

Ogni promessa è debito

**L'impegno italiano nella lotta all'HIV e AIDS
tra dichiarazioni internazionali e azioni nazionali.**

Edizione 2006

act!onaid 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, Marta Monteso Cullel, Claudia Trezza

Per ActionAid International hanno collaborato

Luca De Fraia, Daniele Scaglione, Marco De Ponte, Paola Giuliani, Iacopo Viciani

Coordinamento delle attività a cura di

Iacopo Viciani

Editing

Irene Amodei

Redazione chiusa il 30 aprile 2006.

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.

Sommario

Sintesi e raccomandazioni	pag. 4
Un patto globale contro una crisi globale, cinque anni dopo	pag. 10
BOX	
Gli impegni italiani	pag. 11
Italia, G8 e lotta all'HIV e AIDS	pag. 15
Risorse per lo sviluppo e lotta all'HIV e AIDS	pag. 16
Fonti di riferimento e introduzione metodologica	pag. 19
Investire nella risposta all'epidemia: stanziamenti 2000-2005	pag. 20
Risorse per l'HIV e AIDS e risorse per la Lotta alla Povertà	pag. 22
Ripartizione delle erogazioni	pag. 22
Aree di intervento	pag. 24
BOX	
Il Fondo Globale per la Lotta all'AIDS, TB e Malaria: quale ruolo ora per l'Italia?	pag. 26
L'accesso ai farmaci	pag. 28
BOX	
Gli impegni italiani	pag. 28
L'esperienza di Pharco Ltd.	pag. 33
La riforma della legislazione sui brevetti	pag. 34
Raccomandazioni	pag. 35
Lista degli acronimi	pag. 36
Elenco degli esperti intervistati	pag. 37

Sintesi e raccomandazioni

Il primo vero piano d'azione globale mai elaborato per affrontare la pandemia dell'HIV e AIDS risale al 2001. Firmata da 189 Paesi membri delle Nazioni Unite nel corso della XXVI Sessione speciale dell'Assemblea Generale (UNGASS), la Dichiarazione d'Impegno prevedeva soglie minime d'intervento in differenti settori, arrivando a definire l'HIV e AIDS una *crisi globale* che richiede *un'azione* globale. A cinque anni di distanza, nel maggio 2006, l'Assemblea Generale è chiamata a valutare i progressi fatti a livello internazionale. La pandemia, con 40 milioni di ammalati nel mondo e 5 milioni di nuovi infetti all'anno¹, non solo non sembra essere sotto controllo, ma è ormai definitivamente approdata in Asia: l'India, con quattro milioni di sieropositivi, ha superato il Sudafrica nell'elenco dei paesi più colpiti.

L'Italia ha pubblicamente sottoscritto tutti gli impegni politici stabiliti nel 2001 dall'Assemblea Generale, riconoscendo l'estrema urgenza del problema dell'HIV e AIDS e svolgendo una funzione trainante nella creazione del Fondo Globale per la Lotta all'AIDS, Tuberculosis e Malaria (Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, GFATM). Nelle parole del DAC (Development Assistance Committee, Comitato per l'Aiuto allo Sviluppo) l'impegno nella lotta all'HIV e AIDS è stato la grande novità e la costante principale della Cooperazione Italiana durante la XIV legislatura.

¹UNAIDS, *AIDS Epidemic Update 2005*, novembre 2005 http://www.unaids.org/epi/2005/doc/docs/PR_EpiUpdate_Nov05_en.pdf

Alla fine del 2004, tre anni dopo la sottoscrizione degli impegni, ActionAid International ha pubblicato una valutazione intermedia dell'azione italiana. Nella prima edizione di *Ogni promessa è debito* si evidenziava:

- l'assenza di un documento strategico pluriennale che chiarisse i termini dell'approccio italiano alla lotta all'HIV e AIDS nei Paesi in Via di Sviluppo (PVS);
- l'imprecisione del sistema di rapportistica DAC in merito alle risorse stanziare per la lotta alla pandemia, che non consentiva di valutare i gruppi di riferimento e la tipologia di intervento utilizzata;
- l'andamento incostante delle risorse stanziare a sostegno dello sviluppo dei sistemi sanitari nei Paesi del Sud del mondo;
- la mancanza di un meccanismo finanziario che garantisse la certezza del contributo italiano annuale al Fondo Globale;
- lo scarso coordinamento tra i dicasteri interessati;
- lo scarso dibattito parlamentare sulla pandemia;
- il sostanziale disinteresse riguardo la questione delle terapie farmacologiche e l'urgenza di una riforma della legislazione sui brevetti allo scopo di garantire, attraverso la concorrenza, una riduzione del costo dei farmaci;
- il mancato sostegno a iniziative private italiane miranti a favorire lo sviluppo dell'industria di farmaci generici al Sud del mondo.

Nel 2005 un sondaggio dell'Eurobarometro rilevava che per il 61% degli italiani intervistati la lotta alla pandemia era la strada migliore per affrontare in modo efficace la lotta alla povertà, e per il 53% le risorse che l'Italia metteva a disposizione in questo settore erano insufficienti.

Sono trascorsi due anni dalla valutazione intermedia nella quale ActionAid International denunciava il sostanziale tradimento delle promesse fatte dal Governo italiano in materia di lotta all'HIV e AIDS.

I dati ufficiali sintetici relativi all'impegno finanziario italiano si fermano al 2004, ma con l'aiuto di altre fonti è possibile avanzare una stima per gli anni 2000 e 2005: l'Italia ha stanziato in sei

anni 304.896.315² euro per combattere l'HIV e AIDS. Grazie a questo aumento progressivo dei finanziamenti la lotta alla pandemia è diventata il settore più importante dell'Aiuto Pubblico allo Sviluppo italiano. I dati non permettono ancora di identificare con chiarezza il gruppo vulnerabile beneficiario e neppure le tipologie d'intervento privilegiate.

Il 79,7% delle risorse è andato al GFATM. Sull'Africa sub-Sahariana, dove si registrano i più elevati tassi di prevalenza dell'epidemia, si riversa il 93% delle risorse bilaterali. Laddove la maggior parte degli interventi si concentra sui primi 10, Kenya e Uganda sono in cima alla lista dei 21 paesi beneficiari. I finanziamenti per il sostegno ai sistemi sanitari dei Paesi africani, invece, rappresentano appena un terzo dei fondi riservati alla lotta all'HIV e AIDS.

Nel 2004 l'Italia non ha versato al Fondo Globale il contributo di 100 milioni di euro che aveva promesso, rimandando il versamento all'anno successivo. Uno slittamento irragionevole, se si pensa che dalla regolarità dei contributi dei donatori dipende tra le altre cose la continuità nella somministrazione delle terapie salva-vita a 375.000 pazienti. L'impegno italiano verso il GFATM continua a essere imprevedibile, soprattutto perché condizionato dai processi di bilancio dello Stato. È molto possibile che il caso del 2004 si ripeta nel 2006: nelle casse della Cooperazione allo Sviluppo mancano infatti le risorse per onorare il contributo promesso a Londra nella Conferenza di Rifinanziamento del settembre 2005, che ammonta a 130 milioni di euro all'anno per il 2006 e 2007, a meno che non si decida un procedimento straordinario.

ActionAid International ritiene che l'epidemia di HIV e AIDS sia da considerarsi come una crisi di sviluppo globale e che vada affrontata urgentemente, attingendo risorse finanziarie addizionali in misura proporzionale alla ricchezza nazionale in ogni paese.

La revisione della Dichiarazione UNGASS a New York di fine maggio 2006 rappresenta probabilmente il primo appuntamento del nuovo governo a livello internazionale. In quest'occasione l'Italia è chiamata a rendere conto delle azioni intraprese negli ultimi cinque anni nella lotta all'epidemia di AIDS.

Malgrado l'importanza della scadenza, a metà aprile 2006 il Ministero degli Affari Esteri non aveva ancora iniziato la redazione del documento da presentare all'Assemblea Generale. Nello stesso periodo il Ministero degli Affari Esteri ha condiviso con ActionAid International

² In armonia con l'orientamento emerso in sede DAC per rendicontare le attività messe in atto per il controllo di HIV e AIDS, si è escluso dal computo l'intervento dell'Istituto Superiore di Sanità del Sudafrica, avviato nel 2003 e destinato principalmente a sostenere la riforma sanitaria e non il controllo della pandemia. La lista completa degli interventi analizzati è disponibile su richiesta.

una nota strategica sintetica che, per la prima volta, delinea in che modo e in che misura l'azione italiana contribuisca alla lotta alla pandemia in Africa australe e riconosce come determinante il sostegno al Fondo Globale e il rafforzamento dei sistemi sanitari nazionali. Sebbene presso la Presidenza del Consiglio sia stato creato un tavolo tecnico, con la precisa funzione di coordinare gli interventi di lotta alla pandemia in Africa, gli intervistati ritengono che gli attori istituzionali coinvolti non sappiano ancora «fare Sistema». Il dibattito parlamentare in materia rimane debole, se si fa eccezione per alcuni specifici appuntamenti internazionali. Una negligenza intollerabile, vista la gravità del problema che invita a studiare con attenzione l'esempio di altri Paesi donatori i quali, per assicurare una costante visibilità al problema, hanno deciso di istituire la figura straordinaria di un «Ambasciatore per l'HIV e AIDS».

L'Italia è tra i primi otto paesi che si sono impegnati a garantire entro il 2010, l'Accesso Universale alla Terapia anti-retrovirale, una promessa sottoscritta durante la riunione del G8 del luglio 2005 che, se realizzata, consentirebbe in cinque anni la somministrazione continuativa di farmaci salva-vita a 5,2 milioni di persone. Un obiettivo ambizioso, guardato con diffidenza e incredulità soprattutto dai Paesi che sono più colpiti dall'epidemia: forse l'ennesima promessa destinata a rimanere sulla carta. L'Italia non ha mai fatto dell'accesso ai farmaci una priorità, anzi in passato ha sempre guardato con un certo scetticismo a un simile approccio, preferendo investire nella prevenzione. L'inversione di tendenza che ha recentemente portato il nostro Paese a impegnarsi sul fronte dell'Accesso Universale difetta di una riflessione sulle implicazioni di tale scelta sul tipo di interventi fino ad oggi sostenuti. Molto meglio sarebbe – sono in molti gli intervistati a pensarlo – che l'Italia focalizzasse il suo impegno nell'aumento degli stanziamenti al Fondo Globale e incominciasse a sostenere con convinzione i sistemi sanitari dei Paesi colpiti dall'epidemia.

ActionAid International esprime una preoccupata riserva di fronte all'impreparazione con cui l'Italia ha fatto suo il nuovo obiettivo dell'Accesso Universale: le procedure scelte per il suo raggiungimento appaiono improvvisate e sembra non tengano conto degli ostacoli possibili e neppure prevedano di coinvolgere la società civile, soprattutto le persone sieropositive. ActionAid International ritiene necessario che il Governo

italiano si assuma chiaramente le proprie responsabilità indicando le azioni previste per la rimozione di questi ostacoli.

In ambito G8 l'Italia si è poi schierata decisamente in prima linea a favore della sperimentazione del vaccino destinato a sconfiggere l'HIV e AIDS, per il quale potrebbero essere stanziati sei miliardi di dollari. L'eccessiva attenzione al vaccino – che si prevede richiederà almeno quindici anni per essere messo a punto – rischia, però, di sottrarre risorse ad altri tipi di intervento, che potrebbero avere un impatto più immediato. Con lo stesso investimento si potrebbero infatti sottoporre a terapie con farmaci salva-vita tutti i sieropositivi del mondo, per otto anni. Nei documenti italiani relativi al vaccino, infine, non si fa cenno né alla questione della «brevettabilità» né al costo di produzione, che sarà coperto grazie a fondi pubblici. Il rischio è fin troppo evidente: un prodotto troppo caro, a tutto vantaggio di poche industrie farmaceutiche, come del resto è già successo con i farmaci anti-retrovirali fino al 2000.

In merito alla riforma della legislazione internazionale sui brevetti il nostro Paese non si è dimostrato altrettanto sollecito. Il Governo italiano ha valutato positivamente il compromesso, adottato in sede di Organizzazione Mondiale del Commercio nel dicembre 2005, che consente l'esportazione di farmaci generici in Paesi che non possono produrne, nonostante molti Stati africani abbiano criticato l'eccessiva macchinosità della procedura. La mancanza di ogni riforma della legislazione sui brevetti inoltre finisce per paralizzare l'industria italiana di farmaci generici che, nota per la qualità dei suoi prodotti, sta progressivamente perdendo competitività di fronte alla concorrenza indiana. Le istituzioni non hanno sostenuto iniziative private italiane che avrebbero favorito lo sviluppo di un'industria farmaceutica di generici nei Paesi africani. Anche i casi di successo non hanno ricevuto un adeguato supporto, tanto che in Zambia l'esperienza positiva della Pharco, la prima azienda italo-africana che produce farmaci salva-vita generici a costi competitivi, rischia la bancarotta e lamenta la totale assenza del sostegno finanziario delle istituzioni italiane.

raccomanda pertanto al Governo italiano di:

- **elaborare un documento sintetico che renda conto dell'impegno finanziario italiano nella lotta alla pandemia per il periodo 2000-2005;**
- **adottare un sistema di rapportistica più dettagliato, che consenta di identificare, nell'ambito degli interventi messi in atto per combattere l'HIV e AIDS, le risorse destinate ai gruppi più vulnerabili;**
- **valutare la possibilità di nominare un «Ambasciatore per l'HIV e AIDS» che diventi il fulcro del coordinamento degli interventi italiani di lotta alla malattia e promuova la visibilità internazionale dell'impegno dell'Italia nel settore;**
- **adottare un sistema di rapportistica più dettagliato che consenta di stimare la componente HIV e AIDS all'interno di più ampi progetti di sviluppo;**
- **aumentare gli stanziamenti destinati al settore sanitario nei Paesi dell'Africa sub-Sahariana, rendendoli equivalenti a quelli per l'HIV e AIDS;**
- **trasferire dal fondo speciale del Ministero dell'Economia 150 milioni di euro, per assicurare il contributo promesso dall'Italia al GFATM per il 2006 (130 milioni) e saldare l'arretrato del 2005 (20 milioni);**
- **predisporre uno strumento legislativo ad hoc che sottragga il contributo dell'Italia al GFATM agli aggiustamenti annuali del bilancio statale e ne assicuri la disponibilità continuativa e addizionale rispetto agli stanziamenti per l'Aiuto Pubblico allo Sviluppo;**
- **garantire che la ricerca per il vaccino non sottrarrà risorse a interventi d'impatto immediato sulla pandemia;**
- **escludere la «brevettabilità», assicurandone l'accesso e la necessaria disponibilità alle persone nei Paesi in Via di Sviluppo;**
- **fare chiarezza sui modi e i tempi in cui l'Italia intende contribuire all'obiettivo che prevede l'Accesso Universale alle Terapie entro il 2010, producendo un piano d'azione italiano per l'Accesso Universale alle Terapie entro la fine del 2006;**
- **stimolare una discussione parlamentare e attivare rapidamente le procedure di approvazione nazionale del nuovo regolamento europeo sui brevetti;**
- **sostenere il rafforzamento dell'industria di farmaci generici nei Paesi in Via di Sviluppo, promuovendo partnership e trasferimento di tecnologie tra industrie del Nord e del Sud.**

Un patto globale contro una crisi globale, cinque anni dopo

«La diffusione dell'AIDS è una sfida che non possiamo permetterci di minimizzare. La storia ci condannerà se non faremo tutto ciò che è in nostro potere per affrontare con vigore tali problemi. Invito oggi ogni cittadino europeo a mostrare la propria solidarietà con tutte le vittime di questo flagello, in Europa e nel resto del mondo»³. Romano Prodi

«Nessun paese occidentale può pensare di essere immune dal contagio. L'AIDS non è confinato in un paese. Quando c'è una immigrazione è chiaro che questa malattia può essere portata in altri paesi»⁴. Silvio Berlusconi

«Lo sforzo fatto non è ancora abbastanza. L'Italia è determinata a fare il suo dovere, fino in fondo»⁵. Gianfranco Fini

Dalle dichiarazioni che abbiamo sopra riportato risulta con chiarezza come il problema dell'HIV e AIDS sia considerato dalle forze politiche nazionali una questione imprescindibile, che richiede un consistente sforzo finanziario, in armonia con la posizione delle Nazioni Unite. Il 27 giugno 2001 la XXVI Sessione Speciale dell'Assemblea Generale ha infatti adottato la «Dichiarazione d'Impegno per la lotta all'HIV/AIDS»; per la prima volta l'emergenza della Sindrome da Immunodeficienza Acquisita viene definita come una «crisi globale» che richiede un'«azione globale». Nella «Dichiarazione» si legge che, alla fine del 2000, risultavano colpiti dall'infezione 36 milioni di persone, concentrate per il 90% dei casi in Paesi in Via di Sviluppo. Discriminazione, guerre, povertà e mancanza di accesso a strutture sanitarie adeguate sono all'origine di una diffusione tanto rapida e capillare da rischiare di compromettere il raggiungimento degli obiettivi che le Nazioni Unite si sono dati per il nuovo millennio⁶.

³ Presidente della Commissione Europea, Romano Prodi, ANSA, 1° dicembre 2003.

⁴ Presidente del Consiglio, Silvio Berlusconi, ANSA, 27 marzo 2002.

⁵ Ministro degli Esteri, Gianfranco Fini, *Prefazione a Italy and the Fight Against AIDS, Tuberculosis and Malaria*, giugno 2005.

⁶ UNAIDS, *Declaration of Commitment on HIV/AIDS*, UN General Assembly 26th Special Session, giugno 2001.

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. Gli impegni sottoscritti dagli Stati membri nel corso della Sessione Speciale sono stati organizzati per aree di intervento: leadership, prevenzione, cure, accesso ai farmaci, diritti umani, bambini e orfani, ricerca, emergenze e risorse.

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 stanziare per la lotta all'HIV e AIDS, contribuendo significativamente a raggiungere l'ammontare globale di 5-8 miliardi di euro entro il 2005.
3. Allocare a UNAIDS le risorse necessarie.
4. Sostenere il Fondo Globale per la Lotta all'AIDS, Tubercolosi e Malaria.

All'incontro del 2001 gli allora presidente del consiglio Silvio Berlusconi e ministro degli esteri Renato Ruggiero non erano presenti. A farne le veci il ministro plenipotenziario Giandomenico Magliano il quale, nel suo intervento all'Assemblea Generale, 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. Magliano ha presentato l'Italia come Paese

donatore seriamente impegnato sul duplice fronte della riduzione del prezzo dei farmaci anti-retrovirali e del sostegno alla loro produzione locale⁷. Il Ministro ha quindi sintetizzato i quattro punti della «via italiana» alla lotta all'HIV e AIDS, non mancando di riconoscere nel Fondo Globale per la Lotta all'AIDS il cardine su cui innestare ogni strategia⁸.

Nel 2003, durante la LVIII Sessione dell'Assemblea Generale, il ministro degli esteri Franco Frattini, parlando a nome dell'Unione europea, ha in gran parte ripreso l'orientamento del ministro Magliano, ribadendo il fatto che solo attraverso sistemi sanitari nazionali funzionanti si può arrestare l'epidemia, facendo ancora una volta appello alla centralità del Fondo Globale come strumento indispensabile per una risposta integrata alla lotta all'HIV e AIDS⁹.

Le dichiarazioni e gli impegni assunti dai vari rappresentanti nazionali di fronte alle Nazioni Unite evidenziano un'attenzione continua del nostro Paese all'emergenza HIV e AIDS. Tra il 2001 e il 2005 l'Italia non è tuttavia riuscita a produrre alcun documento strategico in grado di spiegare come intendeva realizzare quanto promesso¹⁰. Dal 2002 la lotta alla pandemia resta in ogni caso un tema costante nelle relazioni previsionali della politica di Cooperazione italiana. Nel gennaio del 2006, la Direzione Generale Cooperazione allo Sviluppo (DGCS) ha messo a disposizione di ActionAid International una nota che sintetizza le linee guida dell'azione italiana contro la pandemia. Dal documento emerge un approccio che punta al rafforzamento dei sistemi sanitari nazionali, alla concentrazione delle operazioni sull'Africa australe quale zona d'intervento privilegiato, al potenziamento delle capacità di coordinamento nazionale e al miglioramento del dialogo e delle collaborazioni tra la Direzione Generale Cooperazione allo Sviluppo e le Agenzie delle Nazioni Unite.

La «Dichiarazione d'Impegno per la lotta all'HIV/AIDS» dell'ONU non è un documento legale, bensì politico. Essa indica azioni e scadenze puntuali sul cui rispetto si misura tanto la credibilità degli Stati quanto l'efficacia della lotta all'HIV e AIDS da questi intrapresa. In questo rapporto analizzeremo l'impegno dell'Italia nei settori relativi alle risorse e all'accesso ai farmaci. Per la redazione di questo rapporto ActionAid International ha utilizzato fonti secondarie per stimare le risorse italiane destinate alla lotta alla pandemia ed interviste ad esperti, accademici e rappresentanti delle istituzioni – condotte nei primi mesi del 2006 – per quanto riguarda la sezione sull'accesso ai farmaci.

⁷ Giandomenico Magliano, *Italy statement by Minister Plenipotentiary Giandomenico Magliano*, UN General Assembly 26th Special Session, 25 giugno 2001. www.un.org/ga/aids/statements/docs/italyE.html

⁸ *Ibidem*.

⁹ Franco Frattini in <http://www.italyun.org/statements/Frattini%20GA-SS%20HIV-AIDS.html>.

¹⁰ L'assenza di linee strategiche per la lotta all'HIV e AIDS è spesso segnalata come una delle cause della debolezza dell'impatto che gli stanziamenti italiani hanno sull'epidemia (N.d.R.).

La «Dichiarazione» prevede, entro il 2005, una spesa annuale globale per contrastare l'epidemia che si aggiri tra i 7 e i 10 miliardi di dollari (paragrafo 80); l'istituzione di un Fondo Globale per la sanità e la lotta all'HIV e AIDS che sostenga gli sforzi di prevenzione e cura dell'epidemia, mobilitando anche risorse private (paragrafo 90); un miglior accesso ai farmaci (paragrafo 56).

A cinque anni di distanza l'Assemblea Generale non ha potuto fare a meno di constatare che i malati sono saliti a 40 milioni, il 94% dei quali si concentra nei Paesi in Via di Sviluppo. Le risorse stanziare sono cresciute, ma non abbastanza da arrestare la diffusione della pandemia entro il 2015; si assiste, con preoccupazione, alla femminilizzazione dell'epidemia e i prezzi dei farmaci salva-vita, soprattutto di quelli per bambini, sono ancora troppo alti.

Con l'adozione nel settembre 2005 di una nuova risoluzione di revisione degli Obiettivi del Millennio, 189 capi di Stato si sono nuovamente impegnati ad aumentare i fondi e a ridurre il prezzo dei farmaci, in vista di un nuovo obiettivo: l'Accesso Universale alla Terapia per tutti i malati entro il 2010¹¹.

Dall'analisi e dalle interviste raccolte da ActionAid International per l'elaborazione di questo rapporto, accanto all'opinione diffusa che non si sia riusciti a fare «sistema» neppure tra i differenti ministeri in qualche modo interessati – Esteri, Economia e Salute – emerge chiara la volontà di stabilire un tavolo di coordinamento. Il fatto che già esistano in Italia una Consulta nazionale per la Lotta all'AIDS e una commissione tecnica, presso la Presidenza del Consiglio, costituita proprio dai dicasteri sopra citati, sembra essere ignorato dai più. Se è basso il livello di coordinamento ministeriale, ancora più scarso, a detta degli intervistati, è stato il dibattito che il Parlamento ha dedicato alla pandemia, fatta eccezione per qualche sporadica mozione alla vigilia di importanti scadenze internazionali, come le conferenze dell'Organizzazione Mondiale del Commercio o quelle in vista del rifinanziamento del Fondo Globale.

La confusione che circonda il tema e la sostanziale marginalizzazione di cui è fatto oggetto sollevano qualche perplessità e spingono a domandarsi, a fronte della gravità dei dati, se la questione HIV e AIDS non debba acquisire una visibilità autonoma, ad esempio attraverso l'istituzione di una figura ad hoc come quella di un «Ambasciatore per l'HIV e AIDS» che sia delegato dal responsabile della Cooperazione italiana a rafforzare la rappresentanza del nostro Paese verso le istituzioni multilaterali che si occupano della lotta alla pandemia, sull'esempio di

¹¹ Assemblea Generale, 60/1. *2005 World Summit Outcome*, settembre 2005.

altri donatori come Stati Uniti, Belgio, Francia e Spagna.

Un simile provvedimento non incontra tuttavia il consenso di tutti. Molti temono che, in mancanza di una strategia chiara, la creazione di una carica interamente dedicata alla lotta all'HIV e AIDS, pur favorendo un miglior coordinamento e una maggiore visibilità internazionali, non determinerebbe che una vacua personalizzazione del problema, deresponsabilizzando gli altri attori istituzionali o creando tra essi un'inutile competizione.

Accanto alle considerazioni politiche emergono chiare le volontà dei cittadini italiani che hanno chiesto che la lotta all'HIV e AIDS diventi un priorità delle politiche di sviluppo europee, e al contempo hanno valutato criticamente l'operato degli ultimi quattro anni. Nel 2005 un sondaggio dell'Eurobarometro rilevava che per il 61% degli intervistati italiani la lotta alla pandemia era la strada migliore per affrontare in modo efficace la lotta alla povertà nel mondo, e per il 53% le risorse che l'Italia metteva a disposizione in questo campo erano insufficienti¹².

¹² The Kaiser Family Foundation, *Survey of G7 Nations on HIV spending in Developing Countries*, luglio 2005.

Italia, G8 e lotta all'HIV e AIDS

L'Italia ha svolto negli ultimi anni un ruolo importante nella definizione delle politiche del G8 per rispondere all'epidemia di HIV e AIDS.

Nel 2001, dopo il Summit di Genova, il Ministro degli Esteri Renato Ruggiero ha sottolineato con soddisfazione la centralità del ruolo svolto dall'Italia nel lancio del Fondo Globale per la Lotta all'AIDS, Tubercolosi e Malaria, dichiarando "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".

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.

Nel 2005 a Gleneagles è stato dichiarato l'impegno a sostenere l'accesso universale alle terapie entro il 2010 e a contribuire al completo finanziamento del Fondo Globale.

Il G8 2006 a S. Pietroburgo affronterà, tra gli altri temi, anche quello delle malattie infettive: in questa occasione l'Italia si è impegnata a sostenere l'importanza del monitoraggio di tali malattie e della ricerca sul vaccino anti-AIDS.

*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>

Risorse per lo sviluppo e lotta all'HIV e AIDS¹³

Il monitoraggio delle risorse destinate a finanziare la lotta alla povertà e, più specificamente, a contrastare la diffusione dell'HIV e AIDS è un passaggio essenziale che permette non solo di garantire una maggiore trasparenza nella gestione del denaro pubblico di fronte ai contribuenti, al Parlamento e ai paesi beneficiari dell'aiuto, ma anche di verificare se l'Italia abbia effettivamente stanziato le quantità di denaro promesse. La Dichiarazione UNGASS fissava tra i 7 e 10 miliardi di dollari all'anno¹⁴ la cifra che sarebbe stato necessario allocare, entro il 2005, per far fronte ai bisogni generati dalla pandemia in Paesi a medio e basso reddito. Quella forbice è diventata il parametro in base al quale valutare i comportamenti dei donatori, tenendo presente che, con il trascorrere del tempo e il progredire dell'epidemia, i bisogni si sono via via ridefiniti, passando dai 10 miliardi di dollari del 2005 ai 18 del 2007¹⁵, ai 22 nel 2008¹⁶.

Le risorse finanziarie erogate per la lotta alla pandemia rappresentano una parte degli stanziamenti per l'Aiuto Pubblico allo Sviluppo (APS); in mancanza di capitoli di spesa specifici, ai fini del monitoraggio è possibile risalire alla loro entità soltanto analizzando tutte le iniziative di cooperazione deliberate. A questa difficoltà amministrativa se ne aggiunge una, per così dire, concettuale. La diffusione dell'HIV e AIDS non rappresenta infatti un problema esclusivamente sanitario, ma incide sullo sviluppo complessivo delle comunità che ne sono colpite. 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. Il che però rende estremamente difficile «isolare» le diverse risposte messe in campo per contrastare la patologia e, conseguentemente, stimare l'ammontare dei relativi investimenti.

¹³ Il rapporto utilizza l'euro come valuta di riferimento, anche se le fonti consultate esprimono l'ammontare in dollari. Il tasso di conversione scelto euro:dollaro è 1:1,208 (N.d.R.).

¹⁴ Equivalente a 7,427 e 10,61 miliardi di euro. Secondo il DAC nel 2001, il tasso di cambio dollaro:euro = 1:1,061.

¹⁵ 19,9 miliardi di dollari secondo una stima precedente del giugno 2004; UNAIDS, *Financing the Expanded Response to AIDS*, luglio 2004.

¹⁶ UNAIDS, *Resource Needs for an Expanded Response to AIDS in Low and Middle Income Countries*, giugno 2005.

Nel sistema di classificazione del DAC¹⁷, il sostegno alle attività per la lotta all'HIV e AIDS rientra sotto la voce «popolazione/salute riproduttiva» (codice DAC 130), che include le attività di pianificazione familiare e di prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili. Più precisamente, gli interventi in risposta all'HIV e AIDS vengono designati con un codice di scopo principale (purpose code 13040), comune però a tutte le malattie sessualmente trasmissibili, e al quale si riferiscono indiscriminatamente iniziative d'informazione, testing, prevenzione e terapia. Alle operazioni a sostegno della sanità di base, come la lotta alla malnutrizione o il controllo della malaria, è invece attribuito il codice 120. Introducendo un grado di arbitrarietà e di semplificazione che è difficile correggere, le regole di reportistica DAC consentono in pratica di attribuire soltanto un codice piuttosto generico che si riferisce a un'unica categoria.

Entrando ancor più nel merito, le regole di reportistica adottate presentano i seguenti limiti:

- il codice 13040 non distingue le attività di lotta all'HIV e AIDS da quelle messe in campo per contrastare tutte le altre malattie sessualmente trasmissibili, riducendo tutto alla categoria di salute riproduttiva;
- altre attività di «riduzione del danno» della pandemia, come il sostegno nutritivo alle persone infette, potrebbero configurarsi come attività di sostegno alla sanità di base e non essere neppure classificate con il codice 13040.
- i tipi d'intervento (prevenzione o terapia) e il gruppo vulnerabile di riferimento, per esempio donne, orfani o prostitute, sono indistinguibili.

¹⁷ Ci si riferisce al Creditor Reporting System (CRS): <http://www.oecd.org/dataoecd/16/53/1948102.pdf>

Il sistema DAC corregge almeno parzialmente questi limiti attraverso il Creditor Reporting System, che contempla una descrizione più accurata degli interventi e inserisce una valutazione della rilevanza dei programmi per la promozione delle donne.

Il «vizio di forma» dell'attuale sistema di rapportistica permane e non consente di quantificare la componente dedicata all'HIV e AIDS né all'interno dei programmi di lotta alla povertà né all'interno di quelli, più ampi, di salute riproduttiva. Il rischio è quello di distorcere, sottostimando o sovrastimando, gli interventi di lotta all'HIV e AIDS.

Prendiamo, ad esempio, una distribuzione di profilattici. Pur rientrando in un programma di pianificazione familiare ed essendo, quindi, classificata con il codice 13030 del CRS, essa prevede sicuramente una quota destinata a contrastare la trasmissione del virus. Quota che, però, non viene riportata e che quindi sarà impossibile quantificare. Viceversa, il fatto che l'impatto del virus colpisca indifferentemente tutti i settori sociali di una comunità potrebbe spingere i più «creativi» a contabilizzare anche gli interventi a sostegno dei sistemi sanitari o le campagne educative in Paesi ad alto tasso di prevalenza dell'infezione, come attività di risposta all'HIV e AIDS, generando una tendenziale sovrastima.

Le imprecisioni che il sistema manifesta hanno spinto i membri del DAC a riconsiderarne i criteri in senso restrittivo, permettendo nella pratica di contabilizzare solo l'ammontare delle attività principalmente concepite per far fronte all'epidemia¹⁸. Sono però davvero pochi gli uffici statistici dei paesi membri dell'OCSE in grado di raggiungere il livello di accuratezza previsto dal sistema. L'Italia, ad esempio, a causa dell'insufficienza del personale, in genere non arriva a compilare i moduli del CRS pensati per valutare l'impatto dei diversi interventi sulla promozione del ruolo della donna.

Il DAC ha prodotto studi e sezioni ad hoc del suo database¹⁹, tentando di aggregare per temi i dati riportati in settori differenti. Inoltre ha creato un nuovo codice sotto il quale classificare interventi sociali, e non di natura sanitaria, per sieropositivi e gruppi vulnerabili (16040)²⁰.

¹⁸ DAC, *Aid in Support of HIV/AIDS Activities, 2000-2002*, giugno 2004, pag. 19. In realtà, l'accuratezza e l'uniformità del reporting del DAC è ulteriormente indebolita dal fatto che i donatori notificano individualmente i propri dati. Per l'HIV e AIDS, alcuni donatori arrivano addirittura a notificare i costi di esperti o Junior Professional Officer (JPO).

¹⁹ <http://stats.oecd.org/wbos/ViewPivot.aspx?DatasetCode=CRS+HIVAIDS>

²⁰ Decisione adottata al DAC durante il meeting del 14-15 giugno 2005, e immediatamente applicata.

Fonti di riferimento e introduzione metodologica

Le valutazioni presentate in questo rapporto sono state elaborate a partire dai dati contenuti nei seguenti documenti:

- **DGCS, “Italy and the Fight Against AIDS, Tuberculosis and Malaria (2000-2004)”, giugno 2005.** Il dossier riporta lo sforzo finanziario sostenuto dalla DGCS per contrastare le tre epidemie, calcolando i contributi volontari a Organismi internazionali e Organizzazioni non governative (ONG), e raggruppandoli per paese destinatario. Il volume fornisce anche una lista di interventi finanziati da altri enti, come l'Istituto Superiore di Sanità o il Ministero della Salute, ma non ripartisce le risorse annualmente stanziare per ciascuna delle tre malattie, non elenca gli stanziamenti della Cooperazione decentrata e non dà modo di valutare il sostegno indiretto alla lotta all'HIV e AIDS che l'Italia offre attraverso i contributi obbligatori alle Organizzazioni internazionali. Infine non permette di scorporare finanziariamente l'azione italiana né per tipo di intervento, né per gruppo vulnerabile beneficiario.
- Il **database DAC/CRS** dedicato alla lotta all'HIV e AIDS riporta l'impegno finanziario bilaterale²¹ e fornisce la lista delle attività che i membri DAC hanno realizzato per il controllo della pandemia a partire dal 2000, suddividendole per area geografica.
- I bollettini della Cooperazione allo sviluppo (**DIPCO**) per l'anno 2005 consentono di stimare i vari interventi realizzati, distinguendo i soggetti beneficiari, i paesi destinatari e gli stanziamenti per la lotta all'HIV e AIDS. Le delibere del DIPCO non assicurano che gli investimenti previsti vengano effettivamente erogati, ma sono comunque un'espressione della volontà politica.

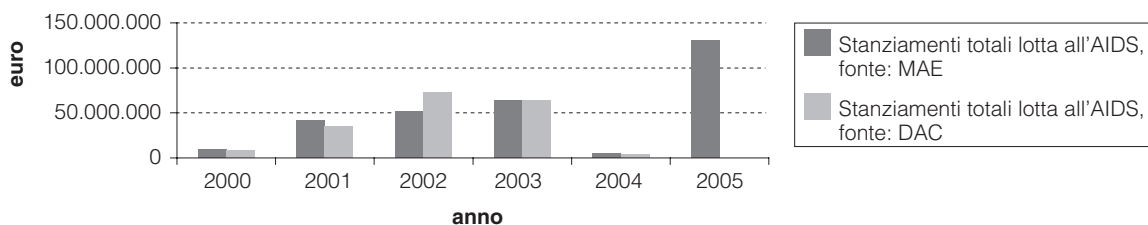
Per rendere più possibile la comparazione tra le fonti il dato DAC è stato rafforzato con i contributi multilaterali italiani destinati a UNAIDS ed al GFATM.

²¹ Secondo le regole di reportistica del CRS, gli impegni di contributo (*commitments*) a Organizzazioni internazionali per la realizzazione di specifici progetti extra-budget sono riportati come bilaterali. Anche i contributi destinati al Fondo Globale sono stati contabilizzati come bilaterali fino al 2003, anno in cui l'istituzione ottenne lo statuto di Organizzazione internazionale. Per rendere i dati omogenei e dunque confrontabili da un anno all'altro, le allocazioni al GFATM sono state classificate da ActionAid International come bilaterali anche successivamente al 2002.

Investire nella risposta all'epidemia: stanziamenti 2000-2005

L'analisi dei dati riportati dalle fonti appena citate ci permette di quantificare i finanziamenti indirizzati specificamente alla lotta all'HIV e AIDS²². Secondo le fonti della DGCS, l'Italia parte nel 2000 stanziando 9.532.567 euro, una cifra che aumenta progressivamente negli anni successivi fino al 2003, e che riprende a crescere nel 2005, dopo una battuta di arresto nel 2004. Complessivamente in sei anni (dal 2000 al 2005) il nostro Paese ha stanziato 304.896.315²³ euro per il finanziamento di attività bilaterali²⁴ aventi come scopo il controllo della pandemia. Un confronto con i dati DAC²⁵, possibile solo per il quinquennio 2000-2004²⁶, indica uno scostamento positivo di 7.326.683 di euro²⁷.

Grafico 1 - Stanziamenti per lotta all'HIV e AIDS, 2000-2005, euro, valore nominale.



* I dati per gli stanziamenti italiani nel 2005 stimati dal DAC non sono ancora disponibili
Fonte: elaborazione di ActionAid International su dati DGCS e DIPCO, marzo 2006.

L'analisi dell'andamento annuale degli stanziamenti conferma pertanto una crescita sostanziale tra il 2000 e il 2001 che, a seconda delle fonti, si colloca tra il 330% e 350%, con un progressivo aumento fino al 2003, e un drastico ridimensionamento nel 2004 per il mancato versamento al GFATM. Il contributo per il 2004 è stato infatti versato in seguito, insieme a quello del 2005, anche se in realtà all'appello mancano ancora 20 milioni.

L'andamento altalenante, tra il 2004 e il 2005, evidenzia tutti i limiti dell'impegno finanziario dell'Italia nella lotta all'HIV e AIDS. L'Italia non è cioè riuscita a dare continuità al suo sforzo, soprattutto perché le risorse allocate per contrastare la pandemia sono agganciate ai processi generali del bilancio dello Stato e, nel corso dell'anno, possono essere ri-destinate ad altri settori. Lo slittamento del pagamento di 100 milioni di euro al Fondo Globale da un anno all'altro avrebbe potuto avere conseguenze nefaste, imponendo ad esempio la sospensione,

²² Alcune iniziative della DGCS si indirizzano contemporaneamente a più malattie, come nel caso di azioni che cercano di contrastare l'HIV e AIDS e la tubercolosi. In questi casi, il costo del progetto viene suddiviso equamente tra le malattie in questione. Nel caso dei contributi stanziati per il Fondo Globale, la quota per la lotta all'HIV e AIDS è facilmente deducibile, dal momento che il 60% degli interventi finanziati dal GFATM è specificatamente rivolto a fronteggiare la pandemia.

²³ Adottando il sistema DAC, si è escluso dal computo l'intervento dell'Istituto Superiore di Sanità del Sudafrica, avviato nel 2003 e destinato principalmente a sostenere la riforma sanitaria, e non il controllo della pandemia. La lista completa degli interventi analizzati è disponibile su richiesta.

²⁴ Si veda nota 41. I finanziamenti a UNAIDS sono classificati come bilaterali.

²⁵ Si sono aggiunti alle stime DAC i contributi italiani a UNAIDS.

²⁶ I dati DAC disaggregati per settore sono generalmente disponibili a settembre.

²⁷ Tra il 2000 e il 2003, per il documento della DGCS: 166.693.155 euro; per il DAC: 179.487.028 euro, a cui sono stati aggiunti i contributi a UNAIDS. La

per un anno, della somministrazione di farmaci salva-vita a 375.000 pazienti²⁸ (con prevedibile peggioramento delle loro condizioni, aumento della resistenza virale e ridotta efficacia di un'eventuale terapia successiva).

Le fonti consultate non «catturano» però tutte le risorse pubbliche stanziare per la lotta all'HIV e AIDS. Mancano, ad esempio, le risorse della Cooperazione decentrata e di altri dicasteri, come Salute o Economia. Dalla rilevazione a campione²⁹ fatta tra il 2000 e il 2004, emerge che gli stanziamenti complessivi della Cooperazione decentrata e del Ministero della Salute, con il programma Esther³⁰ sono di 4.782.971 euro.

Inoltre, l'Italia contribuisce «indirettamente» alla lotta all'HIV e AIDS attraverso i versamenti obbligatori a organismi internazionali, come la Commissione Europea o la Banca Mondiale³¹. Se l'ammontare complessivo di tali stanziamenti non è un valido indicatore della volontà politica nazionale – dal momento che i trasferimenti sono obbligatori e il peso che l'Italia può esercitare successivamente sull'impiego di queste risorse è piuttosto ridotto – esso contribuisce in ogni caso a completare il quadro. I dati a disposizione permettono una valutazione solo tra il 2000 e il 2004.

Tabella 1 - Andamento degli stanziamenti italiani per la lotta all'HIV e AIDS attraverso erogazioni a istituzioni multilaterali³², 2000-2004, in euro.

	2000	2001	2002	2003	2004	Totale
Totale	9.653.660	21.788.257	17.187.351	10.949.245	12.836.037	72.414.550

Fonte: elaborazione ActionAid International su dati DAC, marzo 2006.

Il sostegno italiano «indiretto» alla lotta all'HIV e AIDS tra il 2000 e il 2004 risulta pari a 72.414.550 euro. Sommando le cifre annuali di tale sostegno al contributo «diretto» ricavabile dal Grafico 1, si ottiene una stima di quanto l'Italia ha complessivamente contribuito alla lotta alla pandemia. L'Italia ha versato complessivamente 74.954.269 euro nel 2003 e 18.303.227 euro nel 2004. Rispetto al primo obiettivo della Dichiarazione UNGASS - i 7,4- 10,6 miliardi di euro annui entro il 2005³³ - e sulla base del suo peso nell'economia globale³⁴, il contributo complessivo dell'Italia dovrebbe aggirarsi nel 2005 tra i 303.762.364 e i 433.946.235 euro.

differenza maggiore si registra nel 2002.

²⁸ Il costo medio annuo della terapia anti-retrovirale di prima linea è stimato attorno ai 160 euro. Fonte: MSF, *Untangling the Web*, 2005.

²⁹ I risultati, pur incompleti, restano rappresentativi. Il loro intento è fornire alcuni dati di partenza, incominciando così a colmare una lacuna.

³⁰ Esther è un consorzio che riunisce i centri ospedalieri di 8 Paesi dell'Unione Europea in Africa, allo scopo di favorire e migliorare l'accesso alle cure e alla terapia dell'HIV e AIDS. L'Italia contribuisce con 33 strutture ospedaliere che beneficiano anche di finanziamenti privati. Il Ministero della Salute ha stanziato per il programma: 500.000 euro per il 2004 e 1.000.000 di euro per il biennio 2005-2006.

³¹ Il DAC fa una stima delle quote che alcune importanti istituzioni multilaterali destinano, nei propri bilanci, alla lotta all'HIV e AIDS. Commissione Europea 1,6%; Fondo Europeo di Sviluppo 0,2%; UNFPA 7,8%; UNICEF 12,2%; IDA 3,4%.

³² Commissione Europea, Banca Mondiale, European Development Fund, UNICEF, UNFPA, IDA.

³³ Secondo il tasso di cambio euro:dollaro del 2001.

³⁴ Secondo i dati del *World Development Report 2004*, il PIL italiano rappresenta il 4,10% del PIL mondiale.

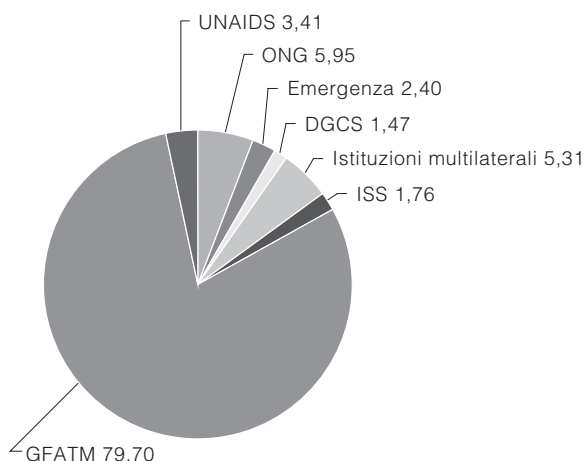
Risorse per l'HIV e AIDS e risorse per la Lotta alla Povertà

Dal 2001 la lotta alle grandi epidemie che flagellano il mondo figura con costanza tra le priorità della Cooperazione bilaterale italiana³⁵. All'interno dell'APS, inoltre, la componente dedicata alla lotta all'HIV e AIDS è progressivamente aumentata, arrivando a costituire, nel quinquennio 2000-2004, il 5,18% dell'aiuto bilaterale³⁶. Se si confronta questo dato con gli investimenti destinati nello stesso periodo ad altri settori, come l'istruzione (5,50%), la sanità di base (2,25%), l'accesso all'acqua (2,09%) e l'agricoltura (2,52%)³⁷, si ricava che le risorse stanziare per la lotta all'HIV e AIDS rappresentano il settore più importante della Cooperazione bilaterale italiana, in linea con quanto affermato nei documenti annuali di programmazione dal 2001 in poi.

Ripartizione delle erogazioni

Dato il volume complessivo delle risorse stanziare in Italia per la lotta all'HIV e AIDS, è importante individuare i soggetti tra i quali sono ripartiti tali investimenti.

Grafico 2 - Ripartizione percentuale per canali degli stanziamenti per la lotta all'HIV e AIDS, 2000-2005.



Fonte: elaborazione di ActionAid International su dati DGCS e DIPCO, marzo 2006.

³⁵ Secondo le Relazioni annuali sull'attuazione della Politica di Cooperazione allo Sviluppo dal 2001 a oggi.

³⁶ Elaborazione di ActionAid International su fonte DAC.

³⁷ Le percentuali sono ricavate dai dati presenti sul database CRS/DAC, consultato il 20 settembre 2005.

Dal Grafico 2 emerge che, nel quinquennio di riferimento, l'azione dell'Italia si è concentrata quasi esclusivamente sul GFATM. Le ONG, al secondo posto, hanno intercettato il 5,95% delle risorse. Appare chiaro che l'aumento, in soli quattro anni, di sette volte del volume degli stanziamenti italiani destinati a contrastare la pandemia è stato possibile proprio grazie al fatto che oltre la metà della quota è confluita nel GFATM. Il Fondo Globale ha, in sostanza, permesso alla debole struttura amministrativa della Cooperazione italiana di superare le difficoltà legate alla gestione diretta di un volume di risorse altrimenti non smaltibili³⁸. Queste stesse debolezze amministrative spiegano perché la DGCS resti, fino al 2005, il fanalino di coda nella classifica dei destinatari dei finanziamenti.

Tabella 2 - Ripartizione delle risorse per canali beneficiari, 2000-2005, euro.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Totale versato per soggetto (2000-2004)
ONG	834.819	3.038.925	5.403.475	4.500.228	2.109.190	2.205.211	18.091.848
Emergenza	1.858.329	206.581	5.165.483	65.608	0	0	7.296.001
DGCS	0	1.300.438	55.000	216.000	360.000	2.529.729	4.461.167
Istituzioni Multilaterali	5.031.820	1.652.661	1.700.000	1.777.650	0	6.000.000	16.162.131
ISS	0	3.367.174	0	0	998.000	998.030	5.363.204
GFATM	0	30.000.000	37.200.000	55.200.000	0	120.000.000	242.400.000
UNAIDS	1.807.599	2.065.827	2.000.000	1.500.000	2.000.000	1.000.000	10.373.426
Totale annuale	9.532.567	41.631.606	51.523.958	63.259.486	5.467.190	132.732.970	304.147.777

Fonte: elaborazione di ActionAid International su dati DGCS e DIPCO, marzo 2006.

Se analizziamo l'andamento degli stanziamenti dal punto di vista dei beneficiari, il 2005 rappresenta una discontinuità rispetto al passato: la DGCS si trova a disporre di un picco di risorse superiore addirittura a quello delle ONG; le istituzioni multilaterali, dopo anni di riduzione costante sfociati nell'azzeramento del 2004, raggiungono il valore massimo di 6 milioni, grazie allo stanziamento italiano a favore dell'iniziativa «3x5»³⁹, mentre i fondi per UNAIDS toccano il loro minimo storico.

³⁸ DAC, «Italy, DAC Peer Review», ottobre 2004.

³⁹ Vedere pag. 28.

Aree di intervento

Se analizziamo le aree di intervento notiamo che il numero di paesi interessati oscilla – passano da 14 nel 2000, a 3 nel 2004, per tornare a crescere nel 2005 fino a 13 – mentre aumentano gli stanziamenti complessivi destinati a contrastare la diffusione dell’HIV e AIDS. Quasi si cercasse di concentrare gli interventi su pochi paesi ritenuti importanti, in modo da mobilitare una massa critica di risorse. Il dato è interessante, anche perché in controtendenza rispetto agli orientamenti generali della Cooperazione italiana, che il DAC lamenta come frammentari e dispersivi. Questa tendenziale concentrazione si conferma se analizziamo la ripartizione delle risorse tra i diversi paesi: nel quinquennio in questione l'intervento italiano ha toccato un totale di 21 paesi, ma i primi 10 della lista hanno assorbito, da soli, il 74% delle risorse disponibili.

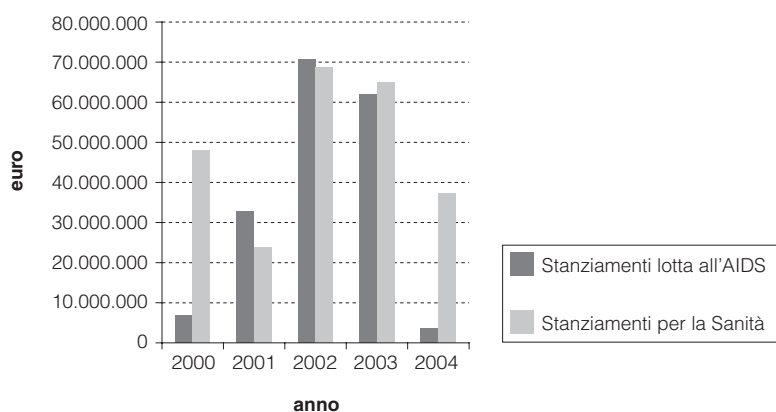
Tabella 3 - Paesi beneficiari, 2000-2005, euro.		
Paese	Stanziamenti totali	Tasso di prevalenza
Uganda	5.252.617	4,10%
Kenya	4.873.524	6,20%
Tanzania	4.122.937	8,80%
Zimbabwe	2.837.998	24,60%
Mozambico	2.608.948	12,20%
Etiopia	2.481.489	4,40%
Zambia	2.344.954	16,50%
Balcani/Est Europa	2.269.739	Dato aggregato non disponibile
Camerun	2.025.930	6,90%
Nigeria	1.942.630	5,40%
Swaziland	1.894.863	38,80%
Burundi	1.822.302	6%
Ruanda	1.573.542	5,10%
Eritrea	1.424.741	2,70%
Namibia	745.808	21,30%
Rep. Democratica del Congo	670.247	4,20%
Angola	590.235	3,90%
Cuba	560.897	0,10%
Costa d'Avorio	560.598	7%
Burkina Faso	536.598	4,20%
Sud Africa	303.729	21,50%

Fonte: elaborazione dati ActionAid International, marzo 2006.

I dati evidenziano una concentrazione delle risorse nella regione sub-Sahariana, che da sola arriva ad assorbire il 93% dei finanziamenti. Un dato che si spiega facilmente se si considerano tanto le priorità della Cooperazione italiana quanto le drammatiche dimensioni della pandemia in quell'area geografica. Con 25,8 milioni di malati (il 65% del totale) e 12 milioni di orfani⁴⁰, l'Africa australe ha infatti bisogno del 50% circa delle risorse globali stanziare per la lotta all'HIV e AIDS⁴¹.

Nelle dichiarazioni dei suoi rappresentanti istituzionali e nei documenti strategici divulgati l'Italia ha sempre riconosciuto che il problema dell'HIV e AIDS rappresenta, per i sistemi sanitari dei paesi del Sud del mondo, una sfida ma anche un'opportunità di sviluppo. Diventa a questo punto fondamentale verificare se il tipo di sostegno che la Cooperazione italiana ha offerto al settore sanitario nei PVS tra il 2000 e il 2004 è stato o meno coerente con questa impostazione. Secondo il DAC, i donatori hanno adottato un approccio «verticale» all'epidemia: da un lato l'aumento massiccio degli stanziamenti per contrastare l'HIV e AIDS, dall'altro la progressiva riduzione della quota dell'APS bilaterale dedicata al sostegno della sanità, inclusa quella di base, che passa dal 3,1% del 1993 al 2,06% del 2004⁴². Se la nostra interpretazione è corretta, contrariamente a quanto dichiarato, la risposta dei donatori alla pandemia rischia di concentrarsi sulla creazione ex novo di un sistema parallelo che finisce inevitabilmente per drenare risorse e dunque penalizzare i sistemi sanitari nazionali⁴³. La tendenza italiana è evidente nel Grafico 3.

Grafico 3 - Andamento degli stanziamenti bilaterali complessivi per la lotta all'HIV e AIDS e per il sostegno alla sanità, 2000-2004, euro.



Fonte: elaborazione di ActionAid International su fonte DAC⁴⁴, marzo 2006.

⁴⁰ UNAIDS, *Report on Global AIDS Epidemics 2004*, dicembre 2004.

⁴¹ UNAIDS, *Financing an Expanded Response to the Epidemics*, giugno 2004.

⁴² DAC, *Priorities in Global Assistance for Health, Population and AIDS*, giugno 2005, pag. 11.

⁴³ *Ibid.*, pag. 15.

⁴⁴ Agli stanziamenti riportati dal DAC sono state aggiunte le quote versate a UNAIDS e, dopo il 2003, quelle versate al GFATM.

In termini assoluti, a partire dal 2001 gli stanziamenti per il sostegno ai sistemi sanitari locali sono aumentati, ma con un andamento oscillante che non è paragonabile alla crescita degli stanziamenti per la pandemia. È ad esempio proprio il 2001 l'anno in cui le risorse stanziare per la lotta all'HIV e AIDS triplicano, quelle per la sanità quasi si dimezzano, in linea con le tendenze degli altri donatori⁴⁵.

Accanto al dato puramente quantitativo è, inoltre, importante considerare la distribuzione geografica dei finanziamenti. Solo così infatti è possibile verificare se i sistemi sanitari dei Paesi maggiormente colpiti dalla pandemia siano stati adeguatamente sostenuti. Mentre i fondi per la lotta all'HIV e AIDS si concentrano massicciamente in Africa sub-Sahariana, non accade altrettanto per i finanziamenti alla sanità, che nella regione rappresentano solo il 38% del totale.

Il Fondo Globale per la Lotta all'AIDS, Tubercolosi e Malaria: quale ruolo ora 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 la proposta, promossa dalle Nazioni Unite, durante il G8 di Genova del 2001, a coronamento di un impegno pluriennale speso nel campo della lotta all'HIV e AIDS e alle malattie legate alla povertà. Aver 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 - quanto 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 aveva 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 avesse confermato l'impegno finanziario del suo Governo per altri 200 milioni di euro (da ripartirsi egualmente tra 2004 e 2005), il versamento della rata nel 2004 non vi è stato. Nel 2005 sono stati versati 180 milioni di euro al Fondo Globale grazie al trasferimento dal Fondo speciale del Ministero dell'Economia a favore della Cooperazione allo Sviluppo. Ma mancano ancora 20 milioni di euro per rispettare la promessa fatta ad Evian.

⁴⁵ Si considera al netto della cancellazione del debito (N.d.A).

Intanto alla Conferenza di rifinanziamento del Fondo Globale del settembre 2005, l'Italia ha promesso di contribuire al Fondo per il biennio 2006-2007 con 130 milioni di euro l'anno. Fino al 2004 l'Italia era il maggior finanziatore europeo del Fondo, ma nel 2005 ha perso la leadership a favore della Francia. Quanto ai 130 milioni promessi - che, per inciso, sono una cifra insufficiente visti i crescenti bisogni finanziari del Fondo - è facile ipotizzare che non verranno facilmente versati. Infatti, a distanza di meno di un mese dalla solenne promessa, il disegno della Legge Finanziaria 2006 ha tagliato 245 milioni al capitolo di Bilancio che tradizionalmente finanzia il GFATM, insieme ad altre Organizzazioni internazionali. Nessun capitolo del Bilancio della Cooperazione allo Sviluppo per il 2006 dispone di 130 milioni di euro. La DGCS è consapevole di non poter dar seguito alla promessa di finanziamento e nel Documento di Programmazione per il 2006 richiede un provvedimento legislativo ad hoc che possa rendere disponibili le risorse necessarie.

In gioco non c'è soltanto il ruolo e la leadership dell'Italia nel Fondo Globale, bensì la reputazione dell'Italia nel mondo. Il mancato contributo italiano si ripercuote, indirettamente, anche sulla quota che gli Stati Uniti devono al Fondo. Essendosi infatti questi ultimi impegnati a pagare al GFATM una cifra non superiore ad un terzo delle risorse versate in totale entro il 31 luglio dai donatori, è chiaro che se vengono meno i 130 milioni di euro italiani anche la cifra stanziata dagli Stati Uniti diminuirà proporzionalmente.

ActionAid International chiede che il Governo italiano si impegni formalmente e concretizzi l'effettivo trasferimento al GFATM della quota mancante per il 2005 (20 milioni) e di quella per il 2006 (130 milioni) - per un totale di 150 milioni di euro - entro il 31 luglio 2006.

L'accesso ai farmaci

Gli impegni italiani

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

Attraverso interviste rivolte nei primi mesi del 2006 a funzionari ministeriali, rappresentanti dell'industria farmaceutica ed esponenti della società civile, questa sezione cercherà di esplorare e valutare come e quanto l'Italia si è impegnata dal 2001 ad oggi per garantire un accesso ai farmaci anti-retrovirali sostenibile e a prezzi equi. Secondo i dati forniti da UNAIDS⁴⁶, nel 2001 nel mondo gli individui colpiti da HIV e AIDS che necessitavano di cure anti-retrovirali erano 5,5 milioni; di questi 3,8 milioni si trovano in Africa dove, fino al dicembre 2003, solo a 100.000 malati era somministrata la terapia. Per far fronte a una simile emergenza, alla fine del 2003 UNAIDS e OMS si erano date l'ambizioso obiettivo di sottoporre a terapia anti-retrovirale, entro il 2005, 3 milioni di malati. Il piano, noto come «3x5», puntava a migliorare il coordinamento tra le diverse iniziative già esistenti, tanto a livello multilaterale quanto a livello bilaterale, e a fornire assistenza tecnica. A dicembre 2005, la «3x5» aveva messo sotto terapia 1,3 milioni di persone⁴⁷, evitando 350.000 morti e innalzando al 17% la percentuale di pazienti africani sotto cura. L'incremento della domanda di farmaci ha comportato una riduzione dei costi annui della terapia calcolabile tra il 37% e il 53%.

⁴⁶ UNAIDS, *Epidemic Update*, 2001.

⁴⁷ OMS, *Progress on Global Access to HIV Antiretroviral Therapy, A Report on 3 by 5 and Beyond*, marzo 2006.

In media il costo annuale della terapia è di 160 euro. La «3x5» ha dunque mancato l'obiettivo che si era data, a causa della fragilità e della debolezza dei sistemi sanitari del Sud del mondo, ma anche a causa del finanziamento tardivo di alcuni donatori che ha impedito all'OMS di conoscere in anticipo le disponibilità finanziarie.

L'Italia, per esempio, ha deliberato solo il 16 maggio 2005 lo stanziamento di 6 milioni di euro per l'OMS ad appena sei mesi dalla scadenza dell'iniziativa "3x5". Ritardi a parte, resta comunque aperta la questione relativa all'eventuale sostenibilità della terapia per chi ha la fortuna di ricevere il trattamento. Che ne sarà dei pazienti in cura se il flusso di denaro si arresterà o rallenterà? Qualche rassicurazione giunge dalla dichiarazione sottoscritta dai leader del G8 a Gleneagles nel 2005, che testimonia l'impegno a «collaborare con OMS, UNAIDS e le altre organizzazioni per garantire l'Accesso Universale alla Terapia⁴⁸ per tutti i pazienti entro il 2010»⁴⁹. L'obiettivo dell'Accesso Universale è stato discusso dalle Nazioni Unite a settembre 2005 e inserito nella revisione della Dichiarazione del Millennio. Probabilmente sarà inserito anche nella revisione della Dichiarazione UNGASS a fine maggio 2006. Tuttavia, che garanzie vi sono che l'obiettivo in essa contenuto di mettere sotto terapia 6,5 milioni di persone in cinque anni non si trasformi nell'ennesima vuota enunciazione, come temono molti Paesi del Sud del mondo? L'Italia, in passato, non si è certo distinta per il sostegno alla «3x5», anche se è stata tra i primi otto firmatari dell'Obiettivo dell'Accesso Universale alla Terapia. Che cosa sta facendo adesso per rimuovere gli ostacoli che le hanno impedito di sostenere l'iniziativa dell'OMS e per rendere sostenibile l'Accesso alla Terapia? Dal momento che il nostro Paese non ha attivamente partecipato alla definizione del nuovo obiettivo, le persone che abbiamo intervistato si sono dette dubbiose circa la possibilità di un rapido ed efficace aggiornamento e ri-orientamento strategico dell'azione d'aiuto, un passaggio teoricamente obbligato dato che, fino ad ora, l'Italia ha privilegiato soprattutto gli interventi a favore della prevenzione della sindrome e non della cura. Emerge inoltre una diffusa perplessità circa la probabilità che gli impegni presi in sede G8 a luglio 2005 vengano realmente mantenuti, anche in presenza di una nuova legislatura e dunque di un possibile cambiamento nelle priorità. Alcuni sostengono che l'Italia, anziché impegnarsi ad aumentare la disponibilità di farmaci, settore per il quale manca del tutto di esperienza, dovrebbe invece concentrarsi su interventi «indiretti» capaci di favorire comunque l'Accesso Universale, incrementando ad esempio il sostegno ai sistemi sanitari nazionali o ampliando il contributo al Fondo Globale. Molti esperti della Cooperazione

⁴⁸ Per Accesso Universale s'intende una copertura dei pazienti all'80%.

⁴⁹ G8, Final Communiqué, luglio 2005.

sposano l'idea che l'ostacolo maggiore al perseguimento dell'obiettivo sancito a Gleneagles non sia tanto la genericamente scarsa disponibilità di farmaci, quanto la mancanza di una loro distribuzione capillare che sia in grado di raggiungere le aree più remote e favorire l'accesso da parte dei gruppi più vulnerabili.

In realtà fin dal febbraio 2005 l'Italia, nell'ambito dei G8, si è espressa a favore della ricerca privata di un vaccino per la prevenzione dell'HIV e AIDS. Per alcuni intervistati il ruolo trainante assunto dall'Italia in questo campo non è estraneo alla volontà di sostenere l'Istituto Superiore di Sanità, anche a scapito di consorzi di ricerca internazionali. A dicembre 2005, dopo mesi di studio, il ministro dell'economia Giulio Tremonti ha presentato ai leader del G8 una proposta dettagliata che prevede una promessa d'acquisto per 6,8 miliardi di dollari per incentivare lo sviluppo privato di vaccini per sei malattie, tra cui l'AIDS, la tubercolosi e la malaria. Sei miliardi di dollari sono il costo per la ricerca del solo vaccino contro l'HIV e AIDS, che si prevede richiederà quindici anni di sperimentazione⁵⁰. L'eccessiva attenzione al vaccino rischia però di sottrarre risorse ad altri tipi di intervento, che potrebbero avere un impatto più immediato. Con la stessa cifra si potrebbero, infatti, trattare con farmaci salva-vita tutti i sieropositivi del mondo per otto anni. La proposta di Tremonti allude anche alla possibilità di contabilizzare parte del contributo per la ricerca del vaccino come Aiuto Pubblico allo Sviluppo, anche se in realtà le risorse non sarebbero trasferite al Sud, ma andrebbero alle industrie farmaceutiche del Nord con evidenti benefici per i paesi donatori. Nella proposta non si fa menzione né della questione della «brevettabilità» né del costo, che in ogni caso sarà coperto grazie ai fondi pubblici. Il rischio è fin troppo evidente: un prodotto troppo caro a tutto vantaggio di poche industrie farmaceutiche, come del resto è successo con i farmaci anti-retrovirali fino al 2000.

A impedire un accesso sostenibile alle cure è, più di ogni altra cosa, il costo dei farmaci, anche se alcuni degli intervistati hanno dichiarato che negli ultimi anni il prezzo dei farmaci non rappresenta più una barriera. Se è vero che il costo di alcune terapie si è sensibilmente ridotto, scendendo in alcuni casi da 10.490 a 152 dollari l'anno, è vero altresì che la terapia con i farmaci salva-vita per i bambini si aggira ancora sugli 812 dollari l'anno⁵¹. La rigida applicazione della legislazione sulla proprietà intellettuale ha impedito lo sviluppo di una normale concorrenza e la conseguente produzione di versioni generiche dei farmaci anti-retrovirali; questo fino alla Conferenza ministeriale dell'Organizzazione Mondiale del Commercio tenutasi

⁵⁰ Giulio Tremonti, *Advanced Market Commitments for vaccines. A new tool in the fight against disease and poverty*, dicembre 2005.

⁵¹ MSF, *New pediatric on HIV/AIDS*, giugno 2005.

a Doha nel novembre 2001. Nel corso della Conferenza è infatti stata firmata una Dichiarazione sulla disciplina che tutela la proprietà intellettuale e 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 salva-vita. I negoziati sono rimasti fermi per quasi due anni. Nel 2003, durante il semestre alla presidenza europea, l'Italia avrebbe forse potuto 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. Dietro le pressioni della società civile, il 22 luglio 2003 è 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 Governo⁵². Malgrado la debolezza della sua industria farmaceutica l'Italia, in sostanza, ha finito per «accodarsi» alla posizione europea, secondo alcuni per favorire la mediazione tra gli Stati dell'Unione.

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 e AIDS, non possiedono un'adeguata industria farmaceutica nazionale. Nonostante i limiti e le complessità procedurali, il testo dell'accordo è stato interamente adottato alla riunione dell'OMC che si è tenuta nel dicembre 2005. A due anni dall'approvazione, nessuno Stato ha fatto però ricorso al meccanismo, a ulteriore riprova di una farraginosità che sembra averlo reso quasi subito lettera morta. I tecnici italiani del ministero delle attività produttive avevano inizialmente proposto di testare il regolamento su un paese campione, ma hanno in seguito abbandonato l'ipotesi, fiduciosi rispetto alla possibilità di una sua rapida messa a regime. Previsioni smentite dai fatti, come abbiamo già detto, che suggeriscono una domanda: la mancata applicazione del regolamento è solo legata a difficoltà tecniche nella sua applicazione, o anche alle pressioni dei Governi decisi a difendere i propri interessi farmaceutici?

Per trovare piena attuazione il regolamento richiede comunque alcune modifiche nelle legislazioni a tutela dei brevetti, tanto da parte dei paesi potenziali esportatori quanto da

⁵² http://www.camera.it/_dati/leg14/lavori/agenda/cal023b.htm#100234

parte dei paesi importatori. In modi diversi il Canada e la Norvegia hanno subito adeguato la propria legislazione a tutela dei brevetti per consentire all'industria farmaceutica nazionale di produrre farmaci generici a partire da prodotti ancora coperti da brevetto. L'Italia non ha potuto muoversi autonomamente, vincolata com'è dalla normativa comunitaria in materia di proprietà intellettuale, ma non è stata purtroppo un membro attivo nell'elaborazione dell'agenda europea. Il 29 ottobre 2004 la Commissione europea ha presentato il regolamento per l'esportazione di generici, poi approvato il 1° dicembre 2005. Tale regolamento non è ancora stato recepito dalla normativa italiana, mettendo l'industria di generici italiana nell'impossibilità d'intervenire.

L'industria dei generici italiana ritiene infatti di avere le potenzialità produttive per intervenire efficacemente nella lotta all'HIV e AIDS, ma al momento non è autorizzata a produrre nessun anti-retrovirale poiché i brevetti scadranno solo tra tre o quattro anni. Eppure la stessa industria fornisce già altri farmaci generici a molti paesi del Sud del mondo. Il disinteresse politico in materia ha impedito che venisse approvata una deroga alla legislazione sulla tutela della proprietà intellettuale che disciplina la produzione di anti-retrovirali, bloccando qualsiasi possibilità per l'industria italiana di contribuire ad aumentarne l'offerta per il Sud. Con questo regime di tutela, è verosimile ipotizzare che i PVS potranno contare sugli anti-retrovirali generici italiani solo a partire dal 2009. Inoltre, le autorità italiane non hanno sostenuto materialmente le poche esperienze di industrie di generici italiane impiantate al Sud che si sono dimostrate efficaci.

L'esperienza di Pharco Ltd.

A fronte degli ostacoli legislativi, è da segnalare l'esperienza di Pharco Ltd., un'industria italiana di farmaci generici impiantata in Zambia nel 1998 e, per il 20%, proprietà del Governo di Lusaka. Dopo il 30 agosto 2003, lo Zambia ha sfruttato tutte le flessibilità consentite dalla legislazione internazionale sulla proprietà intellettuale, dichiarando l'HIV e AIDS emergenza sanitaria. La Pharco Ltd è stata inizialmente autorizzata a produrre anti-retrovirali e, superate iniziali carenze strutturali, ha avviato la sperimentazione di una combinazione di tre farmaci per il cosiddetto "cocktail" di farmaci anti-retrovirali (composto da Nevirapina, Stavudina e Lamidina). Nel 2005 presso il University Teaching Hospital di Lusaka e presso l'Ospedale italiano di Chirundu, la Pharco ha avviato dei "test clinici" per verificare la sicurezza e l'efficacia dei farmaci. In entrambi i casi i risultati sono stati più che soddisfacenti. La Pharco è ora in grado di produrre e immettere sul mercato locale farmaci anti-retrovirali di buona qualità, ad un prezzo annuo per paziente che si aggira intorno ai 130-140 dollari.

Purtroppo, il contratto annuale stipulato con il Governo zambiano per la produzione del cocktail non è stato rinnovato dopo il 2004 e l'ordine da parte del Ministero della Sanità per la produzione dei generici non è stato emesso. Questo ha costretto la Pharco ad interrompere le attività nel campo dei farmaci anti-retrovirali e a dimezzare il proprio personale, composto da lavoratori zambiani oramai esperti nel campo. I motivi per il mancato ordine sono molteplici, tra cui gli ostacoli politico/burocratici locali legati probabilmente all'avvicinarsi delle prossime elezioni politiche in Zambia, oltre che la diffidenza dei Paesi donatori, i quali tendono a sostenere presso le autorità locali le aziende provenienti dal proprio paese d'origine. Nel frattempo la Pharco sta tentando di ottenere la certificazione dall'OMS necessaria per partecipare alle gare d'appalto del Fondo Globale e avviare la produzione di anti-retrovirali. L'ottenimento della certificazione ha tuttavia un costo eccessivamente elevato per una piccola realtà come la Pharco, che deve competere con grandi multinazionali di farmaci generici indiani presenti sul territorio. Tutto questo si traduce ovviamente nell'allungamento dei tempi di produzione e nel conseguente ritardo nella cura dei malati di AIDS.

Le autorità italiane, per parte loro, non si sono mai spinte oltre a qualche parola di approvazione e incoraggiamento, per quanto dichiarino di avere sostenuto l'esperienza della Pharco così come quella analoga della "Lucky Farm" che lavora sulla malaria: Pharco lamenta di non aver mai ottenuto alcun sostegno materiale.

Sempre secondo la Pharco, il Governo italiano, oltre che fornire l'apprezzato supporto morale espresso in diverse occasioni, potrebbe ad esempio favorire la promozione dell'azienda presso le autorità locali e sostenere il supporto finanziario alla certificazione OMS, per far sì che l'azienda superi rapidamente gli ostacoli burocratici ed avvii al più presto la produzione di generici.

Uno sforzo in questa direzione, oltre che contribuire fattivamente alla lotta all'AIDS, sarebbe un passo concreto per l'Italia verso il rispetto dei propri impegni internazionali in materia di Accesso Universale alla Terapia.

La riforma della legislazione sui brevetti

La decisione presa il 30 agosto 2003 a Cancun in sede OMC in merito ai cosiddetti TRIPS (Trade-related 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 anti-retrovirali a prezzi accessibili.

La decisione del 2003 era però solo una deroga provvisoria all'accordo TRIPS e in quanto tale andava trasformata, entro il marzo 2004, in un vero e proprio emendamento all'accordo. Nonostante la sua apparente semplicità, ci sono voluti ben due anni perché questo emendamento venisse approvato in sede OMC. Nel Consiglio TRIPS un serrato braccio di ferro ha visto contrapposti i PVS e alcuni paesi sviluppati - in particolare gli Stati Uniti - provocando continui rinvii della data di scadenza. I PVS lamentavano un eccesso di burocrazia che avrebbe impedito l'applicazione della nuova legislazione. Paesi come gli Stati Uniti, il Giappone e la Corea del Sud cercavano di promuovere misure in grado di proteggere le industrie farmaceutiche nazionali e i propri diritti intellettuali.

Il 6 dicembre del 2005 è stato raggiunto un compromesso fra le parti. La decisione del 30 agosto 2003 è stata conseguentemente formalizzata e si è trasformata in un vero e proprio emendamento, che diventerà parte integrante dell'accordo TRIPS quando sarà ratificato da almeno i due terzi degli Stati membri dell'OMC, entro il 1° dicembre 2007.

Sino ad ora, gli unici paesi che hanno applicato la decisione TRIPS del 2003 sono il Canada e la Norvegia. Tra i Paesi che stanno incorporando la decisione del 30 agosto nella loro legislazione, o, meglio ancora, il nuovo emendamento, sono la Cina, l'India, la Corea e i Paesi dell'Unione Europea.

Il 29 ottobre 2004, l'Unione Europea ha adottato la decisione dell'OMC del 2003. La decisione deve ancora essere incorporata nel testo dell'accordo TRIPS dell'OMC e i singoli Paesi dell'Unione dovranno recepire la decisione a livello nazionale.

La nuova legislazione tuttavia non risolve il problema della distribuzione dei farmaci alle popolazioni colpite dalle epidemie. I PVS, con l'aiuto della comunità internazionale, dovranno rendere i farmaci esportati effettivamente accessibili alla popolazione, non solo nei centri urbani, ma anche nei villaggi più sperduti. Solo in questo modo sarà possibile verificare l'impatto dei negoziati TRIPS e migliorare la condizione sanitaria dei PVS.

Raccomandazioni

ActionAid International

raccomanda al Governo italiano di:

- **elaborare un documento sintetico che renda conto dell'impegno finanziario italiano nella lotta alla pandemia per il periodo 2000-2005;**
- **adottare un sistema di rapportistica più dettagliato, che consenta di identificare, nell'ambito degli interventi messi in atto per combattere l'HIV e AIDS, le risorse destinate ai gruppi più vulnerabili;**
- **valutare la possibilità di nominare un «Ambasciatore per l'HIV e AIDS» che diventi il fulcro del coordinamento degli interventi italiani di lotta alla malattia e promuova la visibilità internazionale dell'impegno dell'Italia nel settore;**
- **adottare un sistema di rapportistica più dettagliato che consenta di stimare la componente HIV e AIDS all'interno di più ampi progetti di sviluppo;**
- **aumentare gli stanziamenti destinati al settore sanitario nei Paesi dell'Africa sub-Sahariana, rendendoli equivalenti a quelli per l'HIV e AIDS;**
- **trasferire dal fondo speciale del Ministero dell'Economia 150 milioni di euro, per assicurare il contributo promesso dall'Italia al GFATM per il 2006 (130 milioni) e saldare l'arretrato del 2005 (20 milioni);**
- **predisporre uno strumento legislativo ad hoc che sottragga il contributo dell'Italia al GFATM agli aggiustamenti annuali del bilancio statale e ne assicuri la disponibilità continuativa e addizionale rispetto agli stanziamenti per l'Aiuto Pubblico allo Sviluppo;**
- **garantire che la ricerca per il vaccino non sottrarrà risorse a interventi d'impatto immediato sulla pandemia;**
- **escludere la «brevettabilità», assicurandone l'accesso e la necessaria disponibilità alle persone nei Paesi in Via di Sviluppo;**
- **fare chiarezza sui modi e i tempi in cui l'Italia intende contribuire all'obiettivo che prevede l'Accesso Universale alle Terapie entro il 2010, producendo un piano d'azione italiano per l'Accesso Universale alle Terapie entro la fine del 2006;**
- **stimolare una discussione parlamentare e attivare rapidamente le procedure di approvazione nazionale del nuovo regolamento europeo sui brevetti;**
- **sostenere il rafforzamento dell'industria di farmaci generici nei Paesi in Via di Sviluppo, promuovendo partnership e trasferimento di tecnologie tra industrie del Nord e del Sud.**

Lista degli acronimi

APS	Aiuto Pubblico allo Sviluppo
CE	Comunità Europea
CRS	Creditor Reporting System
DAC	Development Assistance Committee (Comitato per l'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, Tubercolosi e Malaria)
IDA	International Development Association (Associazione internazionale per lo sviluppo)
ISS	Istituto Superiore di Sanità
OECD/OCSE	Organisation for Economic and Development Cooperation (Organizzazione per la Cooperazione allo Sviluppo Economico)
OMC	Organizzazione Mondiale per il 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
UNAIDS	Joint United Nations Programme on AIDS (Programma congiunto delle Nazioni Unite per l'AIDS)
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

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

On. Laura Cima, deputato gruppo misto Verdi, XIV legislatura

Dott. Sandro Fanella, Vicedirettore generale politiche commerciali, Ministero per le Attività Produttive

Ministro Lucia Fiori, Ministro Plenipotenziario, Questioni Sociali e Sanitarie, Rappresentanza Diplomatica Permanente d'Italia presso le Organizzazioni Internazionali, Ginevra

Dott. ssa Valerie Gaveau, Direzione Generale Cooperazione allo Sviluppo OCSE, Parigi

Consigliere Giorgio Guglielmino, Capo Ufficio I, Direzione Generale Cooperazione allo Sviluppo

Dott. Enrico Hausermann, membro del Consiglio direttivo di Assogenerici

Dott. Mauro Guarinieri, Presidente «European AIDS Treatment Group»

Dott. Flavio Lovisolo, esperto Unità Tecnica Centrale, Direzione Generale Cooperazione allo Sviluppo

Silvia Mancini, Responsabile Relazioni Istituzionali, MSF Italia

On. Francesco Martone, senatore Rifondazione Comunista, XIV legislatura

On. Alberto Michelini, Rappresentante Personale del Presidente del Consiglio per l'Africa al G8

Dott. Leonardo Mordini, Direttore Pharco Ltd.

On. Luisa Morgantini, parlamentare europea

Loretta Peschi, Coordinatrice Osservatorio Italiano sull'Azione Globale contro l'AIDS

Dott. Vincenzo Racalbutto, esperto Unità Tecnica Centrale, Direzione Generale Cooperazione allo Sviluppo

Dott. Guglielmo Riva, esperto Unità Tecnica Centrale, Direzione Generale Cooperazione allo Sviluppo

On. Valdo Spini, deputato Democratici di Sinistra, XIV legislatura

Dott. ssa Gaia Sorrone, Responsabile Area Tecnico-Formativa, Assogenerici

Dott. Stefano Vella, Dirigente di Ricerca, Istituto Superiore di Sanità

On. Luana Zanella, deputato gruppo misto Verdi, XIV legislatura

Maggio 2006

design e impaginazione
akinproduzioni.com, Milano

stampa
Tipolitografia Mariani, Lissone, Milano