

OGNI PROMESSA E' DEBITO
L'Italia e la lotta all'AIDS



2010:
l'accesso universale
alle cure
e il rafforzamento
dei sistemi sanitari

Quinta Edizione

act:onaid

OGNI PROMESSA E' DEBITO

L'Italia e la lotta all'AIDS

Quinta Edizione

ActionAid è un'organizzazione internazionale indipendente impegnata nella lotta alla Povertà, che fonda il proprio lavoro sul rispetto dei diritti umani.

Agisce insieme alle popolazioni e alle comunità più emarginate attraverso programmi a lungo termine in Asia, Africa e America Latina. Inoltre, agisce contro le cause della povertà coinvolgendo, anche nei Paesi più ricchi, cittadini, imprese e istituzioni.

ActionAid opera grazie all'impegno di migliaia di persone che contribuiscono con il proprio attivismo e le proprie donazioni. In Italia dal 1989, è una ONLUS riconosciuta come Ente Morale e come Organizzazione Non Governativa dal Ministero degli Affari Esteri.

Ricerca a cura di

Marco Simonelli

Contributi di

Livia Zoli, Iacopo Viciani

Supervisione

Luca De Fraia

Editing

Eleonora Tantaro

Grafica

Marco Binelli

Redazione chiusa il 22 novembre 2010.



act!onaid

2010:

l'accesso universale
alle cure
e il rafforzamento
dei sistemi sanitari

INDICE

INTRODUZIONE E SINTESI	02
L'accesso universale alle cure per HIV/AIDS: fallito l'obiettivo 2010	02
Le risorse	02
I sistemi sanitari	02
L'Italia e la lotta all'AIDS	03
L'IMPEGNO ITALIANO nella lotta all'AIDS e nel rafforzamento dei sistemi sanitari.	05
1. Le risorse italiane per la lotta all'AIDS	05
2. L'Italia e il Fondo Globale	06
3. L'Italia e la lotta all'AIDS nel contesto della cooperazione sanitaria italiana	07
4. Impegni ed esborsi	11
5. I paesi prioritari degli interventi italiani di lotta all'AIDS e per la salute	13
6. Il peso dell'Italia nella lotta all'AIDS e per la salute globale	17
CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI	20

INTRODUZIONE E SINTESI

L'ACCESSO UNIVERSALE alle cure per HIV/AIDS: fallito l'obiettivo 2010

Il 2010 avrebbe dovuto essere l'anno del raggiungimento dell'accesso universale alla prevenzione, al trattamento e alle cure. L'obiettivo - nato dall'impegno preso nel 2005 al G8 di Gleneagles, avallato da tutti gli Stati membri delle Nazioni Unite nel settembre dello stesso anno e ufficialmente adottato nella "Political Declaration on HIV/AIDS"¹ del 2006 - ha enormemente e positivamente influenzato la lotta all'HIV/AIDS nei Paesi a medio e basso reddito. Ma siamo ancora molto lontani dal raggiungimento dell'obiettivo dell'accesso universale e le cause sono molteplici e vanno ricercate sia nella quantità di risorse destinate alla lotta all'HIV, sia nei contesti sanitari nei quali si inquadra la lotta alla pandemia.

Infatti, nonostante il numero delle persone attualmente sottoposte al trattamento antiretrovirale superi i cinque milioni e sia cresciuto di oltre dodici volte negli ultimi cinque anni, a pochi giorni dalla scadenza dell'accesso universale alle cure, **le persone che sono sottoposte ai trattamenti sono solo un terzo di quante effettivamente ne avrebbero urgentemente bisogno.**

LE RISORSE

La comunità internazionale dei donatori, secondo l'agenzia UNAIDS e la Kaiser Family Foundation, dal 2005 al 2009 ha praticamente raddoppiato sia i propri impegni annuali (passando dai 4,3 miliardi di dollari del 2005 agli 8,7 del 2009) sia gli esborsi (da 3,5 miliardi di dollari a 7,6). Sebbene i finanziamenti siano raddoppiati negli ultimi quattro anni, rimane però ancora elevata la distanza fra le risorse disponibili e quelle necessarie per combattere la pandemia. Questo divario nel 2009 è aumentato rispetto all'anno precedente, passando da 6,5

a 7,7 miliardi di dollari². La comunità dei donatori dovrebbe raddoppiare i propri sforzi finanziari ma la crescita dei finanziamenti che ha caratterizzato questi ultimi anni sembra essersi interrotta: nel 2009 l'impegno è stato lo stesso del 2008, con esborsi scesi da 7,7 miliardi di dollari del 2008 a 7,6 nel 2009.

Questa inversione di tendenza, secondo l'analisi dell'agenzia UNAIDS e la Kaiser Family Foundation, riflette l'andamento del flusso di risorse dedicate alla cooperazione allo sviluppo, al netto delle fluttuazioni nei cambi delle valute. A questa condizione di fragilità generale, si aggiunge anche un elemento specifico, ovvero la diminuzione dell'impegno da parte di alcuni donatori nella lotta all'HIV/AIDS.

Importanti organizzazioni umanitarie hanno denunciato con forza il rapporto causa-effetto che questa diminuzione nell'impegno economico sta causando, in particolar modo nel progressivo deterioramento dei servizi di cura e trattamento³. Non si tratta di denunce isolate: nel discorso di apertura della XVIII Conferenza Internazionale sull'HIV/AIDS, tenutasi a Vienna nel luglio 2010, Julio Montaner, Segretario generale della conferenza e Presidente dell'International AIDS Society, ha sottolineato che i leader mondiali, nel corso del recente summit G8/G20, non hanno preso alcuna decisione e non si sono assunti alcuna responsabilità in merito all'accesso universale, semplicemente abbandonando gli impegni presi negli anni scorsi per la lotta alla pandemia, adducendo la scusa della crisi economica globale.

I SISTEMI SANITARI

Se da un lato diminuiscono le risorse disponibili per la lotta all'HIV/AIDS, dall'altro emerge sempre di più la

consapevolezza che qualsiasi sforzo destinato a incrementare, mantenere e migliorare l'accesso alle cure si scontra con la scarsa qualità dei sistemi sanitari dei Paesi del Sud del mondo e con la carenza di personale sanitario qualificato.

In alcuni casi sono stati proprio i programmi di aiuto verticale alla lotta all'AIDS a contribuire all'indebolimento di sistemi sanitari già fragili, drenando risorse umane, infrastrutturali⁴ ed economiche. Dal 1999 al 2006, ad esempio, sebbene sia aumentata la percentuale dei finanziamenti per la sanità sul totale dell'aiuto pubblico allo sviluppo, la gran parte di essa è stata assorbita da finanziamenti per la lotta all'AIDS, mentre la percentuale destinata alla salute (al netto di quella dedicata alla lotta all'HIV/AIDS) è diminuita, lasciando molte priorità sanitarie con finanziamenti insufficienti⁵.

È indubbio che i programmi verticali, in questi anni abbiano svolto un ruolo fondamentale nell'attrarre nuovi finanziatori e sono stati essenziali per il raggiungimento di progressi importanti nella lotta contro le singole malattie, come AIDS, Tubercolosi e Malaria. Tra i loro "effetti collaterali", però, è importante sottolineare che spesso hanno ridotto lo spazio per l'aiuto "orizzontale", ovvero quello rivolto ai sistemi sanitari di base, che è il solo in grado di produrre un miglioramento duraturo e sostenibile delle condizioni di salute delle popolazioni dei Paesi a medio e basso reddito⁶.

Il Direttore esecutivo di UNAIDS, Michel Sidibé, ha dichiarato che siamo giunti alla conclusione di un'era caratterizzata da programmi "verticali" di lotta all'AIDS e che la lotta alla pandemia deve uscire dall'isolamento nel quale ha vissuto per anni, integrandosi con i servizi sanitari di base, le cure materne e infantili e i programmi di salute sessuale e riproduttiva⁷.

4 WHO Maximising Positive Synergies Collaborative Group, "An assessment of interaction between global health initiatives and country health Systems", Lancet, vol 373, June 20, 2009. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60919-3/fulltext?_eventid=login](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60919-3/fulltext?_eventid=login)

5 Roger England, Lessons and myths in the HIV/AIDS response, The Lancet, Volume 374, Issue 9702, Page 1674, 14 November 2009. <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2809%2961984-X/fulltext>; Paolo Piva & Rebecca Dodd, Where did all the aid go? An in-depth analysis of increased health aid flows over the past 10 years - Bull World Health Organ 2009;87:930-939. <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/12/08-058677.pdf>

6 La questione è stata affrontata anche a livello di Parlamento Europeo: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A7-2010-245+0+DOC+XML+V0//IT#title1>

7 http://data.unaids.org/pub/SpeechEXD/2009/20090809_icaap09_opening_speech_en.pdf

1 http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060615_hlm_politicaldeclaration_ars60262_en.pdf

2 Kaiser Family Foundation - UNAIDS, "Financing the Response to AIDS in Low- and Middle-Income Countries: International Assistance from the G8, European Commission and Other Donor Governments in 2009", July 2010.

3 Médecins Sans Frontières, "Punishing Success? Early Signs of a Retreat from Commitment to HIV/AIDS Care and Treatment", November 2009. Médecins Sans Frontières, "No time to quit: HIV/AIDS treatment gap widening in Africa", May 2010.

Alcune fra le istituzioni finanziarie più importanti che si sono caratterizzate per il loro approccio verticale - tra di esse anche il Fondo Globale per la lotta all'AIDS, Tubercolosi e Malaria - stanno gradualmente spostandosi verso un approccio "diagonale", che prevede di destinare parte delle proprie risorse finanziarie al rafforzamento dei sistemi sanitari dei Paesi colpiti dalle patologie che essi stessi combattono.

Stiamo quindi assistendo a un nuovo riconoscimento dell'importanza del finanziamento pubblico a 360° per la sanità, così come era stato raggiunto nel 1978 alla conferenza sulla Primary Health Care di Alma Ata⁸ e di un approccio "orizzontale", caratterizzato da interventi volti a rafforzare i sistemi sanitari nel loro complesso rendendoli accessibili ad ampie fasce della popolazione⁹. A pochi giorni dalla scadenza dell'obiettivo dell'accesso universale, siamo quindi di fronte ad un crocevia fondamentale: da un lato la lotta all'AIDS sembra essersi scontrata contro quello che Rowden¹⁰ definisce il muro di sistemi sanitari inefficienti e dall'altro cresce una rinnovata attenzione per una sanità pubblica di base funzionante, gratuita e accessibile. Il vero rischio è che l'interesse per il rafforzamento dei sistemi sanitari e per la formazione del personale sanitario, invece che fungere da catalizzatore per nuove risorse finanziarie, diventi, ancora una volta, un modo per spostare risorse da un settore all'altro.

All'interno di questo contesto internazionale, l'edizione 2010 di "Ogni promessa è debito" vuole esaminare il ruolo dell'Italia nella lotta all'AIDS, a partire proprio dal suo contributo a questi due elementi fondamentali: le risorse e il rafforzamento dei sistemi sanitari e al mancato raggiungimento dell'obiettivo dell'accesso universale alle cure.

L'ITALIA E LA LOTTA ALL'AIDS

L'Italia, dal 2000 ad oggi - secondo i dati forniti dai Bollettini DIPCOS della Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo del Ministero Affari Esteri - ha erogato per la lotta all'AIDS circa 577 milioni di euro, l'80% dei quali destinati al Fondo Globale per la lotta all'AIDS, Tubercolosi e Malaria (GFATM), che riveste un ruolo di primo piano all'interno dell'intera cooperazione sanitaria italiana. Al momento in cui viene chiusa la redazione di questo rapporto, l'Italia è l'unico fra i donatori del Fondo a non aver ancora saldato le quote relative al 2009 e al 2010 (130 milioni di euro per anno) che, sommate al contributo straordinario di 30 milioni di dollari - promesso durante il G8 del L'Aquila dal Presidente del Consiglio Silvio Berlusconi - costituiscono un ammanco di circa 280 milioni di euro. Nonostante l'Italia stia cercando di definire un piano di rientro, alla conferenza di rifinanziamento del Fondo Globale per il triennio 2011-2013, tenutasi il 4 e il 5 ottobre scorso, il nostro Paese è stato l'unico fra i membri del G8 a non assumersi alcun impegno finanziario concreto.

Il consistente ritardo nel saldo delle quote annuali compromette la credibilità del nostro Paese all'interno della comunità internazionale dei donatori, rischiando di far perdere all'Italia il seggio unico che detiene nel Consiglio di Amministrazione del Fondo, che potrebbe venir reclamato da altri Paesi attualmente più attivi. La morosità dell'Italia influisce in maniera negativa sulla performance annuale del nostro Paese nella lotta all'AIDS che risulta quasi azzerata, nonché sull'intera performance annuale della nostra cooperazione sanitaria, che risulta dimezzata.

I finanziamenti italiani per la lotta all'AIDS - secondo i dati estrapolati dal database Creditor Reporting System (CRS) dell'OECD per il periodo 2002-2008¹¹ - costituiscono infatti oltre un terzo dell'intero aiuto pubblico italiano allo sviluppo per il settore sanitario. Sommati ai finanziamenti per la lotta a

malaria e tubercolosi, contribuiscono a far sì che ben oltre la metà (55,3%) dell'intero APS sanitario italiano venga speso per la lotta a tre singole malattie. Meno del 20% viene invece speso per interventi di sanità di base, di formazione e sviluppo del personale sanitario.

L'analisi dell'APS italiano investito per la salute evidenzia una preponderanza nella lotta alle singole malattie, come diretta conseguenza del grande rilievo che il canale multilaterale ha nella nostra cooperazione, come ad esempio il Fondo Globale. Nel caso degli aiuti bilaterali, invece, l'Italia tende a privilegiare l'assistenza sanitaria primaria (Primary Health Care) e il rafforzamento dei sistemi sanitari.

Il contributo italiano bilaterale per la lotta all'AIDS rappresenta però solo lo 0,17% del totale di tutti i contributi bilaterali erogati nel periodo 2002-2008 dai Paesi DAC, relegandoci in quattordicesima posizione. La situazione è decisamente migliore se consideriamo anche i contributi multilaterali, in particolare al Fondo Globale: in questo caso il contributo italiano raggiunge il 3% del totale delle erogazioni di tutti i Paesi DAC a livello bilaterale e delle agenzie multilaterali. Nella classifica combinata delle erogazioni bilaterali per la lotta all'AIDS e dei contributi al Fondo Globale per specifiche attività di lotta all'AIDS nel periodo 2002-2008 il nostro Paese di conseguenza sale alla sesta posizione.

Il mancato pagamento e la non pianificazione delle risorse destinate al Fondo Globale compromettono già questa graduatoria per l'anno 2009 e rischiano di mettere l'Italia tra i responsabili della diminuzione delle risorse a favore della lotta all'AIDS, che è una delle principali cause del mancato raggiungimento dell'obiettivo dell'Accesso Universale.

8 WHO-Unicef, Alma-Ata 1978 Primary Health Care, "Health for all" Series, No. 1, Who, Geneva, 1978

9 Cfr anche "From Alma Ata to the Global Fund: The history of international health policy", Italian Global Health Watch, Social Medicine, Vol 3, No 1 (2008); <http://www.socialmedicine.info/index.php/socialmedicine/article/view/186>

10 Rick Rowden, The Deadly Ideas of Neoliberalism. How the IMF has Undermined Public Health and the Fight Against AIDS, Zed books, 2009.

11 Il database CRS riporta le erogazioni dei Paesi donatori esclusivamente a partire dal 2002 ed è attualmente aggiornato fino al 2008.

BOX

Fonti dei dati e metodologia utilizzata

Mancando un documento ufficiale che renda pubblico l'impegno finanziario complessivo dell'Italia nella lotta all'HIV/AIDS, anche per questa nuova edizione di "Ogni promessa è debito" si è reso necessario il ricorso a diverse fonti per valutare, sulla base dei Principi Guida della Cooperazione Italiana sulla Salute Globale (2009)^a, il ruolo giocato nella lotta alla pandemia in rapporto all'impegno per la salute globale e il rafforzamento dei sistemi sanitari. In particolare:

- > le precedenti edizioni dei rapporti di ActionAid "Ogni promessa è Debito" che hanno costituito la cronologia dei dati tra il 2000 e il 2009.
- > i bollettini della Cooperazione allo sviluppo (DIPCO) per gli anni dal 2005 al 2010^b, che consentono di stimare gli stanziamenti concessi dal Ministero degli Affari Esteri (ma non le effettive erogazioni), distinguendo il settore di intervento, i soggetti beneficiari, i Paesi destinatari.
- > I documenti prodotti dalla Direzione Generale Cooperazione allo Sviluppo (DGCS) "Italy and the fight against AIDS, Tuberculosis and Malaria", del 2004 e del 2005, che hanno costituito la base informativa per i rapporti di ActionAid "Ogni promessa è Debito" delle edizioni 2004, 2006 e 2007.
- > Il database Creditor Reporting System dell'OECD (<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CRSNEW>), che riporta gli impegni (commitment) dei vari Paesi donatori dal 1995 al 2008 e gli esborsi (disbursement) a partire però solo dal 2002 e aggiornati attualmente fino al 2008; il database consente di analizzare verso quali Paesi beneficiari l'aiuto è andato, e verso quale specifico settore di intervento. La categoria all'interno della quale sono inseriti gli interventi di lotta all'AIDS è quella del "Controllo delle malattie sessualmente trasmissibili incluso l'AIDS", che include tutte le attività correlate alle malattie sessualmente trasmissibili (MST) e al controllo del virus HIV/AIDS (informazione, educazione e comunicazione; test; prevenzione, trattamenti e cure). Il database non consente, però, di estrapolare gli interventi di lotta all'AIDS all'interno della categoria malattie sessualmente trasmissibili. Possiamo utilizzare i dati relativi a questa categoria interamente per le nostre analisi sugli interventi di lotta all'AIDS, in quanto questi costituiscono in termini quantitativi ed economici, come suggeriscono Piva e Dodd^c, la stragrande maggioranza delle attività incluse in questo settore. Inoltre, è dimostrato che il trattamento delle malattie sessualmente trasmissibili è un mezzo fondamentale per la prevenzione della diffusione dell'HIV: individui infetti da MST sono fra le due e le cinque volte maggiormente a rischio di infezione da HIV rispetto a individui non infetti da MST nel caso di esposizione al virus HIV attraverso rapporti sessuali non protetti^d.
- > Il database DAC2a ODA Disbursements dell'OECD (<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=TABLE2A>), in particolare per quanto concerne le analisi finanziarie a livello multilaterale.
- > I dati riportati sul sito del Fondo Globale per la lotta all'AIDS, Tuberculosis e Malaria, in particolare la sezione "Pledges&Contributions" (www.theglobalfund.org/en/pledges/?lang=en).

^a Salute Globale: Principi Guida della Cooperazione Italiana, Ministero degli Affari Esteri - Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo, luglio 2009.

^b Ultimo DIPCO consultato luglio 2010.

^c Paolo Piva & Rebecca Dodd, Where did all the aid go? An in-depth analysis of increased health aid flows over the past 10 years - Bull World Health Organ 2009;87:930-939. <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/12/08-058677.pdf>

^d Cfr. ad es. Centre for Disease Control and Prevention, "The Role of STD Detection and Treatment in HIV Prevention - CDC Fact Sheet", <http://www.cdc.gov/std/hiv/STDFact-STD-HIV.htm>

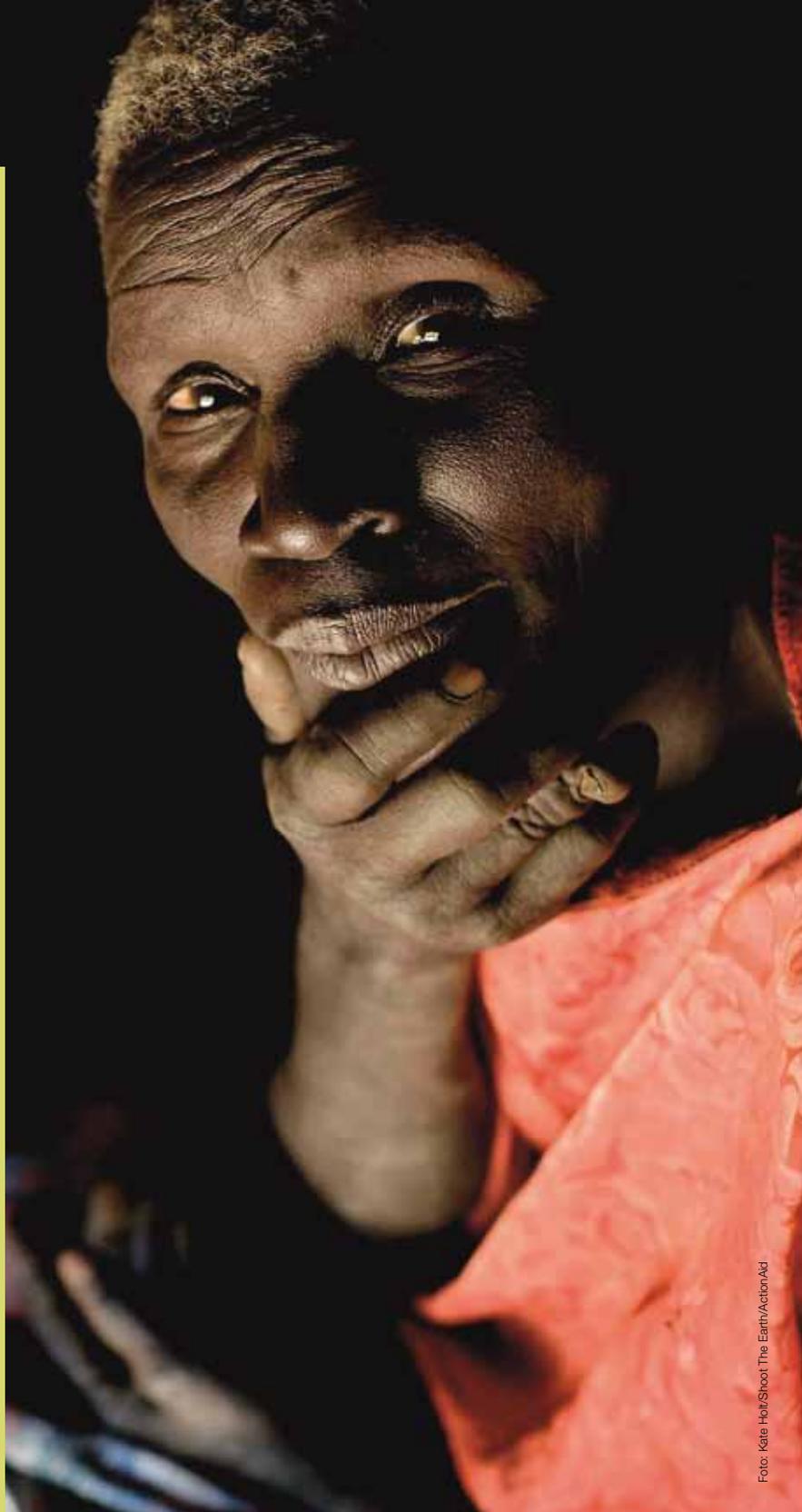


Foto: Kate Holt/Shoot The Earth/ActionAid

	2000	2001	2002
GFATM	-	28.000.000	34.720.000
UNAIDS	1.807.599	2.065.827	2.000.000
Altre Org. Multilaterali	5.031.820	1.652.661	1.700.000
DGCS	-	1.300.438	55.000
Emergenza	1.858.329	206.581	5.165.483
ISS	-	3.367.174	-
ONG	834.819	3.038.925	5.403.475
Totale annuale	9.532.567	39.631.606	49.043.958

L'IMPEGNO ITALIANO nella lotta all'AIDS e nel rafforzamento dei sistemi sanitari.

1. LE RISORSE ITALIANE per la lotta all'AIDS

Nel precedente rapporto ActionAid aveva stimato che l'Italia, dal 2000 al mese di maggio del 2009, aveva contribuito alla lotta alla pandemia con circa 573 milioni di euro. L'aggiornamento dei dati a luglio 2010 registra un contributo totale di circa 577 milioni di euro, con un aumento esiguo - nel corso di questi ultimi quattordici mesi - pari a soli 4 milioni di euro. Si può quindi affermare che nel corso del 2009 e della prima metà del 2010, la cooperazione italiana in tema di lotta all'AIDS sia stata praticamente inattiva, come evidenzia la Tabella 1.

Nel corso del triennio 2008-2010 si nota in particolare l'assenza del versamento delle quote annuali al Fondo Globale per la lotta all'AIDS, Tubercolosi e Malaria (GFATM), corrispondente a un totale di 390 milioni di euro. Tuttavia, mentre il mancato versamento del contributo 2008 è dovuto al fatto che lo stesso è stato versato in anticipo insieme alla rata 2007 e al saldo di quella 2006, i contributi per il 2009 e 2010 ad oggi, nonostante le promesse di pagamento fatte dal Presidente del Consiglio al G8 de L'Aquila, non sono ancora

stati versati. La situazione italiana è diventata palese durante la conferenza di rifinanziamento del Fondo Globale, tenutasi a New York il 4 e il 5 ottobre scorsi, nel corso della quale i donatori sono stati chiamati a pronunciare i propri impegni finanziari per il triennio 2011-13: l'Italia, che partecipava con l'Ambasciatore all'ONU e nessun rappresentante politico, è stato l'unico fra i membri del G8 a non assumersi impegni. Nonostante il Min. Belloni, direttore della cooperazione italiana, a margine di un convegno sull'efficacia degli aiuti svoltosi presso la Camera dei Deputati a ottobre, abbia dichiarato che la DGCS sta verificando con Palazzo Chigi e con il ministro Giulio Tremonti la possibilità di definire un piano di rientro per i contributi degli ultimi due anni non ancora erogati al Fondo, le quote 2009 e 2010 non sono ancora state saldate.

Il 2009, e la prima parte del 2010, evidenziano comunque un generale calo delle attività della nostra cooperazione in tema di lotta all'AIDS, con un sostanziale ridimensionamento, rispetto al 2008, del ruolo delle ONG e della DGCS in particolare.

Nonostante i mancati versamenti dell'ultimo biennio, il Fondo Globale, per il periodo 2000-2010, si conferma essere il canale principale di lotta

all'AIDS scelto dall'Italia, veicolando oltre l'80% del totale dei fondi (Fig. 1).

Tuttavia, i mancati versamenti al Fondo Globale influiscono sulla performance del nostro Paese in tema di lotta all'AIDS, dal momento che in assenza del contributo annuale al Fondo, l'operato italiano rischia di essere inconsistente (Fig. 2).

2. L'ITALIA E IL FONDO GLOBALE

L'importanza attribuita dall'Italia alla lotta all'AIDS si riflette nella posizione di rilievo che il nostro Paese riveste, o meglio, rivestiva fino a qualche anno fa fra i donatori del Fondo. Dalla sua creazione, nel 2001, fino al 2008 l'Italia, in termini quantitativi, ne è stata il terzo donatore avendo versato un totale di 790 milioni di euro (equivalenti a oltre un miliardo di dollari) contribuendo per l'8% del totale delle risorse messe a disposizione, dietro solamente a Stati Uniti (28%) e Francia (14%). Il mancato versamento delle quote relative al 2009 e al 2010 (130 milioni di euro per anno)

Tabella 1

Ripartizione delle risorse per la lotta all'AIDS secondo i canali di finanziamento, anni 2000-2010 (fino a luglio), in euro

Fonte: elaborazione ActionAid su dati DGCS e DIPCO. La metodologia di attribuzione dei contributi per la lotta all'AIDS per gli anni 2009 e 2010 si discosta leggermente da quella utilizzata per gli anni precedenti. Il bollettino DIPCO dal 2009 permette, infatti, di identificare con precisione, fra i contributi stanziati per l'MDG6, e quelli esclusivamente di lotta a HIV/AIDS. Ai fini della nostra analisi del trend degli stanziamenti italiani per la lotta all'AIDS, questa variazione metodologica comunque non influisce significativamente.

2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTALE
49.280.000	-	102.600.000	-	250.100.000	-	-	-	464.700.000
1.500.000	2.000.000	1.000.000	300.000	900.000	-	-	-	11.573.426
1.777.650	-	6.000.000	230.000	-	9.496.738	800.000	-	26.688.869
216.000	360.000	2.529.729	2.085.000	1.455.503	13.987.226	-	1.364.510	23.353.406
65.608	-	-	-	-	-	-	-	7.296.001
-	998.000	998.030	5.300.000	2.061.554	-	-	-	12.724.758
4.500.228	2.109.190	2.205.211	2.683.000	1.893.221	5.708.330	1.674.057	810.798	30.861.254
57.339.486	5.467.190	115.332.970	10.598.000	256.410.278	29.192.295	2.474.057	2.175.308	577.197.715

Tabella 2

Contributi al Fondo Globale per donatore, in US\$ e in percentuale, anni 2001-2010

Fonte: elaborazione ActionAid su dati GFATM, settembre 2010.

	Paese/Donor	Contributi versati al 2010 (Settembre, compreso in process) in US\$	% sul totale dei donors
1	Stati Uniti	4.338.937.895	25,3
2	Francia	2.196.856.097	12,8
3	Giappone	1.287.816.091	7,5
4	Commissione Europea	1.204.218.118	7,0
5	Germania	1.186.389.823	6,9
6	Regno Unito	1.179.494.633	6,9
7	Italia	1.008.260.873	5,9
8	Canada	847.413.623	4,9
9	Bill & Melinda Gates Foundation	650.000.000	3,8
10	Spagna	582.651.614	3,4
11	Paesi Bassi	519.220.017	3,0
12	Svezia	468.040.397	2,7
13	Norvegia	290.277.918	1,7
14	Russia	253.813.461	1,5
15	Danimarca	209.357.495	1,2
16	Australia	171.027.145	1,0
17	Irlanda	160.535.353	0,9
18	(PRODUCT) REDTM and Partners*	152.396.549	0,9
19	Belgio	118.961.280	0,7
20	Svizzera	39.902.259	0,2
	Altri	301.051.490	1,8
	Totale	17.166.622.131	100,0

*Che include: American Express, Apple, Converse, Dell + Windows, GAP, Giorgio Armani, Hallmark, Motorola Foundation, Motorola Inc. & Partners, Starbucks Coffee, Media Partners and (RED) Supporters.

e del contributo straordinario di 30 milioni di dollari (equivalenti a circa 20 milioni di euro), promesso durante il G8 de L'Aquila, costituiscono un ammanco di circa 280 milioni di euro che fa scendere la percentuale del contributo italiano al 5,9% e slittare il nostro Paese in settima posizione, dopo Giappone, Germania e Regno Unito (Tab. 2).

Se consideriamo esclusivamente gli anni recenti (molti donatori sono entrati solo negli ultimi anni nel meccanismo del Fondo Globale), la situazione italiana peggiora ulteriormente collocandosi in ottava posizione per il periodo 2006-2010 (con uno *share* sul totale del 4,5%) e addirittura in decima posizione (*share* del 3,6%) nel periodo 2007-2010, superata da Canada, Spagna e dalla Fondazione Gates¹². L'Italia, dunque, rischia non solo di compromettere la propria credibilità all'interno del Fondo ma anche di perdere il seggio unico (con diritto a un voto) che possiede all'interno del Consiglio di Amministrazione del Fondo Globale e che potrebbe venir reclamato da Paesi più attivi quali Spagna e Francia che, invece,

condividono lo stesso seggio e dividono il proprio voto.

3. L'ITALIA E LA LOTTA ALL'AIDS nel contesto della cooperazione sanitaria italiana

Al fine di analizzare come le risorse italiane destinate alla lotta all'AIDS si inseriscano all'interno dell'aiuto pubblico allo sviluppo per la salute e come il nostro Paese lavori per il rafforzamento dei sistemi sanitari nei Paesi in via di sviluppo maggiormente colpiti dalla pandemia è necessario analizzare i dati contenuti nei database dell'OECD¹³ che mostrano come l'Italia - dal 2002 al 2008

- abbia erogato in APS per la sanità¹⁴ quasi due miliardi di dollari, il 24,6% dei quali (pari a 468 milioni di dollari) tramite il canale bilaterale e il 76,4% (1,5 miliardi di dollari) tramite il canale multilaterale¹⁵.

Dei quasi due miliardi di dollari dell'APS italiano per la salute globale, l'Italia ne ha erogati, sempre in riferimento al periodo 2002-2008, 678,8 milioni specificatamente per il controllo delle malattie sessualmente trasmissibili (MST), inclusa l'HIV/AIDS: 28 milioni tramite il canale bilaterale e 650 tramite il multilaterale. Considerando - come abbiamo evidenziato in precedenza - che l'HIV/AIDS assorbe la quasi totalità dei finanziamenti per il controllo delle malattie a trasmissione sessuale e che il trattamento delle malattie sessualmente trasmissibili è un mezzo fondamentale per la prevenzione della diffusione dell'HIV, possiamo dire che oltre un terzo dell'aiuto pubblico allo sviluppo che il

13 Mentre la nostra analisi del contributo italiano nella lotta all'AIDS è stata fatta prevalentemente basandosi sui dati contenuti nel bollettino DIPCQ, integrando a questi dati i contributi al Fondo Globale forniti dal sito del GFATM, per l'analisi del contributo italiano all'intero settore sanitario ci basiamo sui database dell'OCSE-DAC. A differenza del DIPCQ, i database OECD sono espressi in dollari, sono aggiornati solo fino al 2008 e le erogazioni si riferiscono esclusivamente al periodo 2002-2008, ma l'utilizzo di questi strumenti è necessario se vogliamo valutare lo sforzo dell'Italia nella sanità in rapporto agli altri Paesi donatori e fare analisi comparative fra impegni ed esborsi.

14 Consideriamo come Aiuto Pubblico allo Sviluppo per la sanità la somma dei settori classificati dall'OECD come Health (Salute) e Population policies/programmes and reproductive health (Assistenza alla popolazione e salute riproduttiva).

15 Per l'analisi a livello multilaterale abbiamo identificato le agenzie multilaterali impegnate sulla salute che hanno ricevuto contributi dal nostro Paese e calcolato la percentuale che ognuna di queste veicola per specifici sotto-settori (purpose codes) del settore sanitario; di conseguenza abbiamo stimato il contributo italiano per ogni specifico sotto-settore veicolato tramite ognuna di queste agenzie.

12 Una fondazione privata che supera quindi un Governo G8 fra i contribuenti al Fondo Globale.



Tabella 3

L'Aiuto Pubblico allo Sviluppo italiano per la sanità e per la lotta all'AIDS, anni 2002-2008

Fonte: elaborazione ActionAid su dati OECD - Creditor Reporting System (CRS), settembre 2010.

	Settore sanitario in totale (in milioni di US\$)	Di cui specificatamente per il controllo delle MST incluso HIV/AIDS (in milioni di US\$)	% per MST/HIV/AIDS sul totale per la salute
Canale bilaterale	468,3	28,7	6,1
Canale multilaterale	1.520,0	650,1	42,8
Totale	1.988,3	678,8	34,1

nostro Paese destina per la sanità viene utilizzato esclusivamente per la lotta all'AIDS, con significative differenze fra canale bilaterale e multilaterale (tab. 3)¹⁶.

Ben oltre la metà dell'APS italiano per la sanità (1,1 miliardi di dollari) è attribuibile alla lotta alle tre principali malattie (34,1% AIDS; 13,4% malaria; 7,8% tubercolosi; vedi fig. 3), con il Fondo Globale che ne veicola da solo oltre il 90%.

Solo il 17,4% dell'APS sanitario italiano è attribuibile a interventi di sanità di base (cura della salute di base 14,5% e infrastrutture per la salute di base

2,9%¹⁷), con il canale bilaterale che veicola la maggior parte di questi fondi (un buon ruolo è giocato anche dal canale europeo; per contro, del miliardo di dollari che l'Italia ha erogato nel periodo 2002-2008 al Fondo Globale, solo 7,4 possono essere attribuiti a interventi di sanità di base¹⁸). Formazione, educazione medica e sviluppo del personale ricevono solo il 2% del totale delle erogazioni italiane per la sanità e in prevalenza tramite il canale bilaterale. Attività per salute

17 L'OCSE-DAC classifica come interventi di "Basic health care" (Cura della salute di base): programmi di cura della salute primaria e di base; programmi di cura paramedica e infermieristica; dotazione di medicine, farmaci e vaccini legati alla cura della salute di base. Vengono invece classificati come interventi di "Basic health infrastructure" (Infrastrutture per la salute di base): Ospedali di livello distrettuale, cliniche, dispensari e dotazione medica correlata; (escluse cliniche ed ospedali specializzati). Cfr. Ministero degli Affari Esteri - Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo, UFFICIO I, "Guida alla notifica dei dati sull'Aiuto Pubblico allo Sviluppo italiano per il Memorandum OCSE-DAC".

18 Nonostante le affermazioni del Fondo stesso di dare grande enfasi al rafforzamento dei sistemi sanitari (HSS), le attribuzioni del database Creditor Reporting System (CRS) dell'OECD-DAC mostrano che il Fondo Globale veicola una percentuale per la sanità di base molto bassa (0,7%),

riproduttiva e pianificazione familiare vengono prevalentemente effettuate tramite il Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione (UNFPA), l'Unione europea e il Fondo IDA (International Development Association) della Banca Mondiale, ma ricevono una percentuale bassissima sul totale delle erogazioni multilaterali e bilaterali (meno del 3%). Quasi il 15% è destinato ad attività di policy e gestione amministrativa (politiche per la sanità e gestione amministrativa 12,1%; politiche per la popolazione e gestione amministrativa 2,7%).

C'è una fondamentale differenza (come mostra la tab. 4) fra l'approccio adottato a livello bilaterale e l'approccio adottato a livello multilaterale. Mentre a livello bilaterale la sanità di base assorbe circa la metà del totale delle erogazioni italiane per l'intero settore sanitario (35% per interventi specifici di cura della salute

16 Il dato di 678,8 milioni di dollari, che si riferisce alle erogazioni italiane per il controllo delle MST incluso l'HIV/AIDS per il periodo 2002-2008 così come sono state attribuite dal database CRS dell'OECD, non si discosta particolarmente dalla cifra ricavata tramite l'analisi dei dati riportati dal DIFCO. Infatti, dalla tabella 1 si evince che per gli anni 2002-2008, l'Italia ha erogato 523,4 milioni di euro, che - ad un cambio medio per il periodo fissato fra gli 1,2 e gli 1,3 dollari per euro - possono verosimilmente corrispondere ai 678,8 milioni di dollari.

Tabella 4

Ripartizione per sotto-settori dell'Aiuto Pubblico allo Sviluppo italiano per la sanità, anni 2002-2008, erogazioni in milioni di US\$, canale bilaterale dettagliato e multilaterale dettagliato per Agenzia

Fonte: elaborazione ActionAid su dati CSR, settembre 2010.

	CANALE BILATERALE								CANALE MULTILATERALE								TOTALE			
	Settore pubblico	NGOs & società civile	Public-Private Partnerships (PPP)	Organizzazioni Multilaterali	Altro	Non definito	totale bilaterale	% sul totale bilaterale	AIDF(African Development Fund)	EU Institutions	Global Fund	IDA (Banca Mondiale)	UNAIDS	UNDP	UNFPA	UNICEF	Totale multilaterale	% sul totale multilaterale	tot bil+multi (in milioni di US\$)	% sul tot bil + multi
Politiche per la sanità e gestione amministrativa	24,3	4,9	0,0	16,4	0,0	43,4	88,9	19,0	12,0	68,9	0,0	70,8	0,0	0,2	0,0	0,0	151,9	10,0	240,8	12,1
Formazione/ educazione medica	11,5	4,3	0,0	0,0	0,0	8,9	24,7	5,3	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	25,0	1,3
Ricerca medica	1,0	0,4	0,0	0,0	0,0	1,1	2,5	0,5	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	2,8	0,1
Servizi medici	19,0	9,6	0,0	1,6	0,0	20,9	51,1	10,9	0,0	4,1	0,0	0,8	0,0	0,1	0,0	0,0	5,0	0,3	56,1	2,8
Cura della salute di base	38,4	12,8	0,0	1,6	0,0	110,9	163,8	35,0	0,3	99,4	7,4	11,6	0,0	0,1	0,0	5,4	124,0	8,2	287,8	14,5
Infrastrutture per la salute di base	6,1	3,5	0,0	1,1	0,0	38,1	48,9	10,4	0,0	7,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	8,2	0,5	57,1	2,9
Nutrizione di base	2,2	2,2	0,0	0,0	0,0	0,7	5,1	1,1	0,0	1,0	0,0	6,2	0,0	0,0	0,0	1,9	9,1	0,6	14,2	0,7
Controllo delle malattie infettive	4,0	1,4	0,0	0,7	0,0	4,1	10,2	2,2	0,7	56,7	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0	2,9	62,1	4,1	72,4	3,6
Educazione alla salute	1,2	2,3	0,0	0,0	0,0	3,4	6,9	1,5	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	1,6	0,1	8,5	0,4
Controllo della malaria	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	1,1	0,2	0,0	1,0	260,9	3,4	0,0	0,0	0,0	0,8	266,1	17,5	267,2	13,4
Controllo della tubercolosi	0,1	0,1	0,0	7,7	0,0	0,8	8,6	1,8	0,0	0,4	141,6	3,7	0,0	0,0	0,0	0,0	145,7	9,6	154,3	7,8
Sviluppo del personale sanitario	5,6	1,1	0,0	0,0	0,0	4,7	11,4	2,4	0,0	2,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	2,7	0,2	14,1	0,7
Politiche per la popolazione e gestione amministrativa	4,1	0,0	0,0	0,0	0,0	6,1	10,2	2,2	0,2	31,3	0,0	1,6	0,0	0,0	8,7	2,1	43,9	2,9	54,1	2,7
Cura della salute riproduttiva	0,8	1,2	0,0	1,3	0,0	1,9	5,2	1,1	0,1	22,6	0,0	9,8	0,0	0,0	11,7	1,3	45,5	3,0	50,8	2,6
Pianificazione familiare	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	2,4	0,5	3,4	0,2	3,5	0,2	
Controllo delle MST incluso l'AIDS	8,9	7,0	0,1	0,0	0,0	12,8	28,7	6,1	1,3	24,6	598,4	10,6	5,6	5,8	0,9	2,9	650,1	42,8	678,8	34,1
Sviluppo del personale per la popolazione e la salute riproduttiva	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,8	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0
Totale	127,3	51,0	0,1	30,4	0,0	259,4	468,3	100,0	14,5	322,0	1008,3	120,3	5,6	6,2	23,7	19,4	1520,0	100,0	1988,3	100,0

Figura 3

Ripartizione per sotto-settori dell'Aiuto Pubblico allo Sviluppo italiano per la sanità, anni 2002-2008

Fonte: elaborazione di ActionAid su dati CSR, settembre 2010.

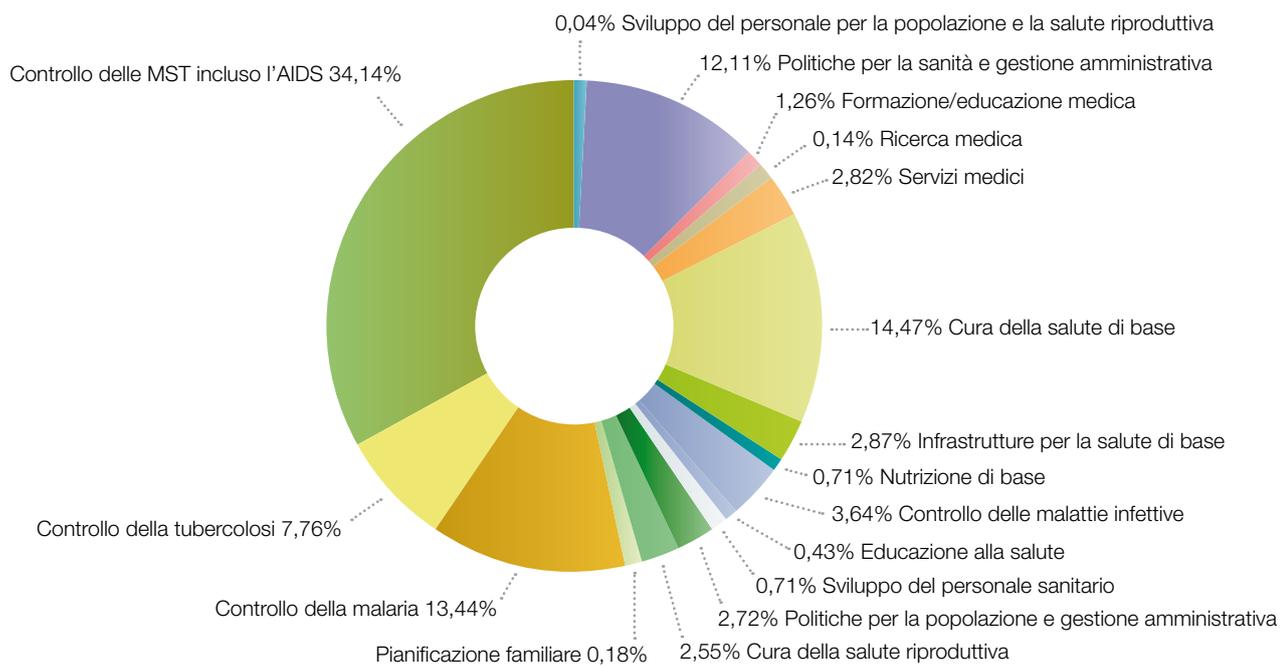


Figura 4

L'Aiuto Pubblico allo Sviluppo italiano per la sanità, anni 2002-2008, ripartizione per canali

Fonte: elaborazione di ActionAid su dati CRS-DAC, settembre 2010.

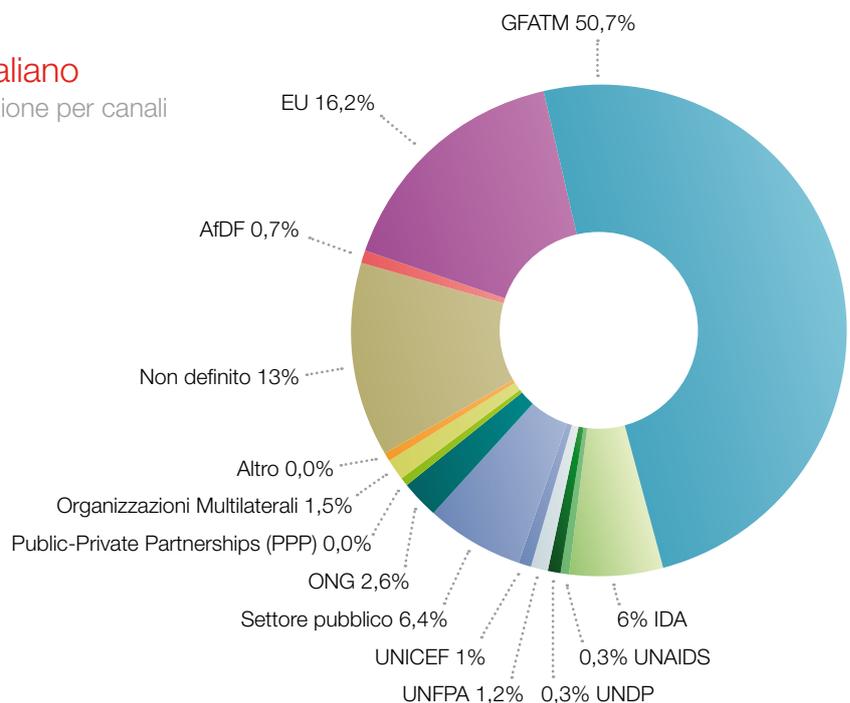


Tabella 5

Ripartizione per canali dell'Aiuto Pubblico allo Sviluppo italiano per la sanità, anni 2002-2008, erogazioni in milioni di US\$

Fonte: elaborazione ActionAid su dati CSR, settembre 2010.

Canale		Milioni di US\$	% sul totale
Bilaterale	Settore Pubblico (Paese donatore e Paese beneficiario)	127,3	6,4
	ONG	51,0	2,6
	Public-Private Partnerships (PPP)	0,1	0,0
	Organizzazioni Multilaterali	30,4	1,5
	Altro	0,0	0,0
	Non specificato	259,4	13,0
Totale Bilaterale		468,3	23,6
Canale		Milioni di US\$	% sul totale
Multilaterale	AfDF	14,5	0,7
	EU Institutions	322,0	16,2
	GAVI	0,0	0,0
	Global Fund	1008,3	50,7
	IDA	120,3	6,0
	UNAIDS	5,6	0,3
	UNDP	6,2	0,3
	UNECE	0,0	0,0
	UNFPA	23,7	1,2
	UNICEF	19,4	1,0
	Totale Multilaterale		1520,0
TOTALE BILATERALE + MULTILATERALE		1988,3	100

di base, 10,5% per infrastrutture per la salute di base e 2,4% per formazione del personale sanitario per i servizi di cura della salute di base) contro l'8% che viene destinato "verticalmente" per il controllo dell'AIDS (6,0%) della malaria (0,2%) e della tubercolosi (1,8%), a livello multilaterale quasi il 70% del totale dei fondi viene assorbito da attività per il controllo di AIDS (42,8%), tubercolosi (9,6%) e malaria (17,5%) e meno del 10% per la sanità di base (cure della salute di base per l'8,2%; infrastrutture per 0,5%; sviluppo personale sanitario per 0,2%). Quindi, mentre la nostra cooperazione tramite il canale bilaterale si distingue per un approccio orizzontale di rafforzamento dei sistemi sanitari di base, a livello multilaterale questa privilegia un approccio verticale di lotta a singole specifiche malattie.

Fra i canali utilizzati dalla nostra cooperazione sanitaria, spicca il Fondo Globale per la lotta all'AIDS, Tubercolosi e Malaria che veicola oltre la metà di tutto l'APS sanitario italiano (50,7%); il 16,2% è veicolato dall'Unione europea; il settore pubblico del Paese donatore e di quello beneficiario (quindi la DGCS, le

UTL, e il governo beneficiario) ricevono il 6,4%; le ONG il 2,6% (tab. 5 e fig. 4).

4. IMPEGNI ED ESBORSI

Al fine di comprendere se le erogazioni riportate sul database CRS dell'OCSE rispettino effettivamente gli impegni presi a livello bilaterale dall'Italia dobbiamo confrontarle con le cifre indicate - sempre sul CRS - come impegni. Considerando, come suggeriscono Piva & Dodds¹⁹, che ogni impegno, prima di essere effettivamente erogato, ha tempi di attesa variabili fra i due e i tre anni, verranno confrontate le erogazioni fatte dal nostro Paese nel periodo 2002-2008 con gli impegni presi nel periodo 1999-2005/2000-2006.

19. Paolo Piva & Rebecca Dodd, Where did all the aid go? An in-depth analysis of increased health aid flows over the past 10 years - Bull World Health Organ 2009;87:930-939

A livello bilaterale, per la lotta all'AIDS, l'Italia ha mantenuto i propri impegni avendo erogato 28 milioni di dollari nel periodo 2002-2008 a fronte di promesse stimabili per un valore compreso fra i 23 e i 26 milioni. Stesso discorso per il settore della salute dato che, a fronte di un impegno compreso fra i 412 e i 472 milioni di dollari, l'erogazione si è attestata a 468 milioni di dollari.

A livello multilaterale il calcolo è più complesso in quanto vanno stimati gli impegni dall'Italia nei confronti delle agenzie multilaterali che finanziano attività di carattere sanitario per poi confrontarli con gli effettivi esborsi. Senza addentrarci nel dettaglio di tutte le istituzioni impegnate nella lotta all'AIDS e nella salute globale che l'Italia finanzia a livello multilaterale, possiamo limitare l'analisi al Fondo Globale dal momento che veicola il 50% dei finanziamenti italiani per la salute e l'80% di quelli per la lotta all'AIDS. È quindi possibile affermare che i ritardi negli esborsi delle quote annuali non solo compromettono l'immagine del nostro Paese ma rendono difficile, per la comunità internazionale dei donatori, fare stime affidabili sul contributo italiano.

Tabella 6

I 20 principali Paesi beneficiari dell'APS per la lotta all'AIDS di tutti i donatori, dei Paesi DAC e italiano, anni 2002-2008

Fonte: elaborazione ActionAid su dati CSR, settembre 2010.

TUTTI I DONATORI (Paesi DAC tramite il canale bilaterale e Agenzie Multilaterali)			PAESI DAC (canale bilaterale)		ITALIA (canale bilaterale)			
	Paese	Milioni di US\$		Milioni di US\$		Milioni di US\$		
1	Sudafrica	1138,8	1	Sudafrica	949,4	1	Swaziland	4,0
2	Kenya	978,0	2	Kenya	869,5	2	Kenya	2,0
3	Nigeria	964,1	3	Nigeria	818,6	3	Uganda	1,7
4	Tanzania	927,9	4	Uganda	786,1	4	Etiopia	1,3
5	Etiopia	922,0	5	Tanzania	626,1	5	Tanzania	0,9
6	Uganda	893,8	6	Zambia	559,0	6	Namibia	0,8
7	Zambia	782,1	7	Mozambico	505,2	7	Camerun	0,7
8	India	661,6	8	Etiopia	483,4	8	India	0,5
9	Mozambico	634,8	9	India	371,5	9	Zimbabwe	0,4
10	Malawi	497,0	10	Botswana	352,4	10	Malawi	0,4
11	Ruanda	403,9	11	Zimbabwe	310,5	11	Rep.Dem. Congo	0,3
12	Botswana	367,1	12	Malawi	272,3	12	Zambia	0,3
13	Zimbabwe	349,3	13	Ruanda	254,9	13	Mozambico	0,2
14	Haiti	342,1	14	Haiti	229,0	14	Cile	0,2
15	Cina	333,3	15	Namibia	227,4	15	Ucraina	0,2
16	Namibia	298,5	16	Costa d'Avorio	186,8	16	Guinea equatoriale	0,2
17	Cambogia	255,9	17	Vietnam	173,2	17	Iran	0,1
18	Costa d'Avorio	243,0	18	Cambogia	167,6	18	Sudafrica	0,1
19	Rep.Dem. Congo	224,6	19	Indonesia	156,0	19	Cuba	0,1
20	Vietnam	212,7	20	Cina	139,9	20	Mauritania	0,1

Tabella 7

I 20 principali Paesi beneficiari dell'APS italiano bilaterale per HIV/AIDS, per la sanità e per la sanità di base, anni 2002-2008

Fonte: elaborazione ActionAid su dati CSR, settembre 2010.

HIV/AIDS			SANITÀ		SANITÀ DI BASE			
	Paese	Milioni di US\$		Milioni di US\$		Milioni di US\$		
1	Swaziland	4,0	1	Cina	39,2	1	Cina	35,6
2	Kenya	2,0	2	Argentina	34,9	2	Etiopia	19,3
3	Uganda	1,7	3	Sudafrica	28,1	3	Mozambico	18,5
4	Etiopia	1,3	4	Mozambico	26,9	4	Uganda	18,1
5	Tanzania	0,9	5	Uganda	25,7	5	Sudan	17,2
6	Namibia	0,8	6	Etiopia	25,5	6	Sudafrica	10,8
7	Camerun	0,7	7	Albania	21,7	7	Afghanistan	10,3
8	India	0,5	8	Sudan	20,4	8	Territori Autonomi palestinesi	8,8
9	Zimbabwe	0,4	9	Territori Autonomi palestinesi	17,5	9	Bolivia	7,7
10	Malawi	0,4	10	Iraq	12,2	10	Libano	7,4
11	Rep.Dem. Congo	0,3	11	Siria	12,1	11	Eritrea	7,1
12	Zambia	0,3	12	Libano	11,6	12	Tanzania	6,1
13	Mozambico	0,2	13	Afghanistan	10,7	13	Zimbabwe	5,7
14	Cile	0,2	14	Eritrea	8,7	14	Ex-Yugoslavia	5,0
15	Ucraina	0,2	15	Bolivia	8,6	15	Albania	4,9
16	Guinea equatoriale	0,2	16	Tanzania	8,5	16	Burkina Faso	4,7
17	Iran	0,1	17	Zimbabwe	8,2	17	Angola	4,7
18	Sudafrica	0,1	18	India	7,1	18	Siria	4,1
19	Cuba	0,1	19	Vietnam	6,7	19	Rep.Dem. Congo	3,2
20	Mauritania	0,1	20	Burkina Faso	6,4	20	Yemen	2,5



Foto: Kate Holt/Shoot The Earth/ActionAid

5. I PAESI PRIORITARI degli interventi italiani di lotta all'AIDS e per la salute

L'analisi del database CRS ci permette di stilare una classifica dei Paesi maggiori beneficiari dell'APS italiano bilaterale per la lotta all'AIDS e per la salute e di compararlo con quello degli altri Paesi DAC e di tutti i donatori internazionali.

Come mostra la tabella 6, è lo Swaziland il maggior beneficiario dell'APS italiano per la lotta all'AIDS con i 4 milioni di dollari ricevuti nel periodo 2002-2008, seguono Kenya (2 milioni di dollari), Uganda (1,7 milioni di dollari) ed Etiopia (1,3 milioni

di dollari). Tutti gli altri Paesi hanno ricevuto meno di un milione di dollari.

Dei primi 20 Paesi beneficiari dell'aiuto italiano per la lotta all'AIDS, 12 lo sono anche dell'aiuto complessivo di tutti i donatori e dei Paesi DAC. Fra gli otto che non lo sono troviamo lo Swaziland, trentunesimo a livello di tutti i donatori e quarantaquattresimo per i Paesi DAC.

Per valutare se l'Italia stia mantenendo fede alla strategia secondo la quale per combattere l'HIV/AIDS bisogna investire sui sistemi sanitari dei Paesi maggiormente colpiti dalla pandemia, esaminiamo quali sono quelli nei quali la cooperazione bilaterale italiana è maggiormente attiva nella lotta all'AIDS, nel settore sanitario in generale e per la sanità di base in particolare.

Sette Paesi fra i venti principali riceventi l'APS italiano per la lotta all'AIDS lo sono anche per la salute (Sudafrica, Mozambico, Uganda, Etiopia, Tanzania, Zimbabwe e India) e sei anche dell'APS italiano specifico per la sanità di base (Etiopia, Mozambico, Uganda, Sudafrica, Tanzania e Zimbabwe). Lo Swaziland, primo Paese beneficiario degli aiuti italiani per la lotta all'AIDS, è invece in venticinquesima posizione per quanto concerne la sanità (con 4,3 milioni di dollari ricevuti significa che la quasi totalità degli aiuti italiani per la sanità in Swaziland sono assorbiti da interventi di lotta all'AIDS) e in cinquantottesima posizione per quanto concerne gli aiuti per la sanità di base (avendo ricevuto solamente 0,3 milioni di dollari).



Foto: Kate Holt/Shoot The Earth/ActionAid

La tabella 8 analizza, per i dieci Paesi che ricevono la maggior quantità di aiuti italiani per la lotta all'AIDS, il ruolo giocato dalla nostra cooperazione rispetto alla lotta all'AIDS, alla sanità in generale, alla sanità di base e la coerenza della quantità di investimenti italiani per la lotta all'AIDS con la strategia italiana.

Ne emerge che:

- > Solo uno sui dieci Paesi maggiori beneficiari degli aiuti italiani per la lotta all'AIDS, il Mozambico, è priorità assoluta (priorità 1) della cooperazione italiana. Un altro Paese, il Kenya, è priorità 2 mentre gli altri otto non hanno alcuna priorità per la nostra cooperazione o la nostra presenza è limitata alla prosecuzione e conclusione delle iniziative già in corso.
- > In due Paesi, Swaziland e Namibia, i fondi per la lotta all'AIDS rappresentano la quasi totalità dei finanziamenti italiani per la salute; in Kenya, Malawi e Camerun rappresentano una considerevole proporzione che varia fra il 21% e il 36% mentre nei restanti cinque Paesi il rapporto è decisamente più bilanciato.
- > In otto Paesi su dieci, il contributo bilaterale italiano per la lotta all'AIDS rappresenta meno dello 0,5% di tutti i contributi bilaterali ricevuti per la lotta alla pandemia. Solamente in Swaziland il contributo italiano è particolarmente rilevante sul totale dei contributi bilaterali degli altri Paesi DAC (22,5%) e sul totale di tutti i fondi ricevuti per la lotta all'AIDS (4,3%), mentre in Camerun le percentuali sono del 3,4% su tutti i Paesi DAC e dello 0,7%

sul totale di tutti i fondi per l'AIDS.

- > Solamente in Swaziland l'Italia ricopre una posizione importante nella classifica dei Paesi DAC donatori per la lotta all'AIDS, al secondo posto dietro gli Stati Uniti (che hanno erogato 11 milioni di US\$ contro i 4 dell'Italia); In Camerun il nostro Paese è al quinto posto, in Namibia all'ottavo posto, nei restanti Paesi decimo o oltre.
- > In quattro Paesi su dieci - Uganda, Etiopia, Tanzania e Zimbabwe - lo sforzo italiano per la lotta alla pandemia è fortemente affiancato da un impegno per il rafforzamento della sanità di base.

Tabella 8

Analisi comparativa della performance italiana sui dieci Paesi maggiori beneficiari dell'APS italiano per la lotta all'AIDS

Fonte: elaborazione dati ActionAid su dati CRS, UNAIDS, Ministero Affari Esteri Italiano*, settembre 2010.

* La Cooperazione italiana allo sviluppo nel triennio 2010 - 2012. Linee - guida e indirizzi di programmazione, <http://www.cooperazioneallosviluppo.esteri.it/pdgs/italiano/LineeGuida/pdf/Linee-guida%20ita%20per%20Portale.pdf>

	Paese	HIV/AIDS							SALUTE IN GENERALE					STRATEGIA ITALIANA	
		US\$ (milioni) ricevuti da Italia (bilaterale) per HIV/AIDS	US\$ (milioni) ricevuti dal Paese per via bilaterale su HIV/AIDS	US\$ (milioni) ricevuti dal Paese per HIV/AIDS in totale	% del contributo italiano bilaterale su HIV/AIDS su tutti i fondi bilaterali ricevuti dal Paese per HIV/AIDS	posizione it fra i donors bilaterali nel Paese su hiv	% del contributo italiano bilaterale su HIV/AIDS su tutti i fondi ricevuti dal Paese per HIV/AIDS (bil+multi)	prevalenza HIV	US\$ (milioni) ricevuti da Italia (bilaterale) per sanità (incluso HIV/AIDS)	% APS italiano per HIV/AIDS nel Paese in rapporto all'APS italiano per la sanità Paese	US\$ (milioni) ricevuti da Italia per sanità di base	% APS italiano per sanità di base nel Paese in rapporto all'APS italiano per la sanità nel Paese	rapporto erogazioni HIV rispetto a erogazioni sanità di base	Tipo di Priorità del Paese per la cooperazione italiana	Presenza UTL nel Paese
1	Swaziland	4,0	17,5	91,2	22,5	2°	4,3	26,1	4,3	91,1	0,4	8,9	10:1	Presenza	no, dipende da Maputo
2	Kenya	2,0	869,5	978,0	0,2	12°	0,2	7,8	5,5	36,2	0,5	8,4	4:1	Priorità 2	si
3	Uganda	1,7	786,1	893,8	0,2	10°	0,2	5,4	25,7	6,6	18,1	70,5	1:10	Presente nel prossimo triennio, limitatamente alla prosecuzione e conclusione delle iniziative in essere	si
4	Etiopia	1,3	483,4	922,0	0,3	10°	0,1	2,1	25,5	4,9	19,1	74,9	1:14	Priorità 1: assoluta assieme a Mozambico	si
5	Tanzania	0,9	626,1	927,9	0,2	13°	0,1	6,2	8,5	11,1	4,1	48,7	1:4	Presente nel prossimo triennio, limitatamente alla prosecuzione e conclusione delle iniziative in essere	no, dipende da Nairobi
6	Namibia	0,8	227,4	298,5	0,4	8°	0,3	15,3	0,9	86,1	0,0	0,0	-	Nessuna	no
7	Camerun	0,7	20,4	95,6	3,4	5°	0,7	5,1	3,2	21,9	0,7	23,1	1:1	Presente nel prossimo triennio, limitatamente alla prosecuzione e conclusione delle iniziative in essere	no
8	India	0,5	371,5	661,6	0,1	11°	0,1	0,3	7,1	6,5	0,8	11,5	1:1,6	Nessuna	si
9	Zimbabwe	0,4	310,5	349,3	0,1	15°	0,1	15,3	8,2	5,1	4,2	51,7	1:10	Pronti ad intervenire in Zimbabwe, se il quadro politico registrerà sostanziali miglioramenti, con attività di emergenza e programmi delle ONG	no
10	Malawi	0,4	272,3	497,0	0,1	13°	0,1	11,9	1,6	22,9	0,0	0,0	-	Nessuna	no

Figura 5

Contributi italiani bilaterali e multilaterali per la lotta all'AIDS,

periodo 2002-2008, in dollari e in percentuale sul totale dei contributi di tutti i Paesi DAC e le agenzie multilaterali

Fonte: elaborazione dati ActionAid su database CSR, ottobre 2010.

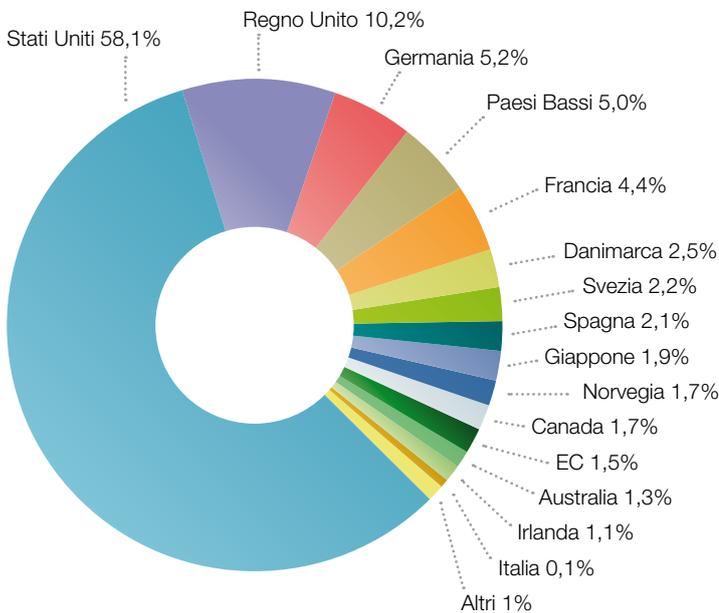
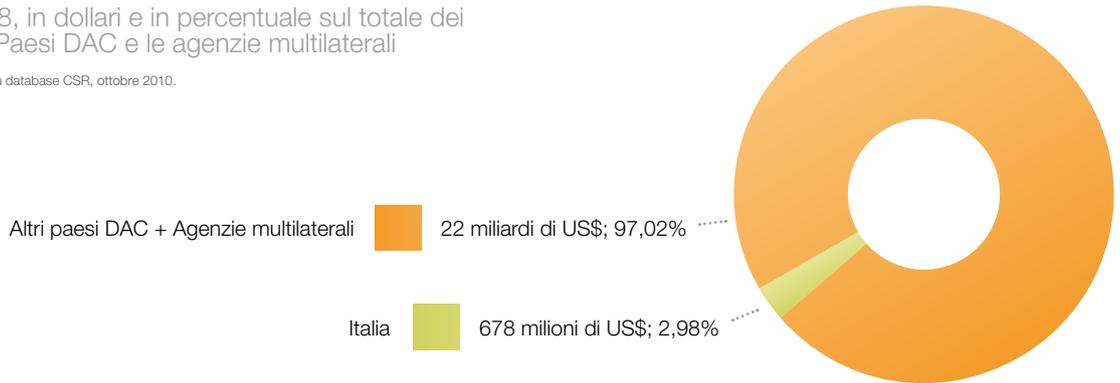


Figura 6

Erogazioni per Paese per la lotta all'AIDS,

anno 2009 in percentuale sul totale delle erogazioni G8/EC e altri governi donatori

Fonte: UNAIDS - Kaiser Family Foundation 2010.

Figura 7

Risorse erogate per Paese per la lotta all'AIDS,

anno 2009, in relazione allo share del PIL mondiale

Fonte: UNAIDS - Kaiser Family Foundation 2010.

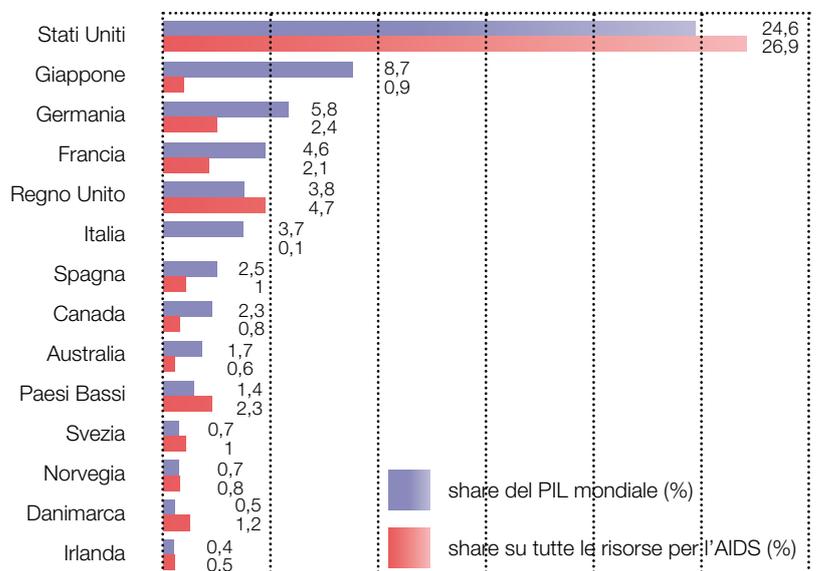


Tabella 9

Contributi bilaterali per la lotta all'AIDS dei Paesi DAC, periodo 2002-2008, in milioni di dollari e in percentuale sul totale

Fonte: elaborazione dati ActionAid su database CSR, ottobre 2010.

		Milioni di US\$	% sul totale
Totale Paesi DAC		16.577,1	100,0
1	Stati Uniti	12592,5	76,0
2	Regno Unito	1377,2	8,3
3	Canada	373,8	2,3
4	Svezia	363,6	2,2
5	Paesi bassi	327,9	2,0
6	Germania	318,8	1,9
7	Irlanda	274,4	1,7
8	Norvegia	264,2	1,6
9	Australia	211,4	1,3
10	Belgio	112,8	0,7
11	Spagna	100,6	0,6
12	Danimarca	69,2	0,4
13	Giappone	34,6	0,2
14	Italia	28,7	0,2
15	Lussemburgo	28,2	0,2
16	Francia	24,1	0,1
17	Grecia	21,5	0,1
18	Svizzera	17,8	0,1
19	Nuova Zelanda	15,1	0,1
20	Austria	9,2	0,1
21	Finlandia	8,3	0,1
22	Corea	2,5	0,0
23	Portogallo	0,5	0,0

Tabella 10

Contributi per la lotta all'AIDS dei Paesi DAC (bilaterali + contributi al Fondo Globale), periodo 2002-2008, in milioni di dollari e in percentuale sul totale

Fonte: elaborazione dati ActionAid su database CSR, ottobre 2010.

		Milioni di US\$	% sul totale
1	Stati Uniti	14.668,3	63,6
2	Regno Unito	1.814,2	7,9
3	Francia	994,5	4,3
4	Germania	743,3	3,2
5	Canada	706,6	3,1
6	Italia	627,1	2,7
7	Svezia	588,2	2,5
8	Paesi Bassi	586,5	2,5
9	Giappone	537,0	2,3
10	Norvegia	396,6	1,7
11	Irlanda	354,6	1,5
12	Spagna	323,8	1,4
13	Australia	268,1	1,2
14	Belgio	159,5	0,7
15	Danimarca	156,3	0,7
16	Lussemburgo	38,6	0,2
17	Svizzera	37,8	0,2
18	Grecia	22,7	0,1
19	Nuova Zelanda	16,4	0,1
20	Finlandia	14,8	0,1
21	Austria	9,2	0,0
22	Corea	7,0	0,0
23	Portogallo	6,8	0,0
TOTALE PAESI DAC		23.078,0	100

6. IL PESO DELL'ITALIA nella lotta all'AIDS e per la salute globale

Come abbiamo visto in precedenza, l'Italia, nel periodo 2002-2008, ha erogato in aiuto pubblico allo sviluppo per il settore sanitario 1.988,3 milioni di dollari (1.520 sul canale multilaterale e 468,3 sul canale bilaterale). Di questi il 34%, pari a 678,8 milioni di dollari, sono stati erogati per la lotta all'AIDS (28,7 milioni sul canale bilaterale e 650,1 sul multilaterale).

Sempre nel periodo 2002-2008, tutti i Paesi DAC hanno erogato per la lotta alle malattie a trasmissione sessuale, inclusa l'HIV/AIDS, 16,5 miliardi di dollari: i 28,7 milioni di dollari erogati dall'Italia a livello bilaterale per la lotta all'AIDS rappresentano quindi solo lo 0,17% del totale dei contributi bilaterali erogati, relegando il nostro Paese in quattordicesima posizione nella classifica dei Paesi DAC finanziatori della lotta all'AIDS. A parte il ruolo degli Stati Uniti, che da soli contribuiscono per il 76% del totale, sono da evidenziare i contributi

consistenti di Paesi come Regno Unito, Canada, Svezia, Paesi Bassi, Germania, Irlanda e Norvegia (Tab. 9).

I 678,8 milioni di dollari che l'Italia ha erogato in totale per la lotta all'AIDS, nel periodo 2002-2008, sia sui canali bilaterale che multilaterale, rappresentano una percentuale pari al 3% circa sulla cifra complessiva delle erogazioni di tutti i Paesi DAC a livello bilaterale e delle agenzie multilaterali (stimabili in 22,7 miliardi di dollari), che risulta quindi decisamente superiore alla soglia dello 0,17% (V. Fig. 5).

Per cercare di avere un quadro di quali siano i Paesi DAC più virtuosi nella lotta all'AIDS, a livello bilaterale e multilaterale, e considerando che i due terzi dei contributi multilaterali per la lotta all'AIDS provengono dal Fondo Globale, è stata creata una graduatoria combinata delle erogazioni che ogni Paese, nel periodo 2002-2008, ha effettuato a livello bilaterale e al Fondo Globale. Ne risulta che l'Italia - con i 28 milioni di dollari erogati a livello bilaterale e i 598 di contributi al Fondo Globale, che rappresentano il 59% del miliardo di dollari erogati per la lotta

all'AIDS²⁰ - raggiunge un totale di 627 milioni di dollari che la posizionano al sesto posto fra i Paesi DAC, con una *share* del 2,7% (Tab. 10).

In sintesi, nel periodo 2002-2008 l'Italia ha ricoperto un'ottima posizione fra i donatori del Fondo Globale a cui però corrisponde una posizione molto bassa fra i Paesi DAC a livello bilaterale.

Tuttavia, il mancato pagamento al Fondo Globale della rata relativa al 2009, rischia di compromettere seriamente questa graduatoria. Secondo l'agenzia UNAIDS e la Kaiser Family Foundation, nel 2009 il nostro Paese ha contribuito solo per lo 0,1% sul totale dei 7,6 miliardi di dollari erogati dai Paesi G8/EC e dagli altri governi donatori (fig. 6).

Di conseguenza, la percentuale delle risorse che l'Italia ha erogato, sul totale di quelle disponibili per il 2009 per la lotta all'AIDS, è decisamente inferiore al peso economico ricoperto a livello internazionale (fig. 7).

²⁰ Questi 598 milioni di dollari rappresentano il 59% del miliardo di dollari che l'Italia ha erogato al Fondo Globale dalla sua creazione al 2008 per le tre malattie in totale; il 59% è la percentuale che il Fondo Globale, in media, ha destinato specificatamente per la lotta all'AIDS sul totale dei fondi.

Tabella 11

Contributi bilaterali per il settore sanitario dei Paesi DAC, periodo 2002-2008, in percentuale sul totale

Fonte: elaborazione dati ActionAid su database CSR, ottobre 2010.

	Paese	% sul totale
1	Stati Uniti	50,07
2	Regno Unito	11,10
3	Giappone	4,59
4	Paesi Bassi	3,96
5	Germania	3,92
6	Canada	3,80
7	Francia	3,59
8	Svezia	2,95
9	Spagna	2,70
10	Norvegia	2,69
11	Australia	2,22
12	Irlanda	1,92
13	Belgio	1,70
14	Italia	1,06
15	Danimarca	0,97
16	Svizzera	0,69
17	Lussemburgo	0,50
18	Finlandia	0,37
19	Corea	0,36
20	Grecia	0,33
21	Nuova Zelanda	0,20
22	Austria	0,16
23	Portogallo	0,15
TOTALE PAESI DAC		100

La fotografia dell'Italia all'interno del panorama dei donatori internazionali per quanto concerne l'impegno nella salute globale, non differisce molto da quella specifica per la lotta all'AIDS.

I 468 milioni di dollari che l'Italia ha erogato nel periodo 2002-2008 per l'intero settore sanitario a livello bilaterale rappresentano, infatti, solo l'1% del totale dei contributi bilaterali dei Paesi DAC destinati alla sanità nello stesso periodo, relegando di fatto il nostro Paese alla quattordicesima posizione (tab. 11). I maggiori donatori continuano a essere Stati Uniti e Gran Bretagna.

La posizione ricoperta dall'Italia, che per l'intero settore sanitario affida una grossa parte delle proprie risorse al canale multilaterale, migliora se consideriamo l'APS per la salute nel suo complesso: i quasi 2 miliardi di dollari erogati rappresentano infatti poco meno del 3% del totale (stimato in 67 miliardi di dollari) delle risorse dei Paesi DAC (via bilaterale) e delle agenzie multilaterali (vedi fig. 8).

Il mancato pagamento della rata 2009 al Fondo Globale, che veicola oltre la metà dei fondi italiani per la sanità, compromette anche la posizione fra

i donatori per la salute globale.

Infine, possiamo analizzare i contributi italiani bilaterali e multilaterali per la lotta all'AIDS e per la salute in riferimento all'APS e al PIL. E' stato stabilito a livello internazionale che per raggiungere gli obiettivi di Sviluppo del Millennio i Paesi donatori dovrebbero destinare, entro il 2015, almeno lo 0,7% del proprio PIL in Aiuto Pubblico allo Sviluppo; tappa intermedia di questo percorso è lo 0,51% entro il 2010. Per il raggiungimento in particolare degli obiettivi di sviluppo del millennio concernenti la salute (4, 5 e 6), la Commissione sulle Macroeconomie e la Salute (Commission on Macroeconomics and Health) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) raccomanda a tutti i donatori di allocare lo 0,1% del proprio PIL specificatamente per la salute (equivalente al 15% dello 0,7%).

L'Italia, dal 2002 al 2008 ha erogato in aiuto pubblico per lo sviluppo un totale di circa 28 miliardi di dollari che rappresentano in media solo lo 0,2% del PIL totale per questi stessi anni, rimanendo notevolmente sotto la soglia dello 0,7%. Di conseguenza, anche i

quasi due miliardi di dollari erogati per la salute, risultano essere inferiori alla soglia dello 0,1% raccomandata dall'OMS.

L'APS reale italiano per il periodo 2002-2008 - al netto dei costi amministrativi, di quelli per i rifugiati in Italia e di quelli per la conversione del debito - risulta essere, secondo il database dell'OECD²¹, pari a 18,3 miliardi di dollari (3,6 miliardi veicolati sul canale bilaterale e 14,6 su quello multilaterale). Di conseguenza, i 468,3 milioni di dollari, erogati attraverso il canale bilaterale come APS sanitario fra il 2002 e il 2008, rappresentano il 12,69% dell'intero APS italiano mentre i quasi due miliardi dell'APS sanitario, sul totale dell'aiuto pubblico allo sviluppo, per il periodo 2002-2008, rappresentano il 10,85%.

Quindi, mentre il rapporto dell'APS sanitario sul totale dell'APS reale, al netto della conversione del debito, non è molto lontano dalla soglia del 15% raccomandata dall'OMS, l'APS sanitario è decisamente sottodimensionato in rapporto al PIL del nostro Paese e costituisce appena lo 0,016%, ben lontano dall'auspicato 1% (vedi tab. 12).

²¹ http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=ODA_DONOR

Figura 8

Contributi italiani bilaterali e multilaterali per la salute,

periodo 2002-2008, in dollari e in percentuale sul totale dei contributi di tutti i Paesi DAC e le agenzie multilaterali

Fonte: elaborazione dati ActionAid su database CSR, ottobre 2010.

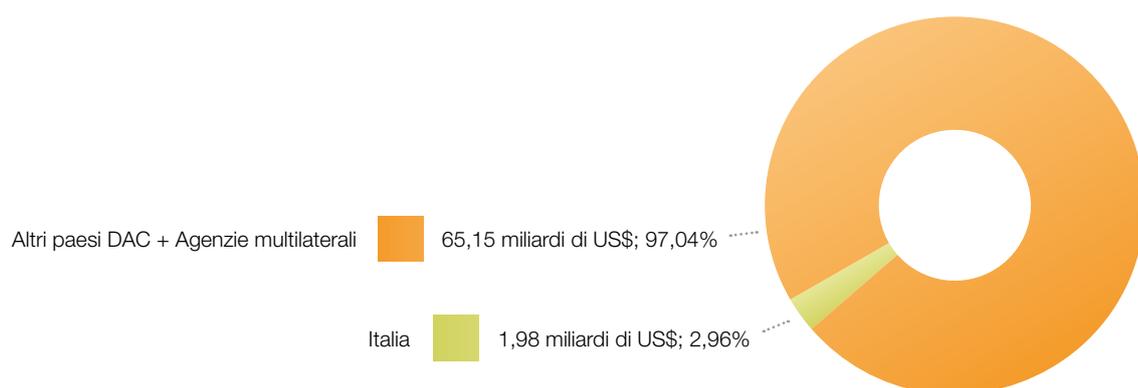


Tabella 12

L'APS italiano per la sanità in rapporto all'APS totale (a) e al PIL (b),

periodo 2002-2008, in milioni di dollari e in percentuale

Fonte: elaborazione dati ActionAid su dati OECD, ottobre 2010.

Tabella 12 a)

	canale bilaterale	canale multilaterale	Totale
APS italiano reale	3692,7	14638,7	18330,5
APS italiano per la sanità	468,3	1519,9	1988,3
% APS sanitario su APS totale reale	12,69%	10,38%	10,85%

Tabella 12 b)

	2002-2008	obiettivo 2015
% APS italiano totale su PIL	0,20%	0,7%
% APS sanitario italiano totale su PIL	0,016%	0,1%

CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI



Questo rapporto ha analizzato il ruolo dell'Italia nella lotta all'AIDS, delineando i contorni del suo impegno per sconfiggere la pandemia. Ne esce un ritratto tra luci e ombre che, purtroppo negli ultimi anni ha visto fare al nostro Paese significativi passi indietro rispetto al passato.

Nell'anno in cui si sarebbe dovuto assistere al raggiungimento dell'obiettivo dell'Accesso universale alle terapie, le sfide che si pongono di fronte alla comunità internazionale sono ancora molte e sempre più complicate. I Paesi donatori saranno chiamati ad un nuovo e più sistemico approccio alla lotta all'AIDS se vorranno raggiungere al più presto l'obiettivo mancato quest'anno.

Quello che è certo è che ciascun paese donatore dovrà assumere su di sé impegni e responsabilità sempre maggiori se si vorrà dare nuova linfa alla lotta all'AIDS. L'Italia sarà chiamata a fare la sua parte ed è necessario per questo un immediato cambio di rotta: il primo passo per sconfiggere la pandemia è avere da parte di tutti i donatori delle risposte certe su quale sarà la loro strategia nella lotta all'AIDS nei prossimi anni. L'Italia sembra essere ancora lontana ed è su questo, su impegni certi e concreti, che dovrà muoversi. E' su questo piano che si gioca la credibilità internazionale del nostro Paese, sulla capacità di impegnare risorse per il prossimo futuro, mettendo in pari i conti del passato.

Il tema della quantità dell'aiuto, però, deve necessariamente essere accompagnato da quello della qualità e dell'efficacia dell'aiuto stesso. Se da un lato è essenziale il contributo che il nostro Paese destina al Fondo Globale per la lotta all'AIDS, dall'altra è importante affiancargli adeguati interventi di rafforzamento dei sistemi sanitari di base, attraverso quell'approccio sempre più "sistemico", che è la base per combattere efficacemente la pandemia.

Sulla base dell'analisi compiuta da ActionAid sul contributo italiano alla lotta all'AIDS, si raccomanda al Governo di:

- 1 elaborare un documento sintetico che illustri la strategia italiana in tema di lotta all'HIV/AIDS e l'impegno finanziario italiano;**
- 2 concentrare gli sforzi bilaterali per la lotta all'AIDS nei Paesi che sono prioritari per la nostra cooperazione;**
- 3 affiancare, laddove l'Italia interviene con programmi di lotta all'AIDS, adeguati interventi per il rafforzamento della sanità di base;**
- 4 elaborare un piano di rientro per i contributi non ancora versati al Fondo Globale e comunicare pubblicamente quanto prima la data per l'avvio dei pagamenti;**
- 5 impegnarsi quanto prima a favore del Fondo Globale per il triennio 2011-13, assumendosi comunque un impegno non inferiore a 130 milioni di euro all'anno;**
- 6 approvare in Consiglio dei Ministri il "Piano per il riallineamento Europeo dell'aiuto italiano" che punti a centrare lo 0,7% del PIL nel 2015 in modo che il contributo italiano alla realizzazione degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio per la salute possa raggiungere lo 0,1% del PIL.**

ActionAid è un'organizzazione internazionale indipendente presente in oltre 40 paesi che, insieme alle comunità più povere, agisce contro la povertà e l'ingiustizia.

ActionAid

Via Broggi 19/A
20129 Milano
Tel. 02 742001
Fax 02 29537373

Via Tevere 20
00198 Roma
Tel. 06 45200510
Fax 06 5780485

Partita IVA
12704570154
Codice Fiscale
09686720153

e-mail
informazioni@actionaid.org
web
www.actionaid.it

act!onaid