

act:onaid



Photo: Stuart Freedman/ActionAid

# Ogni Promessa è Debito

Edizione 2007

L'Italia e la lotta all'AIDS  
nel Sud del mondo

Dicembre 2007



**ActionAid** è un'organizzazione internazionale indipendente impegnata nella lotta alla povertà e che basa il proprio lavoro sul rispetto dei diritti umani. Agisce insieme alle popolazioni e le comunità più emarginate attraverso programmi a lungo termine in Asia, Africa e America Latina. Inoltre, agisce contro le cause della povertà coinvolgendo, anche nei Paesi più ricchi, cittadini, imprese e istituzioni. ActionAid opera grazie all'impegno di migliaia di persone che contribuiscono con il proprio attivismo e le proprie donazioni. In Italia dal 1989, è una ONLUS riconosciuta come Ente Morale e come Organizzazione Non Governativa dal Ministero degli Affari Esteri.

## **Ricerca a cura di**

Iacopo Viciani, Claudia Trezza

## **Supervisione al rapporto**

Luca De Fraia

## **Supervisione tematica**

Paola Giuliani

## **Coordinamento delle attività a cura di**

Iacopo Viciani

## **Editing**

Arianna Banfi

## **Grafica**

Marco Binelli



## Sommario

---

Sintesi e raccomandazioni	02
A sei anni dal patto globale contro l'AIDS: a che punto siamo?	05
<b>BOX</b> Risposta italiana all'AIDS: ancora in attesa di una strategia	06
<b>BOX</b> Le promesse dei donatori: l'accesso universale in Malawi	07
<b>BOX</b> G8, Italia e lotta all'HIV e AIDS	07
Risorse italiane per lo sviluppo e lotta all'HIV e AIDS	08
La risposta finanziaria all'epidemia: stanziamenti (2000 - settembre 2007)	10
<b>BOX</b> Luci e ombre del Fondo Globale: il caso del Malawi	14
<b>BOX</b> Il Fondo Globale per la Lotta all'AIDS, Tubercolosi e Malaria: il ruolo dell'Italia	15
L'accesso ai farmaci salva-vita e l'Italia	16
<b>BOX</b> L'azione della Germania a sostegno delle produzioni locali	17
<b>BOX</b> Il caso della Thailandia	17
Oltre i TRIPS: <i>tiered prices</i> e <i>pool patents</i>	18
Le farmaceutiche italiane: poco interessate all'Africa	19
<b>BOX</b> La ricerca dell'Istituto Superiore di Sanità e i Paesi in via di sviluppo	20
<b>BOX</b> L'esperienza di Pharco Ltd.	20
Lista degli acronimi	21

## Sintesi e raccomandazioni

**Ogni promessa è debito** è la terza edizione del rapporto realizzato da ActionAid per valutare i progressi dell'Italia a fronte degli impegni internazionali sottoscritti per rispondere all'HIV/AIDS nei Paesi in via di sviluppo. Questo rapporto esamina l'adeguatezza degli stanziamenti finanziari e delle iniziative del nostro Paese per garantire un maggiore accesso alle terapie salvavita.

La prima dichiarazione di impegno a elaborare un piano d'azione globale per affrontare la pandemia dell'HIV/AIDS risale al 2001. Firmata da 189 paesi membri delle Nazioni Unite nel corso della XXVI Sessione Speciale dell'Assemblea Generale (UNGASS), la Dichiarazione definisce l'HIV/AIDS una «crisi globale» che richiede un'«azione globale», fondata principalmente su aumento di risorse finanziarie e riduzione del costo dei farmaci.

A sei anni di distanza, la pandemia, con 33 milioni di ammalati nel mondo, 2,5 milioni di decessi e 2,1 milioni di nuovi infetti all'anno<sup>1</sup>, è ancora una minaccia per lo sviluppo. Tuttavia, i dati sull'incremento dell'accesso ai farmaci salvavita sono incoraggianti e indicano che impegno e risorse portano risultati concreti. Tra il 2003 e il 2006 il numero di coloro che sono stati curati con farmaci salvavita nei Paesi a medio e basso reddito è aumentato al ritmo di 300.000 persone ogni sei mesi; si stima che a dicembre 2006 fossero 2 milioni le persone in terapia salvavita. Secondo le stime più recenti sono necessari 42,2 miliardi di dollari per il 2010, in presenza di una riduzione del costo ancora proibitivo dei farmaci salva-vita di seconda linea. Per il 2007 si stima un deficit di 8,1 miliardi di dollari e il fatto che solamente un terzo dei pazienti ha accesso alle cure. Per il futuro UNAIDS valuta che nei Paesi più poveri l'assistenza esterna dovrà garantire i 2/3 delle risorse necessarie<sup>2</sup>.

L'Italia ha pubblicamente sottoscritto tutti gli impegni politici stabiliti nel 2001 dall'Assemblea Generale dell'ONU

riconoscendo l'estrema urgenza del problema dell'HIV e AIDS e impegnandosi a stanziare risorse adeguate e a contribuire alla riduzione del costo dei farmaci. L'Italia ha svolto un ruolo trainante nella creazione del Fondo Globale per la Lotta all'AIDS, Tubercolosi e Malaria (GFATM) ed è tra i primi otto Paesi che hanno sottoscritto l'obiettivo di garantire l'Accesso Universale alla terapia anti-retrovirale entro il 2010 - in occasione del G8 del luglio 2005 - che, se realizzato, consentirebbe la somministrazione continuativa di farmaci salvavita a 13 milioni di persone.

Nonostante le dichiarazioni e l'impegno finanziario rilevante, dal 2004 ActionAid continua a lamentare per l'Italia:

- ▶ l'assenza di un documento strategico pluriennale che chiarisca i termini dell'approccio italiano alla lotta all'HIV/AIDS nei Paesi in via di sviluppo (PVS);
- ▶ l'assenza di ogni riferimento all'accesso universale da qualsiasi dichiarazione dei rappresentanti del Governo;
- ▶ l'imprecisione del sistema di rapportistica per l'Aiuto Pubblico allo Sviluppo in merito alle risorse stanziare per la lotta alla pandemia, che non consente di conoscere i gruppi di riferimento, la tipologia di intervento utilizzata e la disaggregazione di genere;
- ▶ la frammentazione geografica degli interventi a sostegno dei sistemi sanitari;
- ▶ la mancanza di prevedibilità del contributo italiano annuale al Fondo Globale;
- ▶ l'assenza di impegni finanziari pluriennali per far fronte alla pandemia;
- ▶ il sostanziale disinteresse istituzionale riguardo alla questione della disponibilità delle terapie a prezzi contenuti;
- ▶ le poche iniziative private italiane miranti a favorire lo sviluppo dell'industria di farmaci generici al Sud del mondo.

I dati ufficiali sintetici relativi all'impegno finanziario italiano si fermano al 2004, ma con l'aiuto di altre fonti del Ministero degli Affari Esteri è possibile stimare che

1] UNAIDS, *AIDS Epidemic Update 2007*, novembre 2007. Lo sviluppo di sistemi nazionali di raccolta dati ha permesso a UNAIDS di presentare valutazioni più accurate sulla diffusione della pandemia. La riduzione della stima dai 39 a 33 milioni di sieropositivi, rispetto al 2006, è da attribuire alla maggiore accuratezza, soprattutto per India e Angola. Tuttavia applicando retrospettivamente al 2006 la nuova metodologia - basata su una proiezione dei sieropositivi su un campione rappresentativo della popolazione e non solo sulle donne incinte - si nota un incremento del numero globale di sieropositivi (+500 mila) (N.d.R.).  
2] UNAIDS, *Financial resources required to achieve universal access*, pag. 15, settembre 2007.

dal 2000 fino al settembre 2007, l'Italia abbia impegnato 552.508.500<sup>3</sup> euro per combattere HIV e AIDS. Grazie all'aumento progressivo dei finanziamenti, l'ammontare degli interventi in risposta alla pandemia è diventato il settore più importante dell'Aiuto Pubblico allo Sviluppo (APS) italiano, dopo l'emergenza. In base al peso economico del nostro Paese ed ai bisogni finanziari globali della pandemia, l'Italia avrebbe dovuto però farsi carico di coprire il 3,9% dei bisogni con un contributo annuo medio attorno ai 540 milioni di euro<sup>4</sup>.

Dal 2000 al 2007, l'84,6% delle risorse complessive è andato ad un unico beneficiario: il Fondo Globale; il multilaterale ha assorbito l'86,7% delle risorse complessive, una chiara differenza con le scelte della comunità dei donatori, dove il 65% dei finanziamenti è destinato ad interventi HIV/AIDS bilaterali. Gli stanziamenti sul bilaterale sono limitati e rendono la quota dell'assistenza italiana nei Paesi molto modesta rispetto agli altri donatori, con l'eccezione dello Swaziland dove il bilaterale italiano costituisce il 4% dell'aiuto dedicato per far fronte alla pandemia.

Sull'Africa sub-sahariana, dove si registrano i più elevati tassi di prevalenza dell'epidemia, si riversa il 95% delle risorse bilaterali<sup>5</sup> - pari a solo circa 57,3 milioni di euro ripartiti su 22 Paesi. I primi 10 beneficiari degli interventi in risposta all'HIV/AIDS assorbono il 75% delle risorse, mentre i primi dieci Paesi destinatari dell'APS italiano ne ricevono solo il 50%<sup>6</sup>. Al primo posto si trovano Sudafrica e Kenya, con 9,6 e 7 milioni di euro stanziati in otto anni. I dati ufficiali non permettono ancora di realizzare una valutazione qualitativa: non si conoscono con chiarezza i gruppi vulnerabili beneficiari e le tipologie d'intervento privilegiate.

Nel 2007 l'Italia potrà versare al Fondo Globale fino a 410 milioni di euro, saldando tutti i debiti e pagando in anticipo il contributo del 2008. Il Fondo Globale

dedica il 55-58% delle sue risorse ad interventi in risposta all'HIV/AIDS e finanzia il 20% della risposta globale all'HIV/AIDS, ma le sue attuali risorse sono insufficienti per far fronte ai nuovi bisogni finanziari della pandemia. L'Italia, anziché aumentare il suo impegno a sostegno del Fondo - anche in linea con la scelta fatta nel passato quando si era impegnata per un incremento del 30% - ha deciso di mantenere l'impegno finanziario tendenzialmente costante fino al 2010. Alla conferenza di rifinanziamento del settembre 2007, il nostro Paese si è impegnato per almeno 130 milioni di euro all'anno. Si tratta di una scelta d'immobilismo che contrasta con la posizione espressa pochi mesi prima al G8 in Germania, dove il Presidente del Consiglio, Romano Prodi, aveva promesso un contributo dell'Italia per 4 miliardi di dollari in dieci anni destinati alla lotta delle tre pandemie e al rafforzamento dei sistemi sanitari. Nel caso italiano, l'impegno verso il Fondo Globale non ha drenato risorse o investimenti ai programmi di salute. Contrariamente a quanto constatata il Comitato dell'Aiuto Pubblico allo Sviluppo (DAC) per gli altri donatori, in Italia dopo il 2003 gli stanziamenti per la sanità globalmente sono cresciuti e in alcuni casi hanno superato per l'HIV/AIDS. Tuttavia mentre le risorse in risposta all'HIV/AIDS si concentrano in Africa sub-sahariana, quelle per il rafforzamento dei sistemi sanitari hanno una minore concentrazione regionale - solo il 38% è destinato a questa area geografica.

Per quello che riguarda la disponibilità globale dei farmaci a prezzi accessibili, solo un paziente su tre oggi ha accesso alle cure, anche a causa degli elevati costi. Se il prezzo pagato per alcune terapie si è sensibilmente ridotto, scendendo in alcuni casi da oltre 10.000 a circa 80 dollari l'anno ed è in continua discesa dal 2000, quello dei farmaci di seconda linea, utilizzati con l'aumento della resistenza al virus, resta sempre troppo alto, ancora sopra ai 1.200 dollari all'anno.

3] La stima considera le risorse impegnate fino a settembre 2007, incluso il contributo di 130 milioni previsto per il Fondo Globale stanziato all'inizio di ottobre con il decreto 159/2007.

4] ActionAid, *Proposing a funding plan for universal access to HIV prevention, treatment and care by 2010*, giugno 2007.

5] Secondo la rapportistica internazionale, gli stanziamenti bilaterali sono allocazioni di risorse da parte di un Paese donatore ad un ente o un Paese per l'esecuzione di un'iniziativa concordata (N.d.R.).

6] Si considera al netto delle cancellazioni del debito (N.d.R.).

Il governo italiano ha valutato positivamente il compromesso, adottato in sede di Organizzazione Mondiale del Commercio nel dicembre 2005, per consentire l'esportazione di farmaci generici di minor costo in Paesi che non possono produrli. Coerentemente l'Italia avrebbe però dovuto dissentire quando il Commissario europeo per il commercio internazionale ha tentato di dissuadere la Thailandia dall'applicarlo, ma il sostegno è arrivato solo alcuni mesi dopo attraverso la Viceministra per la cooperazione allo sviluppo e non dal Ministro per il Commercio Estero.

Il silenzio italiano sul caso thailandese è segnale della mancanza di una chiarezza politica sulla questione dell'accesso ai farmaci anti-retrovirali a cui è connesso anche lo scarso interesse dell'industria farmaceutica italiana generica e non. Per molto tempo le istituzioni non hanno infatti sostenuto iniziative private italiane che avrebbero favorito lo sviluppo di un'industria di generici nei Paesi africani, come nel caso della Pharco in Zambia, schiacciata dalla concorrenza internazionale e dalla linea politica del nuovo governo di Lusaka.

#### **ActionAid raccomanda pertanto al Governo italiano di:**

- ▶ **avviare una consultazione interministeriale per l'adozione di un piano strategico che indichi il contributo italiano per assicurare l'accesso alle cure per l'HIV / AIDS e che affronti la questione dell'accesso sostenibile ai farmaci salva-vita;**
- ▶ **predisporre uno strumento legislativo ad hoc che renda certo e prevedibile l'impegno di 4 miliardi di dollari per la lotta alle tre pandemie in dieci anni;**
- ▶ **aumentare gli stanziamenti destinati al settore sanitario nei Paesi dell'Africa sub-sahariana, rendendoli equivalenti a quelli per l'HIV / AIDS;**
- ▶ **elaborare un documento sintetico che renda conto, annualmente, dell'impegno finanziario italiano nella lotta alla pandemia e che consenta di identificare le risorse destinate per tipo di intervento e per gruppi di beneficiari;**
- ▶ **promuovere un tavolo di discussione tra società civile e mondo della farmaceutica italiana per applicare in Italia la nuova normativa europea per l'esportazione di farmaci generici;**
- ▶ **sostenere il rafforzamento dell'industria di farmaci generici nei Paesi in via di sviluppo, promuovendo partnership e trasferimento di tecnologie, anche attraverso il sostegno finanziario a società a partecipazione mista.**

## A sei anni dal patto globale contro l'AIDS: a che punto siamo?

Il 27 giugno 2001 la XXVI Sessione Speciale dell'Assemblea Generale adottò la «Dichiarazione d'impegno per la lotta all'HIV/AIDS». Nella Dichiarazione si prende atto della gravità della diffusione della pandemia soprattutto nei Paesi in via di sviluppo<sup>7</sup>. 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 millennio<sup>8</sup>.

La Dichiarazione lancia tuttavia un segnale di speranza, laddove afferma che l'epidemia potrà essere arrestata se gli sforzi della comunità internazionale saranno sostenuti da adeguate risorse finanziarie, una forte volontà politica e dalla riduzione del costo delle terapie.

All'incontro dell'ONU del 2006 si sono valutati i progressi a cinque anni dall'approvazione della Dichiarazione. In questa occasione si è valutato che grazie alla pressione della società civile e a una maggiore volontà politica, le risorse per la risposta alla pandemia avevano raggiunto nel 2005 gli 8,3 miliardi di dollari (il 54% sono aiuti internazionali<sup>9</sup>), con 1,5 milioni di persone che avevano accesso alle terapie salvavita. La comunità internazionale è riuscita quindi a centrare alcuni obiettivi assunti con la sottoscrizione della Dichiarazione d'impegno per la lotta all'HIV/AIDS del 2001, che prevedeva, tra l'altro, di stanziare per il 2005 tra i 7 e i 10 miliardi di dollari. Ma i nuovi bisogni epidemiologici hanno reso insufficienti traguardi fissati nel 2001.

Secondo i dati di UNAIDS<sup>10</sup>, nel 2007 il virus ha colpito 33,2 milioni di persone, i decessi sono stati 2,1 milioni e 2,5 milioni le nuove infezioni. Il 40% dei nuovi contagi si registra tra i giovani tra i 15 e i 25 anni. Le donne colpite sono 15,4 milioni; in Africa sub-sahariana sono il gruppo più vulnerabile (61% dei sieropositivi), e la percentuale sale di anno in anno in Asia ed America latina.

Il 68% dei malati vive nell'Africa sub-sahariana. La diffusione dell'HIV/AIDS nell'ultimo ventennio ha ridotto l'aspettativa media di vita in Africa di sette anni; ad esempio, l'impatto della pandemia è stato particolarmente grave in Zambia, dove la riduzione è stimata intorno ai 20 anni.

I costi collegati alla diffusione dell'HIV hanno frenato la crescita economica e sociale. Si stima che l'avanzamento dell'1% del tasso di prevalenza del virus riduca il reddito pro-capite dello 0,59%<sup>11</sup>. La crescita del continente africano sarebbe stata più sostenuta di quella registrata (5,4% in media nel decennio 1995 - 2005) se la pandemia fosse stata sotto controllo. In Africa l'HIV/AIDS ha mediamente frenato la crescita del reddito pro capite annuo dello 0,7%; in Camerun e Malawi la contrazione del prodotto interno lordo è stata dell'1,5%.

Si tratta di una situazione ancora preoccupante che non sfugge ai cittadini europei e italiani, che, secondo un'indagine dell'Eurobarometro, considerano la lotta all'HIV/AIDS la seconda priorità per le politiche di sviluppo europee - dopo la lotta contro la fame. Il 39% degli italiani ritiene che le azioni contro l'AIDS siano fondamentali per lo sviluppo, una percentuale però in calo rispetto al 61% registrato nel 2005; il 46%<sup>12</sup> dei cittadini europei considerano prioritaria la lotta alla pandemia negli interventi di cooperazione in Africa sub-sahariana.

A fronte di una situazione ancora difficile, i dati sull'incremento dell'accesso sono incoraggianti e sono indice che impegno e risorse portano risultati. Tra il 2003 e il 2006 il numero di coloro che sono stati curati con farmaci salvavita in Paesi a medio e basso reddito è aumentato al ritmo di 300.000 persone ogni sei mesi; si stima che a dicembre 2006 fossero 2 milioni le persone in terapia salvavita<sup>13</sup>. In Africa sub-sahariana si sono registrati 1,3 milioni di pazienti in terapia anti-retrovirale alla fine del 2006, quando tre anni prima erano solamente 100.000. Infine, sono

7] Nelle 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 (N.d.R).

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

9] UNAIDS, *Financing the response to AIDS in low and middle income countries*, giugno 2007.

10] UNAIDS, *AIDS Epidemic Update 2007*, novembre 2007.

Lo sviluppo di sistemi nazionali di raccolta dati ha permesso a UNAIDS di presentare valutazioni più accurate sulla diffusione della pandemia. La riduzione della stima dai 39 a 33 milioni di sieropositivi, rispetto al 2006, è da attribuire alla maggiore accuratezza, soprattutto per India e Angola. Tuttavia applicando retrospettivamente la nuova metodologia al 2006 si nota un incremento del numero globale di sieropositivi (500 mila, circa) (N.d.R).

11] S. Mac Donald, *AIDS and economic growth*, agosto 2004.

12] Eurobarometro, *Europeans and development aid*, giugno 2007.

13] WHO, UNAIDS, *Towards universal access: progress report*, aprile 2007.

## Risposta italiana all'AIDS: ancora in attesa di una strategia

All'UNGASS del 2001, il Ministro Plenipotenziario Giandomenico Magliano aveva delineato l'idea di una strategia italiana in risposta alla pandemia puntando su: rafforzamento dei sistemi sanitari, riduzione del prezzo dei farmaci anti-retrovirali e sostegno alla loro produzione locale<sup>14</sup>.

Dopo cinque anni di assenza di un documento strategico pubblico, nel gennaio del 2006 la Direzione Generale Cooperazione allo Sviluppo (DGCS) ha messo a disposizione di ActionAid una nota che sintetizza le linee guida dell'azione italiana contro la pandemia. Il documento è in linea con i temi indicati nel 2001: rafforzamento dei sistemi sanitari nazionali, concentrazione delle operazioni in Africa australe, coordinamento nazionale e miglioramento del dialogo e delle collaborazioni tra la DGCS e le Agenzie delle Nazioni Unite. Tuttavia, è assente qualsiasi riferimento alla disponibilità dei farmaci prodotti in loco.

Nel giugno 2006 l'Ambasciatore italiano alle Nazioni Unite Marcello Spatafora ribadiva la centralità per l'intervento italiano del rafforzamento dei sistemi sanitari e, oltre all'impegno finanziario, indicava due nuovi ambiti d'azione: la ricerca del vaccino e la cancellazione del debito nei Paesi con alta prevalenza di HIV<sup>15</sup>. Nel settembre 2007 alla conferenza di rifinanziamento del Fondo Globale, nella dichiarazione della Viceministra Sentinelli si mettono in evidenza nuovi elementi di una possibile strategia più ampia, che affronti tutti gli ostacoli di sistema, ma si ignorano alcuni elementi enunciati dall'Ambasciatore Spatafora. La Viceministra Sentinelli ha indicato la necessaria valorizzazione dei sistemi sanitari, ha sottolineato il ruolo essenziale delle produzioni in loco, la possibilità di utilizzare le flessibilità sulla produzione dei farmaci consentite dal diritto internazionale e la centralità del ruolo delle donne<sup>16</sup>. In tutti i casi si tratta di dichiarazioni d'indirizzo con pochi elementi di continuità con quelle che le hanno precedute, a parte il riferimento ai sistemi sanitari e al Fondo Globale. La parzialità è dovuta anche all'occasionalità delle dichiarazioni e al fatto che non esiste un documento pluriennale che renda pubblico l'approccio italiano alla pandemia. Si segnala con preoccupazione che l'obiettivo dell'accesso universale ai farmaci per le persone colpite da HIV/AIDS non viene citato nella dichiarazione di Berlino della Viceministra Sentinelli.

diminuiti i decessi così come i tassi di prevalenza dell'epidemia in Angola, Costa d'Avorio, Kenya, Nigeria e Zimbabwe. Questi dati dimostrano che i progressi sono possibili, anche se attualmente rimangono insufficienti: infatti, entro il 2010 le cure dovrebbero raggiungere 13 milioni di persone<sup>17</sup>.

Nel 2006, la comunità internazionale, confortata dai successi riscontrati ma preoccupata dai nuovi bisogni, ha sottoscritto l'impegno a rafforzare le risposte nazionali alla pandemia con lo scopo di garantire l'accesso universale a programmi di prevenzione, terapia e sostegno entro il 2010<sup>18</sup>. Nel giugno 2007, 97 Paesi a medio e basso reddito hanno fissato piani nazionali per avvicinarsi all'accesso universale, ma è improbabile che i governi dei Paesi più colpiti dalla pandemia potranno finanziare più di un terzo di tutte le iniziative necessarie; il consistente ammanco dovrà essere coperto da risorse esterne<sup>19</sup>.

Da un punto di vista globale il problema delle risorse finanziarie appare ancora rilevante: UNAIDS stima<sup>20</sup> che entro fine 2007, quando saranno resi disponibili 10 miliardi di dollari per la lotta alla pandemia, l'ammanco avrà già raggiunto gli 8,1 miliardi di dollari. Il deficit è destinato ad aumentare se le risorse cresceranno in modo lineare. Nel 2010 invece dei 42,2 miliardi di dollari stimati<sup>21</sup> necessari per finanziare l'accesso universale a prevenzione e terapie ne saranno disponibili 15, sufficienti a

garantire l'accesso alle cure a 4,6 milioni di sieropositivi nei Paesi a basso reddito. I 42,2 miliardi di dollari richiesti – provenienti per i 2/3 dall'assistenza dei donatori - dovrebbero finanziare la distribuzione di 10 miliardi di preservativi, la fornitura di 45 milioni di dispositivi per il controllo delle trasfusioni, 80 milioni di terapie materno-fetali, il sostegno a 19 milioni di orfani e personale sanitario aggiuntivo per 420 mila unità. UNAIDS stima che le risorse dovrebbero essere così ripartite: 37% per interventi di prevenzione, 36% per garantire l'accesso alle terapie, 12% per il sostegno agli orfani, 15% per pianificazione-gestione e monitoraggio. Infine, in termini di ripartizione geografica, 20 miliardi di dollari dovrebbero essere destinati ai Paesi meno avanzati e i restanti 22 miliardi per quelli a medio reddito.

UNAIDS ha rivisto recentemente al rialzo i bisogni finanziari destinati alla lotta all'HIV/AIDS per il 2010, spingendosi quasi al raddoppio: dai 23,2 miliardi di dollari del 2006 ai 42,2 miliardi del 2007. L'aumento stimato dei bisogni finanziari è da attribuire: da un lato all'aumento di coloro che si prevede saranno eleggibili per la terapia – da 10 a 13 milioni- dall'altro i 42,2 miliardi includono i costi di interventi che pur non esclusivamente rivolti all'epidemia sono necessari per un impatto duraturo. Ad esempio, oltre 22 dei 42,2 miliardi di dollari previsti comprendono i costi per il rafforzamento dei sistemi sanitari, delle organizzazioni della società civile o i costi per riformare il sistema legale<sup>22</sup>.

14] Giandomenico Magliano, *Italy statement by Minister Plenipotentiary Giandomenico Magliano*, UN General Assembly 26th Special Session, 25 giugno 2001.

15] Marcello Spatafora, *Italy statement by H.E. Ambassador Marcello Spatafora*, 2006 High-level meeting on AIDS, UN General Assembly, 2 giugno 2006.

16] On. Patrizia Sentinelli, *Dichiarazione conferenza rifinanziamento Fondo Globale*, Berlino, settembre 2007.

17] UNAIDS, *Financial resources required to achieve Universal Access*, settembre, 2007.

18] UNAIDS, *Revised Declaration of Commitment on HIV/AIDS*, UN General Assembly, giugno 2006.

19] UNAIDS, *Financial resources required to achieve Universal Access*, settembre, 2007. Per risorse esterne si intende sia gli aiuti allo sviluppo che i prestiti da enti creditizi privati (N.d.R.).

20] UNAIDS, *Financial resources required to achieve Universal Access*, settembre, 2007.

21] Le stime potranno essere riviste sulla base dei nuovi dati epidemiologici, che riducono di circa il 20% il numero dei sieropositivi (N.d.R.).

22] Se consideriamo soltanto gli interventi dedicati all'HIV/AIDS, UNAIDS conferma il dato del 2006-20 miliardi di dollari - nonostante l'aumento di un terzo delle persone eleggibili per la terapia (N.d.A.).



## Le promesse dei donatori: l'accesso universale in Malawi\*

Negli ultimi 21 mesi il governo del Malawi ha delineato un piano nazionale d'azione con obiettivi e costi per garantire l'accesso universale. Si tratta di un piano ambizioso, se si pensa alle sfide da affrontare: poco personale medico, carenze del sistema sanitario, un quadro di finanza pubblica troppo fragile e rigido, medicinali non sempre disponibili e poche attrezzature per le diagnosi, oltre a violazioni ripetute dei diritti umani e in particolare quelli delle donne.

Il Malawi si propone la distribuzione gratuita di farmaci anti-retrovirali a 245.000 persone entro il 2010. I donatori hanno assicurato significative risorse finanziarie da impiegare nella lotta contro l'HIV/AIDS, con finanziamenti per il quadriennio 2005-2009 per circa 724 milioni di dollari. I programmi avviati stanno portando risultati: nel gennaio 2004 solo 4.000 pazienti avevano accesso a farmaci anti-retrovirali, nel dicembre dello stesso anno il loro numero era già salito a 8.291 per toccare i 100 mila nel novembre 2007.

Tuttavia la qualità dei finanziamenti solleva preoccupazioni. L'incremento dell'accesso alla terapia dipende soprattutto dalle risorse dei donatori, che sborsano in maniera non tempestiva e non flessibile. Il dato più significativo è che, anche a causa di difficoltà procedurali, solo il 60,03% delle risorse promesse è stato trasferito nell'anno fiscale 2005-2006.

\* McBride Peter Nkhambwa, *Verso l'accesso universale alle cure in Malawi: il caso del Fondo Globale*, ActionAid Malawi, maggio 2007.

**TABELLA A > Donatori e percentuale di erogato sull'impegnato per l'anno 2005-2006 nel settore dell'HIV/AIDS**

Donatore	Sostegno finanziario per l'anno finanziario 2005-2006 (in dollari)		
	Impegno	Erogazione	Percentuale impegnato/erogato
Gran Bretagna	4.609.000	1.924.810	41,8%
Norvegia	2.716.000	1.871.446	68,9%
Banca Mondiale	12.900.000	12.900.000	100%
Canada	2.819.000	2.819.000	100%
Fondo Globale	52.548.020	5.191.079	9,9%
UNDP	1.114.047	753.081	67,6%
WFP	14.800.000	14.800.000	100%
UNICEF	8.579.613	5.241.598	61,1%
WHO	1.173.530	1.110.466	94,6%
UNFPA	4.319.065	3.970.784	91,9%
UNHCR	16.054.000	16.054.000	100%
UNAIDS	361.883	344.260	95,1%
Governo statunitense	16.569.500	16.569.500	98,4%
Governo giapponese	131.101	131.101	100%
Totale per tutti i donatori	122.656.813	83.681.125	60,03%

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

E' dal G8 del 2000 che la questione della salute globale è divenuta una costante dell'agenda G8.

Nel 2001, il Summit di Genova, ha favorito il lancio del 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 a favore del GFATM 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.

Nel 2006 a S. Pietroburgo, il Summit ha confermato l'impegno finanziare i sistemi sanitari di base.

Nel 2007 il G8 di Heligendam ha promesso di destinare alla lotta all'AIDS, malaria, tubercolosi ed al rafforzamento dei sistemi sanitari 60 miliardi di dollari "nei prossimi anni", senza indicare l'anno esatto per il raggiungimento dell'obiettivo.

Secondo le dichiarazioni degli otto leader l'ammontare promesso dovrebbe essere disponibile in 10 anni, con più della metà delle risorse erogate nei primi cinque. Secondo le dichiarazioni di Romano Prodi, il governo italiano si è impegnato per 4 miliardi di dollari nei prossimi 10 anni da destinare a lotta HIV/AIDS, tubercolosi malaria e rafforzamento dei sistemi sanitari. Se la dichiarazione si tradurrà in atti concreti, l'impegno è positivo sia per le risorse promesse sia per l'impegno decennale. La Finanziaria 2008 era la prima occasione per trasformare una dichiarazione in un obbligo legislativo pluriennale. L'articolo 86 della finanziaria, approvata dal Senato, che prevede già impegni pluriennali per 40 anni a favore della salute globale, poteva autorizzare anche l'impegno decennale di spesa per 4 miliardi di dollari.

## Risorse italiane per lo sviluppo e lotta all'HIV e AIDS<sup>23</sup>

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 risorse adeguate al proprio peso economico.

Le risorse finanziarie erogate per la lotta alla pandemia rappresentano una parte degli stanziamenti per l'Aiuto Pubblico allo Sviluppo (APS), ma una stima risulta difficile poiché la componente HIV/AIDS in interventi di sviluppo non è direttamente valutabile. Infatti, la diffusione della pandemia non rappresenta un problema esclusivamente sanitario e incide sul complesso dello sviluppo delle comunità colpite. I Paesi donatori hanno quindi opportunamente evitato di fornire solo risposte strettamente mediche ed hanno anche sostenuto interventi integrati, più attenti all'impatto dell'epidemia e alle vulnerabilità economico-sociali, ma dove la componente AIDS è difficile da stimare con esattezza.

Nel sistema di classificazione dell'aiuto del *Development Assistance Committee* (DAC)<sup>24</sup>, 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 tutti i tipi d'intervento: iniziative d'informazione, *testing*, prevenzione e terapia. Alle iniziative 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 dal quale è

difficile sottrarsi, le regole di rapportistica 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 rapportistica 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;
- ▶ i tipi d'intervento (prevenzione o terapia) e il gruppo vulnerabile di riferimento, per esempio donne, orfani o prostitute, sono indistinguibili;
- ▶ non è possibile distinguere la componente HIV/AIDS nei programmi di sviluppo.

Il sistema DAC corregge almeno parzialmente questi limiti attraverso il *Creditor Reporting System* (CRS), 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 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. Si tratta di una quota che, però, non viene riportata e che quindi sarà impossibile stimare. Viceversa, il fatto che l'impatto del virus colpisca indifferentemente tutti i settori sociali di una comunità potrebbe spingere i donatori più «creativi» a contabilizzare

23] Il rapporto utilizza l'euro come valuta di riferimento, anche se le fonti consultate esprimono l'ammontare in dollari. Il tasso di conversione scelto è quello DAC - euro:dollaro è 1:1,25 (N.d.R.).

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

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. Perciò nel 2005, è stato creato un nuovo codice 16064 con l'obiettivo d'indicare gli interventi per mitigare l'impatto sociale della pandemia, come ad esempio, il sostegno ai gruppi di sieropositivi o vulnerabili.

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'epidemia<sup>25</sup>. Sono però davvero pochi gli uffici statistici dei Paesi membri dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) in grado di raggiungere il livello di accuratezza previsto dal sistema. L'Italia, in genere, non arriva a compilare interamente la sezione dei moduli del CRS pensata per valutare l'impatto dei diversi interventi sulla promozione del ruolo della donna.

## Fonti di riferimento e introduzione metodologica

Manca un documento ufficiale sintetico che renda pubblico l'impegno finanziario italiano annuale in risposta alla pandemia. Nel 2004 e nel 2005 la Direzione Generale Cooperazione allo Sviluppo (DGCS) aveva prodotto due dossier che riportavano lo sforzo finanziario della Direzione per contrastare le tre epidemie. I rapporti della DGCS erano stati utilizzati da ActionAid come fonti primarie nelle precedenti edizioni del rapporto, soprattutto perché includevano dati sulle erogazioni ed informazioni qualitative sugli interventi finanziati fino al 2004<sup>26</sup>. Le valutazioni presentate in **"Ogni promessa è debito 2007"** sono state elaborate a partire dai dati contenuti nei seguenti documenti:

- ▶ il database DAC/CRS dedicato alla lotta all'HIV e AIDS, che riporta l'impegno finanziario bilaterale<sup>27</sup> e fornisce la lista delle attività che i membri del Comitato hanno realizzato per il controllo della pandemia a partire dal 2000, suddividendole per Paese beneficiario.
- ▶ i rapporti di ActionAid - Ogni promessa è debito, 2004 e 2006 - che hanno costituito le serie storiche dei dati tra 2000 e 2005 che questo documento aggiorna fino al 2007.
- ▶ i bollettini della Cooperazione allo sviluppo (DIPCO) per gli anni 2005-2006-2007, che 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, né permettono di valutare il tipo d'intervento.

25] DAC, *Aid in Support of Aid 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).

26] DGCS, *Italy and the fight against AIDS, Tuberculosis and Malaria*, 2004-2005.

27] Secondo le regole di rapportistica del CRS, gli impegni di contributo (*commitments*) a Organizzazioni internazionali per la realizzazione di specifici progetti extra-bilancio ordinario 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 tutte classificate da ActionAid come multilaterali. Solo il 55% del contributo complessivo al GFATM è investito direttamente in interventi per far fronte alla pandemia (N.d.R).

## La risposta finanziaria all'epidemia: stanziamenti (2000 - settembre 2007)

*«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»<sup>28</sup>.*

**Romano Prodi**

*Dovevo fare delle scelte. E quelle non erano priorità”.*

**Ministro Padoa-Schioppa**, in risposta ad una domanda sulla riduzione di alcuni fondi previsti per la lotta all' AIDS nella legge finanziaria 2007<sup>29</sup>.

L'analisi dei dati riportati dalle fonti appena citate ci permette di quantificare i finanziamenti indirizzati specificamente alla lotta all'HIV e AIDS<sup>30</sup>. Secondo le fonti della Direzione Generale Cooperazione allo Sviluppo, l'Italia parte nel 2000 stanziando 9.532.567 euro, fino ad arrivare a 237.762.724 di euro nel 2007, con picchi e battute d'arresto illustrate nel grafico 1. Nel 2004 e nel 2006, l'Italia non aveva versato il contributo al Fondo Globale; proprio dal ritardo 2006 dipende il picco 2007, anno in cui l'Italia ha versato contributi per 3 anni al Fondo Globale - anticipando quello 2008. Complessivamente in quasi otto anni (dal 2000 al settembre 2007<sup>31</sup>) il nostro Paese ha stanziato 552.508.500 euro per il finanziamento di attività aventi come scopo il controllo della pandemia<sup>32</sup>. Alla luce dell'andamento incostante degli stanziamenti degli ultimi anni è importante l'impegno italiano assunto al G8 di Heligendam di stanziare 4 miliardi di dollari - 3,2 miliardi di euro - in 10 anni, sia per il suo carattere pluriennale che sia per la sua dimensione finanziaria - una media di 320 milioni all'anno.

L'analisi dell'andamento annuale degli stanziamenti conferma pertanto una crescita sostanziale tra 2000 e 2007, anche se con un drastico

ridimensionamento nel 2004 e nel 2006 per il mancato versamento al Fondo Globale. E' prevedibile che al buon risultato 2007 seguirà una significativa contrazione nel 2008, quando, venendo a mancare il contributo per il Fondo, le risorse per l'HIV dipenderanno solo dagli stanziamenti bilaterali - attorno ai 10 milioni di euro all'anno sia nel 2006 sia nel 2007, lo stesso valore del 2000. Tuttavia, in base al peso economico ed ai bisogni finanziari globali della pandemia, l'Italia avrebbe dovuto farsi carico di coprire il 3,9% dei bisogni con un contributo annuo medio attorno ai 540 milioni di euro .

L'andamento altalenante nei bienni 2004-2005 e 2006-2007, evidenziato dal grafico, indica tutti i limiti dell'impegno finanziario dell'Italia nella lotta all'HIV e AIDS. L'Italia non è ancora riuscita a dare continuità al proprio sforzo, soprattutto perché le risorse allocate per contrastare la pandemia sono agganciate ai processi generali del bilancio dello Stato e, nel corso dell'anno finanziario, possono essere ri-destinate ad altri settori. I processi di allocazione delle risorse del bilancio dello Stato rendono improbabile che l'Italia possa destinare i 3,2 miliardi di euro promessi al G8 in Germania, a meno che non si crei una disposizione legislativa che

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

29] ANSA, 26 gennaio 2007.

30] Alcune iniziative della DCGS 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 55% degli interventi finanziati dal GFATM è specificatamente rivolto a fronteggiare la pandemia.

31] Ultimo DIPCO consultato, n° 37 - 25 ottobre 2007.

32] Si tratta di una stima che tra 2005 e 2007 riporta solo le risorse impegnate e non quelle erogate, a causa della mancanza di dati della DCGS. Per il GFATM - che rappresenta oltre l'80% dell'intervento italiano - è possibile conoscere le erogazioni. (N.d.R).

33] ActionAid, *Proposing a funding plan for universal access to HIV prevention, treatment and care by 2010*, giugno 2007.

**TABELLA 1 > Andamento risorse stanziate dell'Italia ripartibili per lotta all'HIV/AIDS, 2000-2007\*, in euro.**

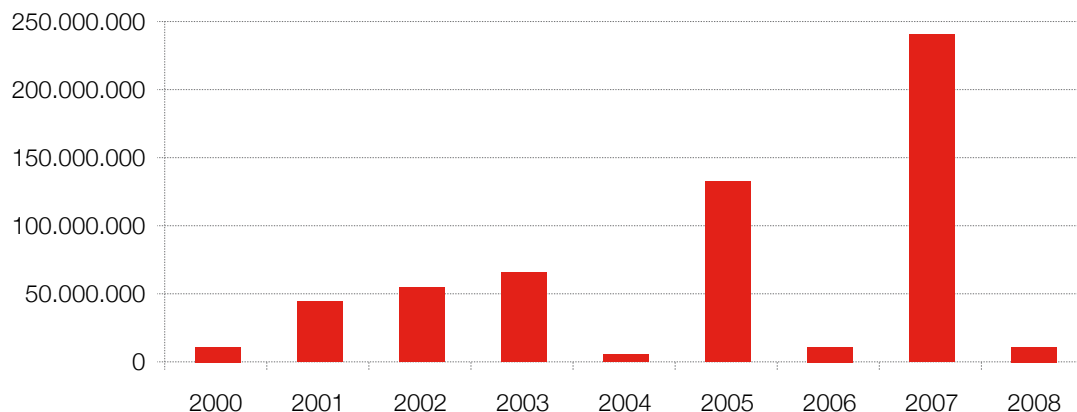
\* I dati per gli stanziamenti italiani nel 2007, assumono che i 130 milioni per il GFATM del decreto 159 siano stanziati erogati nel 2007.

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Totale
9.532.567	41.631.606	51.523.958	63.259.486	5.467.190	132.735.970	10.598.000	237.762.724	552.508.500

Fonte: elaborazione di ActionAid su dati DGCS e DIPCO, novembre 2007.

**GRAFICO 1 > Andamento stanziamenti dell'Italia ripartibili per lotta all'HIV/AIDS, 2000-2008\*, in euro.**

\* I dati per gli stanziamenti italiani nel 2007, assumono che i 130 milioni per il GFATM del decreto 159 siano stanziati erogati nel 2007.



Fonte: elaborazione di ActionAid su dati DGCS e DIPCO, novembre 2007.

determini un obbligo di spesa decennale. Esistono almeno tre precedenti di iniziative pluriennali di cooperazione internazionale finanziate da una norma che inserisce un impegno di spesa pluriennale indicandone il costo finale: l'iniziativa di cancellazione multilaterale del debito, l'*Advanced market commitment* e l'*International finance facility for immunization*<sup>34</sup>. In tutti e tre questi casi, una norma inclusa nella legge finanziaria ha autorizzato l'impegno finanziario pluriennale dell'Italia con oneri per il bilancio dello Stato dai venti ai quaranta anni.

Le fonti consultate non comprendono tutte le risorse pubbliche stanziate per la lotta all'HIV e AIDS. Non sono stimate, ad esempio, le risorse della Cooperazione decentrata<sup>35</sup> e soprattutto i contributi al bilancio delle organizzazioni internazionali, classificati come multilaterali e che vengono utilizzati per finanziare interventi in risposta alla pandemia.

L'Italia contribuisce «indirettamente» alla lotta all'HIV e AIDS attraverso i versamenti obbligatori a organismi internazionali, come la Commissione Europea o la Banca Mondiale. Una stima DAC del 2002 indicava le quote dei bilanci che alcune importanti istituzioni multilaterali destinavano alla lotta all'HIV/AIDS: Fondo

Europeo di Sviluppo 0,2%; UNFPA 7,8%; UNICEF 12,2%; IDA 3,4%. Nel periodo 2003-2006, la Banca mondiale ha erogato 3 miliardi di euro in prestiti e doni per finanziare la lotta all'HIV/AIDS, la Banca Africana di sviluppo ha versato 34,4 milioni di euro, mentre 37 milioni sono giunti dalla Banca di sviluppo asiatico<sup>36</sup>. E' possibile ricostruire la quota che indirettamente l'Italia potrebbe attribuirsi sulla base della sua percentuale contributiva a questi fondi, raggiungendo, in media, 26 milioni addizionali all'anno per il quadriennio 2003-2006. Tuttavia, l'ammontare complessivo di tali stanziamenti non è un valido indicatore della volontà politica nazionale – dal momento che i trasferimenti sono quasi obbligatori e il peso che l'Italia può esercitare sull'impiego di queste risorse è piuttosto ridotto.

### Risorse per l'HIV e AIDS e Aiuto Pubblico allo Sviluppo

Dal 2001 la lotta alle grandi epidemie figura con costanza tra le priorità della Cooperazione italiana<sup>37</sup>. All'interno dell'Aiuto Pubblico allo Sviluppo, inoltre, la componente dedicata alla lotta all'HIV

34] L'*Advanced market commitment* è un meccanismo che garantisce l'acquisto di dosi di vaccini nuovi a prezzi fissati per malattie dei PVS. L'*International finance facility for immunization* prevede la messa a disposizione di risorse finanziarie per interventi di immunizzazione. (N.d.A).

35] Si tratta della cooperazione finanziata dai bilanci delle autonomie locali. Dalla rilevazione a campione fatta tra il 2000 e il 2004, emerge che gli stanziamenti complessivi della Cooperazione decentrata e del Ministero della Salute, con il *programma Esther* sono di 4.782.971 euro.

36] Gender Action, *Mapping multilateral Development Banks spending on HIV*, settembre 2007.

37] Secondo le Relazioni annuali sull'attuazione della Politica di cooperazione allo sviluppo dal 2001 a oggi.

**TABELLA 2 > Ripartizione delle risorse per canali, 2000- 2007, euro.**

\* Il canale emergenza è indicato nelle pubblicazioni 2004 e 2005 della DGCS, tuttavia dall'analisi dei DIPCO non è possibile procedere alla stessa attribuzione. Il capitolo di bilancio della DGCS che finanzia le emergenze non ha stanziato interventi in risposta all'HIV/AIDS dal 2004 (N.d.A).

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	fino a sett 07	Totale 2000-2007
<b>ONG</b>	834.819	3.038.925	5.403.475	4.500.228	2.109.190	2.205.211	2.683.000	1.893.221	22.668.069
<b>Emergenza*</b>	1.858.329	206.581	5.165.483	65.608	0	0	0	0	7.296.001
<b>DGCS</b>	0	1.300.438	55.000	216.000	360.000	2.529.729	2.085.000	1.455.503	8.001.670
<b>Istituzioni Multilaterali</b>	5.031.820	1.652.661	1.700.000	1.777.650	0	6.000.000	230.000	0	16.392.131
<b>ISS</b>	0	3.367.174	0	0	998.000	998.030	5.300.000	8014000	18.677.204
<b>GFATM</b>	0	30.000.000	37.200.000	55.200.000	0	120.000.000	0	225500000	467.900.000
<b>UNAIDS</b>	1.807.599	2.065.827	2.000.000	1.500.000	2.000.000	1.000.000	300.000	900.000	11.573.426
<b>Totale annuale</b>	9.532.567	41.631.606	51.523.958	63.259.486	5.467.190	132.732.970	10.598.000	237.762.724	552.508.500

Fonte: elaborazione di ActionAid su dati DGCS e DIPCO, novembre 2007.

e AIDS è progressivamente aumentata, arrivando a costituire, tra 2000-2005<sup>38</sup>, il 5,03% dell'aiuto ripartibile per settori d'intervento<sup>39</sup>. Se si confronta questo dato con gli investimenti destinati nello stesso periodo ad altri settori, come l'istruzione (4,19%), la salute (3,77%), l'accesso all'acqua (2,12%) e l'agricoltura (1,84%)<sup>40</sup>, si ricava che, dopo l'emergenza (6,58%), 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 degli stanziamenti

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

Dal grafico 2 emerge che, nel periodo di riferimento, l'azione dell'Italia si è concentrata quasi esclusivamente sul GFATM. Le Organizzazioni Non Governative (ONG), al secondo posto, hanno intercettato il 4,1% delle risorse. Appare chiaro che il rapido aumento del volume degli stanziamenti italiani destinati a contrastare la pandemia è stato possibile proprio grazie al fatto che più dei 4/5 della quota è confluita nel Fondo Globale, fatto che ha finito per esaurire tutta la

strategia italiana di risposta alla pandemia. L'indicazione dei finanziamenti riservati al GFATM può essere viziata dall'ipotesi che il contributo italiano promesso per il 2008 sia versato nel 2007; tuttavia, escludendo il contributo 2008, il Fondo Globale continua ad assorbire l'82% del contributo finanziario italiano per far fronte alla pandemia negli ultimi otto anni.

Dall'analisi emerge che la DGCS è il minor beneficiario degli stanziamenti, mentre negli ultimi due anni l'Istituto Superiore di Sanità ha ottenuto 13 milioni di euro, divenendo il terzo canale beneficiario dell'assistenza italiana. E' da notare che, in coincidenza con la crescita delle erogazioni verso ISS, si sono drasticamente ridotti gli stanziamenti alle organizzazioni multilaterali per interventi in risposta all'AIDS; addirittura nel 2005 è saltato il contributo italiano a UNAIDS. Il dato ha almeno una duplice spiegazione: da un lato può essere diminuito l'interesse italiano verso interventi multi-bilaterali in risposta alla pandemia, dall'altro molte di queste stesse organizzazioni hanno diminuito i loro programmi specificatamente dedicati all'HIV/AIDS.

Dal 2000 al 2007, il canale multilaterale<sup>41</sup> ha veicolato il 86,7% della risposta italiana alla pandemia, un dato nettamente distinto dagli stanziamenti globali, dove il canale bilaterale finanzia circa il 65% degli interventi in risposta alla pandemia.

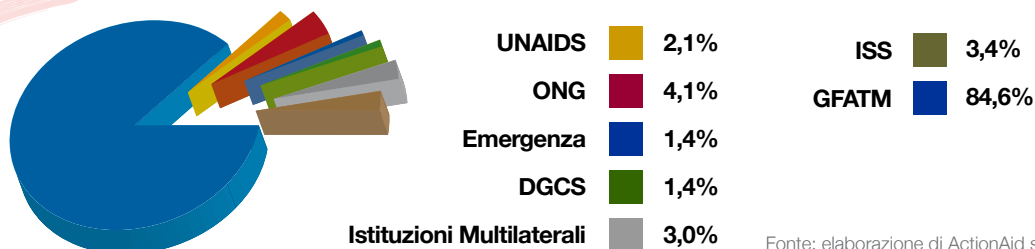
38] I dati DAC per aiuto pubblico allo sviluppo 2006 disaggregati per settore saranno disponibili a metà dicembre 2007.

39] Si tratta della categoria DAC per settori. Per l'HIV/AIDS si sommano agli stanziamenti bilaterali anche la quota dedicata all'HIV/AIDS delle erogazioni al GFATM - normalmente contabilizzate come multilaterali (N.d.R.).

40] Le percentuali sono ricavate dai dati presenti sul database CRS/DAC, consultato il 20 settembre 2007.

41] Si tratta dei contributi che finanziano il bilancio ordinario delle organizzazioni internazionali di sviluppo. Il Paese donatore non può decidere l'impegno settoriale o geografico del suo contributo. Il contributo al Fondo Globale è classificato come contributo multilaterale. Per consentire la comparazione con gli altri Paesi donatori, l'impegno multilaterale dell'Italia viene calcolato sommando gli stanziamenti sui canali UNAIDS e GFATM. Si esclude il canale istituzioni multilaterali, come definito nelle pubblicazioni della DGCS, poiché finanzia iniziative speciali, o multi-bilaterali, classificate dal DAC come bilaterale (N.d.A.).

**GRAFICO 2 > Ripartizione percentuale per canali degli stanziamenti per la lotta all'HIV e AIDS, 2000-2007.**



Fonte: elaborazione di ActionAid su dati DGCS e DIPCO, novembre 2007.

**TABELLA 3 > Paesi beneficiari intervento italiano bilaterale, stanziamenti 2000-settembre 2007, in euro.**

\* I tassi di prevalenza si riferiscono ai dati epidemiologici di dicembre 2006 (N.d.A).

Paese	Stanziamenti totali	Tasso di prevalenza*
Sudafrica	9.658.296	18,8%
Kenya	6.999.593	6,1%
Uganda	5.344.779	6,7%
Tanzania	4.318.890	6,5%
Mozambico	3.256.948	16,1%
Zimbabwe	3.171.915	20,1%
Swaziland	2.973.059	33,4%
Etiopia	2.906.855	4,7%
Camerun	2.390.226	5,4%
Zambia	2.344.954	17,0%
Balcani/Est Europa	2.269.739	Dato aggregato n.d.
Nigeria	1.942.630	4,4%
Burundi	1.822.302	3,3%
Ruanda	1.573.542	3,1%
Eritrea	1.424.741	2,4%
Burkina Faso	901.893	2,0%
Namibia	885.808	19,6%
Angola	859.740	3,7%
Rep. Dem. Congo	670.247	5,0%
Cuba	560.897	0,1%
Costa d'Avorio	560.598	7,1%
Malawi	504.233	14,1%
<b>Totale</b>	<b>57.341.885,08</b>	

**TABELLA 4 > Primi 10 beneficiari interventi HIV/AIDS bilaterali dei Paesi DAC, 2000- 2005, milioni di euro.**

Paese	Totale, 2000-2005, milioni di euro
Tanzania	441,32
Sudafrica	436,848
Nigeria	429,104
Kenya	399,96
Uganda	379,648
Zambia	352,912
Etiopia	315,952
India	285,84
Mozambico	279,688
Malawi	177,08

Fonte: elaborazione ActionAid su Crs/DAC on line, novembre 2007.

## Aree di intervento

L'intervento bilaterale Italiano - 57 milioni di euro in otto anni - ha interessato - 22 Paesi. Se analizziamo la lista dei beneficiari degli stanziamenti annuali notiamo che il loro numero oscilla dai 14 nel 2000 ai 3 nel 2004, per tornare a crescere nel 2005 fino a 13<sup>42</sup>. I primi 10 Paesi beneficiari hanno assorbito il 75% delle risorse, ma gli stanziamenti sono comunque modesti in termini assoluti, ad esempio meno di un milione di euro all'anno per il Kenya, secondo beneficiario degli interventi bilaterali italiani. Per l'alta percentuale dedicata al multilaterale, la quota delle risorse italiane ripartibili nei Paesi è modesta; soltanto in Swaziland l'azione del nostro Paese è più visibile, contribuendo per circa il 4% all'aiuto pubblico dedicato all'HIV/AIDS nel Paese.

I dati evidenziano una concentrazione delle risorse nella regione sub-sahariana, che da sola arriva ad assorbire il 95% 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 22,5 milioni di malati (il 68% del totale) e 11,4 milioni di orfani<sup>43</sup>. L'Italia nel 2000 ha finanziato due interventi al di fuori dell'Africa sub-sahariana: Cuba e l'area balcanica. Le priorità geografiche italiane, oltre a rispondere ai bisogni epidemiologici dei Paesi, sono in linea con le priorità d'intervento geografico della comunità dei donatori: i Paesi sostenuti dall'Italia sono anche tra i primi dieci beneficiari di assistenza internazionale per il sostegno

42] Sono stati 7 nel 2006 e 5 nel 2007 (N.d.A).

43] UNAIDS, *Report on Global AIDS Epidemics 2007*, novembre 2007.

## Luci e ombre del Fondo Globale: il caso del Malawi

In Malawi il GFATM costituisce uno dei maggiori sostenitori dello sforzo nazionale per il raggiungimento dell'obiettivo dell'Accesso Universale. L'azione del Fondo Globale ha migliorato visibilmente la vita di molte persone e fatto del Malawi un'esperienza di successo nella lotta alla pandemia per l'intera regione. Purtroppo non mancano le difficoltà: il Fondo Globale ha le maggiori disponibilità finanziarie, ma restano ancora difficilmente accessibili.

### Successi

Nel luglio del 2002 il Fondo Globale per la Lotta all'AIDS, Tubercolosi e Malaria ha approvato il finanziamento di un intervento quinquennale contro l'HIV/AIDS per un totale di 196 milioni di dollari. Quasi un anno dopo, giugno 2003, il governo del Malawi ha ricevuto, tramite la Commissione Nazionale sull'AIDS (NAC) la prima rata del contributo per un totale di 314.000 dollari, per attività di pianificazione, sviluppo di materiali di formazione, piccoli aiuti a dono per le organizzazioni comunitarie locali. Dopo l'avvio dei programmi del Fondo Globale, il numero degli utenti dei consultori è salito tra il 2004 e il 2005 del 41%.

L'intervento del Fondo Globale ha contribuito a rafforzare il sistema sanitario nazionale. Il finanziamento del 2002 ha anche sostenuto la Commissione Nazionale contro l'AIDS, un secondo il programma anti-malaria del Ministero della Salute e l'ultima tranche 2007 - 65.000.000 dollari - permetterà di formare e assumere 8.000 infermieri, 20 dottori e sostenere la nascita di nuovi centri di formazione medica.

### Sfide

Nel 2004-2005 il Fondo Globale è stato il donatore che ha erogato di meno rispetto agli impegni assunti - solo il 10%. L'ultima iniziativa approvata dal GFATM è del 17 marzo 2005 - cinque rate annuali da 12 milioni di dollari - ma tra l'autorizzazione e l'annuncio dell'esborso effettivo sono trascorsi sei mesi, un ritardo dovuto all'eccessiva rigidità amministrativa del Fondo Globale. Prima di qualsiasi possibilità d'esborso, il Ministero della Sanità del Malawi è stato obbligato ad aprire un conto bancario dedicato ed a rivedere e riqualificare parte del suo organico. Nel maggio 2007, la prima rata approvata per giugno 2006 non era stata ancora versata quando, secondo la tempistica del progetto, si sarebbe dovuta erogare la seconda tranche di contributi.

alla risposta alla pandemia (l'Italia non finanzia alcun intervento in India, ottavo beneficiario dell'assistenza internazionale per combattere la pandemia).

### Sostegno ai sistemi sanitari e lotta all'HIV/AIDS

Nelle dichiarazioni dei propri rappresentanti e nei documenti strategici della Cooperazione italiana, il nostro Paese ha costantemente enunciato un principio guida: per combattere l'HIV/AIDS è necessario sostenere i sistemi sanitari dei Paesi più colpiti, che dovrebbero beneficiare almeno dello stesso sostegno finanziario dedicato alla pandemia.

Contrariamente alla strategia italiana, secondo il DAC, i Paesi donatori si sono mossi in direzione opposta: aumento massiccio degli stanziamenti per contrastare l'HIV/AIDS e progressiva riduzione della quota dell'APS dedicata al sostegno della sanità, inclusa quella di base, che passa dal 3,1% del 1993 al 2,06% del 2004<sup>44</sup>.

Per valutare se gli stanziamenti italiani sono in linea con i propri principi strategici o con

il comportamento dei donatori, utilizziamo i dati DAC fino al 2005 e per il 2006 le stime fornite dalla DGCS. Secondo il DIPCO n°22 del 2007, gli stanziamenti complessivi per l'area sociosanitaria nel 2006 sono stati di circa 410 milioni di euro, a cui si sottraggono 10,5 milioni di euro dedicati a iniziative bilaterali di lotta all'AIDS.

Dai dati emerge che gli stanziamenti italiani rispecchiano le linee strategiche della nostra cooperazione e, contrariamente a quanto constata il DAC per gli altri donatori, dopo il 2003 si registrano stanziamenti per la sanità che crescono assieme agli stanziamenti complessivi per l'HIV/AIDS, per arrivare a superarli talvolta - grafico 3<sup>45</sup>.

Accanto al dato puramente quantitativo è, però, importante considerare la distribuzione geografica dei finanziamenti per 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 in base ai dati della DGCS per il 2006 sono concentrati nella regione per il 38%.

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

45] E' da notare che nel 2001, l'anno in cui le risorse stanziate per la lotta all'HIV/AIDS triplicano, quelle per la sanità quasi si dimezzano (N.d.A.).



## Il Fondo Globale per la Lotta all'AIDS, Tubercolosi e Malaria: il ruolo dell'Italia

L'Italia ha sostenuto la creazione del Fondo Globale, promossa dalle Nazioni Unite, durante il G8 di Genova del 2001. Aver sponsorizzato un'innovazione di tale portata ha assicurato al nostro Paese, 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 – sulla governance del GFATM - quale titolare, insieme agli Stati Uniti e al Giappone, di un seggio individuale nel Consiglio di amministrazione del Fondo.

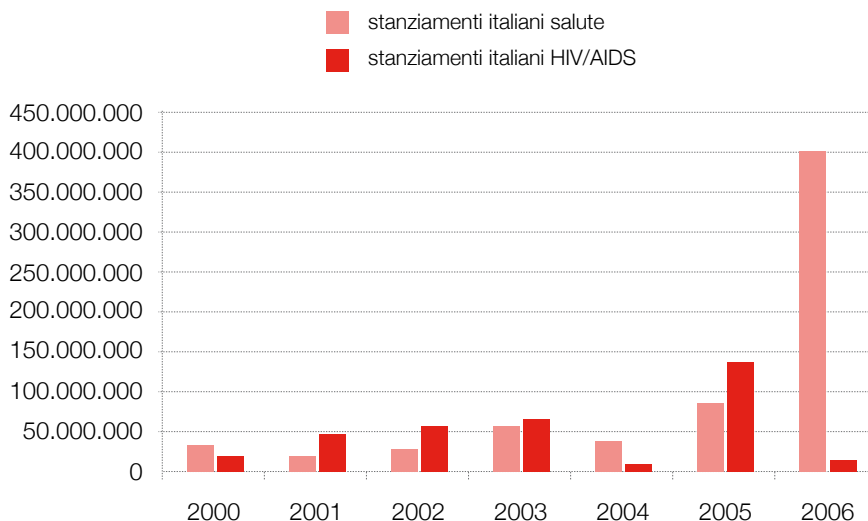
Il 2004 aveva segnato una prima brusca «battuta d'arresto» nell'impegno a favore dei milioni di persone colpiti dalle tre malattie, con il primo stop nei pagamenti. Nel 2005 sono stati versati 180 milioni di euro al Fondo Globale grazie alle risorse trasferite attraverso un decreto legge dal Fondo speciale del Ministero dell'Economia: per la prima volta le risorse per il GFATM si venivano a sommare a quelle presenti sul bilancio della cooperazione. Ma mancavano ancora 20 milioni di euro per rispettare le promesse di contributo. Intanto alla Conferenza di ri-finanziamento del Fondo Globale del settembre 2005, l'Italia prometteva per il biennio 2006-2007 130 milioni di euro l'anno, un incremento del 30%. Fino al 2004 l'Italia era il maggior finanziatore europeo del Fondo, ma nel 2005 ha perso la leadership a favore della Francia.

Il contributo italiano 2006 è saltato nuovamente ma, anche a seguito della grande mobilitazione della società civile, media e Parlamento, durante l'anno finanziario 2007 sono stati stanziati 410 milioni di euro per il GFATM – 20 milioni dalle disponibilità della legge 49 per il debito trascinato dal 2005, 260 con il decreto del 2 luglio 2007 e 130 milioni dal decreto 159 del 3 ottobre - anticipando il contributo 2008. La pressione perchè si saldassero i debiti ha portato ad un riconoscimento particolare del ruolo del Fondo Globale da parte del Governo. In una tabella del Documento di Programmazione Economico Finanziaria (DPEF) 2008-2011, il contributo al Fondo Globale viene inserito tra le spese obbligatorie per il triennio al pari dei versamenti alla Banca Mondiale e delle disponibilità finanziarie per la riforma del welfare. Alla conferenza di rifinanziamento di settembre 2007, l'Italia si è impegnata a contribuire nel prossimo triennio per almeno 130 milioni di euro all'anno, sebbene la società civile chiedesse il raddoppio e lo stesso DPEF giustificasse l'impegno di 150 milioni di euro.

I ripetuti ritardi del versamento ed il riconoscimento dell'importanza di assicurare l'accesso continuo alle terapie hanno portato alla presentazione di due provvedimenti legislativi alla Camera e al Senato, il *Progetto di legge* Leoni-Spini-Forlani e il *Disegno di legge* Martone-Ripamonti, con l'obiettivo di garantire la certezza del contributo italiano al GFATM nel lungo periodo. Le proposte si ispirano alla logica del Fondo Sminamento istituito con la legge 58/2001 che ha creato una posta finanziaria dedicata nel bilancio della cooperazione allo sviluppo. L'iter parlamentare dei due provvedimenti è paralizzato: il progetto di legge è bloccato in Commissione bilancio mentre la discussione del disegno di legge in Senato non è mai iniziata.

E' improbabile che la discussione venga ripresa nel 2008 dato che l'Italia ha già onorato la sua promessa di pagamento. Tuttavia, restano aperte due questioni problematiche: la prevedibilità dei versamenti futuri e il rispetto dell'impegno decennale per 4 miliardi di dollari assunto al G8 tedesco. I due provvedimenti legislativi, soprattutto quello in Senato, potrebbero essere ridiscussi ed emendati per includere oltre il Fondo Globale tutto l'impegno italiano per la lotta alle pandemie.

**GRAFICO 3 > Andamento degli stanziamenti bilaterali complessivi per la lotta all'HIV e AIDS e per il sostegno alla sanità, 2000-2006, in euro.**



## L'accesso ai farmaci salva-vita e l'Italia

Nel 2001, sottoscrivendo la Dichiarazione UNGASS, l'Italia si era impegnata a contribuire a risolvere il problema della disponibilità dei farmaci salva-vita ad un prezzo accessibile. Attualmente, se solo un paziente su tre ha accesso alle cure, una delle cause è ancora da ricercarsi anche nel costo dei farmaci. Il prezzo di alcune terapie si è sensibilmente ridotto, scendendo in alcuni casi da oltre 10.000 a circa 80 dollari l'anno ed è in continua discesa dal 2001. Al contrario, il costo dei farmaci di seconda linea<sup>46</sup>, utilizzati con l'aumento della resistenza del virus, resta sempre alto – circa 1.200 dollari - e non si è ridotto con l'aumento della domanda<sup>47</sup>.

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. Il problema è stato affrontato alla Conferenza ministeriale dell'Organizzazione Mondiale del Commercio (OMC) tenutasi a Doha nel novembre 2001. Nel corso della Conferenza è stata infatti 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. L'ingresso della concorrenza dei generici nel mercato ha fatto ridurre di dieci volte il prezzo dei farmaci in cinque anni. Tra 2004-2006 il 63% dei farmaci anti-retrovirali acquistati in Africa sub-sahariana erano generici indiani, sudafricani o brasiliani, non soggetti a restrizioni di brevetto poiché registrati prima del dicembre 2005. Il dato disaggregato evidenzia possibili aree critiche future: il 97% dei farmaci salvavita di prima linea era generico, a fronte di un 3% di quelli di seconda linea, che sono in gran parte protetti da brevetto che l'industria dei generici non può acquisire<sup>48</sup>.

La questione della disponibilità dei farmaci resta ancora irrisolta anche in Asia. Ad esempio in India, grande esportatore di generici, la disponibilità di farmaci nel settore pubblico in sei Stati campione<sup>49</sup>

è solo del 20%, ma nelle strutture private raggiunge il 70%, con prezzi cinque volte maggiori<sup>50</sup>. Si può notare il contrasto con il Kenya, dove all'inizio 2007, i farmaci anti-retrovirali erano disponibili nel 55% delle cliniche pubbliche, mentre nelle cliniche private o gestite da enti non-profit la disponibilità saliva rispettivamente al 93% e 60%, con prezzi superiori del 45% rispetto a quelle pubbliche. Vi sono anche differenze geografiche importanti: i farmaci hanno un costo superiore del 50% nelle zone rurali rispetto alle città.

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. Il 30 agosto 2003, dopo il semestre di presidenza italiana dell'Unione Europea, 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.

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, a ulteriore riprova della macchinosità del compromesso, soltanto il Ruanda ha fatto richiesta di applicare questo emendamento ed è ancora in attesa di una risposta. I tecnici italiani dell'allora Ministero delle attività produttive avevano inizialmente proposto di testare il regolamento su un Paese campione; hanno in seguito abbandonato l'ipotesi, fiduciosi rispetto alla possibilità di una sua rapida messa a regime, ma sono stati smentiti poi dai fatti.

La decisione del 30 agosto 2003 era una deroga provvisoria che, secondo la decisione del 6 dicembre 2005, diverrà una modifica permanente dell'accordo internazionale di tutela della proprietà

46] Si tratta di farmaci anti-retrovirali che sono stati sviluppati recentemente e vengono somministrati in pazienti dove il virus ha già sviluppato la resistenza ai salva-vita di prima linea (N.d.R).

47] WHO, *Global reporting monitoring for ARV*, luglio 2007.

48] V. Chien, *HIV/AIDS Drugs for Sub-Saharan Africa: How Do Brand and Generic Supply Compare?*, PLoS ONE, 2007.

49] A. Kotwani, *Prices & availability of common medicines at six sites in India using a standard methodology*, Indian Journal of medicines, 2007. Gli Stati campione sono: Chennai, Haryana, Karnataka, Bengala, Maharashtra, Rajasthan (N.d.R).

50] Kenya Ministry of Health, *Medicine price monitor*, gennaio 2007.

## L'azione della Germania a sostegno delle produzioni locali

Più attiva si è mostrata, invece, la cooperazione tedesca che sta realizzando interventi a sostegno della produzione farmaceutica locale nei Paesi più poveri. Il governo tedesco mira ad incoraggiare la produzione farmaceutica locale, avvalendosi anche di partenariati con l'industria farmaceutica nazionale. In Etiopia, ad esempio, sono stati organizzati seminari tra l'industria farmaceutica italiana ed il Ministero della Salute dell'Etiopia per sviluppare partenariati. Inoltre, si favoriscono gemellaggi di personale tra ditte farmaceutiche tedesche e le aziende locali per fornire un reale trasferimento di competenze e capacità. Infine, la cooperazione tedesca in partenariato con le agenzie della Nazioni Unite specializzate, offre sostegno legale ai Paesi in via di sviluppo per favorirne l'utilizzo nazionale delle flessibilità previste dai TRIPS.

## Il caso della Thailandia

Nel gennaio 2007 il governo thailandese prese la decisione di emettere una licenza obbligatoria per potere importare o produrre a livello nazionale il Lopinavir/Ritonavir, un farmaco anti-retrovirale di seconda linea il cui brevetto appartiene alla ditta farmaceutica Abbott sotto il nome di Kaletra.

La decisione rappresenta un passo politico importante in quanto il Paese ha messo a rischio le relazioni commerciali con gli Stati Uniti e con altri potenziali *partner* commerciali, per salvaguardare la salute nazionale.

Gli Stati Uniti hanno criticato immediatamente tale decisione poiché ritenuta non conforme all'accordo TRIPS<sup>51</sup>.

Il Commissario europeo per il Commercio estero, Peter Mandelson, inviò una lettera a vari ministri della Thailandia criticando la decisione. Ma non tutti i Paesi membri erano d'accordo con tale posizione. Il governo francese, quello britannico e quello spagnolo appoggiarono l'iniziativa thailandese, mentre l'Italia non ha fatto nessuna dichiarazione, provocando richieste di chiarimento da parte del Parlamento<sup>52</sup>. Solo a novembre la Viceministra Sentinelli ha dichiarato: "Ritengo dunque un bene che la Thailandia, come altri Paesi, possa utilizzare al massimo le flessibilità esistenti, producendo farmaci per usi non commerciali e dando sostanza a quelle dichiarazioni di impegno che si vanno delineando anche in Europa, negli interventi di alcuni governi e nel Parlamento europeo."<sup>53</sup> Tuttavia non c'è stata alcuna reazione da parte del Ministero per il Commercio Estero, che è il dicastero di riferimento per le questioni relative alla proprietà intellettuale.

Il fatto che il governo italiano non abbia prontamente sostenuto il governo thailandese è difficile da comprendere soprattutto visto che, proprio quest'anno, l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato ha adottato una decisione simile a quella thailandese, obbligando la ditta farmaceutica Merck a concedere una licenza per produrre il generico dell'antibiotico Tienam<sup>54</sup>, dopo che l'azienda aveva rifiutato di emettere una licenza volontaria per la produzione del generico in Italia.<sup>55</sup>

intellettuale – TRIPS - entro il 1° dicembre 2007, se ratificata da almeno due terzi (il 67%) dei membri dell'OMC. Per i Paesi membri EU è la Commissione europea, che rappresenta i Paesi dell'Unione europea in seno all'OMC, a dover ratificare l'emendamento, dopo la consultazione di Parlamento e Consiglio. Il Parlamento europeo ha dibattuto a lungo se accettare l'emendamento o domandare una sua riapertura. Per molti europarlamentari, il fatto che fino ad ora un solo Paese abbia invocato la decisione del 30 agosto sarebbe prova dell'inefficacia dell'emendamento. Un parere diverso viene espresso in uno

studio finanziato dalla Commissione europea, secondo cui la decisione del 30 agosto, benché non sia stata in pratica utilizzata, avrebbe avuto un ruolo positivo nei Paesi in via di sviluppo<sup>56</sup>. Alla fine di settembre il Parlamento europeo ha ratificato l'emendamento ed ha adottato una mozione che impegna l'Unione a appoggiare i Paesi che intendono fare uso delle flessibilità previste dall'accordo TRIPS ed erogare risorse destinate allo sviluppo della produzione farmaceutica locale nei Paesi più poveri<sup>57</sup>.

51] Lettera inviata dai membri del Congresso degli Stati Uniti all'Ambasciatrice Susan Schwab, Rappresentate per il Commercio degli Stati Uniti, 20 giugno 2007.

52] Interrogazione On. Zanella al Ministro della Sanità, 7 novembre 2007.

53] Patrizia Sentinelli, in "Liberazione" 10 novembre 2007.

54] Provvedimento n. 16597, Chiusura istruttoria, 21 marzo 2007, l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato.

55] La decisione italiana non viola i TRIPS in quanto l'articolo 31 (K) di questi ultimi prevede l'utilizzo della licenza obbligatoria non solo per i Paesi poveri senza capacità di produzione farmaceutica, ma anche nei casi in cui sono stati commessi atti anti-concorrenziali e qualora vi sia stata una sentenza giudiziale/amministrativa, ciò che è avvenuto in Italia.

56] Directorate General External Policies of the Union, *Access to essential medicines: Lessons learned since Doha, Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health, and Policy Options for the European Union*, giugno 2007.

57] <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=MOTION&reference=B6-2007-0288&language=EN>

## Oltre i TRIPS: *tiered prices e pool patents*

La Commissione europea ha discusso più volte se stabilire prezzi graduati - "*tiered pricing*" - per i farmaci destinati ai Paesi in via di sviluppo. Offrendo differenti prezzi a seconda del potere d'acquisto e il livello di sviluppo dei vari Paesi, fabbricanti o esportatori di farmaci dovrebbero ottenere il ritorno economico dei loro investimenti dal mercato. Il meccanismo dei prezzi graduati è efficace se si prevedono una serie di misure per evitare che i prodotti a prezzi calmierati siano reimportati nei Paesi europei. Il 26 maggio del 2003 è stato approvato il Regolamento n. 953/2003 che ha lo scopo di evitare importazioni parallele, prevedendo che fabbricanti o esportatori dei prodotti presentino una notifica alla Commissione europea dove indicano il prezzo proposto, il Paese di destinazione, il numero di codice e "qualsiasi misura adottata dal fabbricante o dall'esportatore per rendere il prodotto a prezzo graduato facilmente distinguibile dai prodotti identici messi in vendita nella Comunità"<sup>58</sup>. Il regolamento è obbligatorio e direttamente applicabile in ciascuno degli Stati membri.

Finora sono pervenute nove notifiche, tutte dalla ditta farmaceutica GlaxoSmithKline, che è stata l'unica ad avere utilizzato il meccanismo europeo. Il motivo per cui altre ditte non lo hanno fatto ha sicuramente a che fare con le decisioni strategiche di ogni azienda. È importante sottolineare il fatto che altre multinazionali farmaceutiche come Astra Zeneca, Bristol-Myers Squibb, Merck, Novartis, Pfizer e Roche già applicano prezzi graduati sui propri prodotti destinati ai Paesi in via di sviluppo<sup>59</sup>. Il Regolamento è importante poiché facilita l'accesso sia ai nuovi farmaci di seconda linea sia all'eventuale vaccino contro l'AIDS (malaria e tubercolosi)<sup>60</sup>.

Nel rapporto del 2006 della *Commission on Intellectual Property, Innovation and Public Health* (CIPIH), istituita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), viene proposta l'idea di creare "*patent pools*" per le malattie che colpiscono i Paesi più poveri. I "*patent pools*" sono contratti

stipulati tra più titolari di brevetto i quali decidono di concederne l'uso ad una o più imprese terze. Nel settore farmaceutico, mirano a correggere un mercato considerato "malfunzionante" in quanto incentiva l'investimento nella ricerca di farmaci con poco valore terapeutico aggiunto. Tramite i "*patent pools*" i titolari di brevetto condividono il rischio economico della ricerca e sviluppo<sup>61</sup>.

L'Italia, rappresentata ai negoziati OMS dal Ministero della Sanità non ha mostrato grande protagonismo, anche se la nostra cooperazione guarda con interesse alla proposta che mira specificamente a sviluppare e produrre tramite *patent pool* la combinazione dei farmaci generici dell'anti-retrovirale TDF/3TC/EFV e la Nevirapina per adulti e i bambini oltre che i generici del Lopinavir e Ritonavir<sup>62</sup>.

58] Reg. N. 953/2003, Art. 4, comma v.

59] DFID and Department of Health, *Increasing People's Access to Essential Medicines in Developing Countries: a framework for practice in the pharmaceutical industry*, marzo 2005.

60] Commissione della Comunità Europea, *Commission Staff Working Document, Annual Report (2004/2005) on the application of Council Regulation No. 953/2003 of 26 May 2003*, settembre 2006.

61] L'idea del "patent pool" non è nuova. Il caso più noto fu negli Stati Uniti durante la Prima Guerra Mondiale quando fu emessa licenza obbligatoria sul brevetto sull'aeroplano, detenuto allora da due aziende (Curtiss e Wright) che impedivano ad altre imprese di produrre aeroplani necessari per entrare in guerra. Nel 1917, sotto il Presidente Roosevelt, venne creato un "patent pool" tra quasi tutti i fabbricanti di aeroplani degli Stati Uniti.

62] <http://www.aidsportal.org/repos/Unitaidpatentpool.ppt>

## Le farmaceutiche italiane: poco interessate all'Africa

Il tema di come l'industria farmaceutica italiana possa contribuire all'accesso ai farmaci antiretrovirali nei Paesi dell'Africa sub-sahariana non è particolarmente sentito e discusso nel nostro Paese, che pure ha potenzialità produttive per contribuire all'accesso ai farmaci nella regione. Nel 2004, il valore totale della produzione farmaceutica italiana era di 17,7 miliardi di euro (al quarto posto dopo Regno Unito, la Germania e la Francia) e nel 2006, di 22,47 miliardi di euro<sup>63</sup>. Le aziende farmaceutiche italiane possiedono 161 filiali commerciali all'estero di cui solo due in Africa e in Medio Oriente<sup>64</sup>.

In Italia il settore farmaceutico è costituito soprattutto da filiali di grandi multinazionali straniere le cui strategie vengono decise fuori dal nostro Paese<sup>65</sup>. Sono presenti alcune piccole o medie imprese (PMI) italiane che producono farmaci quasi esclusivamente per il mercato interno. Dai contatti con i rappresentanti della ditta italiana Menarini - che è presente in due Paesi dell'Africa sub-sahariana (Kenya e Sudafrica) dove produce farmaci non anti-retrovirali - non emerge un interesse particolare a sviluppare farmaci anti-retrovirali né ad offrire farmaci a prezzi scontati per i Paesi più poveri.

Il settore dei generici in Italia è caratterizzato dalla presenza di numerose piccole e medie imprese (il 92% del totale) che non hanno dimensioni adeguate per far fronte alla forte competizione globale, soprattutto indiana. La posizione dell'industria farmaceutica dei generici italiana (Assogenerici) si rifà alle posizioni dell'Associazione Europea dei Farmaci Generici, la quale è a favore della produzione sotto licenza obbligatoria e dell'esportazione verso Paesi che non possiedono capacità produttive. L'associazione non ritiene però che il semplice emendamento dei TRIPS possa risolvere la questione dell'accesso ai farmaci poiché la semplice modifica legislativa non costituisce un impegno concreto da parte dei Paesi sviluppati né un incentivo a favorire il trasferimento di

tecnologie. L'associazione dei generici europea ritiene che la deroga TRIPS non sia realistica in quanto nessuna ditta troverà conveniente investire nello sviluppo, nella produzione e nel marketing di un farmaco destinato ai Paesi più poveri.

Secondo la rivista del settore farmaceutico, *AboutPharma*, una possibilità per sviluppare l'industria di farmaci generici in Italia è quella di creare alleanze strategiche. "L'aggregazione e il networking delle piccole e medie imprese [...], è la soluzione per avere una massa critica adeguata alle sfide del settore"<sup>66</sup>. Se l'Italia volesse avere un ruolo più significativo nell'accrescere i farmaci anti-retrovirali in Africa sub-sahariana, dovrebbe incentivare tale aggregazione. È sintomatico infatti che la Società Italiana per le Imprese all'Estero (SIMEST), che gestisce fondi per favorire la nascita di imprese a capitali misto Italia-Paesi del Sud del Mondo, non ha ricevuto alcuna richiesta di contributi a favore di industrie farmaceutiche in Africa sub-sahariana.

63] European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations, *The Pharmaceutical Industry in Figures*, 2006.

64] C. Buonamico, *Il ruolo industriale delle imprese del farmaco in Italia*, Farindustria 2006.

65] C. Buonamico, *Finanziamenti per la ricerca a che punto siamo?*, in *Notiziario chimico farmaceutico*, 2005.

66] Fabrizio Gianfrate, *Quale futuro per le PMI farmaceutiche italiane?*, *AboutPharma*, marzo 2005.

## La ricerca dell'Istituto Superiore di Sanità e i Paesi in via di sviluppo

BOX

L'Istituto Superiore di Sanità agisce da agenzia ombrello per varie iniziative di ricerca internazionale sull'AIDS tra cui l'Azione Concertata Italiana per lo Sviluppo di un Vaccino Contro l'HIV/AIDS (ICAV), che promuove reti di informazione e scambi di ricercatori e di know-how in tutto il mondo incluso in Sudafrica, Swaziland e Uganda<sup>67</sup>.

Il Dipartimento del Farmaco dell'ISS è coinvolto nello studio di un gel microbiodica, che viene applicato nella zona vaginale prima del rapporto sessuale per evitare lesioni e la trasmissione di virus sessuali. Si tratta di un metodo di prevenzione utile per le donne, che ha grandi potenzialità. Si stima che se nei Paesi a basso reddito, il 20% delle donne iniziassero ad usare il gel microbiodica si ridurrebbero quasi a zero i nuovi contagi<sup>68</sup>.

Il laboratorio di virologia dell'ISS, assieme al Centro AIDS dell'Università di Amsterdam, è coinvolto nel progetto "SIMBA", che lavora per prevenire la trasmissione del virus da madre a figlio a seguito dell'allattamento al seno. La terapia prevede la somministrazione del farmaco non solo alla madre, ma anche al bambino. L'ISS sta attualmente effettuando studi clinici in Uganda e in Ruanda.

BOX

## L'esperienza di Pharco Ltd.<sup>69</sup>

E' da segnalare l'esperienza di Pharco Ltd., un'industria italiana di farmaci generici impiantata in Zambia nel 1998 e, per il 20%, di proprietà del Governo di Lusaka. Lo Zambia ha sfruttato tutte le flessibilità consentite dalla legislazione sulla proprietà intellettuale internazionale, dichiarando l'HIV/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" anti-retrovirale (composto da Nevirapina, Stavudina e Lamidina). Nel 2005 presso l'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 anti-retrovirali per mettere in terapia 70 mila pazienti all'anno, a un prezzo per paziente che si aggira intorno ai 120-130 dollari. La Pharco è stata riconosciuta come la miglior azienda farmaceutica dell'Africa sub-sahariana da una missione di studio brasiliana che tentava di individuare un'industria farmaceutica da sostenere.

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 a 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 a livello locale, oltre che la diffidenza dei Paesi donatori, i quali tendono a sostenere presso le autorità locali le aziende internazionali.

La Pharco ha tentato 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 - 350 milioni di dollari per pre-qualificare un solo farmaco - con tempi per la licenza superiori ad un anno. Inoltre per poter partecipare ai bandi è necessario disporre di farmaci pre-qualificati per più malattie poiché i bandi d'asta comprendono un pacchetto di medicinali, pena l'esclusione.

Nonostante l'interesse intermittente mostrato in passato dalle istituzioni, le autorità italiane, per parte loro, non si sono mai spinte oltre a qualche parola di approvazione e incoraggiamento. Recentemente, grazie anche all'interesse di alcuni parlamentari italiani, è emerso una nuova attenzione verso la Pharco che auspica un'iniziativa del governo italiano verso quello dello Zambia con la stipula di un accordo bilaterale di aiuto a dono dove si privilegia l'acquisto di farmaci prodotti localmente.

67] XIV Legislatura, Disegni di Legge e Relazioni, Documenti, Camera dei Deputati, Senato della Repubblica.

68] [www.microbicide.org/microbicideinfo/rockefeller/estimating.the.public.health.pdf](http://www.microbicide.org/microbicideinfo/rockefeller/estimating.the.public.health.pdf)

69] Intervista con Leonardo Mordini, direttore della Pharco Ltd, novembre 2007.

## Lista degli acronimi

---

<b>APS</b>	Aiuto Pubblico allo Sviluppo
<b>CE</b>	Comunità Europea
<b>CRS</b>	Creditor Reporting System
<b>DAC</b>	Development Assistance Committee (Comitato dell’Aiuto Pubblico allo Sviluppo)
<b>DGCS</b>	Direzione Generale Cooperazione allo Sviluppo
<b>GFATM</b>	Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (Fondo Globale per la Lotta all’AIDS, Tubercolosi e Malaria)
<b>IDA</b>	International Development Association (Associazione internazionale per lo sviluppo)
<b>ISS</b>	Istituto Superiore di Sanità
<b>OECD</b>	Organisation for Economic and Development Cooperation (Organizzazione per la cooperazione allo sviluppo economico)
<b>OMC</b>	Organizzazione Mondiale per il Commercio
<b>OMS</b>	Organizzazione Mondiale della Sanità
<b>ONG</b>	Organizzazioni Non Governative
<b>ONU</b>	Organizzazione delle Nazioni Unite
<b>PIL</b>	Prodotto Interno Lordo
<b>PVS</b>	Paesi in via di sviluppo
<b>UNAIDS</b>	Joint United Nations Programme on AIDS (Programma congiunto delle Nazioni Unite per l’AIDS)
<b>UNDP</b>	United Nations Development Programme (Programma delle Nazioni Unite per lo Sviluppo)
<b>UNFPA</b>	United Nations Population Fund (Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione)
<b>UNHCR</b>	United Nations High Commissioner for Refugees (Alto Commissariato per i Rifugiati)
<b>UNICEF</b>	United Nations Children’s Fund (Fondo delle Nazioni Unite per l’Infanzia)
<b>WFP</b>	World Food Programme (Programma Alimentare Mondiale)
<b>WHO</b>	World Health Organization (Organizzazione Mondiale della Sanità)

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

**ActionAid International**

Sede di Milano  
Via Broggi 19/A  
20129 Milano - Italy  
Tel. + 39 02 742001  
Fax + 39 02 29537373

Sede di Roma  
Via Volta 39/B  
00153 Roma - Italy  
Tel. + 39 06 57250150  
Fax + 39 06 5780485

Partita IVA  
12704570154  
Codice Fiscale  
09686720153

e-mail  
[informazioni@actionaid.org](mailto:informazioni@actionaid.org)  
web  
[www.actionaid.it](http://www.actionaid.it)