

**act:onaid**  
international



Ogni promessa  
è debito

L'impegno italiano  
nella lotta  
all'**HIV/AIDS**:  
promesse  
internazionali  
e azioni concrete

Novembre 2004

# Ogni promessa è debito

L'impegno italiano  
nella lotta  
all'**HIV/AIDS**:  
promesse internazionali  
e azioni concrete

Novembre 2004

**act:onaid**  
international

# 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. Anche nei Paesi più ricchi interviene per coinvolgere i cittadini, le imprese e le istituzioni, per evidenziarne 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 dal 1989, è una ONLUS riconosciuta come Ente Morale e come Organizzazione Non Governativa dal Ministero degli Affari Esteri.

Ricerca a cura di  
Iacopo Viciani, Paola Giuliani, Claudia Trezza.

Rapporto finale a cura di  
Luca De Fraia, Marco De Ponte, Stefania Donaera, Paola Giuliani, Iacopo Viciani.

Editing  
Irene Amodei.

Revisione editoriale  
Benedetta Longobardi.

ActionAid International esprime 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.

Redazione chiusa il 5 novembre 2004.

# Sommario

Introduzione	pag. 4
Sintesi	pag. 5
Un patto globale contro una crisi globale	pag. 7
La Dichiarazione delle Nazioni Unite	pag. 7
La cinquantottesima sessione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite	pag. 8
Risorse per lo sviluppo e lotta all'HIV/AIDS	pag. 10
Le difficoltà metodologiche del monitoraggio	pag. 10
Fonti di riferimento	pag. 11
Il contributo italiano per la lotta all'HIV/AIDS e l'andamento dell'APS	pag. 11
Contributi bilaterali per la lotta all'HIV/AIDS	pag. 13
Contributi multilaterali per la lotta all'HIV/AIDS	pag. 15
Il Fondo Globale per la Lotta all'AIDS, TB e Malaria: una priorità per l'Italia?	pag. 17
L'accesso ai farmaci	pag. 18
BOX nel testo	
Italia, G8 e lotta all'HIV/AIDS	pag. 9
Il sistema di rapportistica canadese	pag. 11
Legislazioni sui brevetti: il caso del Canada e della Norvegia	pag. 20
Raccomandazioni	pag. 22
Lista degli acronimi	pag. 23
Elenco degli esperti intervistati	pag. 24

“ L’attività politica e le misure di budget procedono come rette parallele che non convergono mai. E i tagli avvengono indipendentemente dagli impegni presi, anche a livello internazionale (...). Noi politici possiamo ripetere all’infinito che è giusto rispettare l’accordo (...), ma...”

*Giuseppe Deodato, ministro plenipotenziario, direttore generale per la Cooperazione allo Sviluppo (intervista a “Vita”, settembre 2004, sul mancato contributo italiano al Fondo Globale per la Lotta all’AIDS, Tubercolosi e Malaria).*

# Introduzione

Il 2004 rischia di segnare una brusca e significativa “battuta d’arresto” nell’impegno italiano a favore delle decine di milioni di persone colpite dall’HIV/AIDS. Alla fine di ottobre il trasferimento delle risorse italiane promesse al Fondo Globale per la Lotta all’AIDS, Tubercolosi e Malaria (Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, GFATM) non era ancora stato effettuato. Nella dichiarazione del ministro Giuseppe Deodato si fa ricadere solo sulle procedure amministrative la responsabilità di una possibile riduzione del contributo italiano all’aiuto pubblico allo sviluppo (APS) ed alla lotta all’HIV/AIDS. A questa dichiarazione fa eco la valutazione<sup>1</sup> compiuta dall’Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (Organisation for Economic and Development Cooperation, OECD). L’OECD ha indicato nel processo di approvazione del bilancio del Ministero degli Affari Esteri, agganciato alla legge finanziaria, l’elemento che più incide sulla possibilità di assumere e portare avanti impegni finanziari pluriennali. Il documento dell’OECD raccomanda, perciò, una maggiore autonomia finanziaria per la cooperazione italiana, un miglior coordinamento con il Ministero del Tesoro e uno snellimento generale delle procedure.

Ma è opportuno ridurre la questione dell’HIV/AIDS e l’impegno italiano nell’azione globale contro l’epidemia alla stregua di un problema puramente procedurale e amministrativo? Probabilmente no. Nel 2000 al Consiglio Economico e Sociale delle Nazioni Unite la pandemia dell’HIV/AIDS è stata definita una minaccia per la sicurezza nel Nord come nel Sud del mondo<sup>2</sup>: l’impatto della sindrome da immunodeficienza acquisita è così profondo e duraturo da mettere in forse il futuro di interi continenti. Nel 2004 l’HIV/AIDS veniva definita come la più grande sfida che l’umanità sarà chiamata ad affrontare nel Terzo Millennio, prima ancora della fame o delle emergenze climatiche. Solo lo stanziamento globale di 22,3 miliardi di euro entro il 2010 potrà permettere di risparmiare 28 milioni di vite ed evitare il collasso dei paesi più colpiti<sup>3</sup>.

**Da tempo, situazioni d’emergenza sempre più numerose e allarmanti, unite alle pressioni esercitate dall’opinione pubblica spingono i Governi a lanciarsi in dichiarazioni d’impegno a lungo termine che sulla carta li vincolerebbero a mettere in atto politiche concrete; tuttavia, nei fatti, questi impegni spesso mancano di scadenze chiare e quantità precise.** Il 2001 ha segnato, in questo senso, una svolta. Per la prima volta sono stati sottoscritti impegni con obiettivi espliciti e tempi definiti. La Dichiarazione d’impegno adottata, nel giugno 2001, da 189 Paesi membri delle Nazioni Unite nel corso della ventiseiesima Sessione Speciale dell’Assemblea Generale (UNGASS) è nei fatti il primo vero piano d’azione globale mai elaborato per affrontare l’epidemia, prevedendo soglie minime d’intervento per differenti settori. Nel 2005 l’Assemblea Generale sarà chiamata a valutare i progressi fatti su scala globale, ma le organizzazioni intergovernative attive nella lotta all’HIV/AIDS hanno fin da subito avviato un monitoraggio costante dell’evoluzione dei bisogni e del rispetto degli impegni presi, soprattutto per quanto riguarda gli stanziamenti di risorse e l’accesso alle cure.

Nel 2002, a un anno di distanza dalla Dichiarazione, UNAIDS portava già da 8,2 a 8,7 miliardi di euro le risorse da stanziare annualmente entro il 2005 per finanziare i programmi di prevenzione e sostegno alla lotta all’HIV/AIDS. Sommando bilanci nazionali, cooperazione internazionale e donazioni private, a oggi l’ammontare complessivo a disposizione non supera i 3,9 miliardi di euro<sup>4</sup>. Più di 4 milioni di persone colpite da HIV/AIDS hanno urgente bisogno di terapie; appena il 2% dei malati riceve cure adeguate. Dal 2001 al 2003 a livello internazionale sono state promosse alcune iniziative volte a facilitare la raccolta e l’esborso delle risorse – il Fondo Globale per la lotta all’AIDS, Tubercolosi e Malaria – e a estendere l’accesso alle cure – la “3x5” dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e la riforma della legislazione sui brevetti – ma la loro sostenibilità e il loro successo dipendono dalla volontà dei singoli Stati.

<sup>1</sup> OECD, “Italy: DAC peer review”, ottobre 2004. In: [http://www.oecd.org/document/49/0,2340,en\\_2649\\_33721\\_33741553\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/49/0,2340,en_2649_33721_33741553_1_1_1_1,00.html).

<sup>2</sup> <http://www.aegis.com/news/usis/2000/US000716.html>.

<sup>3</sup> Se la stima venisse confermata, gli stessi studiosi hanno stimato un ritorno economico globale pari a 40 volte il capitale investito. Si veda <http://www.copenhagenconsensus.com>.

<sup>4</sup> UNAIDS, “Fact Sheet, Meeting the Need”, 25 novembre 2003.



ActionAid International crede che l'accesso alle cure farmacologiche e psicologiche debba essere equo, evitando discriminazioni di sesso, razza, luogo ed età.

## Sintesi

L'Italia ha pubblicamente aderito alla Dichiarazione, ha riconosciuto l'estrema urgenza del problema dell'HIV/AIDS e ha svolto un importante ruolo nella creazione del GFATM. **Tuttavia, la mancanza a tutt'oggi di un documento strategico della cooperazione italiana che sistematizzi i vari obiettivi, stabilendo indispensabili sinergie tra i dicasteri coinvolti, contribuisce a rendere l'impegno italiano sul fronte della lotta all'HIV/AIDS meno efficace.** In che misura l'Italia sta trasformando questi impegni in risorse finanziarie e in atti legislativi?

Le risorse complessive che l'Italia ha destinato a combattere l'epidemia nel biennio 2000-2002 sono difficili da stimare con esattezza poiché non esistono fonti che considerino la sola componente HIV/AIDS disaggregandola da programmi d'intervento più generali di lotta alla povertà. Le informazioni di cui disponiamo riportano un aumento del contributo tra il 2000 e il 2001, che arriva addirittura a superare gli stanziamenti a sostegno del settore sanitario nei Paesi in Via di Sviluppo (PVS), e che si stabilizza nel corso del 2002. Nel 2003 le allocazioni complessive per l'Aiuto Pubblico allo Sviluppo si sono ridotte, allontanando così l'Italia dall'obiettivo europeo dello 0,33% APS/PIL (Prodotto Interno Lordo) per il 2006. Nel caso italiano le risorse per la lotta all'HIV/AIDS attraverso il canale bilaterale si stimano tra il 6-11% per il 2002. Il 48% degli stanziamenti è stato veicolato in questi stessi anni attraverso il GFATM e il contributo alle altre organizzazioni multilaterali è rimasto costante. Il sostegno al GFATM rischia però di ridursi drasticamente, se non di azzerarsi, nel 2004. Mentre è aumentato l'ammontare dei finanziamenti per progetti sull'HIV/AIDS promossi dalle Organizzazioni Non Governative (ONG), si sono ridotti i "fondi a gestione diretta".

**ActionAid International crede che l'epidemia di HIV/AIDS sia da considerarsi una crisi che minaccia lo sviluppo e che vada affrontata con un adeguato stanziamento di risorse e con interventi a carattere olistico. La risposta all'epidemia non deve limitarsi a una dimensione strettamente sanitaria, ma deve intervenire sul contesto di povertà, disuguaglianza e discriminazione che favorisce il diffondersi del virus, contribuendo all'affermazione dei diritti dei malati. Ogni intervento di cooperazione allo sviluppo dovrebbe integrare una componente di lotta all'HIV/AIDS ed essere in grado di valutare l'impatto che ha avuto sull'epidemia nelle comunità più povere e marginali.**

Per quel che riguarda l'accesso ai farmaci, la mancanza di un coordinamento tra Ministero degli Affari Esteri, Ministero della Salute e Ministero delle Attività Produttive riduce la capacità dell'Italia di avere una posizione chiara sia sulla "3x5", sia sull'applicazione della nuova riforma approvata nel 2003 dall'Organizzazione Mondiale del Commercio (OMC) in materia di legislazione sui brevetti. Sul primo punto infatti, accanto alle dichiarazioni di sostegno all'iniziativa dell'OMS, non mancano le critiche all'interno dell'amministrazione relative alla sua sostenibilità e alla sua compatibilità con i sistemi sanitari dei PVS. Malgrado queste perplessità, l'Italia è però già indirettamente coinvolta, come avremo modo di spiegare, nel sostegno tecnico alla "3x5". Sulla questione della riforma della legislazione internazionale sui brevetti, invece, l'Italia non si è mai dimostrata un attore particolarmente sollecito, neppure al momento dei negoziati come presidente di turno dell'Unione Europea. La stessa mancanza di leadership e carenza di iniziativa si sta confermando nella fase di messa in opera della riforma, al punto che è del tutto assente un dibattito istituzionale sul proposto regolamento europeo di modifica della legislazione nazionale sui brevetti.

Con la sottoscrizione della Dichiarazione [d'impegno per la lotta all'HIV/AIDS in sede Nazioni Unite], l'Italia si è impegnata di fronte a 188 Paesi ed ha contribuito ad alimentare le speranze di 36 milioni di malati di AIDS.

Questa inerzia legislativa paralizza il potenziale dell'industria italiana di farmaci generici nella produzione di terapie antiretrovirali, impedendo un aumento della produzione globale, un miglioramento della quantità e qualità e, per conseguenza, una riduzione dei prezzi.

ActionAid International apprezza lo sforzo ambizioso lanciato dalla "3x5" ed è convinta altresì che le cure per l'HIV/AIDS debbano, in futuro, includere tanto la somministrazione di farmaci antiretrovirali quanto interventi contro la malnutrizione e l'offerta di un sostegno psicologico ai malati. L'accesso alle cure, farmacologiche e psicologiche, deve essere equo, evitando discriminazioni di sesso, razza, luogo ed età. Il trattamento antiretrovirale va somministrato a vita e deve quindi essere adeguatamente finanziato. Il rafforzamento dei sistemi sanitari nazionali è essenziale per far fronte all'impatto dell'epidemia ed espandere in maniera sostenibile l'accesso alle cure.

Sono passati più di tre anni dall'adozione della Dichiarazione d'impegno per la lotta all'HIV/AIDS e solo un anno ci divide dalla scadenza per il raggiungimento dei suoi obiettivi intermedi. Sono più che mai necessarie azioni concrete che trasformino le promesse in interventi adeguati a sostegno degli sforzi delle comunità del Sud e delle iniziative internazionali promosse nello spirito della ventiseiesima Sessione Speciale dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite.

Con la sottoscrizione della Dichiarazione, l'Italia si è impegnata di fronte a 188 Paesi ed ha contribuito ad alimentare le speranze di 36 milioni di malati di AIDS.

ActionAid International raccomanda pertanto al Governo italiano di:

- dotarsi di un documento strategico pluriennale sull'approccio italiano alla lotta all'HIV/AIDS nei PVS;
- adottare un sistema di rapportistica per il Comitato dell'Aiuto Pubblico allo Sviluppo (Development Assistance Committee, DAC) più dettagliato, che consenta di stimare la componente HIV/AIDS all'interno di più ampi progetti di sviluppo e lotta alla povertà;
- stanziare risorse adeguate al raggiungimento dell'obiettivo europeo dello 0,33% APS/PIL entro il 2006;
- garantire che le risorse dell'aiuto pubblico allo sviluppo destinate al sostegno del settore sanitario non siano minori degli stanziamenti per la lotta all'HIV/AIDS;
- formalizzare, precisando tempi e modalità, l'effettivo trasferimento del contributo di 100 milioni di euro al GFTAM previsto per il 2004;
- creare un tavolo interministeriale sulla questione dell'HIV/AIDS e dell'accesso alle cure che comprenda Ministero degli Affari Esteri, Ministero della Salute, Ministero delle Attività Produttive e Ministero dell'Economia;
- dotarsi di un documento che faccia chiarezza sulla posizione assunta rispetto alla "3x5" e sostenere lo sforzo tecnico dell'OMS a partire dai primi mesi del 2005;
- rendere prioritaria durante il 2005 in seno al Consiglio Europeo la discussione della proposta di regolamento sulla modifica della legislazione sui brevetti formulata dalla Commissione Europea;
- stimolare una discussione parlamentare e attivare le procedure per un suo veloce recepimento nazionale entro il 2005;
- sostenere il rafforzamento dell'industria di generici nel Sud del mondo, promuovendo partnership e trasferimento di tecnologie tra industrie del Nord e del Sud.



# Un patto globale contro una crisi globale

La Dichiarazione delle Nazioni Unite

Il 27 giugno 2001 la ventiseiesima Sessione Speciale dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha adottato la Dichiarazione d'impegno per la lotta all'HIV/AIDS. **Già fatta oggetto in passato di conferenze internazionali e regionali, per la prima volta l'emergenza della sindrome da immunodeficienza acquisita è stata scelta dall'Assemblea Generale come una questione da trattare in modo esclusivo, e riconosciuta, al termine dei lavori, come una "crisi globale" che richiede un'"azione globale"**. Quindi, la comunità internazionale siglava un patto globale contro l'epidemia.

In occasione della Sessione Speciale i 189 Stati membri dell'Assemblea hanno illustrato l'impatto distruttivo dell'epidemia e concordato sulle cause della sua diffusione. Alla fine del 2000 – si legge nella Dichiarazione d'impegno – risultavano colpite dall'infezione 36 milioni di persone e nel 90% dei casi si trattava di abitanti di Paesi in Via di Sviluppo. La discriminazione, le guerre, la povertà e la mancanza di accesso alle strutture sanitarie sono all'origine di una diffusione tanto rapida che rischia di compromettere il raggiungimento degli obiettivi che le Nazioni Unite si sono date per il Millennio sin dal settembre 2000. Nella Dichiarazione gli Stati membri si sono impegnati a individuare azioni capaci di incidere sulle cause strutturali del problema<sup>5</sup>.

La Dichiarazione non manca tuttavia di lanciare un segnale di speranza, laddove afferma che l'epidemia potrà essere arrestata se gli sforzi della comunità internazionale saranno sostenuti da adeguate risorse finanziarie e da una forte volontà politica. Quest'ultima è imprescindibile dal momento che la Dichiarazione non è un documento vincolante, ma politico, contenente azioni e scadenze puntuali sul cui rispetto si misurerà la credibilità degli Stati e l'efficacia della lotta all'HIV/AIDS da questi intrapresa.

Gli impegni sottoscritti dagli Stati membri nel corso della Sessione Speciale sono stati raggruppati per aree di intervento: leadership, prevenzione, cure, trattamento, diritti umani, bambini e orfani, ricerca, emergenze e risorse. In questo rapporto ci limiteremo all'analisi dei settori relativi alle risorse e all'accesso ai farmaci.

La Dichiarazione, dopo aver premesso che le sfide poste dall'emergenza HIV/AIDS non possono essere vinte in mancanza di nuovi, addizionali e prolungati stanziamenti finanziari, richiede che entro il 2005:

- la spesa annuale globale per contrastare l'epidemia sia, nei PVS, tra i 7 e i 10 miliardi di dollari (paragrafo 80);
- i Paesi industrializzati destinino complessivamente all'APS lo 0,7% del PIL; che lo 0,15-0,20% vada ai Paesi meno sviluppati (paragrafo 83);
- si realizzi, senza ulteriori ritardi, la cancellazione di tutti i debiti bilaterali dei Paesi più indebitati, *in primis* di quelli che risultano più colpiti dall'epidemia, in armonia con l'impegno dalla comunità internazionale nella lotta contro la povertà (paragrafo 87).

La Dichiarazione identifica, da ultimo, come misure improrogabili, lo studio di programmi e di soluzioni eque per la sostenibilità del debito nei Paesi più esposti all'emergenza HIV/AIDS (paragrafo 88); il lancio di un Fondo Globale per la sanità e la lotta all'HIV/AIDS che sostenga finanziariamente gli sforzi di prevenzione e cura dell'epidemia, mobilitando anche risorse private

<sup>5</sup>UNAIDS, "Declaration of Commitment on HIV/AIDS", UN General Assembly 26th Special Session, giugno 2001.



Nel 2003, il ministro degli esteri Franco Frattini ha riconfermato l'impegno assunto dall'Italia al Consiglio Europeo di Barcellona nel 2002 che prevede entro il 2006 l'aumento dell'Aiuto Pubblico allo Sviluppo almeno allo 0,33% del Prodotto Interno Lordo.

(paragrafo 90); l'inclusione della questione HIV/AIDS in ogni programma di cooperazione allo sviluppo e lotta alla povertà (paragrafo 85).

Nel preambolo della Dichiarazione si riconosce inoltre che l'accesso ai farmaci è un passo fondamentale per la piena realizzazione del diritto che ciascun individuo ha di godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale e che, di conseguenza, i costi dei medicinali vanno ridotti per aumentarne la disponibilità e garantire un accesso più equo<sup>6</sup>. Il 2003 era il termine fissato per l'ideazione di strategie, tanto nazionali quanto internazionali, in grado di affrontare, una volta per tutte, i problemi connessi all'accesso ai farmaci, come il costo degli antiretrovirali o l'esistenza e la codificazione di opportune legislazioni nel campo della proprietà intellettuale (paragrafo 55). La Dichiarazione richiedeva che progressi significativi nella messa in opera di tali strategie, ivi compreso un miglior accesso ai farmaci, fossero visibili entro il 2005 (paragrafo 56). Infine, si invitavano gli Stati a mantenere gli impegni assunti e a esplorare la possibilità di approntare un sistema di monitoraggio globale sui costi dei farmaci (paragrafo 103).

**Nel suo intervento il ministro plenipotenziario Giandomenico Magliano ha richiamato l'attenzione sulla necessità di una risposta "globale" alla pandemia, che metta al primo posto il rafforzamento dei sistemi sanitari nei Paesi in Via di Sviluppo.**

Solo così, ha sostenuto il ministro, lo sforzo aggiuntivo richiesto dall'emergenza della situazione potrà tradursi in un'opportunità di sviluppo. L'equa distribuzione delle risorse e la garanzia di accesso alla sanità sono stati indicati dal rappresentante italiano come i principi fondamentali della cooperazione internazionale e l'Italia è stata presentata come Paese donatore particolarmente impegnato sul duplice fronte della riduzione del prezzo di farmaci antiretrovirali e del sostegno alla loro produzione locale<sup>7</sup>.

Il ministro ha quindi chiarito, in quattro punti, la "via italiana" alla lotta all'HIV/AIDS. Un impegno di lungo termine in grado di coordinare al meglio gli sforzi

dei donatori dovrebbe prevedere, in una cornice di responsabilità nazionale:

1. la cancellazione totale del debito per i Paesi più poveri;
2. quote preferenziali per le esportazioni dai Paesi in Via di Sviluppo;
3. l'impegno del settore privato;
4. un'attenzione particolare, da parte della cooperazione allo sviluppo, ai temi della salute e dell'istruzione.

Fermo restando che solo politiche di sviluppo coerenti possono verosimilmente gettare le basi di una lotta integrata all'HIV/AIDS, lo strumento cardine per la realizzazione di questa strategia è, a detta del ministro Magliano, il Fondo Globale per la Lotta all'AIDS<sup>8</sup>.

La cinquantottesima sessione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite La cinquantottesima sessione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite (settembre 2003), chiamata a verificare lo stato di realizzazione della Dichiarazione d'impegno per la lotta all'HIV/AIDS sottoscritta due anni prima, ha riconosciuto i progressi fatti in merito, esprimendo però contemporaneamente preoccupazione per l'esiguità delle risorse stanziare e invitando gli Stati a prendere tutte le misure necessarie per favorire l'accesso ai farmaci. Il Segretario Generale è stato chiamato a produrre, per la sessione del 2005, un rapporto completo che consenta di valutare la messa in opera degli impegni assunti nel 2001<sup>9</sup>.

**Nel corso della cinquantottesima sessione, il ministro degli esteri Franco Frattini, parlando a nome dell'Unione Europea, ha ribadito la necessità di una risposta "globale" all'epidemia e ha riconfermato l'impegno assunto al Consiglio Europeo di Barcellona nel 2002 che prevede entro il 2006 l'aumento del volume complessivo dell'APS almeno allo 0,33% del PIL.** Frattini ha inoltre insistito sul fatto che solo disponendo di sistemi sanitari nazionali funzionanti si può arrestare l'epidemia e ha anche ricordato i risultati conseguiti dagli Stati dell'Unione sul fronte della riduzione dei prezzi dei farmaci, specialmente degli antiretrovirali; ha concluso facendo ancora una volta appello alla centralità

<sup>6</sup> UNAIDS, "Declaration of Commitment on HIV/AIDS" cit., Preambolo, paragrafi 24-25.

<sup>7</sup> "Italy statement by Minister Plenipotentiary Giandomenico Magliano", UN General Assembly 26th Special Session, 25 giugno 2001.

<sup>8</sup> *Ibidem*.

<sup>9</sup> UN General Assembly, 58th Session, "Follow-up to the outcome of the 26th Special Session: implementation of Commitment on HIV/AIDS", Agenda item 47 A7, A/RES/58/236.

### Italia, G8 e lotta all'HIV/AIDS

L'Italia ha svolto un ruolo importante nella definizione delle politiche del G8 per rispondere all'epidemia. Nel 2001, dopo il Summit di Genova, il ministro degli esteri Ruggiero sottolineava la centralità del ruolo italiano nel lancio del Fondo Globale per la Lotta all'AIDS, Tubercolosi e Malaria, dichiarando che "tra i risultati del vertice desidero evidenziare: la lotta all'AIDS, alla malaria e alla tubercolosi, con il lancio di un Fondo Globale (...). Abbiamo, in poco tempo, convinto i nostri partner del G8 a costituire tale Fondo, non senza riscontrare resistenze o difficoltà pratiche"\*.

Come membro del G8, l'Italia, coerentemente con le aree prioritarie individuate dalla Dichiarazione UNGASS, ha assunto impegni più dettagliati nelle differenti aree.

Nel 2002 a Kananaskis è stato confermato il sostegno al Fondo Globale.

Nel 2003 a Evian i G8 si sono impegnati a risolvere il problema dell'accesso ai farmaci e l'Italia ha promesso di stanziare 200 milioni di euro per il biennio 2004-2005.

\*Informativa urgente del Governo sui risultati della Conferenza del G8 svoltasi a Genova nel luglio 2001. Si veda <http://gruppi.camera.it/rifondazione/interventi/mozioni\int171.htm>

del Fondo Globale come strumento indispensabile per una risposta integrata all'HIV/AIDS<sup>10</sup>.

Le dichiarazioni fatte nel 2001 e nel 2003 in sede di Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) fino qui passate in rassegna premettono di tracciare gli specifici temi prioritari sui quali l'Italia si è impegnata, anche in assenza di un documento della cooperazione italiana<sup>11</sup> sulla questione della lotta all'HIV/AIDS.

Tali priorità includono:

1. la cancellazione del debito per i Paesi più poveri;
2. la considerazione della lotta all'HIV/AIDS come componente privilegiata nel quadro delle diverse iniziative di lotta alla povertà, il cosiddetto *mainstreaming*;

3. l'assunzione di un ruolo importante nel raggiungimento, entro il 2005, del tetto di 7-10 miliardi di dollari previsto come spesa annuale globale per contrastare l'epidemia;
4. l'impegno a destinare lo 0,7% del PIL a favore della cooperazione allo sviluppo, raggiungendo l'obiettivo intermedio dello 0,33% entro il 2006;
5. il sostegno al Fondo Globale per la Lotta all'AIDS, per mobilitare nel lungo periodo risorse aggiuntive per la lotta all'epidemia<sup>12</sup>;
6. la partecipazione agli sforzi della comunità internazionale per garantire l'accesso ai farmaci, compresi gli antiretrovirali, a prezzi equi.

Questo rapporto si propone di valutare se e in quale misura agli impegni assunti a livello internazionale e indicati più volte come priorità, siano seguiti stanziamenti di risorse e azioni politiche.

<sup>10</sup> Franco Frattini in <http://www.italyun.org/statements/Frattini%20GA-SS%20HIV-AIDS.html>.

<sup>11</sup> L'assenza di linee strategiche per la lotta all'HIV/AIDS è additata come una delle cause della debolezza dell'impatto che gli stanziamenti italiani hanno sull'epidemia (ndr).

<sup>12</sup> Poiché, secondo il *World Development Report 2004* della Banca Mondiale, il PIL italiano rappresenta il 3,6% di quello mondiale, ne deriva che, in proporzione, l'Italia dovrebbe stanziare annualmente almeno 208 milioni di euro per la lotta all'HIV/AIDS.

# Risorse per lo sviluppo e lotta all'HIV/AIDS<sup>13</sup>

## Gli impegni italiani

1. Incrementare progressivamente l'Aiuto Pubblico allo Sviluppo in modo da raggiungere lo 0,33% del Prodotto Interno Lordo entro il 2006.
2. Aumentare le risorse stanziate per la lotta all'HIV/AIDS, contribuendo significativamente a raggiungere l'ammontare annuo globale di 5-8 miliardi di euro entro il 2005.
3. Sostenere il Fondo Globale per la Lotta all'AIDS, Tubercolosi e Malaria.

**Il monitoraggio delle risorse finanziarie erogate, nel contesto generale dell'APS, per contrastare la diffusione dell'HIV/AIDS è un passaggio decisivo per due ordini di motivi: garantisce una maggiore trasparenza nella gestione del denaro pubblico di fronte ai contribuenti, al Parlamento e ai Paesi beneficiari dell'aiuto e consente di valutare l'adeguatezza o meno dell'ammontare erogato e la validità dei criteri d'attribuzione delle risorse, verificando l'impatto di queste ultime sull'epidemia. Esso presenta tuttavia difficoltà metodologiche.**

Le difficoltà metodologiche del monitoraggio

La diffusione dell'HIV/AIDS non rappresenta un problema esclusivamente sanitario, ma incide sullo sviluppo complessivo di interi Paesi. I Paesi donatori hanno, quindi, opportunamente evitato di fornire risposte strettamente mediche, privilegiando piuttosto un approccio olistico, più attento in generale all'impatto dell'epidemia e alle vulnerabilità economico-sociali a essa sottese. Tradotto sul piano della gestione dell'aiuto pubblico allo sviluppo, questo ha significato l'assenza di linee specifiche dedicate alla lotta all'HIV/AIDS. Essendo infatti queste integrate in programmi di sviluppo educativi, agricoli o sanitari, risulta difficile ai fini di un monitoraggio, quando non del tutto impossibile, isolare le risorse allocate per combattere la diffusione dell'HIV/AIDS e stabilire così il loro esatto ammontare.

Entrando più nel dettaglio, si osserva che il sistema di classificazione del Comitato per la Cooperazione allo Sviluppo dell'OECD (DAC) non prevede un codice specifico per l'HIV/AIDS. I donatori, facendo ricorso al *Creditor Report System* ospitato dal DAC, tendono a classificare gli interventi in questo campo come parti integranti di programmi che si occupano di "popolazione e salute riproduttiva" o, tutt'al più, con riferimento a un sottolivello, come attività riguardanti malattie sessualmente trasmissibili (dunque non soltanto legate al virus dell'HIV/AIDS). Il sistema DAC non distingue tra prevenzione, assistenza e trattamento, ignora l'impatto che gli interventi sul settore sanitario e non sanitario possono avere sull'epidemia e raggruppa il tutto all'interno di un'unica macro-categoria.

Pur prevedendo un'analisi per settore con il ricorso ad un solo codice (si parla ad esempio di sanità, popolazione, infrastrutture, economia e produzione), il sistema DAC corregge almeno in parte una metodologia che sarebbe eccessivamente approssimativa, contemplando una descrizione più accurata degli interventi (con specifico riferimento alle diverse componenti del progetto). Anche così, però, resta comunque un grosso limite, ovvero l'impossibilità di estrapolare, per ciascuna delle componenti, l'allocatione finanziaria corrispondente. Inoltre, sono

<sup>13</sup> I dati del rapporto sono espressi in Euro, anche se alcune delle fonti consultate indicano l'ammontare in dollari. Il tasso di conversione scelto euro:dollaro è 1:1,208 (ndr).



## Il monitoraggio delle risorse finanziarie per la lotta all'HIV/AIDS garantisce una maggiore trasparenza nella gestione del denaro pubblico e consente di verificarne l'impatto sull'epidemia.

davvero pochi gli uffici statistici dei Paesi dell'OECD nelle condizioni di raggiungere il livello di accuratezza previsto. L'Italia ad esempio, a causa dell'insufficienza di personale, di norma non arriva a distinguere le diverse componenti di un progetto, ma si limita a indicare il settore e la componente principale a scapito della multidimensionalità del progetto e dando così una visione parzialmente distorta del proprio impegno finanziario<sup>14</sup>.

Il "vizio di forma" dell'attuale sistema italiano di reportistica per il sistema DAC non consente di monitorare la componente HIV/AIDS all'interno dei programmi di lotta alla povertà. Questo pregiudica la possibilità di valutare obiettivamente l'efficacia dei vari interventi sull'epidemia, in contrasto con quanto stabilito dalla Dichiarazione d'impegno del 2001 e dalle dichiarazioni dei rappresentanti italiani a essa seguite<sup>15</sup>.

### Fonti di riferimento

Le fonti di riferimento per le successive valutazioni sugli stanziamenti della cooperazione italiana per la lotta all'HIV/AIDS sono:

#### Il sistema di reportistica canadese

L'agenzia di sviluppo canadese (CIDA) utilizza un metodo classificatorio multiplo per ogni progetto, il cosiddetto *multipurpose coding*, che permette di stimare l'impatto multisettoriale di ciascun intervento. Quando un finanziamento beneficia più settori vengono assegnate percentuali differenti ai settori beneficiati. Ad esempio il finanziamento, in Sudafrica, di corsi di formazione per infermiere impiegate in reparti ospedalieri dedicati alla cura dell'HIV/AIDS è stato suddiviso nei diversi settori sui quali si stimava avrebbe avuto un impatto: formazione per il personale sanitario (50%), politiche di gestione della salute pubblica (25%) e iniziative per le malattie sessualmente trasmissibili, tra cui l'HIV/AIDS (25%).

- Direzione Generale della Cooperazione allo Sviluppo (DGCS), *La cooperazione italiana e la lotta all'HIV/AIDS, alla tubercolosi e alla malaria dal 2000 al 2003*, gennaio 2004. Il dossier fornisce una lista dettagliata dei progetti finanziati dalla DGCS, ma non distingue le risorse annualmente stanziare per ciascuna delle tre malattie;
- OECD/DAC, *Analysis of aid in support of HIV/AIDS control 2000-2002*, giugno 2004. Il documento si concentra sull'analisi del sostegno finanziario alla lotta all'HIV/AIDS; integrato da conversazioni con funzionari del DAC.

Alla luce del fatto che lo studio della DGCS classifica i canali attraverso i quali sono veicolate le risorse per la lotta all'HIV/AIDS seguendo cinque categorie<sup>16</sup>, mentre quello del DAC mantiene la distinzione classica tra bilaterale e multilaterale, il confronto diretto tra le due serie di dati presenta difficoltà rilevanti. Gli ammontari riportati non sempre sono aggiornati.

### Il contributo italiano per la lotta all'HIV/AIDS e l'andamento dell'APS

Poiché l'epidemia costituisce una minaccia allo sviluppo è opportuno valutare la componente di risorse erogate per l'HIV/AIDS assieme agli stanziamenti complessivi dell'APS.

Nei paragrafi che seguono evidenzieremo l'andamento degli stanziamenti italiani per la lotta all'HIV/AIDS nel periodo 2000-2002<sup>17</sup>, lo confronteremo con l'andamento dell'APS e suddivideremo le diverse erogazioni per aree geografiche e canali di finanziamento.

Secondo il metodo DAC gli stanziamenti dell'APS si suddividono in *aiuti bilaterali* e *aiuti multilaterali*. Gli *aiuti bilaterali* sono costituiti dai trasferimenti Paese/Paese: il Paese destinatario è conosciuto. L'*aiuto multilaterale* è rappresentato dalle risorse che ciascun Paese stanziava come contributo a istituzioni multilaterali che se ne servono per finanziare i loro interventi in Paesi beneficiari; su tali fondi i Paesi donatori non hanno un controllo diretto. Il sistema DAC considera gli stanziamenti alle Organizzazioni Non Governative (ONG) come contributi bilaterali.

<sup>14</sup> Durante la preparazione dello studio OECD/DAC sugli stanziamenti relativi alla lotta all'HIV/AIDS, il Ministero degli Affari Esteri ha condotto un'esperienza pilota in cui un campione di progetti è stato classificato in tutte le sue componenti, stimando gli stanziamenti per l'HIV/AIDS. Intervista con l'incaricato del Ministero degli Affari Esteri per OECD/DAC.

<sup>15</sup> OECD, "Italy: DAC peer review, main findings and recommendations", abstract, ottobre 2004.

<sup>16</sup> In particolare: programmi promossi da ONG, contributi a organismi internazionali, istituzioni scientifiche italiane, fondi a gestione diretta, Fondo Globale per la Lotta all'AIDS, Tubercolosi e Malaria.

<sup>17</sup> I dati forniti per il 2003 sono provvisori. Le tabelle comparano dati della DGCS espressi in euro con dati DAC espressi in dollari.

Un monitoraggio finanziario completo dovrebbe considerare anche le iniziative della cooperazione decentrata regionale, provinciale e comunale.

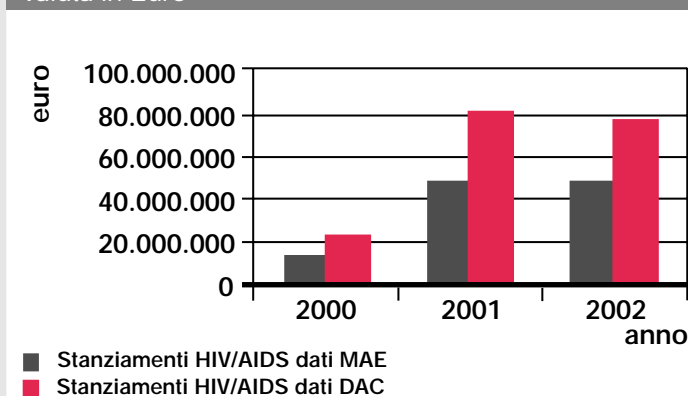
Tabella 1 — Andamento delle erogazioni complessive per la lotta all'HIV/AIDS, 2000-2002; valuta in Euro

	2000	2001	2002
STANZIAMENTI HIV/AIDS (dati MAE)	13.965.777	47.427.038	46.777.262
STANZIAMENTI HIV/AIDS (dati DAC)	21.988.488	78.853.172	72.262.833

Fonte: DGCS, DAC

La sostanziale differenza tra i dati riflette la diversa stima del contributo multilaterale alla lotta all'HIV/AIDS adottata dalle due fonti di riferimento (si veda, di seguito, il paragrafo sui contributi multilaterali). Pur divergendo sui valori massimi e minimi di spesa i due metodi concordano, però, nel rappresentare l'andamento degli stanziamenti.

Grafico 1 — Andamento degli stanziamenti complessivi per la lotta all'HIV/AIDS, 2000-2002; valuta in Euro



Fonte: estrapolazione studi DGCS e DAC

Entrambi gli andamenti del grafico 1 evidenziano un aumento significativo delle risorse tra il 2000 e il 2001 – l'anno della Sessione Speciale dell'Assemblea Generale e del GFATM – e una loro tendenziale stabilità tra il 2001 e il 2002, nonostante la Dichiarazione d'impegno richiedesse il progressivo aumento delle risorse destinate a combattere l'HIV/AIDS fino al raggiungimento del tetto

di 5,8 miliardi di euro per il 2005. Le erogazioni in questione rappresentano una stima all'anno degli estremi della spesa per la lotta all'HIV/AIDS stanziata dalla cooperazione italiana, intesa sia come cooperazione allo sviluppo da parte del Ministero degli Affari Esteri che come cooperazione sanitaria coordinata dal Ministero della Salute o dall'Istituto Superiore di Sanità. Mancano invece i dati sugli stanziamenti complessivi del "Sistema Italia". **Un monitoraggio finanziario completo dovrebbe infine considerare anche le iniziative della cooperazione decentrata regionale, provinciale e comunale.**<sup>18</sup>

Mentre tra il 2001 e il 2002 gli stanziamenti per la lotta all'HIV/AIDS rimangono costanti, nello stesso periodo i fondi per l'APS crescono decisamente, per poi ridursi nel 2003. Nonostante l'impegno assunto a livello europeo, che prevede di stanziare lo 0,33% del PIL come APS entro il 2006, nel 2002 il rapporto APS/PIL era pari soltanto allo 0,20% e nel 2003 si è ridotto allo 0,17%. Per tener fede a quanto sottoscritto a Barcellona, l'Italia dovrà aumentare gli stanziamenti per l'APS del 113% entro il 2006. I dati più recenti relativi alle risorse stanziare per la cooperazione internazionale per il 2003 non sono, da questo punto di vista, incoraggianti (vedi Tabella 2).

La progressiva riduzione del volume dell'APS negli ultimi anni è riconducibile, oltre che alla ristrettezza finanziaria (all'assenza, cioè, di risorse addizionali), alla composizione stessa dell'APS italiano. Nel 2002 il 29,7% dell'APS era rappresentato dalla cancellazione del debito, ma l'ammontare da cancellare si sta progressivamente riducendo ed è previsto che si esaurisca entro il 2006.<sup>19</sup> Anche mantenendo costante il volume degli stanziamenti effettivi annuali per la cooperazione allo sviluppo, paradossalmente il volume dell'APS è destinato a contrarsi.

Esaminato il volume complessivo dell'APS, è importante individuare i canali attraverso i quali si veicola lo stanziamento dei contributi per la lotta all'HIV/AIDS. In termini generali, tra il 2000 e il 2003 l'APS italiano diretto alle istituzioni multilaterali si è ridotto progressivamente, passando dal 75 al 51%, di contro a un aumento delle

<sup>18</sup> Le iniziative di cooperazione decentrata per la lotta all'HIV/AIDS non sono state repertorate, ma una rapida intervista con alcuni degli attori coinvolti ha rilevato l'impegno della regione Emilia Romagna e della provincia di Livorno nella lotta all'HIV/AIDS.

<sup>19</sup> OECD, "Italy: DAC peer review, main findings and recommendations", abstract, ottobre 2004.

L'attuale preferenza accordata dall'Italia agli aiuti multilaterali si spiegherebbe con la volontà di evitare gli aspetti critici tipici dell'assistenza bilaterale, i cui interventi spesso risentono della mancanza di personale e difettano di coerenza.

Tabella 2 — Andamento degli stanziamenti APS e della cancellazione del debito, 2000-2003; valuta in Euro

	2000	2001	2002	2003
<b>Totale APS</b>	1.139.072.000	1.346.000.000	1.930.463.500	1.980.960.264
<b>Cancellazione del debito (CD)</b>	197.847.682	23.178.807	567.052.980	Non disponibile
<b>% CD/APS</b>	17,3	1,7	29,4	Non disponibile
<b>% HIV-AIDS/APS</b>	1,93	5,88	3,74	Non disponibile
<b>% APS/PIL</b>	0,13	0,15	0,20	0,17

Fonte: dati DAC, DGCS

risorse sul canale bilaterale.<sup>20</sup> L'Italia resta tuttavia, tra i Paesi membri del DAC, quello che presenta la componente multilaterale più alta.

#### **Contributi bilaterali per lotta all'HIV/AIDS**

Verificheremo di seguito se il recente spostamento di risorse verso la componente bilaterale interessi anche gli stanziamenti per la lotta all'HIV/AIDS.

In base alla definizione di aiuto bilaterale del DAC, per la stima complessiva dei contributi contabilizzeremo come bilaterali anche i finanziamenti rivolti alle ONG attive in progetti per la lotta all'HIV/AIDS.

I dati riportati nella Tabella 3 evidenziano, a seconda delle fonti considerate, andamenti contraddittori. Le stime ricavate dai dati della DGCS indicano un andamento tendenzialmente oscillante, laddove quelle

Tabella 3 — Andamento delle erogazioni bilaterali per la lotta all'HIV/AIDS, 2000-2002; valuta in Euro

	2000	2001	2002
<b>CONTRIBUTI BILATERALI HIV/AIDS (dati DGCS)<sup>21</sup></b>	6.617.064	7.676.324	5.109.262
<b>CONTRIBUTI BILATERALI HIV/AIDS (dati DAC)</b>	9.266.276	2.594.887	4.785.880

Nota: Lo studio della DGCS classifica i canali attraverso i quali sono veicolate le risorse per la lotta all'HIV/AIDS seguendo cinque categorie atipiche; quello del DAC mantiene la distinzione classica tra bilaterale e multilaterale. La comparabilità tra le due serie di dati si muove dentro questo limite.

Fonte: DGCS, DAC

ricavate dai dati del DAC segnalano una netta flessione in termini assoluti. Se però passiamo a confrontare il peso della componente bilaterale sul totale degli stanziamenti complessivi per la lotta all'HIV/AIDS, i dati DGCS e DAC concordano, individuando in entrambi i casi una riduzione costante delle allocazioni bilaterali (Tabella 4).

Tabella 4 — Percentuale degli stanziamenti bilaterali per la lotta all'HIV/AIDS, 2000-2002

	2000	2001	2002
<b>% CONTRIBUTI BILATERALI STANZIAMENTI COMPLESSIVI (dati DGCS)</b>	47,3	16,2	11
<b>% CONTRIBUTI BILATERALI STANZIAMENTI COMPLESSIVI (dati DAC)</b>	42,1	3,1	6,2

Fonte: DGCS, DAC

La riduzione evidenziata dalla Tabella 4 contraddice non solo la tendenza generale dell'APS italiano, ma anche le scelte degli altri Paesi membri del DAC. Secondo le stime del DAC, infatti, nel biennio 2000-2002 il totale degli stanziamenti bilaterali per la lotta all'HIV/AIDS ha subito un incremento del 64%. **L'attuale preferenza accordata dall'Italia al canale multilaterale si spiegherebbe pertanto con la volontà di evitare gli aspetti critici tipici dell'assistenza bilaterale,**

<sup>20</sup> L'aumento di iniziative bilaterali presenta numerose controindicazioni per i destinatari. Gli interventi bilaterali tendono, infatti, a rispondere più alle priorità dei donatori che ai reali bisogni dei beneficiari; aumentano il peso amministrativo e i costi di gestione dei Paesi destinatari dell'aiuto; ostacolano lo sviluppo di strategie nazionali coerenti per la lotta all'HIV/AIDS; mancano di trasparenza e sottraggono risorse a iniziative già esistenti o a iniziative multilaterali. (A. Acharya, A. Fuzzo de Lima, M. Moore, "The proliferators: transaction costs and the value of aid", IDS, gennaio 2004).

<sup>21</sup> Partendo dagli allegati del documento prodotto dalla DGCS, il rapporto estrapola e contabilizza come stanziamenti per la lotta all'HIV/AIDS quegli stanziamenti erogati dal fondo emergenze o a sostegno dei progetti delle ONG che indichino la lotta all'HIV/AIDS come componente principale.

**i cui interventi spesso risentono della mancanza di personale e difettano di coerenza<sup>22</sup>.**

L'avvio del reclutamento di personale esperto nella DGCS potrebbe costituire un primo segnale verso un futuro riorientamento della cooperazione allo sviluppo a vantaggio del bilaterale.

Un'analisi più dettagliata dei contributi bilaterali consentirà di chiarire ulteriormente l'andamento di questa riduzione per le tre componenti che costituiscono gli aiuti italiani, ovvero i finanziamenti via ONG, gli stanziamenti a "gestione diretta" e, infine, il *mainstreaming* dell'HIV/AIDS all'interno dei programmi di lotta alla povertà. Il confronto dei dati diventa però, in questo caso, ancora più problematico e i risultati ottenuti sono da considerarsi orientativi, tanto più che le fonti consultate non riportano mai tutte e tre le componenti insieme<sup>23</sup>.

Dai dati presentati nelle Tabelle 5 e 6 si evince un aumento considerevole del sostegno alle ONG e un'altrettanto netta riduzione delle allocazioni a gestione diretta o extra-budget. Il sostegno sempre più importante riservato alle iniziative promosse dalla società civile è frutto del dialogo che Cooperazione allo sviluppo e ONG stanno costruendo, a partire dall'istituzione dell'Osservatorio Italiano sull'Azione Globale contro l'AIDS, primo passo verso la creazione di un unico quadro strategico in grado di attivare preziose sinergie tra progetti diversi.

Per quanto riguarda la stima delle allocazioni sulla componente HIV/AIDS all'interno di interventi tematici più ampi, i dati che abbiamo presentato sono stati ricavati dal campionamento di alcuni programmi. Le quote così ottenute, probabilmente, sottostimano l'entità dell'impegno e dell'impatto sull'epidemia, mancando di considerare programmi sanitari più ampi. È il caso di Esther, un consorzio che riunisce i centri ospedalieri di otto Paesi dell'Unione Europea in Africa, allo scopo di favorire e migliorare l'accesso alle cure e al trattamento dell'HIV/AIDS. Il contributo italiano si avvale di 33 strutture ospedaliere che beneficiano anche di finanziamenti privati. Malgrado l'ampiezza del programma, la sua rilevanza strategica e il suo focus esclusivo sull'HIV/AIDS, né le analisi del DAC né quelle del Ministero degli Affari Esteri ne contabilizzano l'impegno.

Le dichiarazioni rilasciate di fronte all'Assemblea Generale delle Nazioni Unite dal direttore Magliano nel 2001 e dal ministro Frattini nel 2003 affermano che il problema dell'HIV/AIDS rappresenta, per i sistemi sanitari dei Paesi del Sud del mondo, una sfida ma anche un'opportunità di sviluppo. In quest'ottica diventa fondamentale valutare attentamente ciò che la cooperazione italiana ha fatto a sostegno del settore sanitario nei PVS tra il 2000 e il 2002. L'analisi degli stanziamenti concessi apparirà tanto più significativa se si considera che, in base ai criteri del DAC, il loro ammontare complessivo non include le spese per la lotta all'HIV/AIDS, che sono invece contabilizzate nel settore degli interventi "per la popolazione".

Tabella 5 — Contributi totali per l'HIV/AIDS veicolati attraverso ONG a gestione diretta, 2000-2002; valuta in Euro

	2000	2001	2002
<b>ONG</b>	729.462	2.802.131	4.830.538
<b>Fondi a gestione diretta</b>	5.887.602	4.874.193	278.724

Fonte: DGCS

Tabella 6 — Contributi HIV/AIDS come componente di più ampi programmi di cooperazione allo sviluppo, 2000-2002; valuta in Euro

	2000	2001	2002
<b>Componente nel bilaterale</b>	5.541.114	1.684.887	2.468.000

Nota: questa tabella riflette i dati trasmessi dalla DGCS al DAC alla richiesta di una stima del *mainstreaming* italiano degli interventi HIV/AIDS nei progetti di cooperazione. Come osservato, la valutazione del *mainstreaming* è stata effettuata solo su un campione.

Fonte: DAC

<sup>22</sup> OECD, *Italy: DAC peer review, main findings and recommendations* cit.

<sup>23</sup> In particolare, i criteri di rapportistica del Ministero degli Affari Esteri non stimano gli stanziamenti per la componente HIV/AIDS all'interno di altri interventi di lotta alla povertà; il dato è ricavabile soltanto consultando le stime DAC, che però, a loro volta, non forniscono le allocazioni a sostegno delle ONG.

Nel 2001, la Commissione dell'OMS su Sanità e Macroeconomia aveva concluso che entro il 2007 le risorse stanziare per il sostegno al settore sanitario nei Paesi del Sud del mondo avrebbero dovuto quadruplicarsi.

Tabella 7 — Stanziamenti destinati al settore sanitario e HIV/AIDS, 2000-2002; valuta in Euro

	2000	2001	2002	Totale
<b>Stanziamenti totali settore sanitario</b>	36.701.158	17.592.715	53.640.728	107.934.602
<b>Stanziamenti HIV/AIDS</b>	21.988.488	78.853.172	72.262.833	173.104.493

Fonte, DAC - CRS database

Come si può notare dalla Tabella 7, l'ammontare complessivo degli stanziamenti a sostegno del settore sanitario nel Sud del mondo tra il 2000 e il 2002 è stato inferiore rispetto ai volumi erogati nello stesso periodo in favore della lotta all'HIV/AIDS, una tendenza che si è affermata a partire dal 2001. Nel 2001 gli stanziamenti italiani per combattere l'epidemia sono cresciuti del 358% mentre quelli destinati al settore sanitario si sono quasi dimezzati rispetto al 2000. I dati di cui disponiamo non ci permettono di affermare che vi sia stato un dirottamento di risorse dal settore sanitario a quello della lotta all'HIV/AIDS, ma evidenziano un cambiamento di priorità verso il sostegno al settore sanitario nel Sud del mondo. **Eppure nel 2001, la Commissione dell'OMS su Sanità e Macroeconomia aveva concluso che entro il 2007 le risorse stanziare per il sostegno al settore sanitario nei Paesi del Sud del mondo avrebbero dovuto quadruplicarsi.**<sup>24</sup>

I dati della DGCS evidenziano come la maggior parte degli interventi di lotta all'HIV/AIDS si concentrino in un'unica area geografica corrispondente a 13 Paesi dell'Africa sub-sahariana. La lotta all'epidemia sembrerebbe dunque non presentare il difetto principale che il DAC lamenta quale nuova tendenza della cooperazione italiana, ovvero la frammentazione, colpevole di diminuire l'efficacia degli aiuti facendo lievitare i costi di gestione.

*Contributi multilaterali per la lotta all'HIV/AIDS*  
Anche l'analisi dei contributi multilaterali presenta alcune difficoltà metodologiche. Se si fa eccezione per UNAIDS, che destina il suo intero budget alla lotta all'HIV/AIDS,

risulta difficile il più delle volte fare una stima della quantità di risorse stanziare da istituzioni che abbiano un mandato più ampio, multisettoriale. È il caso, ad esempio, della Banca Mondiale, della Commissione Europea o dello stesso GFATM che, pur essendo attori fondamentali sul piano degli stanziamenti e degli interventi contro l'epidemia, non orientano i loro finanziamenti in un'unica direzione. Contrariamente al rapporto della DGCS, lo studio del DAC propone una stima delle risorse che alcune importanti istituzioni multilaterali orientano a favore della lotta all'HIV/AIDS<sup>25</sup>. La tabella 8 e il Grafico 2 evidenziano un forte aumento complessivo degli stanziamenti multilaterali a partire dal 2001. Si noterà che oltre il 50% di questo aumento è rappresentato dalle risorse mobilitate dal GFATM. Ma l'aumento degli stanziamenti assoluti verso il multilaterale rispetto al 2000 permane anche quando si espungano dal computo i dati relativi al GFATM per non rischiare un'interpretazione distorta.

<sup>24</sup> <http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=whosis,cmh&language=english>.

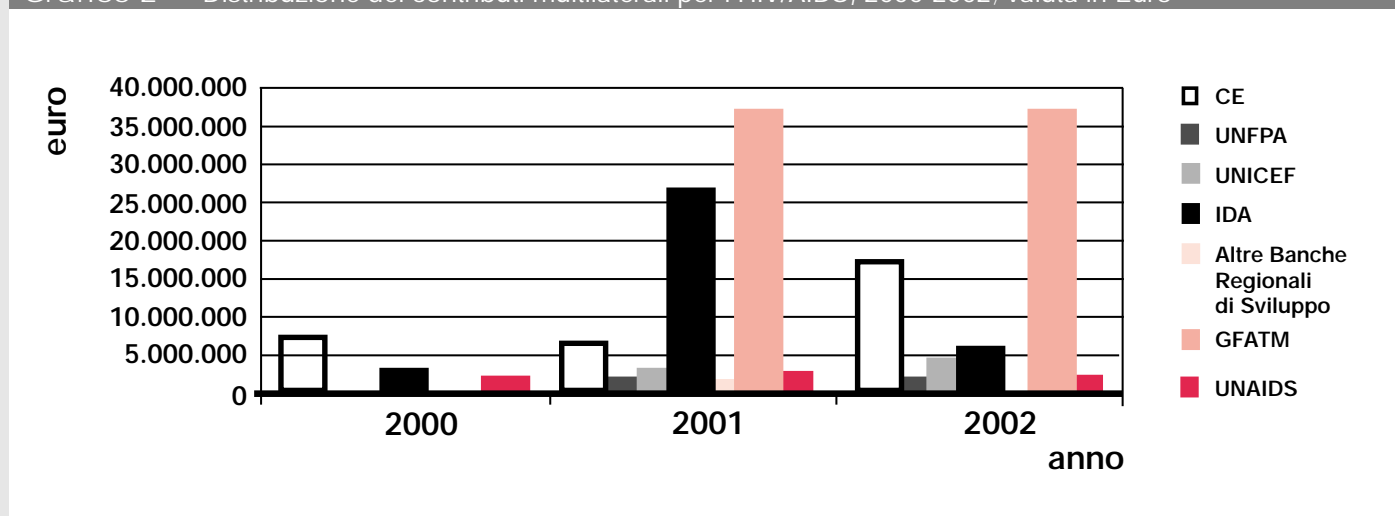
<sup>25</sup> Stime in termini relativi: Commissione Europea 1,6%; Fondo Europeo di Sviluppo 0,2%; UNAIDS 100%; UNFPA 7,8%; UNICEF 12,2%; IDA 3,4%; GFATM 60%.



Tabella 8 — Distribuzione dei contributi multilaterali per la lotta all'HIV/AIDS, 2000-2002; valuta in Euro

	2000	2001	2002
CE	6.876.159	6.903.709	17.228.146
UNFPA	0	328.228	445.000
UNICEF	0	2.721.656	3.397.185
IDA	2.656.002	26.291.929	5.650.331
Altre Banche Regionali di Sviluppo	0	415.480	0
GFATM	0	36.000.000	37.200.000
UNAIDS	1.807.599	2.065.827	2.000.000
<b>Totale</b>	<b>11.339.760</b>	<b>74.726.829</b>	<b>65.920.662</b>
<b>Totale, esclusi stanziamenti GFATM</b>	<b>11.339.760</b>	<b>38.726.829</b>	<b>28.720.662</b>

Grafico 2 — Distribuzione dei contributi multilaterali per l'HIV/AIDS, 2000-2002; valuta in Euro



Fonte: DAC

Tale tendenza sembra contraddire l'analisi della DGCS che segnalava "l'ammontare destinato agli organismi internazionali è andato diminuendo" nel periodo 2000-2003. Questa apparente contraddizione si spiega con il ricorso a metodologie e criteri classificatori non uniformi. Lo studio DAC, ad esempio, non valuta gli interventi dell'OMS o del Programma Alimentare Mondiale (PAM); lo studio DGCS, per parte sua, non mappa, diversamente dal DAC, il canale multilaterale,

segnalando però i contributi extra-budget che gli organismi internazionali versano in occasione di iniziative speciali<sup>26</sup>. Iniziative che sempre più si coordinano con il GFATM sul piano finanziario.

<sup>26</sup> In molti casi tali iniziative sono concentrate in una specifica area geografica e hanno una durata pluriennale. È il caso dell'iniziativa italiana per la lotta all'HIV/AIDS finanziata dalla Cooperazione italiana in partenariato con l'OMS. I contributi sono contabilizzati nel 2000, ma il finanziamento è triennale.

**L'Italia è l'unico Paese tra i grandi donatori  
a non aver tenuto fede alle promesse fatte al Fondo Globale.**

Il Fondo Globale per la Lotta all'AIDS, TB e Malaria: una priorità per l'Italia?

Quale sia stato il ruolo del Governo italiano nella creazione del Fondo Globale è cosa nota non solo agli addetti ai lavori. L'Italia ha presentato ufficialmente l'iniziativa, promossa dalle Nazioni Unite, durante il G8 di Genova del 2001, a coronamento di un impegno pluriennale speso nel campo della lotta all'HIV/AIDS e alle malattie legate alla povertà. Aver difeso e sponsorizzato un'innovazione di tale portata le ha assicurato, nei primi due anni di vita del Fondo, una posizione di leadership tanto sul piano finanziario – quale secondo contribuente del Fondo dopo gli Stati Uniti – che su quello strategico e decisionale – quale titolare, insieme agli Stati Uniti e al Giappone, di un seggio individuale nel Consiglio di amministrazione del GFATM.

Il 2004 ha tuttavia segnato una brusca e significativa "battuta d'arresto" nell'impegno a favore dei milioni di persone colpiti dalle tre malattie. Per quanto nel corso del Summit dei G8 a Evian, nel 2003, il Presidente del Consiglio Silvio Berlusconi abbia confermato l'impegno finanziario del suo Governo per altri 200 milioni di euro (da ripartirsi egualmente tra 2004 e 2005), al 31 luglio di quest'anno il versamento della prima *tranche* promessa, pari a 100 milioni di euro, non era ancora stato effettuato.

**L'Italia è l'unico Paese tra i grandi donatori a non aver tenuto fede alle promesse fatte.**

Il trasferimento previsto è venuto a mancare perché la "legge di assestamento di bilancio", destinata a risanare le casse dello Stato ha "congelato", tra gli altri, anche il capitolo di spesa 2180, vale a dire un totale di 180 milioni di euro allocati su "iniziative ad hoc", che includevano anche i 100 milioni di euro da versare al Fondo Globale per il 2004.

In gioco però non c'è soltanto la reputazione dell'Italia nel mondo. Il mancato contributo italiano si è infatti ripercosso, indirettamente, anche sulla quota che gli Stati Uniti devono al Fondo. Essendosi infatti questi ultimi impegnati a pagare al GFATM nel 2004 una cifra non superiore al terzo delle risorse versate in totale entro il 30 settembre dai donatori, è chiaro che, venuti meno i 100 milioni di euro italiani, anche la cifra stanziata dagli Stati Uniti diminuirà proporzionalmente.

L'opinione pubblica e la stampa non hanno però tardato a farsi sentire, sensibilizzati al riguardo anche da celebri attivisti come la rockstar Bob Geldof. Né sono mancate interrogazioni e mozioni parlamentari. Il ministro della salute Domenico Siniscalco ha dichiarato pubblicamente che farà il possibile per reperire i fondi necessari, fondi che, a suo dire, "dovrebbero arrivare dal fondo di riserva del Ministero dell'Economia". Alla fine di settembre si è aperto uno spiraglio: alla legge di assestamento di bilancio in discussione alle Camere è stato infatti preparato un emendamento che chiedeva di mettere nuovamente a disposizione della Farnesina i fondi per la cooperazione congelati dal decreto di luglio.

Ripristinando la situazione di bilancio del Ministero degli Affari Esteri, anche i 100 milioni di euro dovuti al Fondo Globale si sarebbero salvati. Tuttavia l'emendamento, in sede di discussione alla Commissione Bilancio della Camera, è stato ritirato per opposizione del Ministero dell'Economia e non è stato più ripresentato.

Il dibattito è quindi proseguito, con ulteriori interrogazioni e mozioni, fino alla dichiarazione che il ministro per i rapporti con il Parlamento Carlo Giovanardi ha rilasciato alla Camera dei Deputati alla fine di ottobre. In essa egli affermava che il Governo, ricorrendo a un Fondo di Riserva, aveva già stanziato 50 milioni di euro per il Fondo Globale. A Ginevra, però, quei soldi non sono mai arrivati. Alla chiusura di questo rapporto, non è affatto chiaro se le promesse italiane al Fondo Globale saranno rispettate entro la fine del 2004.

**ActionAid International chiede che il Governo italiano si impegni formalmente, precisando tempi e modalità, per l'effettivo trasferimento della prima tranche dei 50 milioni di euro sui quali si è pronunciato, e confermi il raggiungimento della quota promessa, versando i restanti 50 milioni di euro entro la fine dell'anno corrente.**

# L'accesso ai farmaci

## Gli impegni italiani

1. Partecipare alle iniziative volte a garantire un accesso ai farmaci, compresi gli antiretrovirali, sostenibile e a prezzi equi.
2. Contribuire alla risoluzione del problema dell'accesso ai farmaci.
3. Sostenere lo sviluppo dell'industria farmaceutica al Sud.

Attraverso interviste a dirigenti dell'amministrazione pubblica, a rappresentanti dell'industria farmaceutica e a esponenti della società civile, questa sezione cerca di valutare come e quanto l'Italia si sia impegnata per garantire un accesso ai farmaci antiretrovirali sostenibile e a prezzi equi.

Secondo le stime di UNAIDS del 2001 gli individui colpiti da HIV/AIDS che necessitano di cure antiretrovirali sono 5,5 milioni; 3,8 milioni si trovano in Africa, una regione in cui solo il 2% dei malati riceveva il trattamento richiesto. Per far fronte a questa emergenza, alla fine del 2003 UNAIDS e OMS hanno fissato l'ambizioso obiettivo di somministrare terapia antiretrovirale a 3 milioni di individui entro il 2005.

Il piano, noto come "3x5", mira a migliorare il coordinamento tra le diverse iniziative esistenti, tanto a livello multilaterale quanto a livello bilaterale, e a fornire assistenza tecnica. Il Rapporto Mondiale sulla Salute dell'OMS per il 2004 ha accolto l'iniziativa come un'opportunità storica, potenzialmente in grado di arrestare la diffusione dell'epidemia. Nel giugno 2004, 40.000 nuovi pazienti hanno ricevuto cure antiretrovirali, ma le stime del programma parlavano di 100.000 individui<sup>27</sup>. A sollevare le maggiori preoccupazioni, oltre alla possibilità che la "3x5" manchi l'obiettivo stabilito per il 2005, è la sua eventuale sostenibilità finanziaria dopo questa data. Che ne sarà allora dei pazienti in cura? Che cosa accadrà se il virus dovesse mutare e sviluppare una resistenza al trattamento più forte del previsto? Si stima che le risorse che sarà necessario stanziare ogni anno ammonteranno a 5,5 miliardi di euro per la "3x5", che andrebbero aggiunti alle risorse correntemente disponibili. Il Canada e il Regno Unito hanno già accordato il loro sostegno finanziario straordinario.

**Quanto all'Italia, ad oggi non esiste alcun documento strategico che riguardi la "3x5", nonostante vi siano state numerose dichiarazioni a favore da parte del Ministero della Salute e dei diplomatici del Ministero degli Affari Esteri.** Non poche perplessità sono invece state espresse, in merito alla sostenibilità del piano e alla sua armonizzazione con le strutture sanitarie locali, da parte dei quadri tecnici della cooperazione italiana. Nonostante si sia ventilato un possibile stanziamento di 6 milioni di euro<sup>28</sup>, l'Italia non ha ancora annunciato alcun contributo straordinario in favore della "3x5" e i recenti tagli alla cooperazione non fanno ben sperare. La recente firma dell'accordo di collaborazione tra l'OMS e la rete di Esther apre però una nuova prospettiva di collaborazione<sup>29</sup>. Al di là del sostegno finanziario, l'Italia, attraverso il Ministero della Salute, potrebbe impegnarsi a favorire il coordinamento tra il personale sanitario dei centri ospedalieri di Esther e i gruppi di assistenza tecnica dell'OMS che nei diversi Paesi sostengono l'espansione dei programmi nazionali di accesso agli antiretrovirali. In questo caso tuttavia si creerebbe una situazione paradossale: l'Italia si troverebbe a favorire l'espansione dei programmi antiretrovirali senza aver predisposto le risorse per la loro sostenibilità e senza aver elaborato una strategia per risolvere le discrepanze e armonizzare gli approcci tra il Ministero della Salute e il Ministero degli Affari Esteri.

Non esiste in effetti un coordinamento interministeriale sulla questione della lotta all'HIV/AIDS nel Sud del mondo, fatti salvi semplici contatti personali. Gli intervistati si sono espressi sull'utilità di una struttura di coordinamento tra Ministero degli Affari Esteri, Ministero della Salute e Ministero delle Attività Produttive, che eviti inutili duplicazioni ed attribuisca una chiara leadership.

<sup>27</sup> OMS, "3 by 5 progress report", giugno 2004.

<sup>28</sup> In questi mesi, l'Italia sta negoziando un progetto finalizzato che prevede un'erogazione di 6 milioni di euro da stanziare in 18 mesi dalla sua approvazione a favore di 10 Paesi dell'Africa sub-sahariana che rispondano a 4 criteri: siano prioritari per la cooperazione italiana; ricevano già fondi dal GFATM; abbiano espresso interesse verso la "3x5"; siano particolarmente carenti sul versante tecnico sanitario.

<sup>29</sup> OMS, "WHO and European hospital twinning initiative collaborate on strengthening HIV/AIDS responses in developing countries", comunicato stampa, 28 ottobre 2004.



A impedire l'accesso alle cure è, più di ogni altra cosa, il costo dei farmaci.

**A impedire un accesso sostenibile alle cure è, più di ogni altra cosa, il costo dei farmaci.** La rigida applicazione della legislazione sulla proprietà intellettuale ha impedito lo sviluppo di una normale concorrenza commerciale e la conseguente produzione di versioni generiche dei farmaci antiretrovirali. La Conferenza ministeriale dell'Organizzazione Mondiale del Commercio (OMC) tenutasi a Doha nel novembre 2001 aveva parzialmente modificato questo quadro. Nel corso della Conferenza è stata infatti firmata una Dichiarazione sulla disciplina che tutela la proprietà intellettuale e che riconosce ai Paesi in Via di Sviluppo la possibilità di produrre in proprio i farmaci necessari alla lotta contro l'epidemia. All'indomani di Doha rimaneva ancora aperto il problema dell'accesso ai farmaci per quei Paesi privi delle risorse industriali e tecnologiche necessarie per produrre in proprio i farmaci salvavita. I negoziati sono rimasti fermi per quasi due anni. Nel 2003, durante il semestre alla presidenza europea, l'Italia avrebbe dovuto sollecitare lo sblocco della questione, per quanto, nel caso di negoziati commerciali riguardanti l'Unione Europea, è la Commissione ad avere l'ultima parola ed è assai difficile quantificare l'influenza che un singolo attore può esercitare sul processo decisionale. Che ci fosse un interesse italiano sul tema dell'accesso ai farmaci risulta, peraltro, evidente dal dibattito che si è sviluppato alle Camere all'approssimarsi della Conferenza ministeriale dell'OMC del 2003. Dietro le pressioni della società civile, il 22 luglio è infatti stata presentata alla Camera dei Deputati la mozione Manzini, che richiedeva al Governo di attivarsi per risolvere la questione dell'esportazione dei farmaci. Nessuna risposta è venuta però dal Governo<sup>30</sup>. Nello stesso periodo una mozione simile è stata iscritta all'ordine del giorno in Senato, ma non è mai stata votata. L'Italia, in sostanza, ha finito per "accodarsi" alla posizione europea.

Il 30 agosto 2003, in sede OMC, è stato raggiunto un compromesso che ammette la possibilità di fabbricare ed esportare farmaci generici nei Paesi che, a fronte di un'emergenza HIV/AIDS, non possiedono un'adeguata

industria farmaceutica nazionale. Limiti e complessità procedurali a parte, l'accordo siglato è considerato un importante passo avanti nel campo dell'accesso ai farmaci. Per trovare piena attuazione esso richiede però alcune modifiche nelle legislazioni a tutela dei brevetti, tanto da parte dei Paesi potenziali esportatori quanto da parte dei Paesi importatori. In modi diversi il Canada e la Norvegia sono i soli che hanno adeguato la loro legislazione a tutela dei brevetti per consentire all'industria farmaceutica nazionale di produrre farmaci generici a partire da prodotti ancora coperti da brevetto. In Italia non c'è stata e non c'è alcuna discussione su questo tema; molti degli intervistati non giudicano la questione prioritaria. In ogni caso l'Italia non potrebbe muoversi autonomamente perché è vincolata alla normativa comunitaria in materia di proprietà intellettuale, e non è un membro proattivo nell'elaborazione dell'agenda europea. A differenza del Regno Unito e della Germania, non ha infatti sollecitato in alcun modo la Commissione affinché recepisce rapidamente quanto deciso il 30 agosto. Alcuni ritengono che a rendere così "attendista" il Governo sia la "debolezza" dell'industria nazionale dei generici rispetto alle multinazionali farmaceutiche. Il 29 ottobre 2004 la Commissione Europea ha presentato il regolamento per l'esportazione di generici che recepisce lo spirito dell'accordo del 30 agosto anche se obbliga a ricercare un accordo preventivo con il possessore del brevetto sul farmaco prima di ricorrere alla sospensione del brevetto per legge ed autorizzare la fabbricazione della sua versione generica<sup>31</sup>. Il regolamento dovrà essere approvato dal Parlamento e dal Consiglio, ma le istituzioni italiane – che potrebbero portare il regolamento all'attenzione del Consiglio e, contemporaneamente, avviare un dibattito parlamentare per velocizzarne la messa in atto – non stanno dimostrando alcuna attenzione per la vicenda.

<sup>30</sup> <http://www.deputatids.it/deputati/Attivita/Deputato.asp?ID=7735>

<sup>31</sup> Medici Senza Frontiere, "Statement on European Commission's proposal for facilitating export of generic medicines to developing countries", 29 ottobre 2004.

Le compagnie farmaceutiche [svizzere] sostengono che un'eventuale produzione parallela [di ARVs] ridurrebbe in modo drammatico le entrate destinate alla ricerca e allo sviluppo, una delle attività principali del settore farmaceutico.

### Legislazioni sui brevetti: il caso del Canada, della Norvegia e della Svizzera

La decisione presa il 30 agosto 2003 in sede OMC in merito ai cosiddetti TRIPS (Trade-related Aspects of Intellectual Property Rights) prevede che i Paesi privi di un'adeguata capacità di produzione farmaceutica possano importare dall'estero, tramite una licenza obbligatoria, i prodotti farmaceutici di cui hanno necessità. Scopo dell'accordo è dare la possibilità ai PVS di ottenere farmaci antiretrovirali a prezzi accessibili. Per implementare quanto stabilito dal Consiglio Generale dei TRIPS, alcuni Paesi membri hanno avviato una riforma legislativa in materia di brevetti resa ancor più urgente dall'avvicinarsi del 2005. Infatti l'accordo TRIPS prevede che tutti i paesi membri dell'OMC, ad eccezione dei paesi più poveri, si dotino di una legislazione adeguata per la protezione della proprietà intellettuale entro il primo gennaio 2005. A partire da questa data, l'industria di generici nei paesi in via di sviluppo, soprattutto in India, non potrà più esportare versioni generiche di nuovi farmaci salvavita registrati dopo il 2005, senza specifiche deroghe legislative.

Il primo Paese a dare il via alla riforma legislativa è stato il Canada che ha emendato il *Patent Act* e il *Food and Drugs Act* approvando, il 13 maggio 2004, il *Jean Chretien Pledge to Africa Act*. Il Canada possiede un'industria farmaceutica di generici molto potente; non stupisce quindi che il compromesso del 30 agosto 2003 sia stato accolto molto positivamente e che il Paese si sia attivato subito perché fosse recepito a livello nazionale. Alcune critiche, tuttavia, provenienti in particolare da Oxfam e da Medici Senza Frontiere, sono state sollevate sul modo in cui è stato applicato quanto deciso il 30 agosto. È vero infatti che il Canada, pur dimostrandosi sollecito nell'esecuzione delle direttive TRIPS, ha imposto una serie di restrizioni non previste. L'emendamento del *Patent Act* canadese prevede, ad esempio, una serie di limitazioni sia sui tipi di farmaci da esportare sia sui Paesi in cui esportarli. Limitazioni che non compaiono nel compromesso del 30 agosto.

Molto più fedele al testo della decisione TRIPS è stata invece la riforma portata avanti dalla Norvegia (realizzata con l'emendamento del 19 dicembre 2003 dell'Atto del 15 dicembre 1967 n.1162 ). Nel punto 2 della sezione 107 dell'Atto emendato, si afferma infatti genericamente che le compagnie norvegesi potranno produrre farmaci generici ed esportarli, tramite licenze obbligatorie, nei PVS. Il testo norvegese prevede inoltre la possibilità di esportare i generici anche nei Paesi non membri dell'OMC. Questa possibilità va ben oltre il testo della decisione TRIPS e l'assenza di restrizioni si spiega, in parte, anche con il fatto che l'industria norvegese non ha interessi particolari in campo farmaceutico. Le potenzialità dell'industria farmaceutica norvegese, soprattutto relativamente ai farmaci che interessano la decisione TRIPS, sono a dir poco limitate. Basti dire che non esistono compagnie norvegesi in grado di produrre farmaci tramite licenze obbligatorie. Fermo restando il pieno appoggio della Norvegia alla decisione TRIPS, risulta pertanto piuttosto difficile ipotizzare quale impatto essa avrà alla fine sull'industria farmaceutica norvegese.

Anche la Svizzera si trova nel processo di riforma della propria legislazione sui brevetti conforme alla decisione TRIPS del 30 agosto. Come quella norvegese, il progetto di riforma prevede la possibilità di esportare farmaci con una licenza obbligatoria anche verso i Paesi non membri dell'OMC senza alcuna limitazione sui farmaci esportabili. Il progetto dispone misure per evitare che i medicinali esportati sotto licenza obbligatoria non siano successivamente reimportati o dirottati verso quei Paesi che non ne hanno necessità. Il dibattito che mette a confronto le singole compagnie farmaceutiche e le associazioni farmaceutiche da una parte, e i gruppi di pressione per la difesa dei diritti dei consumatori dall'altra, è sempre stato piuttosto acceso. **L'associazione Interpharma, che rappresenta gli interessi dell'industria farmaceutica svizzera, sostiene che l'eventuale importazione parallela non porterebbe a un abbassamento dei prezzi. Le compagnie farmaceutiche sostengono, per parte loro, che un'eventuale produzione parallela ridurrebbe in modo drammatico le entrate destinate alla ricerca e allo sviluppo, una delle attività principali del settore farmaceutico.**

L'industria dei generici italiana ritiene di avere le potenzialità produttive per intervenire efficacemente nella lotta all'HIV/AIDS, ma al momento non è autorizzata a produrre nessun antiretrovirale, per via dei brevetti.

**L'industria dei generici italiana ritiene di avere le potenzialità produttive per intervenire efficacemente nella lotta all'HIV/AIDS, ma al momento non è autorizzata a produrre nessun antiretrovirale, per via dei brevetti.** Ad esempio, il brevetto che tutela gli inibitori della proteasi necessari alla produzione di antiretrovirali scade tra 6 anni, lasso di tempo cui bisogna sommare quello necessario alla produzione e alla fornitura dei farmaci. È verosimile ipotizzare che i PVS avranno i farmaci a partire dal 2009. In generale, i Paesi del Sud del mondo dipendono per la fornitura dei generici dalle industrie farmaceutiche indiane che, fino al 2005, non sono vincolate alle normative internazionali sulla tutela della proprietà intellettuale.

A fronte degli ostacoli legislativi, è da segnalare l'esperienza di Pharco Ltd, un'azienda di farmaci generici a capitale italiano impiantata in Zambia nel 1998 e posseduta, per il 20%, dal Governo di Lusaka. Dopo il 30 agosto 2003, lo Zambia ha sfruttato tutte le flessibilità consentite dalla legislazione sulla proprietà intellettuale internazionale, dichiarando l'HIV/AIDS emergenza sanitaria<sup>32</sup>. La Pharco Ltd è stata immediatamente autorizzata a produrre antiretrovirali e, superate le carenze strutturali, ha avviato la sperimentazione. Il primo antiretrovirale generico prodotto in Africa sarà commercializzabile a partire dal 2005. L'azienda ha anche avuto contatti con l'ambasciata italiana che però non ha fornito alcun appoggio significativo a sostegno del progetto.

<sup>32</sup> <http://allafrica.com/stories/200409230415.html>.

# Raccomandazioni

Sono passati più di tre anni dall'adozione della Dichiarazione d'impegno per la lotta all'HIV/AIDS e solo un anno ci divide dalla scadenza per il raggiungimento dei suoi obiettivi intermedi. Sono più che mai necessarie azioni concrete che trasformino le promesse in interventi adeguati a sostegno degli sforzi delle comunità del Sud e delle iniziative internazionali promosse nello spirito della ventiseiesima Sessione Speciale dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite.

Con la sottoscrizione della Dichiarazione, l'Italia si è impegnata di fronte a 188 Paesi ed ha contribuito ad alimentare le speranze di 36 milioni di malati di AIDS.

ActionAid International raccomanda pertanto al Governo italiano di:

- dotarsi di un documento strategico pluriennale sull'approccio italiano alla lotta all'HIV/AIDS nei PVS;
- adottare un sistema di rapportistica per il Comitato dell'Aiuto Pubblico allo Sviluppo (Development Assistance Committee, DAC) più dettagliato, che consenta di stimare la componente HIV/AIDS all'interno di più ampi progetti di sviluppo e lotta alla povertà;
- stanziare risorse adeguate al raggiungimento dell'obiettivo europeo dello 0,33% APS/PIL entro il 2006;
- garantire che le risorse dell'aiuto pubblico allo sviluppo destinate al sostegno del settore sanitario non siano minori degli stanziamenti per la lotta all'HIV/AIDS;
- formalizzare, precisando tempi e modalità, l'effettivo trasferimento del contributo di 100 milioni di euro al GFTAM previsto per il 2004;
- creare un tavolo interministeriale sulla questione dell'HIV/AIDS e dell'accesso alle cure che comprenda Ministero degli Affari Esteri, Ministero della Salute, Ministero delle Attività Produttive e Ministero dell'Economia;
- dotarsi di un documento che faccia chiarezza sulla posizione assunta rispetto alla "3x5" e sostenere lo sforzo tecnico dell'OMS a partire dai primi mesi del 2005;
- rendere prioritaria durante il 2005 in seno al Consiglio Europeo la discussione della proposta di regolamento sulla modifica della legislazione sui brevetti formulata dalla Commissione Europea;
- stimolare una discussione parlamentare e attivare le procedure per un suo veloce recepimento nazionale entro il 2005;
- sostenere il rafforzamento dell'industria di generici nel Sud del mondo, promuovendo partnership e trasferimento di tecnologie tra industrie del Nord e del Sud.



# Lista degli acronimi

APS	Aiuto Pubblico allo Sviluppo
CE	Comunità Europea
DAC	Development Assistance Committee (Comitato dell'Aiuto Pubblico allo Sviluppo)
DGCS	Direzione Generale Cooperazione allo Sviluppo
GFATM	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (Fondo Globale per la Lotta all'AIDS, Tuberculosis e Malaria)
IDA	International Development Association (Associazione internazionale per lo sviluppo)
OECD	Organisation for Economic and Development Cooperation (Organizzazione per la cooperazione allo sviluppo economico)
OMC	Organizzazione Mondiale del Commercio
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
ONG	Organizzazioni Non Governative
ONU	Organizzazione delle Nazioni Unite
PIL	Prodotto Interno Lordo
PVS	Paesi in Via di Sviluppo
UNFPA	United Nations Population Fund (Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione)
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia)



# Elenco degli esperti intervistati

Dott. Vittorio Agnoletto, Responsabile scientifico Lila CEDIUS, europarlamentare.

Dottorressa Julia Benn, Esperta, Direzione Generale Cooperazione allo Sviluppo OECD, Parigi.

Prof. Francesco Castelli, Direttore Scuola di Medicina Tropicale Università di Brescia e Presidente Medicus Mundi.

Senatore Giorgio Tonini, DS.

Dottorressa Federica Ragazzini, Esperta statistiche, focal point DAC per l'Italia .

Prof. Massimo Galli, Cattedra di Malattie Infettive, Università di Milano.

Dottorressa Valerie Gaveau, Responsabile statistiche Direzione Generale Cooperazione allo Sviluppo OECD, Parigi.

Consigliere Enrico Granara, Presidenza del Consiglio, focal point GFATM per l'Italia fino al 1 luglio 2004 (intervistato a titolo personale).

Dott. Enrico Hausermann, Amministratore delegato EG SpA e membro del Consiglio direttivo di Assogenerici.

Dott. Mauro Guarinieri, Presidente "European AIDS Treatment Group".

Dott. Alessandro Leto, Professore di Sviluppo Sostenibile, Università di Bologna; esperto del Presidente del Consiglio per il Piano di Azione G8 per l'Africa.

Dottorressa Silvia Mancini, Responsabile Access Campaign, MSF Italia.

Dott. Eduardo Missoni, Segretario Generale, Organizzazione Mondiale del Movimento Scout. Dal 1987 al 2002, esperto sanitario presso l'Unità Tecnica Centrale della Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo del Ministero degli Affari Esteri.

Dott. Leonardo Mordini, Direttore, Pharco Ltd.

Dottorressa Gerard Seco, Access Campaign, EU Liaison Officer, MSF, Bruxelles.

Dott. Vincenzo Racalbutto, Esperto, Ministero Affari Esteri, DGCS.

Dott. Guglielmo Riva, Esperto, Ministero Affari Esteri DGCS, Unità di Valutazione.

Dottorressa Chiara Venier, Esperta, Ministero Affari Esteri DGCS.



#### FOTOGRAFIE

sinistra  
Riccardo Arena  
ACTIONAID INTERNATIONAL

destra  
Marzio Mariani  
ACTIONAID INTERNATIONAL

copertina  
Andrea Comollo  
ACTIONAID INTERNATIONAL

#### ActionAid International

**Sede di Milano**  
via Broggi 19/A - 20129 Milano, Italia  
tel. +39 02742001  
fax +39 02295537373  
e-mail: [campagne@actionaidinternational.it](mailto:campagne@actionaidinternational.it)

**Sede di Roma**  
via Volta 39/B - 00153 Roma, Italia  
tel. +39 0657250150  
fax +39 065780485  
web: [www.actionaidinternational.it](http://www.actionaidinternational.it)  
sito internazionale: [www.actionaidinternational.org](http://www.actionaidinternational.org)

**International Secretariat**  
Johannesburg  
**Asia Regional Office**  
Bangkok  
**Africa Regional Office**  
Nairobi  
**America Regional Office**  
Rio de Janeiro  
**European Offices**  
Athens - Brussels - Dublin  
London - Rome