.9
Centrale	236,495	12.7	4.9
Costiera	133,280	10.5	5.8
Orientale	378,139	16.2	4.0
Nord-orientale	14,808	2.8	0
Nyanza	446,393	20.8	15.1
Rift Valley	376,386	10.5	5.3
Occidentale	195,079	11.5	4.9
Valore nazionale	2,130,074	13.5	6.7

Fonte: NASCOP, 2001-2003 e Governo del Kenya, 2004

Si calcola che dal 1984 al 2003 l'AIDS abbia causato la morte di 1,6 milioni di kenioti e lasciato orfani più di 800 mila giovani sotto i 18 anni. In Kenya, come in molti Paesi africani, la maggioranza delle infezioni non-pediatriche si riscontra tra i giovani; soprattutto tra le donne tra i 15 e i 24 anni e gli uomini sotto i 30. Il Kenya Demographic Health Survey (KDHS, 2003) ha indicato che la prevalenza tra le donne dai 19 ai 49 anni è quasi del 9% (che corrisponde a 1,4 milioni di donne contagiate), mentre negli uomini tra i 15 ed i 54 anni di età la prevalenza è inferiore al 5% (equivalente a 0,9 milioni di uomini nella stessa categoria). Questo rapporto donna-uomo di 1,9 a 1 è superiore a quanto riscontrato nella maggior parte degli studi della popolazione in Africa, e suggerisce una maggiore vulnerabilità all'infezione da HIV per le donne in Kenya.

Il grafico 2 mostra che il 3% delle donne tra i 15 e i 19 anni è stato contagiato dall'HIV, rispetto a meno dello 0,5% degli uomini della stessa fascia d'età, mentre la prevalenza di HIV tra le donne di 20-24 anni è di tre volte superiore a quella degli uomini della stessa età (rispettivamente 9% e 2,4%). Come succede in molti Paesi la prevalenza tra le donne raggiunge l'apice all'età di 25-29 anni (13%), mentre tra gli uomini la prevalenza aumenta gradualmente con l'età, raggiungendo l'apice a 40-44 anni (9%). È soltanto nelle persone tra i 45 e i 49 anni di età che la prevalenza di HIV è più alta negli uomini (5%) che nelle donne (4%).

Grafico 2: Prevalenza dell'HIV per età e sesso (in percentuale)



Fonte: Kenya Demographic Health Survey, 2003

L'impegno dei donatori nel finanziare la lotta all'epidemia

Meccanismi di finanziamento

Anche se l'economia del Kenya presenta segnali di ripresa, per il suo sviluppo e i servizi sociali, tra cui anche gli interventi di lotta all'HIV e AIDS, il Paese è ancora fortemente dipendente dai contributi dei donatori. Grazie all'attenzione globale di cui è oggetto la pandemia, i donatori hanno messo a disposizione numerose risorse. I canali di finanziamento della lotta all'epidemia sono quattro: (i) spese dirette dei pazienti; (ii) finanziamento da parte dei donatori (compreso il Fondo Globale per la Lotta all'AIDS, alla Tubercolosi e alla Malaria (GFTAM)); (iii) stanziamenti del governo del Kenya; (iv) ONG/settore privato.

In Kenya i finanziamenti vengono canalizzati o attraverso il Bilancio, come altri stanziamenti del Governo, o extra Bilancio verso specifici progetti gestiti direttamente dai donatori oppure attraverso le ONG o Ministeri, come bilanci supplementari. Le allocazioni extra Bilancio da parte dei donatori⁹ sono sempre state di maggiore entità e sono aumentate negli anni. I finanziamenti provengono da agenzie bilaterali o multilaterali e comprendono fondi resi disponibili dal Multi-Country HIV/AIDS Programme (MAP) della Banca Mondiale attraverso il programma KHADREP, dal Programma presidenziale contro l'emergenza dell'AIDS (PEPFAR) degli Stati Uniti e le risorse "core" e "non-core" delle agenzie dell'ONU per sostenere la risposta nazionale all'HIV e AIDS. Un altro meccanismo di finanziamento della lotta all'HIV e AIDS in Kenya è il Fondo Globale per la Lotta all'AIDS, alla Tubercolosi e alla Malaria (GFATM)¹⁰. Il GFATM si unisce agli sforzi del Governo e a quelli bilaterali e multilaterali dei donatori nella risposta alla pandemia. Secondo la Revisione della Spesa Pubblica - PER (2005), i finanziamenti del Fondo Globale sono canalizzati attraverso il Ministero della Sanità e il National AIDS Control Council (NACC). Queste allocazioni vanno a sostegno dei servizi sanitari, tra cui la prevenzione e la cura delle infezioni opportunistiche¹¹, mentre i finanziamenti al NACC sono utilizzati a sostegno delle sue iniziative di coordinamento e mobilitazione delle risorse per la risposta multisetoriale all'HIV e AIDS.

Flusso di risorse dei donatori in Bilancio per la lotta all'HIV e AIDS

La Tabella 2 mostra il flusso dei finanziamenti allocati attraverso i normali canali di Bilancio. Il totale aggregato erogato dai donatori per gli anni finanziari 2000/01-2004/05 ammonta a 144,830 milioni di Euro (12,745 miliardi di KES-scellini kenioti). L'Agenda Internazionale per lo Sviluppo (International Development Association-IDA) eroga il contributo maggiore con una quota del 79% del finanziamento totale dei donatori, seguita dal Regno Unito che contribuisce per il 12,9%.

Il totale delle allocazioni di Bilancio dei donatori ammonta al 97% del totale del Bilancio keniota al netto delle risorse predisposte dal Governo per poter usufruire del sostegno al Bilancio dei donatori (matching funds). Il grafico 3 mostra le fonti degli stanziamenti di Bilancio per la lotta all'HIV e AIDS per gli anni finanziari 2000/01-2004/05.

⁹ Si tratta di finanziamenti dai donatori che non passano attraverso il processo normale di Bilancio ma vengono invece canalizzati direttamente dai donatori a programmi specifici nella lotta all'HIV e AIDS. Mentre alcuni donatori allocano i loro fondi attraverso il Tesoro, la maggior parte di essi finanzia direttamente le organizzazioni nella realizzazione dei progetti (Nda).

¹⁰ Il Fondo Globale è stato presentato durante il G8 di Genova del 2001 e lanciato nel 2002 (Ndr).

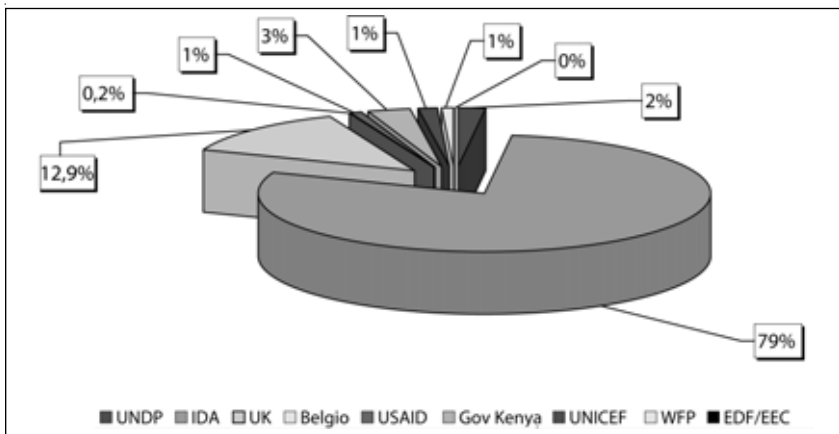
¹¹ Il progressivo peggioramento del deficit dell'immunità si accompagna abitualmente alla comparsa di infezioni opportunistiche o alcune forme di tumori. Le infezioni opportunistiche sono malattie croniche a evoluzione infausta, quali polmoniti batteriche ricorrenti, setticemia ricorrente o ulcere croniche (Ndr).

Tabella 2: Allocations di sostegno al Bilancio totali, erogate dai donatori per la lotta all'HIV e AIDS (anni finanziari 2000/01 - 2004/05, milioni di Euro)

Anno finanziario	UNDP	IDA	Regno Unito	Belgio	USAID	UNICEF	WFP	EDF/EC	Totale
2000/01	1,2	1,1	0,5	0,3	0,4	0	0	0	3,5
2001/02	0,7	6,4	6,1	0	0	0,1	0	0	13,3
2002/03	0	15,9	2,7	0	0	0,7	1,1	0	20,4
2003/04	0,8	28,1	1,1	0	0	0,3	0	0,2	30,5
2004/05	0,2	66,6	8,8	0	0,6	1	0	0	77,2
Totale	2,9	118,1	19,2	0,3	1	2,1	1,1	0,2	144,9

Fonte: Public expenditure review, 2005

Grafico 3: Allocations di sostegno al Bilancio da donatori (2000/01 - 2004/05, in percentuale)



Fonte: Public expenditure review, 2005, Kenya Ministry of Health

Finanziamenti dei donatori canalizzati extra Bilancio

Come indicato precedentemente, una porzione significativa dei finanziamenti dei donatori per la lotta all'HIV e AIDS è canalizzata direttamente verso programmi specifici gestiti soprattutto da ONG, società civile, governo, ministeri e/o intermediari, ed è extra Bilancio. La Tabella 3 presenta questa spesa totale per ognuno degli anni finanziari dal 2000/01 al 2004/05. In questo periodo il finanziamento extra Bilancio è stato di 346,772 milioni di Euro (32,1 miliardi KES). USAID ha offerto un sostegno annuo importante, pari al 26,7% della spesa totale extra Bilancio per il quinquennio, che è cresciuto da 9,1 milioni di Euro (804,5 milioni di KES) nell'anno finanziario 2000/01 a 39,8 milioni di Euro (3,5 miliardi di KES) nell'anno finanziario 2004/05. Se consideriamo il sostegno extra Bilancio di tutte le iniziative statunitensi nel quinquennio, CDC e PEPFAR inclusi, si ottiene una cifra pari a 273,7 milioni di Euro (20,924 miliardi di KES), ossia il 65,17% di tutto il contributo extra Bilancio dei donatori. Il Regno Unito, l'UNICEF e l'Italia hanno rispettivamente contribuito nel quinquennio per l'11,94%, il 10,61% e il 5,82%. Il DFID¹² sostiene di avere erogato 43,54 milioni di Euro (3,832 miliardi di KES) nel periodo 2000/01-2004/05 mentre l'UNICEF e l'Italia hanno riferito di aver erogato nello stesso periodo rispettivamente 38,7 milioni di Euro (3,406 miliardi di KES) e 21,2 milioni di Euro (1,867 miliardi di KES).

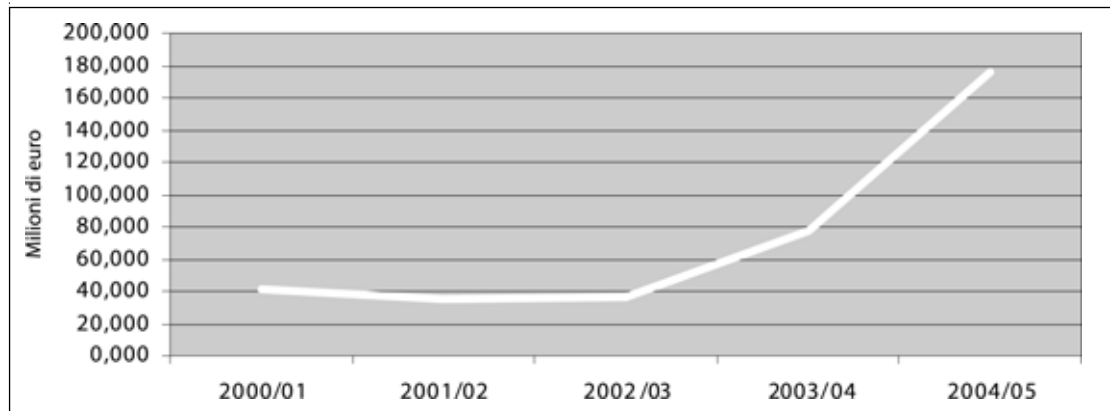
¹² Istituito nel 1997, il Dfid si occupa di sviluppare strategie d'intervento e di gestire le iniziative di sviluppo del governo britannico (Ndr).

Tabella 3: Contributi extra Bilancio erogati da parte dei donatori (2000/01-2004/05, milioni di Euro)

Donatore	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05	2000/01 2004/05	% del totale
USAID	9,142	8,400	17,760	21,910	40,390	97,602	26,75%
PEPFAR	0,000	0,000	0,000	0,000	60,483	60,483	16,58%
CDC	0,000	14,520	9,474	23,698	31,997	79,690	21,84%
Regno Unito	9,074	10,613	4,857	12,693	6,315	43,550	11,94%
UNICEF	21,973	0,000	0,000	15,074	1,659	38,706	10,61%
WHO	0,000	0,000	0,000	0,000	1,372	1,372	0,38%
UNDP	0,000	0,000	0,000	0,000	0,506	0,506	0,14%
UNHCR	0,000	0,000	0,000	2,318	0,795	3,115	0,85%
UNESCO	0,023	0,000	0,186	0,000	0,086	0,294	0,08%
UNFPA	0,705	1,030	1,030	0,736	0,598	4,098	1,12%
IOM	0,000	0,000	0,620	0,438	0,018	1,076	0,29%
FAO	0,001	0,001	0,013	0,038	0,025	0,076	0,02%
WFP	0,000	0,000	0,000	0,000	0,002	0,002	0,00%
UNODC	0,060	0,060	0,060	0,060	0,078	0,320	0,09%
Banca Mondiale	0,000	0,000	0,000	0,000	8,864	8,864	2,43%
SIDA	0,000	0,000	0,380	0,380	1,456	2,216	0,61%
GFATM	0,000	0,000	1,466	0,000	0,000	1,466	0,40%
Italia	0,000	0,002	0,003	0,006	21,214	21,226	5,82%
Canada	0,007	0,000	0,063	0,069	0,000	0,140	0,04%
Spagna	0,000	0,003	0,006	0,011	0,000	0,020	0,01%
Giappone	0,002	0,008	0,010	0,000	0,000	0,020	0,01%
Belgio	0,003	0,002	0,005	0,009	0,000	0,018	0,00%
Germania	0,000	0,007	0,000	0,000	0,000	0,007	0,00%
Totale	40,990	34,647	35,932	77,440	175,857	364,867	100,00%

Fonte: Fight against HIV/AIDS Kenya Ministry of Health, 2005 (bozza) e UNAIDS, OECD/DAC-CRS database, Banca Mondiale

Grafico 4: Andamento del finanziamento extra Bilancio dai donatori per la lotta all'HIV e AIDS (milioni di Euro)



Fonte: Fight against HIV/AIDS Kenya Ministry of Health, 2005 (bozza) e UNAIDS, OECD/DAC-CRS database, Banca Mondiale

Aggregando i finanziamenti dei donatori allocati attraverso il Bilancio ordinario e il sostegno extra Bilancio risulta che con i loro 509 milioni di Euro mobilitati dal 2000 al 2005, i donatori hanno finanziato per il 63% la risposta nazionale all'epidemia, il governo keniota per il 21%, mentre il 15% è stato fornito da ONG, CBOs e FBO. È evidente che il Kenya non è quindi in grado di sostenere da solo lo sforzo contro la pandemia¹³.

2.2.4

Flussi extra Bilancio suddivisi per tipo d'intervento

Il 45,5% del totale del sostegno extra Bilancio da parte dei donatori nel periodo 2000/01-2004/05 è stato speso in programmi di prevenzione, mentre il 25% è stato utilizzato per la terapia. Le spese per la riduzione dell'impatto socio-economico della malattia, la gestione amministrativa e la ricerca sono ammontate rispettivamente al 12%, al 13% e al 2%. La spesa per le infrastrutture, la formazione, il monitoraggio e la valutazione e l'acquisto di attrezzature varie è stata pari a un irrisorio 2,2%. Le spese di amministrazione, che comprendono gli stipendi per il personale, assorbono il 12% delle risorse, una parte abbastanza significativa del sostegno extra Bilancio dai donatori. Anche se il quadro si limita all'analisi dei contributi extra Bilancio, esso può essere considerato rappresentativo della distribuzione dei finanziamenti complessivi dei donatori per la lotta all'HIV e AIDS (grafico 5).

¹³Kenya Ministry of Health, Public expenditure review, 2005. IDASA, Funding the Fight, 2004.

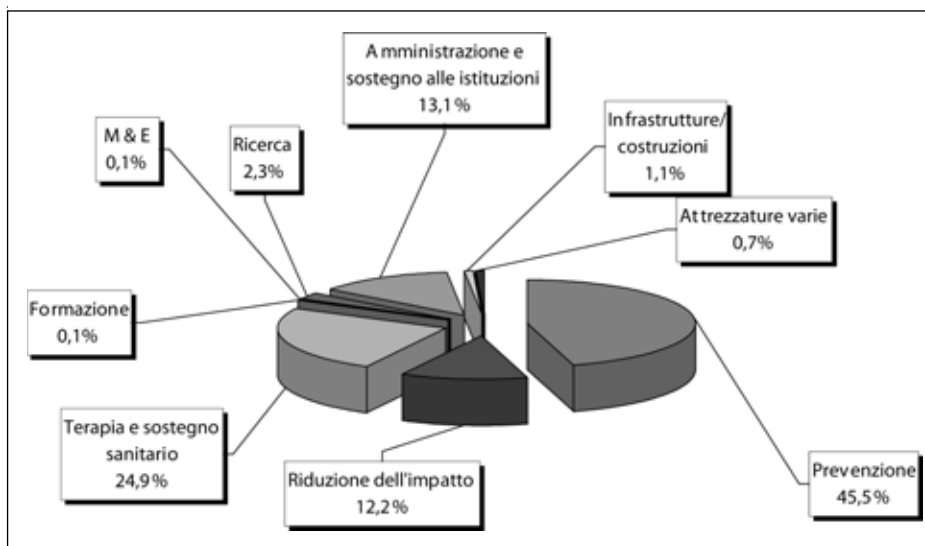
Tabella 4: Finanziamento extra Bilancio da parte dei donatori, 2000-05 (milioni di Euro)

Tipo d'intervento	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05	2000 –2005
Prevenzione	7,45	15,303409	27,21136364	32,3920455	60,227273	142,583
Riduzione dell'impatto	16,970455	1,4909091	3,238636364	4,00113636	12,645455	38,34659
Trattamento terapeutico, assistenza e sostegno psicologico	0	3,1363636	6,678409091	10,9136364	57,293182	78,02045
Formazione	0	0,2375	0	0,12045455	0	0,357955
Monitoraggio & Valutazione: M & E	0	0	0	0	0,2238636	0,223864
Ricerca	0	5,5704545	0,834090909	0,37613636	0,5590909	7,338636
Amministrazione e sostegno alle amministrazioni	0,1113636	6,8068182	5,454545455	5,83181818	22,705682	40,91023
Infrastrutture/edilizia	0	0	0	0,75795455	2,65	3,409091
Altre attività trasversali	0	0	0	0	0	0
Attrezzature	0	1,3636364	0	0,08522727	0,7545455	2,202273
Totale	24,530682	33,909091	43,41704545	54,4784091	157,05909	313,3943
Differenza*	16,459432	0,7379545	-7,485227273	22,9613636	18,797727	51,47273

Fonte: Fight against HIV/AIDS Kenya Ministry of Health, 2005 (bozza)

* Le informazioni sulla ripartizione della spesa extra Bilancio di molti donatori non sono disponibili. Questi dati indicano soltanto l'importo totale speso per la lotta all'HIV e AIDS senza suddividere la spesa per funzioni specifiche. L'Unione Europea, gli Stati Uniti, la Germania, l'Inghilterra, la Banca Mondiale e le Agenzie delle Nazioni Unite sono gli unici donatori che suddividono le spese per tipo d'intervento (appendice).

Grafico 5: Spesa extra Bilancio per tipo d'intervento (2000/01-2004/05, in percentuale)



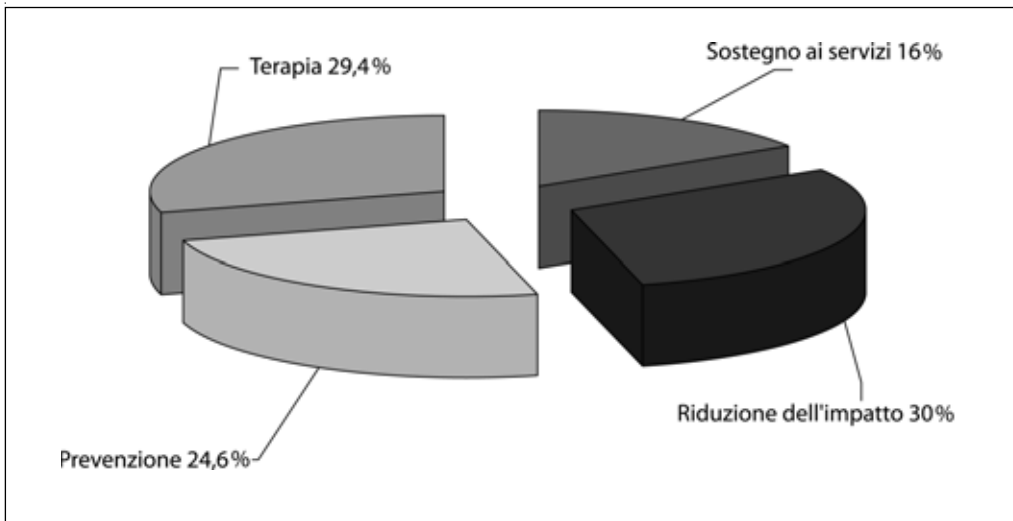
Fonte: Fight against HIV/AIDS Kenya Ministry of Health, 2005 (bozza)

2.2.5

La Nuova Strategia Nazionale (KNASP) 2005-2010: fabbisogno finanziario

Il Piano Strategico KNASP 2005-2010 dovrebbe fornire le linee guida per la mobilitazione e l'allocazione coordinate delle risorse complessive, in Bilancio ed extra Bilancio, secondo aree prioritarie d'intervento che pongono sfide ai donatori. Sinora gran parte dei loro contributi extra Bilancio si sono concentrati sulla prevenzione (45,5%), ma la quota prevista per questa voce del piano nel prossimo periodo è molto inferiore, pari al 24,6% (grafico 6). Il finanziamento dei donatori mobilizzato per il periodo 2000-2005 si discosta molto dal fabbisogno finanziario del nuovo Piano Strategico. Se per il 2005-2010 i donatori renderanno disponibile la stessa quantità di risorse del quinquennio precedente, il loro contributo al finanziamento della risposta nazionale scenderà dal 63% al 25% e il KNASP 2005-2010 rischierà di non avere risorse sufficienti. Le preoccupazioni vanno al di là delle quantità e toccano anche le quote di contributo suddiviso per aree prioritarie d'intervento. Affinché i finanziamenti extra Bilancio siano coerenti con le priorità indicate nel Piano Strategico 2005-10, i donatori dovranno basare le proprie scelte sulle aree d'intervento indicate nel KNASP, in particolare sulla riduzione dell'impatto della malattia.

Grafico 6: Fabbisogno finanziario per tipo d'intervento stimato dal KNASP 2005-2010 (in percentuale)

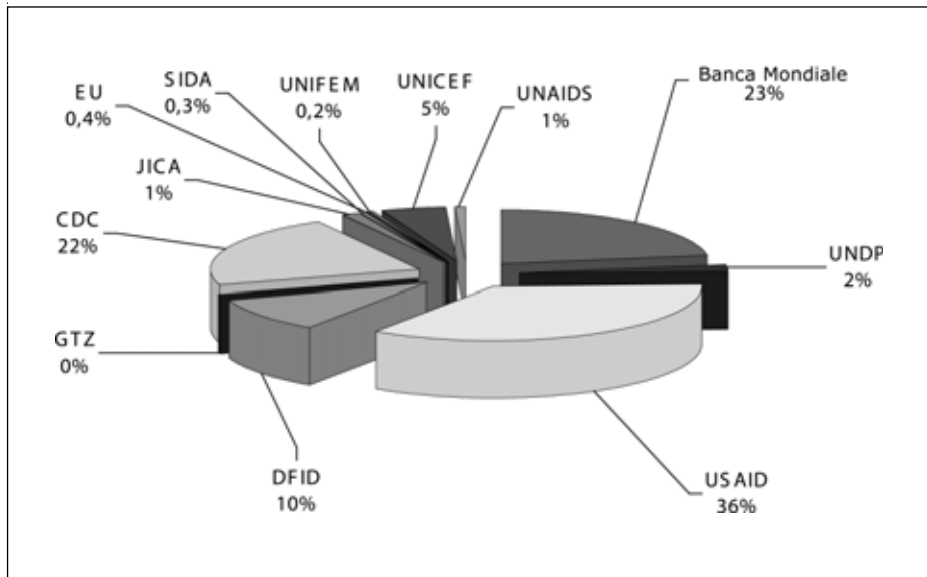


Fonte: KNASP, 2005-2010, "A call to action"

Finanziamenti dai donatori al National AIDS Control Council (NACC)

Il National AIDS Control Council (NACC) è l'ente nazionale incaricato del coordinamento della risposta strategica nazionale predisposta nel Piano Strategico 2005-2010. Dalla sua creazione il NACC ha ricevuto un ampio mandato multi-settoriale e ha ricoperto un ruolo fondamentale nella lotta alla pandemia. Il NACC ha tentato di coordinare l'erogazione di fondi extra Bilancio e in Bilancio alle diverse organizzazioni incaricate dell'attuazione degli interventi. Nell'anno finanziario 2003/04 c'è stato un notevole aumento dei finanziamenti extra Bilancio da parte di donatori al NACC, precisamente da 10,8 milioni di Euro (956,7 milioni di KES) nel 2002/2003 a 72,3 milioni di Euro (6.367,4 milioni di KES). Nell'anno finanziario seguente l'importo è sceso a 34,8 milioni di Euro (3.065,6 milioni KES), a causa di una riduzione dei contributi della Banca Mondiale. Tra il 2000 e il 2005 il NACC ha ricevuto un totale di 188,6 milioni di Euro, ossia il 51% dei loro contributi extra Bilancio. Il grafico 7 presenta una sintesi delle quote complessive dei fondi dai donatori al NACC.

Grafico 7: Quote per donatore delle risorse canalizzate direttamente al NACC (2000/01-2004/05, in percentuale)



Fonte: PER 2005, Kenya Ministry of Health

Come indicato nel grafico 7 e nella tabella 5, USAID, la Banca Mondiale e il CDC sono i sostenitori più importanti; USAID contribuisce per il 36% al finanziamento del NACC, seguito dalla Banca Mondiale (23%) e dal CDC (22%). Il britannico Department for International Development (DFID) ha contribuito per il 10%. Sommando il sostegno attraverso CDC, PEPFAR e USAID, il finanziamento statunitense arriva al 45% del totale delle donazioni.

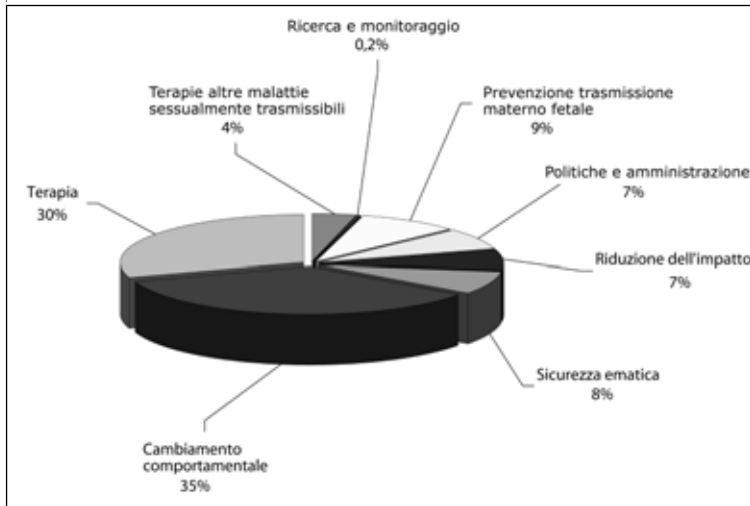
Tabella 5: Flusso dei finanziamenti dai donatori al NACC (2000/01 - 2004/05, milioni di Euro)

Donatori	Anno					Totale per donatore nel 2000-2005
	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05	
Banca Mondiale	2,0	2,7	3,5	34,1	0,0	42,3
UNDP	0,4	1,2	2,0	0,4	0,0	4,0
USAID	6,5	10,4	11,3	18,9	18,9	66,0
DFID	0,0	0,4	9,0	5,1	4,9	19,3
GTZ	0,0	0,4	0,4	0,0	0,0	0,8
CDC	0,0	9,4	9,8	10,7	11,0	41,0
JICA	0,0	2,4	0,0	0,0	0,0	2,4
SIDA	0,0	0,0	0,3	0,3	0,0	0,5
EU	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,7
UNIFEM	0,1	0,3	0,1	0,0	0,0	0,4
UNICEF	1,3	1,4	4,0	2,8	0,0	9,5
UNAIDS	0,5	0,6	0,4	0,0	0,0	1,5
Totale	10,9	29,1	41,5	72,4	34,8	188,6

Fonte: PER 2005, Kenya Ministry of Health

Il grafico 8 presenta l'allocazione dei fondi canalizzati attraverso il NACC suddivisi per tipo d'intervento e riflette l'orientamento delle priorità di spesa del governo keniota tra il 2000 e il 2005. La suddivisione permette di valutare quanto nel periodo di riferimento i donatori si siano discostati dalle priorità nazionali. Come nel caso della spesa extra Bilancio, la percentuale maggiore dei finanziamenti si è concentrata sulla prevenzione per il 52% - suddivisa in cambio del comportamento (35%), sicurezza ematica (8%) e prevenzione della trasmissione da madre a figlio (9%) - seguita dalle quote destinate a terapie (30%), riduzione dell'impatto socio-economico (7%), sviluppo delle politiche e amministrazione (7%). Terapie e ricerca sulle altre malattie trasmissibili per via sessuale (STI) coprono rispettivamente il 4% e lo 0,2%.

Grafico 8: NACC Spesa per tipo d'intervento, 2000/2001 - 2004/2005 (in percentuale)



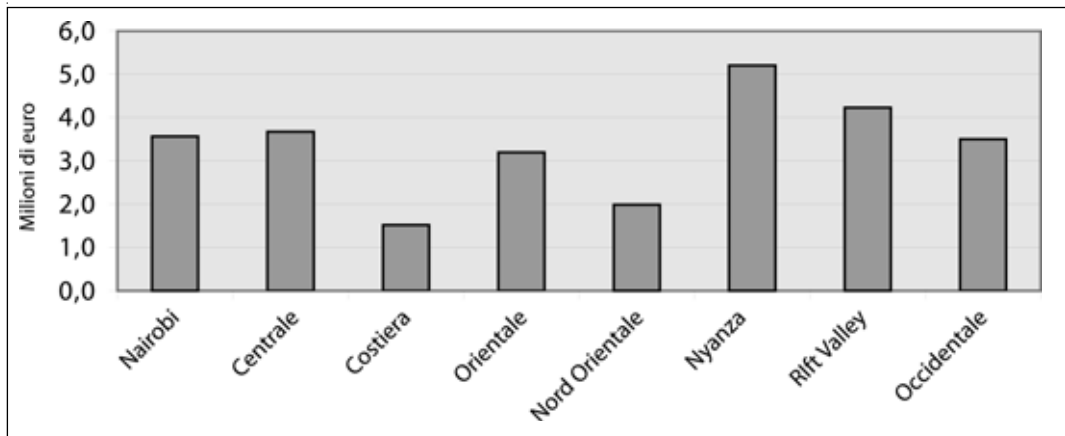
Fonte: PER 2005, Kenya Ministry of Health

2.3

Equità nell'assegnazione delle risorse per la lotta all'HIV e AIDS

In questa sezione si analizza l'equità della ripartizione del contributo dei donatori alla lotta all'HIV e AIDS rispetto ai bisogni epidemiologici. L'analisi è compiuta solo sugli stanziamenti del KHADREP della Banca Mondiale, poiché il contributo da parte dei donatori nella maggior parte dei casi non è suddiviso secondo provincia o sesso. Malgrado il campione ridotto, è possibile valutare l'equità nel finanziamento utilizzando i finanziamenti della Banca Mondiale canalizzati attraverso il NACC. La provincia di Nyanza ha ricevuto la quota maggiore di finanziamento, assorbendo il 19,4% delle risorse del programma, seguita dalla Rift Valley con il 15,8%, dalla provincia Centrale (13,7%), e dalla provincia di Nairobi (13,3%). La provincia Costiera ha ricevuto la quota minore di finanziamento con il 5,6%.

Grafico 9: Allocazioni per Provincia del programma KHADREP della Banca Mondiale (milioni di Euro, 2000-2005)



Fonte: KHADREP, 2000-2005

Gli stanziamenti della Banca Mondiale seguono i tassi di prevalenza di HIV soltanto in alcune province. Per esempio, se Nyanza con la prevalenza più alta ha ricevuto la quota maggiore (19,4%) di finanziamento, la Rift Valley con una prevalenza del 5,3% ha ricevuto più della Provincia Costiera o di Nairobi, in cui si registrano tassi di prevalenza del 5,8% e del 9,9%. Paradossalmente la Provincia Nord-orientale con una prevalenza quasi nulla riceve più della Provincia Costiera. La situazione è rappresentativa delle sperequazioni della distribuzione dell'intero finanziamento da parte dei donatori. Il quadro che emerge indica che le scelte di stanziamento dei fondi non sono indirizzate necessariamente ai bisogni epidemiologici. Lo stesso problema è sottolineato nel Piano Strategico per il 2005/06 fino al 2009/10, che invita a rafforzare l'equità nel finanziamento della lotta all'HIV e AIDS.

Tabella 6: Allocazione dei finanziamenti per la lotta all'HIV e AIDS per regione (milioni di Euro)

Provincia	Prevalenza 2003 (%)	Percentuali allocazioni HIV e AIDS
Nyanza	15,1	19,4
Nairobi	9,9	13,3
Costiera	5,8	5,6
Rift Valley	5,3	15,8
Centrale	4,9	13,7
Occidentale	4,9	12,9
Orientale	4	11,9
Nord Orientale	0	7,4

Fonte: KHADREP, 2000-2005, NASCOP 2003

Finanziare la Strategia 2005-2010: approccio dei donatori

Allo scadere del Piano Strategico Nazionale (KNASP) 2000-2005, il NACC ha prodotto il nuovo Piano Strategico nazionale (KNASP) per il periodo 2005 – 2010. Il Piano Strategico Nazionale per la lotta all'HIV e AIDS costituisce l'unica strategia-quadro concordata per il coordinamento delle iniziative nella lotta all'HIV e AIDS, così come il NACC rappresenta l'unica autorità nazionale di coordinamento. La realizzazione del KNASP dipende esclusivamente dalla volontà dei donatori di sostenerne da un punto di vista finanziario le differenti attività, ma i primi segnali non sono affatto incoraggianti. Gli Stati Uniti e il GFATM, i due maggiori donatori, non hanno ancora manifestato pieno accordo sulla ripartizione degli interventi, e gli altri non sono in grado di assicurare al Piano né un sostegno finanziario quinquennale né di indicare le attività previste per il periodo.

Coordinamento e armonizzazione della risposta all'HIV e AIDS

3.0

L'attuale Piano Strategico Nazionale per l'AIDS riflette l'approccio multi-settoriale alla lotta all'epidemia di HIV e AIDS, tentando di coinvolgere e mobilitare in maniera efficace tutti i settori chiave sociali ed economici. Per coordinare la risposta nazionale all'HIV e AIDS, il NACC ha avuto il mandato di garantire la partecipazione effettiva di tutti gli attori nello sviluppo, nella realizzazione e nel monitoraggio degli interventi. La sua azione per il coordinamento mira a: (i) ottenere un impegno ampio per un'unica strategia; (ii) accentrare in un unico ente nazionale, ovvero il NACC stesso, la responsabilità di coordinare la risposta nazionale; (iii) sostenere la realizzazione efficiente ed efficace della strategia nazionale; (iv) assicurare l'inclusione e l'accesso ai servizi; (v) assicurare una comunicazione efficace tra i differenti attori.

Ruolo del NACC come ente di coordinamento

3.1

Il National AIDS Control Council (NACC) è l'ente nazionale incaricato di coordinare la risposta strategica e ha sede nell'Ufficio del Presidente. I suoi membri provengono da tutti i settori, in modo che sia assicurata un'ampia rappresentatività nell'approccio multi-settoriale alla prevenzione, al trattamento terapeutico e alle attività di assistenza nella lotta all'HIV e AIDS. La struttura organizzativa del NACC comprende: le AIDS Control Unit (ACU) in ogni Ministero che coordina l'attuazione del piano strategico. Queste unità hanno la responsabilità di offrire una leadership pro-attiva e di sostenere le politiche del NACC in modo da assicurare che le priorità nelle attività di prevenzione e controllo nella lotta all'HIV e AIDS siano integrate con le funzioni di base dei ministeri; i Provincial AIDS Control Committees (PACC) coordinano, vigilano e sostengono il piano strategico per la lotta all'HIV e AIDS nelle province; i Districts AIDS Control Committees (DACC) hanno la responsabilità di coordinare e attuare il piano strategico nei distretti. I DACC indicano al NACC e alle rispettive ACU la responsabilità ministeriale proposta per fornire ognuno dei diversi servizi. Infine i DACC forniscono un input dal basso verso l'alto sulle risorse finanziarie di cui ogni Ministero ha bisogno, garantendo che la realizzazione più adeguata possa incorporare le priorità del distretto in oggetto. A queste strutture si aggiungono, infine, i Constituency AIDS Control Committees (CACCs) che coordinano le diverse attività nella lotta all'HIV e AIDS a livello delle circoscrizioni. Inoltre il NACC ha creato cinque comitati per le aree prioritarie indicate dai diversi settori.

Ruolo del Joint AIDS Programme Review (JAPR)

3.2

Per rafforzare il coordinamento nella lotta nazionale all'HIV e AIDS, il NACC ha definito uno strumento di analisi dell'attuazione del KNASP. Si tratta del Joint AIDS Programme Review (JAPR) che ha lo scopo di sviluppare meccanismi per il lavoro multi-settoriale e per rafforzare le capacità del NACC, delle ACU e dei molteplici attori nel realizzare la strategia nazionale. A livello politico il JAPR rappresenta il luogo dove gli attori si possono incontrare per concordare un quadro comune, analizzare i progressi fatti e accordarsi sulle priorità.

Il JAPR assicura che il piano strategico sia in sinergia con altre importanti politiche del governo per la lotta alla povertà - ad esempio il Poverty reduction strategy paper (PRSP)¹⁴ - e che queste riflettano le priorità definite nel piano per la lotta all'AIDS. Il JAPR opera attraverso gruppi tecnici che oltre a essere direttamente collegati alle cinque aree prioritarie del Piano Strategico Nazionale sono aperti anche alla partecipazione della società civile.

Il JAPR ha dovuto affrontare diversi ostacoli, tra i quali la mancanza di un sostegno forte dai livelli politici più alti e l'essere percepito dalla società civile come un'iniziativa troppo legata al governo, per la limitata rappresentatività dei suoi membri.

¹⁴ Poverty Reduction Strategy Paper: sono documenti strategici formulati e realizzati dai governi dei Paesi in via di sviluppo, in accordo con la società civile e con i principali attori istituzionali, con l'obiettivo di definire la strategia nazionale di lotta alla povertà. I documenti identificano gli obiettivi in termini di riduzione della povertà ed i risultati che si intendono raggiungere in un arco temporale di circa tre anni.

Approccio dei donatori riguardo al Quadro Nazionale di Monitoraggio e Valutazione

Nello spirito dei "Three Ones", il Governo del Kenya nel luglio 2005 si è dato un sistema nazionale di monitoraggio e valutazione che però non ha incontrato il favore di un numero importante di donatori. Un'eccessiva dipendenza da sistemi individuali di valutazione viene vista come il principale ostacolo al tentativo di convincere tutti i donatori a sostenere un unico sistema di monitoraggio.

Sistemi paralleli come quello utilizzato per monitorare i fondi delle iniziative speciali sono considerati da alcuni donatori una pratica non ottimale ("bad practice") poiché impediscono di paragonare i risultati e di valutare la qualità e l'impatto complessivo degli interventi sull'epidemia. Il sistema di monitoraggio e valutazione proposto dall'Italia per monitorare l'uso dei fondi canalizzati dal governo italiano verso le ONG che attuano le diverse attività in Kenya è considerato, anch'esso, contrario allo spirito di armonizzazione e coordinamento dei "Three Ones".

Sfide del NACC per il coordinamento

Nel tentativo di coordinare la risposta nazionale alla lotta all'HIV e AIDS, il NACC ha dovuto affrontare molte sfide. Per esempio è stato costantemente ostacolato da cattive comunicazioni sia all'interno sia all'esterno. Ci sono state lamentele sulla mancanza di informazioni dalla sua segreteria. All'esterno, il fatto che non siano stati comunicati né il mandato né i risultati ottenuti dal NACC ha provocato dubbi circa la sua efficacia. Inoltre, secondo i donatori, non vi è stato un approccio coerente a garantire una partnership reale e costruttiva. Oltre a ciò la capacità del NACC di coordinare la risposta nazionale è stata minata dal fatto che i donatori sono stati poco trasparenti nella distribuzione delle risorse.

La capacità di assorbimento e di attuazione del NACC è ancora carente. Questo è dovuto in parte al fatto che il sostegno dei donatori alla lotta all'HIV e AIDS è stato troppo spesso frammentato e realizzato attraverso programmi e progetti molteplici. Le istituzioni del Kenya non sono state in grado di gestire queste diverse modalità di assistenza e la moltitudine di donatori. Lo stesso Meccanismo di Coordinamento Nazionale (Country Coordinating Mechanism - CCM) che coordina l'utilizzo delle risorse del Fondo Globale è da molti considerato un cattivo esempio che va contro lo spirito dei "Three Ones", il quale prevede un unico ente di coordinamento che, nel caso del Kenya, è rappresentato dal NACC.

Il NACC rischia di non poter rispettare i suoi impegni dato che sta assumendo responsabilità sempre crescenti senza avere né le risorse, né la capacità di assorbimento o l'autorità necessaria a gestirle. Inoltre, la struttura del NACC a livello distrettuale è ancora carente per assicurare un efficace coordinamento amministrativo.

Iniziative italiane per l'armonizzazione e il coordinamento

L'assistenza italiana al settore sanitario fornisce un esempio di armonizzazione e coordinamento degli interventi di lotta all'HIV e AIDS su cui riflettere. L'Italia ha previsto stanziamenti per circa 10 ONG¹⁵, di cui solo due già operanti (C.I.S.P. e COSV), per interventi in sette distretti con un alto tasso di prevalenza: Malindi, con tasso pari all'11,5%, Narok (7%), Kajiado (13%), Tharaka (25%), nella baraccopoli di Nairobi (16%) e nel distretto di Muranga (10%). La scelta geografica dell'intervento italiano si allinea con i bisogni epidemiologici della pandemia. Le ONG riceveranno il sostegno italiano per realizzare attività legate soprattutto alla prevenzione, tra cui terapia delle infezioni opportunistiche in persone sieropositive, prevenzione di nuove infezioni, formazione, prevenzione materno-fetale e attenuazione dell'impatto socio-economico. Mancano comunque i dati per una suddivisione delle risorse per tipo d'intervento prioritario o gruppo vulnerabile. Pur avendo assunto l'impegno a realizzare le attività di lotta all'HIV e AIDS in modo armonizzato attraverso un sistema congiunto di monitoraggio e valutazione, l'azione italiana si appoggia esclusivamente a progetti, di durata tendenzialmente triennale, senza alcun ingaggio diretto con il governo. Il modello di coordinamento mira soprattutto a creare un collegamento tra il "sistema Italia" che, pur appoggiandosi su strutture locali, non sfugge al rischio di sviluppare un nuovo sistema parallelo.

A livello distrettuale le attività svolte dalle ONG italiane con il sostegno della Cooperazione italiana saranno coordinate con interventi gestiti da gruppi che comprenderanno rappresentanti di tutte le entità di coordinamento presenti localmente (DASCO, CACC, District Medical Officer of Health, ONG). Il coinvolgimento di strutture di coordinamento locali nell'azione di per sé non garantisce l'armonizzazione, poiché a causa della loro debolezza potrebbero essere velocemente oberate da un impegno che comunque è aggiuntivo e che si lega soprattutto alla volontà del donatore. L'ambizione è di testare e poi rendere disponibile questa struttura a tutte le iniziative realizzate dai donatori, ma in realtà al momento non vi è alcun mandato governativo che ne garantisca la replicabilità.

Il dubbio è avvalorato dalle opinioni di altri donatori che sostengono che l'Italia stia sviluppando il proprio sistema nazionale ignorando gli sforzi degli altri donatori. Il coinvolgimento del NACC nei meccanismi di coordinamento italiani è minimo e l'Italia è eccessivamente riluttante a canalizzare le proprie risorse attraverso il SWAp (Sector-Wide Approach) proposto dal Ministero della Sanità.

¹⁵ Le dieci ONG sono: AVSI, AMREF Italia, C.I.S.P., C.C.M., SUCOS, ALISEI, COSV, COSPE, IBO, INTERSOS (Ndr).

Conclusioni

Malgrado i risultati positivi di alcuni programmi, lo studio rivela che l'epidemia si va estendendo in alcuni distretti, soprattutto quelli rurali più poveri, e nelle baraccopoli dove vive gran parte della popolazione.

Nonostante la risposta del Kenya alla pandemia sia stata energica e senza indugi, sono i contributi dei donatori a coprire il finanziamento di tutte le iniziative. Ciò solleva preoccupazioni circa la capacità del Kenya di affrontare in modo efficace l'epidemia in assenza di finanziamenti esteri. Dall'analisi delle priorità dei Piani strategici per il 2000-2005 e 2005-2010, si è peraltro riscontrato che i donatori non si attengono a questi indirizzi nelle loro iniziative per combattere l'HIV e AIDS.

Riguardo all'equità della distribuzione delle risorse per la lotta alla pandemia di AIDS, pur analizzando un campione limitato, è possibile sottolineare che alcune province con tassi di prevalenza più bassi hanno ricevuto più risorse dai donatori e dal governo di altre con tassi di prevalenza più elevati. A parte la provincia di Nyanza dove gli stanziamenti sono allineati al tasso di prevalenza, la quota di risorse stanziata nella maggior parte delle altre regioni non riflette il peso della patologia. Per esempio la provincia Costiera, dove la prevalenza è più alta di quella della Rift Valley e della provincia centrale, ha ricevuto l'importo minore, cioè solo il 5,6% del finanziamento totale della Banca Mondiale. Non esistono, inoltre, dati disaggregati per gruppo vulnerabile.

Un numero importante di donatori non sostiene il nuovo sistema nazionale di monitoraggio e valutazione messo a punto dal NACC. I donatori tendono a fare affidamento sui propri sistemi di monitoraggio e si ritiene che ciò possa rappresentare un intralcio ai tentativi di convincere tutti i donatori a sostenere un unico sistema di monitoraggio.

Lo studio ha rilevato che gli sforzi del National AIDS Control Council per coordinare i finanziamenti esterni sono stati frustrati dalla tendenza dei donatori stessi a canalizzare i fondi direttamente verso soggetti realizzatori, senza necessariamente allinearsi al meccanismo di coordinamento. Non è stato neanche possibile creare un consenso unanime tra i donatori nel sostegno al Nuovo Piano strategico nazionale. Sembrano perciò venire meno tutti i presupposti per un futuro coordinamento efficace per i prossimi cinque anni.

Riguardo ai tentativi di armonizzazione del governo italiano, non vi sono prove che la sua esperienza pilota sia stata accolta da altri donatori. In ogni caso, la Cooperazione italiana sta lavorando per incoraggiare l'armonizzazione e il coordinamento del "sistema Italia" con enti di coordinamento locale.

Raccomandazioni

I donatori dovrebbero:

- pianificare i possibili interventi per il periodo 2005-2010, in accordo con la nuova Strategia Nazionale;
- coordinare in maniera trasparente con le autorità keniate tutti gli interventi pianificati per area geografica e tipo d'intervento, evitando duplicazioni;
- sviluppare il loro focus d'intervento sulla base dei bisogni dell'epidemia: aree rurali e donne dovrebbero essere al centro dei loro interventi;
- sostenere il finanziamento del nuovo Piano Strategico Nazionale di 2.018 milioni di Euro con una quota non inferiore al 65%;
- riorientare il focus delle attività, dedicando parte delle risorse destinate alla prevenzione per finanziare la riduzione dell'impatto della malattia;
- accettare pienamente un unico meccanismo di monitoraggio e valutazione, approvato dalle autorità nazionali;
- ridurre e uniformare le condizionalità e chiarire la programmazione per aumentare le capacità nazionali d'assorbimento delle risorse;
- accettare un'unica struttura di coordinamento nazionale.

L'Italia dovrebbe:

- migliorare la rapportistica per sciogliere le incongruenze dei dati;
- dichiarare il proprio sostegno al finanziamento del nuovo Piano Strategico Nazionale con la stessa quota del periodo precedente (5,8%);
- produrre una previsione finanziaria paese quinquennale;
- indirizzare una quota a finanziare direttamente il National AIDS Control Council;
- intervenire anche attraverso il sostegno settoriale al Bilancio;
- subordinare le strutture di coordinamento del "Sistema Italia" al sostegno degli sforzi di coordinamento delle autorità keniate, in piena realizzazione degli impegni previsti dai "Three Ones".

Scheda Paese

Kenya	
Popolazione	32.487.000
Popolazione urbana	38,8%
Aspettativa di vita alla nascita	50 anni
Mortalità infantile	120 per mille
Prodotto interno lordo pro capite	388 Euro
Spesa sanitaria annua pro capite	70 Euro
Pazienti in terapia anti retrovirale	38.000
Pazienti senza accesso ai farmaci	238.000

Fonte: Database Paese, Organizzazione Mondiale della Sanità.

Bibliografia

- AIDSCAP/Family Health International**, *AIDS in Kenya: Socio-Economic Impact and Policy Implications*, 1996.
- Cheikh Mbengue**, *Funding and Implementing HIV/AIDS activities in the context of decentralization: Ethiopia and Senegal*, M. A and Allison Gamble Kelly, 2001.
- Christopher Onyango & Enos Njeru**, *Combating HIV/AIDS in Kenya: Priority setting and resource allocation*, 2004.
- Enos H.N. Njeru & Urbanus Kioko**, *The Impact of HIV/AIDS on Primary Education in Kenya*, 2004.
- Enos H.N. Njeru, Peter Mwangi & Mary N. Nguli**, *Gender aspects in HIV/AIDS Infection and Control in Kenya*, 2004.
- Gunter Hemmrich and Daphne Topouzis**, *Multi-sectoral Responses to HIV/AIDS: Constraints and Opportunities for Technical Cooperation*, John Wiley & Sons, 2000.
- Lilani Kumaranayake and Charlotte Watts**, *Resource Allocation and Priority setting of HIV/AIDS Interventions: Addressing the Generalized Epidemic in Sub-Saharan Africa*, John Wiley & Sons, 2001.
- Micheal Aliber, Cheryl Walker, Mumbi Machera, Paul Kamau, Charles Omondi and Karuti Kanyinga**, *The Impact of HIV/AIDS on Land Rights in Kenya*, 2003.
- Ministry of Health HIV/AIDS**, Prevention and Care Programme, *Coordination of the response to HIV/AIDS*, Strategic Paper Series, n° 2, 2005.
- Ministry of Planning and National Development**, *Kenya Demographic Survey- preliminary report*, 2003.
- National AIDS and STDs Control Programme**, *AIDS in Kenya: Background Projections, Impact Interventions*, Ministry of Health and National Council for Population Development and Ministry of Planning and National Development, 1998.
- National AIDS and STDs Control Programme**, *Background Projections, Impact Interventions and Policy*, Ministry of Health, 2001.
- National AIDS Control Council**, *The Kenyan National HIV/AIDS Strategic Plan 2005-2010 (A Call to Action)*, 2005.
- National AIDS Control Council**, *Financing Framework for the HIV/AIDS Strategic Plan*, 2002.
- National AIDS Control Council**, *Report of Technical Group 5: Planning, Finance & Budgeting*, 2002.
- National AIDS Control Council**, *Report on the implementation of the Kenyan National HIV/AIDS Strategic Plan*, 2003.
- Office of the Attorney General and National AIDS Control Council**, *Report on the Task Force on Legal Issues Relating to HIV/AIDS*, 2002.
- Priya Alagiri, Chris Collins, Todd Summers, Steve Morin and Thomas Coates**, *Global Spending on HIV/AIDS: Tracking public and private investments in AIDS prevention, Care, and Research*, 2001.
- The Global AIDS Policy Coalition**, *AIDS in the World II: Global Dimensions, Social roots and Responses*, Oxford University Press, 1996.
- UNAIDS**, *A review of household and community responses to the HIV/AIDS epidemic in the rural areas of Sub-Saharan Africa*, 1999.
- UNAIDS**, *Financing the Expanded Response to AIDS*, 2004.
- UNAIDS/IPU**, *Action to Combat HIV/AIDS in view of its devastating Human, Economic and Social Impact*, 1999.
- UNDP**, *Kenya Human Development Report 2003*, 2004
- Urbanus Kioko and Enos H.N. Njeru**, *Funding the fight against HIV/AIDS: Budgetary analysis of Kenya's HIV/AIDS activity prioritization and Financing*, 2004

Appendice

Spesa NACC: Contributo dei donatori per tipo d'intervento, 2000-2005 (Euro)

	Cambiamento del comportamento	Sicurezza ematica	Terapia malattie trasmissibili	Terapia e assistenza sanitaria	Riduzione dell'impatto socio-economico	Ricerca e monitoraggio	Sostegno istituzionale	PMTCT
EU	710.227	0	0	0	0	0	0	0
GTZ	89.602	0	0	47.159	0	0	0	471.591
CDC	6.809.102	693.920	3.591.205	8.106.841	0	0	0	2.910.898
USAID	14.444.182	3.102.273	0	21.606.000	4.558.568	0	0	0
DFID	12.256.818	0	0	1.718.182	0	0	0	0
UNICEF	1.134.545	4.182.557	0	159.545	2.969.318	0	0	3.084.545
UNAIDS	421.909	0	177.273			0	0	0
UNDP	728.591	0	0	84.205	31.909	79.773	0	3.031.364
Banca Mondiale	474.205	0	0	0	0	35.455	7.710.477	0
JICA	0	0	0	0	0	0	0	0
UNIFEM	0	0	0	0	0	99.273	0	0

Fonte: NACC, 2005

ActionAid International

via Broggi 19/A - 20129 Milano
tel +39 02 742001
fax + 39 02 29537373
www.actionaidinternational.it

Osservatorio Italiano sull'Azione Globale contro l'AIDS

Italian Network against AIDS
c/o Associazione ONG Italiane
Via G. Devoti, 16 - 00167 Roma
tel +39 06 66019189
fax +39 06 66032774
e-mail: osservatorioaids@ong.it
www.osservatorioaids.org

AMREF Italia Onlus

via Boezio 17 - 00193 Roma
tel +39 06 99704650
fax +39 06 3202227
www.amref.it

Fotografia di copertina: **AMREF / G. Piperno**