



Ogni Promessa è debito

L'Italia e la lotta all'AIDS



act!onaid

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 alle comunità più emarginate attraverso programmi a lungo termine in Asia, Africa e America Latina. Inoltre, agisce contro le cause della povertà coinvolgendo, anche nei Paesi più ricchi, cittadini, imprese e istituzioni. ActionAid opera grazie all'impegno di migliaia di persone che contribuiscono con il proprio attivismo e le proprie donazioni. In Italia dal 1989, è una ONLUS riconosciuta come Ente Morale e come Organizzazione Non Governativa dal Ministero degli Affari Esteri.

Ricerca a cura di

Marco Simonelli

Contributi di

Iacopo Viciani, Andrea Passacantili

Supervisione

Luca De Fraia

Coordinamento di

Livia Zoli

Editing

Eleonora Tantaro

Grafica

Alessandro Arrigo

Redazione chiusa il 16 novembre 2009

Introduzione e Sintesi	3 - 5
PRIMA PARTE Lotta all'AIDS: la situazione globale, l'accesso universale alle cure e ai sistemi sanitari	6 - 9
1.1 L'Accesso Universale: verso l'obiettivo 2010	6
1.2 I sistemi sanitari di base e la lotta all'HIV/AIDS	8
Case Study: l'accesso ai servizi di cura e trattamento nelle aree remote della Tanzania	10
SECONDA PARTE: l'impegno della cooperazione italiana allo sviluppo nella lotta all'AIDS	11 - 22
2.1 Le risorse italiane per la lotta all'AIDS	11
2.2 Le risorse al Fondo Globale e al canale multilaterale	14
2.3 Gli impegni bilaterali per la lotta all'AIDS e per il sostegno ai sistemi sanitari di base	16
2.4 Le risorse globali per la lotta all'AIDS e il peso del contributo Italiano	20
Raccomandazioni	23

Ventotto anni fa il virus dell'AIDS venne per la prima volta segnalato nella letteratura scientifica e da allora la pandemia ha continuato a diffondersi. A livello globale, nel 2007, erano 33 milioni le persone che convivevano con l'HIV, di cui 2 milioni di bambini al di sotto dei 15 anni. Due terzi dei malati di HIV vive nell'Africa Sub-Sahariana e solo nel 2007 in questa regione si sono contati circa 1,5 milioni di decessi causati dal virus, su un totale mondiale di circa 2 milioni.

Nove anni fa, nel settembre del 2000, i 191 stati membri delle Nazioni Unite hanno sottoscritto la *United Nation Millennium Declaration*, con la quale si sono impegnati a raggiungere entro il 2015 gli otto "Obiettivi di Sviluppo del Millennio": il sesto tra questi obiettivi si proponeva di combattere l'HIV/AIDS, la malaria ed altre malattie. L'anno successivo, al Summit G8 di Genova, venne creato un nuovo strumento finanziario, il Fondo Globale per la lotta all'AIDS, Tubercolosi e Malaria (GFATM), il cui compito sarebbe stato quello di supportare programmi di larga scala per la prevenzione, il trattamento e la cura delle malattie in oggetto. Nel 2006, a seguito degli impegni presi durante il G8 di Gleneagles del 2005, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite si impegnava a raggiungere entro il 2010 l'accesso universale a programmi di prevenzione, trattamento e cura.

Al fianco dei successi ottenuti nella lotta alla pandemia, siamo di fronte a un traguardo importante, quello dell'accesso universale alle terapie e si affacciano già nuove sfide sull'orizzonte della lotta all'AIDS. Lo scenario globale, aggravato dalla crisi finanziaria, ha peggiorato le condizioni di vita di quel miliardo di persone che già vive al di sotto della soglia di povertà, incrementando di giorno in giorno il numero di uomini, donne e bambini che vanno a letto affamati (circa un sesto dell'intera popolazione mondiale soffre la fame e ogni sei secondi muore un bambino per cause correlate alla fame) e che non hanno la possibilità di accedere ai sistemi sanitari nazionali e locali.

Le nuove sfide: l'accesso universale ai servizi, che si aggiunge alla sempre bassa aderenza ai trattamenti antiretrovirali da parte delle fasce più povere della popolazione; la cronica debolezza dei sistemi sanitari dei Paesi colpiti dalla pandemia; la scarsa coerenza fra le priorità sanitarie di questi Paesi e i finanziatori internazionali e, infine, la non sempre armonica interazione fra le iniziative multilaterali internazionali (come il Fondo Globale) e i Piani sanitari nazionali.

La comunità internazionale è quindi chiamata a confrontarsi con nuovi scenari e a rivedere non solo la quantità delle risorse, ma anche la qualità e la destinazione che esse dovranno avere per raggiungere entro il 2015 il sesto obiettivo del Millennio. Negli ultimi dieci anni, gli stanziamenti internazionali per la lotta all'AIDS, sono aumentati di oltre sei volte, ma – secondo stime di UNAIDS e Kaiser Family Foundation¹ – le risorse non sarebbero ancora sufficienti per coprire le necessità attuali e future: per il 2008, ad esempio, il fabbisogno effettivo di risorse ammontava a 22,1 miliardi di dollari, a fronte dei 15,6 disponibili per affrontare alla pandemia nei Paesi a medio e basso reddito.

¹ UNAIDS e Kaiser Family Foundation: "Financing the response to AIDS in low-and middle-income countries: International assistance from the G8, European Commission and other donor Governments in 2008", July 2009.

Nonostante questo gap finanziario, lo sforzo internazionale sta dando i primi frutti: il numero dei decessi annuali attribuibili all'AIDS – secondo il *“Report on Global AIDS Epidemic”* del 2008 di UNAIDS – sembrerebbe stia invertendo la tendenza di crescita, soprattutto grazie all'aumento delle persone che hanno avuto la possibilità di accedere alle terapie antiretrovirali. Stessa cosa sembrerebbero segnalare i numeri relativi al trend globale relativo alle nuove infezioni. Questi successi sono attribuibili a vari fattori, tra i quali hanno senz'altro avuto una grande importanza le campagne di informazione, educazione e comunicazione che avrebbero portato profondi cambiamenti, in particolare nei comportamenti sessuali, in alcuni Paesi fortemente colpiti dalla pandemia, come Kenya, Uganda, Rwanda e Zimbabwe.

Nuove sfide quindi che richiedono nuove risorse. Anche l'Italia sarà chiamata a fare la sua parte e il contributo che in questi anni ha dato in termini finanziari nella lotta all'AIDS, messo a confronto con l'intero sforzo in termini di Aiuto Pubblico allo Sviluppo, segnala che la lotta alla pandemia è certamente una delle priorità dell'Italia, sebbene il contributo finanziario resti inadeguato.

In termini quantitativi, infatti, l'Italia – che dal 2000 ad oggi ha stanziato circa 572 milioni di Euro per la lotta all'AIDS – purtroppo contribuisce con solo l'1% alle risorse mondiali per la lotta all'HIV, un valore quindi notevolmente inferiore rispetto al peso economico del nostro Paese nell'economia mondiale.

La maggior parte degli stanziamenti italiani per la lotta all'HIV (l'81% del totale) vengono canalizzati attraverso il Fondo Globale per la lotta all'AIDS, il che fa sì che l'Italia sia ad oggi il terzo donatore al suo interno per quantità di risorse. Gli stanziamenti italiani, però, restano comunque discontinui e altalenanti, evidenziando quindi da un lato la mancanza di un quadro strategico pluriennale che garantisca il contributo italiano alla lotta all'AIDS e dall'altro i limiti del nostro Paese nel dare continuità agli impegni assunti.

Il ruolo dell'Italia è, dunque, estremamente marginale se si calcola rispetto agli investimenti globali nella lotta all'HIV, ma assume un ruolo significativo nel complesso dei donatori del Fondo Globale. E' quindi molto importante che il nostro Paese renda sempre più certo il flusso di risorse: attualmente, a differenza di quanto promesso nel luglio scorso a margine del Summit G8 de L'Aquila dal Premier Berlusconi, resta da pagare il contributo annuale al Fondo, ossia 130 milioni di euro, ai quali dovrebbero aggiungersene altri 20 promessi dal Presidente del Consiglio per venire incontro alle necessità di bilancio del Fondo Globale.

La mancanza di continuità nei pagamenti danneggia il ruolo dell'Italia nel contesto internazionale, ma ancora di più non garantisce ai destinatari finali degli aiuti di avere certezza delle terapie antiretrovirali.

“Ogni promessa è Debito”, nella sua quarta edizione, intende fare il punto della situazione nella lotta all’AIDS e analizza il contributo italiano in questo settore. Il traguardo del 2010 per l’accesso universale alle cure è certamente essenziale, ma la lotta alla pandemia e il raggiungimento del sesto Obiettivo di Sviluppo del Millennio non può prescindere dalla creazione delle condizioni di un contesto che sempre più si lega alla cruciale questione dello sradicamento della povertà nei Paesi del Sud del mondo. E’ proprio in quest’ottica che questo rapporto vuole analizzare gli interventi finanziari globali e quelli italiani nella lotta all’AIDS.

Infine, questa nuova edizione di “Ogni promessa è Debito”, si propone di fare delle raccomandazioni al Governo Italiano, fra tutte in particolare di:

- **Elaborare un documento sintetico** che illustri la strategia italiana in tema di lotta all’HIV/AIDS e l’impegno finanziario italiano e che consenta di identificare le risorse destinate per area geografica, tipo di intervento e gruppi di beneficiari;
- **Approvare in Consiglio dei Ministri** il “Piano per il riallineamento Europeo dell’aiuto Italiano” che punti a centrare lo 0,7% del PIL nel 2015 in modo che il contributo italiano alla lotta all’AIDS possa salire fino a livelli commisurati al peso economico del nostro Paese;
- **Rinnovare il proprio impegno finanziario** nei confronti del Fondo Globale per la Lotta all’AIDS, Tubercolosi e Malaria;
- **Presentare un decreto legge** per l’autorizzazione alla partecipazione italiana a Banche e Fondi di sviluppo, incluso il Fondo Globale per la lotta all’AIDS, Tubercolosi e Malaria, del valore di 2,6 miliardi di dollari per garantirne la massima azione durante la crisi.

A livello globale, nel solo 2007, 33 milioni di persone convivevano con l'HIV, due terzi delle quali concentrate nell'Africa Sub-Sahariana. Sette Paesi Africani hanno tassi di prevalenza superiori al 15% e altri sette tassi superiori al 5%. Solamente in Sud Africa vivono 5,7 milioni di sieropositivi, rendendo questo Paese il più colpito dall'epidemia nel mondo; mentre lo Swaziland – con una prevalenza HIV fra la popolazione adulta che si aggira attorno al 26% - è il Paese con la più alta prevalenza mai documentata a livello mondiale.

Dei 33 milioni di sieropositivi nel mondo, 2 milioni sono bambini sotto i 15 anni e di questi il 90% vive nell'Africa Sub-Sahariana.

E' sempre in questa regione che si conta il 75% del totale mondiale di decessi causati dall'AIDS nel 2007. Secondo i dati di UNAIDS², nell'Africa Sub-Sahariana nel corso del 2007, su una popolazione di sieropositivi di 22 milioni di persone, ne sono morte 1 milione e mezzo, mentre nello stesso anno, nel mondo occidentale (Nord America ed Europa occidentale e centrale), su una popolazione di sieropositivi di 2 milioni di persone, ne sono morte 31 mila.

Il tasso di mortalità per le persone sieropositive nell'Africa Sub-Sahariana è quindi superiore di oltre quattro volte rispetto a quello del mondo occidentale. La più bassa proporzione sul numero dei decessi nel mondo occidentale può essere per la gran parte addebitata alle possibilità di accedere ai trattamenti antiretrovirali, a sistemi sanitari efficienti e ad una più alta qualità della vita. Se l'Africa Sub-Sahariana avesse gli stessi standard di accesso ai farmaci antiretrovirali del mondo occidentale, nel 2007 sarebbero morte 341 mila persone, invece del milione e mezzo. Se si fosse quindi già raggiunto il traguardo dell'accesso universale alle terapie, nel 2007 nella sola Africa Sub-Sahariana si sarebbero potute salvare quasi un milione e duecentomila vite umane.

1.1 L'Accesso Universale: verso l'obiettivo 2010

Il numero di persone che ricevono trattamenti antiretrovirali nei Paesi del Sud del mondo è cresciuto di ben dieci volte nel corso degli ultimi cinque anni e, secondo il nuovo Rapporto OMS-UNAIDS-UNICEF³, alla fine del 2008 più di 4 milioni di persone nei Paesi a medio e basso reddito, avevano accesso alla terapia antiretrovirale, con un aumento del 36% rispetto al 2007.

Nonostante questi innegabili successi, ancora oltre 5 milioni di persone non hanno accesso ai trattamenti e alle cure e spesso i servizi di prevenzione non riescono a raggiungere tutti coloro che ne hanno bisogno: il numero di sieropositivi potrebbe dunque ulteriormente crescere così come, di conseguenza, anche il numero di persone che necessitano cure.

Secondo quanto afferma il Global Fund⁴, la percentuale di persone attualmente in trattamento, rispetto a quelle bisognose di cure, potrebbe scendere se i fondi per le terapie non aumenteranno: il numero di persone che necessita delle terapie, infatti, aumenta più rapidamente di quelle che ne hanno effettivamente accesso.

² UNAIDS, "Report on Global AIDS Epidemic 2008"

³ WHO-UNAIDS-UNICEF, "Towards Universal Access – scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress Report 2009".

⁴ Scaling up for Impact – Results Report, http://www.theglobalfund.org/documents/publications/progressreports/ProgressReport2008_en.pdf, marzo 2009.

Per questo motivo, secondo UNAIDS⁵, per garantire l'accesso universale alle cure nel 2010 nei Paesi a medio e basso reddito, è necessario che le risorse disponibili per una risposta globale all'AIDS salgano dai 15 miliardi di dollari, stanziati nel 2008, a 25 miliardi di dollari per il 2010.

Fra le ragioni alla base di queste proiezioni finanziarie vi è la crescente resistenza ai farmaci antiretrovirali di prima linea. Questa resistenza ai farmaci – secondo il *“Report on the Global Epidemic”* del 2008 di UNAIDS - sta aumentando non solo nei Paesi ad alto reddito, ma anche in Paesi più poveri come il Brasile, dove i farmaci antiretrovirali sono in uso da diversi anni: il rischio – sempre secondo UNAIDS - è che questo fenomeno si estenda anche ad altri Paesi a medio e basso reddito dove, nonostante i farmaci antiretrovirali siano entrati in uso solo recentemente, il prolungarsi dell'età media delle persone in terapia potrebbe favorire l'insorgenza di resistenza ai farmaci di prima linea.

Qualora questo fenomeno dovesse verificarsi, sarebbe necessario passare a trattamenti di seconda linea, economicamente molto più costosi⁶: è stato stimato che per il 2010 potrebbe raggiungersi la quota di 300 mila pazienti che necessitano di trattamenti di secondo livello. Sebbene potrebbe trattarsi di solo il 5% di tutti i pazienti in terapia antiretrovirale, questa esigua percentuale, unita all'altissimo costo dei farmaci di seconda linea, potrebbe arrivare a drenare un quarto dei fondi per le cure⁷.

In contesti di estrema povertà, inoltre, la resistenza ai farmaci di prima linea è correlata anche, e soprattutto, alla scarsa aderenza alle terapie da parte dei pazienti. Nonostante il 92% dei Paesi a medio e basso reddito abbiano infatti previsto la fornitura gratuita di farmaci antiretrovirali⁸, indagini condotte fra organizzazioni della società civile in 17 Paesi⁹, rivelano che gli stessi pazienti che beneficiano gratuitamente delle terapie devono, allo stesso tempo, sostenere le spese per i test diagnostici, l'acquisto di medicine per l'insorgere di infezioni opportunistiche (che sono una delle cause principali di decesso tra i sieropositivi) o per il trasporto verso strutture sanitarie, a volte molto lontane per i malati che vivono in aree rurali.

Si tratta di costi spesso insostenibili per popolazioni che vivono in condizioni di estrema povertà, che costringono i pazienti a frequenti interruzioni nel trattamento terapeutico.

Un recente articolo sull'aderenza ai trattamenti, che analizza dati provenienti da 13 Paesi dell'Africa Sub-Sahariana¹⁰, evidenzia che solo il 60% dei pazienti adulti sieropositivi è ancora in trattamento alla fine del secondo anno di cura e cita addirittura aree nelle quali tale percentuale si abbassa fino al 24%. La causa principale, prima ancora del decesso, è da attribuirsi alla *loss to follow-up*, l'abbandono della terapia da parte dei pazienti. Similmente una ricerca condotta all'interno di alcuni centri sanitari in Sud Africa, rivela che un paziente su sei in trattamento lasciava le cure dopo soli 15 mesi¹¹.

⁵ UNAIDS, “What Countries need: Investment needed for 2010 targets”, 2009.

⁶ Il prezzo delle combinazioni di farmaci antiretrovirali di prima linea più utilizzate nei Paesi a basso e medio reddito varia dai 143 ai 162 US\$ a persona per anno, contro costi che variano dai 1000 fino ad oltre 2000 US\$ dei trattamenti di seconda linea (WHO-UNAIDS-UNICEF, “Towards Universal Access – scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress Report 2009”).

⁷ “The Global Fund’s Role as a Strategic and Responsible Investor in HIV/AIDS”, Nineteenth Board Meeting Geneva, Switzerland, 5 – 6 May 2009, p. 7. <http://www.the-globalfund.org/en/board/meetings/nineteenth/documents/?lang=en>.

⁸ UNGASS Country Progress Reports, 2008; UNAIDS, “Report on Global AIDS Epidemic 2008”.

⁹ International Treatment Preparedness Coalition, 2007, cit. in UNAIDS 2008, p. 152

¹⁰ Rosen, Sydney et al. “Patient Retention in Antiretroviral Therapy Programs in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review” PLoS Medicine: October 2007

¹¹ Dalal RP et al. (2008). Characteristics and Outcomes of Adult Patients Lost to Follow-Up at an Antiretroviral Treatment Clinic in Johannesburg, South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr* 47:101-107 (cit. in UNAIDS 2008).

1.2 I sistemi sanitari di base e la lotta all'HIV/AIDS

Se da un lato l'estrema povertà è una delle cause principali della non aderenza alle terapie nei Paesi a basso reddito, un altro fattore importante che causa il ritiro dei sieropositivi dalle cure è la scarsa qualità dei sistemi sanitari e la mancanza di risorse umane qualificate o adeguatamente formate per seguire e monitorare i pazienti in terapia.

Anche il Fondo Globale ha ammesso che tra i maggiori ostacoli al raggiungimento di significativi risultati nella lotta all'AIDS vi è proprio la bassa qualità dei sistemi sanitari di molti Paesi¹².

A livello internazionale sta, inoltre, emergendo una seria riflessione su quanto gli imponenti finanziamenti "verticali", diretti su iniziative specifiche volte a combattere una singola malattia, come ad esempio proprio il Fondo Globale per la lotta all'AIDS, possano contribuire ad indebolire ulteriormente sistemi sanitari già molto fragili.

Secondo un rapporto del Centre for Global Development¹³ - che analizza l'interazione fra i maggiori donatori in tema di lotta all'AIDS (in particolare iniziative quali Global Fund e PEPFAR¹⁴) e i sistemi sanitari nazionali in Mozambico, Uganda e Zambia - i fondi dei donatori internazionali stanziati per la lotta alla pandemia superano quelli dedicati alla salute più in generale¹⁵, mentre i programmi specifici di lotta all'HIV spesso entrano addirittura in competizione con i sistemi sanitari di base, utilizzando le già scarse risorse umane e infrastrutturali e distraendo parte del personale sanitario dai servizi ai quali sono preposti, in favore di servizi correlati all'HIV/AIDS. In alcuni casi, infatti, il personale sanitario viene invogliato ad abbandonare la propria posizione per dedicarsi a programmi legati alla lotta all'AIDS con l'utilizzo di allettanti incentivi sui salari offerti da agenzie e programmi internazionali.

Molte delle iniziative di salute globale e in particolare di lotta all'AIDS, si sviluppano quindi in maniera indipendente e parallela ai sistemi sanitari nazionali, creando ineguaglianza all'interno dei sistemi stessi.

Un recentissimo studio condotto dal "World Health Organisation Maximising Positives Synergies Collaborative Group", pubblicato dal Lancet¹⁶, sull'interazione fra le iniziative di salute globale e i sistemi sanitari nazionali, riporta casi di forte disallineamento tra i bisogni evidenziati in termini sanitari a livello locale e nazionale e i piani di finanziamento dei donatori internazionali e delle iniziative di salute globale (quali ad esempio il Global Fund e la PEPFAR): in Cambogia ad esempio, evidenzia lo studio, nel periodo 2003-5, nonostante le indicazioni del *National Strategic Development Plan* che riportava l'intenzione di spendere la maggior parte delle risorse finanziarie per la salute sulla sanità di base (*primary health care*), oltre il 60% dei fondi dei donatori internazionali sono stati invece allocati a HIV/AIDS e malattie sessualmente trasmissibili, evidenziando chiaramente la discrepanza fra le priorità identificate dal Governo locale e i fondi stanziati dai donatori internazionali.

¹² Global Fund, 2008 "Fact Sheets: The Global Fund's approach to health system strengthening (round 9)", September 2008

¹³ Nandini Oomman, Michael Bernstein, and Steven Rosenzwei, "Seizing the Opportunity on AIDS and Health Systems", Center for Global Development, 2008.

¹⁴ U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief.

¹⁵ Si tratta di una tendenza che vale per molti dei Paesi a medio e basso reddito: dal 2000 al 2007, secondo i dati riportati dal database CRS/DAC dell'OCSE (<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=CRSNEW>) gli impegni di tutti i donatori per la lotta all'AIDS sono costantemente cresciuti fino a superare nel 2007 gli impegni complessivi per la salute.

¹⁶ "An assessment of interaction between global health initiatives and country health systems", WHO Maximising Positive Synergies Collaborative Group, Lancet, vol 373, June 20, 2009

Lo stesso studio evidenzia, inoltre, che mentre la percentuale di persone che hanno accesso ai servizi sanitari che fanno parte delle priorità di iniziative di salute globale, ad esempio i servizi HIV/AIDS, è salita dal 5 al 41% in soli quattro anni, la percentuale di persone che invece hanno accesso ad altri servizi che non sono target diretti delle iniziative di salute globale, ma che invece sono priorità dei Piani Nazionali, quali ad esempio i servizi di salute materna, è salita di soli 4 punti percentuali in sedici anni.

Non da ultimo – sempre secondo lo studio pubblicato dal Lancet - il complesso sistema di reportistica, richiesto dalle iniziative di salute globale, contribuisce ad incrementare l'enorme mole di lavoro degli operatori sanitari e, contemporaneamente, può compromettere il livello di accuratezza nella rendicontazione delle attività e dei risultati.

Tutto questo serve a dimostrare la necessità di un maggiore allineamento fra le iniziative multilaterali e i Piani Sanitari Nazionali.

Per combattere in maniera efficace l'HIV è essenziale il rafforzamento dei sistemi sanitari nazionali: l'incremento numerico delle risorse umane destinate al settore della sanità e alla loro formazione sono un elemento indispensabile.

L'obiettivo dell'accesso universale alle cure, inoltre, non può essere raggiunto senza l'istituzione di sistemi di protezione sociale, che possano garantire alle popolazioni più vulnerabili di accedere alle terapie.

I Rapporti del Gruppo degli Esperti della Salute del G8¹⁷ hanno ribadito queste raccomandazioni sia nel 2008 che nel 2009 e lo stesso Fondo Globale sta incoraggiando i Paesi, nella fase di stesura delle proposte di finanziamento, a prevedere anche interventi di rafforzamento dei sistemi sanitari.

¹⁷ "Toyako Framework for Action on Global Health" - Report of the G8 Health Experts Group, 2008; "Promoting Global Health" - L'Aquila G8 Health Experts' Report, 2009.

CASE STUDY:

l'accesso ai servizi di cura e trattamento nelle aree remote della Tanzania

Dal 2001 la politica nazionale della Tanzania¹, in materia di lotta all'HIV/AIDS prevede che le persone sieropositive abbiano accesso ai servizi clinici, medici e psicosociali sia a livello ospedaliero che domiciliare. Una ricerca condotta nel 2008 da ActionAid² in questo Paese per valutare il reale livello di accesso a questi servizi in sei differenti aree, sia urbane che rurali del Paese per un totale di 346 partecipanti, ha rivelato che, nonostante i farmaci antiretrovirali siano forniti gratuitamente dal Governo, l'accesso alle terapie resta comunque limitato a causa di diversi fattori.

Distanza dai centri sanitari e costo dei trasporti. Le strutture sanitarie governative che forniscono le cure sono molto poche e spesso si trovano nelle aree urbane, difficilmente raggiungibili quindi dalla maggior parte della popolazione che vive nelle campagne. Il problema diventa quindi quello di raggiungere queste strutture: i trasporti pubblici sono quasi inesistenti, perciò il trasporto verso le strutture sanitarie diventa uno dei principali ostacoli all'accesso alle cure. Si registrano casi di malati che sono costretti a camminare tre ore per raggiungere le strutture sanitarie e altri casi di persone che sono costrette a impiegare fino ad una settimana per percorrere i 245 km che li dividono dagli ospedali dove possono poi curarsi gratuitamente. I costi dei trasporti, inoltre, sono altissimi e a questi bisogna spesso aggiungere anche quelli di pernottamento, trattandosi di viaggi che richiedono più di un giorno.

Inefficienza dei servizi domiciliari di cura. Per ovviare ai problemi di lontananza di gran parte della popolazione dai centri sanitari, in Tanzania sono previsti dei servizi domiciliari di cura (Home Based Care) finanziati dal Governo. La maggior parte degli intervistati, però, non ha mai ricevuto il servizio o addirittura non ne conosce l'opportunità perché, nonostante le dichiarazioni di funzionari e autorità governative sul buon funzionamento di questi servizi, in molti casi il servizio semplicemente non è mai stato finanziato a livello distrettuale e quindi avviato. Secondo alcuni intervistati le sole attività di cura domiciliare vengono svolte da Organizzazioni Non Governative che, però, per mancanza di risorse non sono in grado di garantirne la continuità.

Costi dei farmaci per il trattamento delle infezioni opportunistiche. In Tanzania è previsto che i farmaci per il trattamento delle infezioni opportunistiche ai pazienti sieropositivi, come i farmaci antiretrovirali, vengano forniti gratuitamente dalle strutture sanitarie statali. La ricerca di ActionAid dimostra, però, che in moltissime strutture sanitarie statali in cui si dispensano gli antiretrovirali, vi è una cronica mancanza di farmaci per le infezioni opportunistiche che obbliga i pazienti a procurarseli a pagamento tramite strutture private, e quindi, a causa delle condizioni di estrema povertà della gran parte della popolazione, la salute di molti malati viene seriamente compromessa.

Mancanza di una dieta appropriata. Sebbene il personale sanitario raccomandi una dieta appropriata e bilanciata ai pazienti in terapia antiretrovirale, queste raccomandazioni vanno a scontrarsi con le problematiche della sopravvivenza quotidiana: come dice un abitante del villaggio di Kimanzichana, "forse chi vive in città può avere una cosiddetta dieta bilanciata - riso, carne, pesce - ma noi che abitiamo nei villaggi abbiamo solo cassava...". La mancanza di accesso ad una dieta appropriata e bilanciata contribuiscono, dunque, all'abbandono della terapia farmaceutica.

Sebbene a livello di politiche governative in Tanzania sia previsto l'accesso universale ai farmaci antiretrovirali, in pratica manca un vero e proprio pacchetto di servizi di cura e trattamento che includa anche farmaci per le infezioni opportunistiche, servizi domiciliari di cura e forme di supporto psico-sociali. I fondi a disposizione per la lotta all'HIV in Tanzania sono cresciuti in maniera esponenziale negli ultimi tre anni ma, a questo punto, è necessario chiedersi se il problema sia puramente finanziario. Da un lato infatti la Tanzania ha dimostrato basse capacità di assorbimento e spesa dei fondi del Global Fund e dall'altra solo il 5% del budget governativo per la lotta all'HIV passa direttamente ai distretti e alle regioni, il che non consente l'implementazione degli interventi e risposte comunitarie per garantire l'effettivo accesso alle cure.

¹ "National Policy on HIV/Aids", The United Republic of Tanzania - Prime Minister's Office, Dar es Salaam September 2001.

² Community Access to Care and Treatment Services in Remote Areas in Tanzania", Actionaid Tanzania, April 2008.

Nell'ambito degli interventi dell'aiuto pubblico allo sviluppo, il tema della salute – e con esso della lotta all'AIDS – è storicamente una delle principali priorità della cooperazione italiana, e – come affermano le recenti linee-guida e gli indirizzi di programmazione della cooperazione italiana allo sviluppo¹⁸ – lo sarà anche per il triennio 2009-2011. Secondo quanto affermato dai nuovi principi guida della cooperazione italiana in tema di salute globale del maggio 2009¹⁹, nei passati decenni la cooperazione italiana si è impegnata a livello bilaterale per il rafforzamento dei sistemi sanitari nei Paesi a medio e basso reddito e, in particolare, nella formazione del personale sanitario, nella convinzione che solo rafforzando i sistemi sanitari si possano combattere le singole malattie, mentre a livello multilaterale l'impegno della cooperazione italiana si è concentrato nel sostenere le principali organizzazioni internazionali attive in ambito sanitario.

A partire dal 2000, inoltre, l'Italia ha considerevolmente aumentato i suoi investimenti nel settore socio-sanitario, partecipando a numerose iniziative globali sulla sanità, prima fra tutte la creazione – in occasione del G8 di Genova del 2001 – del Fondo Globale per la lotta all'AIDS, Tubercolosi e Malaria (GFATM), che attualmente riceve circa il 50% delle risorse finanziarie destinate dalla cooperazione italiana al settore sanitario. Il monitoraggio delle risorse destinate a finanziare la lotta all'HIV/AIDS è essenziale per valutare quanto sia il reale contributo italiano e se esso sia effettivamente adeguato al peso economico dell'Italia nello scenario internazionale.

Fonti dei dati e metodologia utilizzata

Mancando un documento ufficiale che renda pubblico l'impegno finanziario complessivo dell'Italia nella lotta all'HIV/AIDS, in questa nuova edizione di "Ogni promessa è Debito", sono state analizzate diverse fonti e sulla base di queste è stato stimato il contributo italiano alla lotta all'HIV/AIDS. Le fonti utilizzate sono:

- I rapporti ActionAid "Ogni promessa è Debito", 2004-2006-2007, che hanno costituito le serie storiche dei dati tra il 2000 ed il 2007.

- I bollettini della Cooperazione allo sviluppo (DIPCO) per gli anni dal 2005 al 2009²⁰, che consentono di stimare i vari stanziamenti realizzati, distinguendo i soggetti beneficiari, i Paesi destinatari e gli stanziamenti per la lotta all'HIV e AIDS. Queste delibere non assicurano, però, che gli interventi previsti vengano effettivamente erogati, né permettono di valutare il tipo d'intervento.

- I documenti prodotti dalla Direzione Generale Cooperazione allo Sviluppo (DGCS) "Italy and the fight against AIDS, Tuberculosis and Malaria", del 2004 e del 2005, che hanno costituito la base informativa per i rapporti di ActionAid "Ogni promessa è Debito" delle precedenti edizioni del rapporto.

- Il database CRS/DAC dedicato all'aiuto pubblico allo sviluppo, che riporta l'impegno finanziario bilaterale²¹ per la lotta all'HIV e AIDS e fornisce la lista delle attività che i Paesi donatori hanno realizzato per il controllo della pandemia a partire dal 2000.

- I dati riportati sul sito del Fondo Globale per la lotta all'AIDS, Tubercolosi e Malaria (GFATM) e in particolare alla sezione www.theglobalfund.org/en/pledges/?lang=en per i contributi al Fondo da parte dei Paesi donatori²².

¹⁸ "La cooperazione italiana allo sviluppo nel triennio 2009-2011. Linee-guida e indirizzi di programmazione", pubblicato sul DIPCO n. 45 del 25 Dicembre 2008.

¹⁹ "Salute Globale: Principi Guida della Cooperazione Italiana", documento redatto dal Ministero degli Affari Esteri - Direzione Generale Cooperazione allo Sviluppo, presentato nel Maggio 2009 e pubblicato ufficialmente sul DIPCO n. 31 del 24 Settembre 2009.

²⁰ Ultimo DIPCO consultato 2009. A partire dal 2008, nei bollettini DIPCO, ogni intervento riportato viene associato agli obiettivi del millennio che si intendono realizzare. Per la nostra analisi, sono stati quindi conteggiati tutti gli interventi che richiamavano l'obiettivo 6. Nel caso di interventi indirizzati a più obiettivi contemporaneamente, il contributo legato all'obiettivo 6 è stato stimato in proporzione al numero degli obiettivi dichiarati. Bisogna inoltre tenere in considerazione che il DIPCO dal 2005 al 2009 riporta solo le risorse impegnate e non quelle erogate.

²¹ Secondo le regole di imputazione del CSR, gli impegni di contributo (*commitment*) ad 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.

²² Per il Fondo Globale si tratta invece di erogazioni. In questo caso la quota per la lotta all'HIV/AIDS è facilmente deducibile dal momento che il GFATM destina specificamente alla lotta all'AIDS fra il 56 e il 61 % del totale a seconda dei round di finanziamento.

2.1 Le risorse italiane per la lotta all'AIDS

L'analisi dei dati riportati dalle fonti appena citate ci permette di quantificare i finanziamenti indirizzati specificamente alla lotta all'HIV e AIDS.

Tabella 1 – Ripartizione delle risorse per canali, 2000-2009 (fino al mese di Maggio), in Euro (Fonte: elaborazione di ActionAid su dati DGCS e DIPCO).

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 fino a maggio	TOTALE
GFATM ²⁴	0	28.000.000	34.720.000	49.280.000	0	102.600.000	0	250.100.000	0 ²⁵	0 ²⁶	464.700.000
UNAIDS Altre Org. Multilaterali	1.807.599	2.065.827	2.000.000	1.500.000	2.000.000	1.000.000	300.000	900.000	0	0	11.573.426
DGCS	0	1.300.438	55.000	216.000	360.000	2.529.729	2.085.000	1.455.503	13.987.226	400.000	22.388.896
Emergenza ²⁷	1.858.329	206.581	5.165.483	65.608	0	0	0	0	0	0	7.296.001
ISS	0	3.367.174	0	0	998.000	998.030	5.300.000	2.061.554	0	0	12.724.758
ONG	834.819	3.038.925	5.403.475	4.500.228	2.109.190	2.205.211	2.683.000	1.893.221	5.708.330	0	28.376.399
Totale annuale	9.532.567	39.631.606	49.043.958	57.339.486	5.467.190	115.332.970	10.598.000	256.410.278	29.192.294	400.000	572.948.349

23 Nella stima del contributo dell'Italia per la lotta all'HIV/AIDS non è stato possibile conteggiare tutte le risorse pubbliche per la lotta all'HIV/AIDS. È questo il caso delle risorse della cooperazione decentrata (si tratta della cooperazione finanziata dai bilanci delle autonomie locali: una rilevazione a campione stima che tra il 2000 ed il 2004 siano stati stanziati 4.782.971 euro). Ma anche e soprattutto dei contributi multilaterali dell'Italia al bilancio delle organizzazioni internazionali che, naturalmente, fanno la loro parte nel combattere la pandemia. È possibile ricostruire il contributo "indiretto" multilaterale dell'Italia utilizzando due diverse fonti di informazioni. La prima è una stima DAC del 2002 che riportava il contributo di ogni istituto multilaterale alla lotta all'HIV/AIDS. La seconda deriva dai calcoli di Gender Action (Suzanna Dennis, Mapping multilateral development banks spending on reproductive health and HIV and AIDS, Gender Action, 2008) sulla quantità erogata dalle organizzazioni internazionali nel periodo 2003-2006 per finanziare la lotta all'HIV/AIDS. Attraverso la percentuale contributiva dell'Italia ai diversi fondi si stima che il contributo "obbligatorio" del nostro paese alla lotta all'HIV/AIDS, attraverso questo canale, sia stato tra il 2003 ed il 2006 pari ad ulteriori 26 milioni di euro.

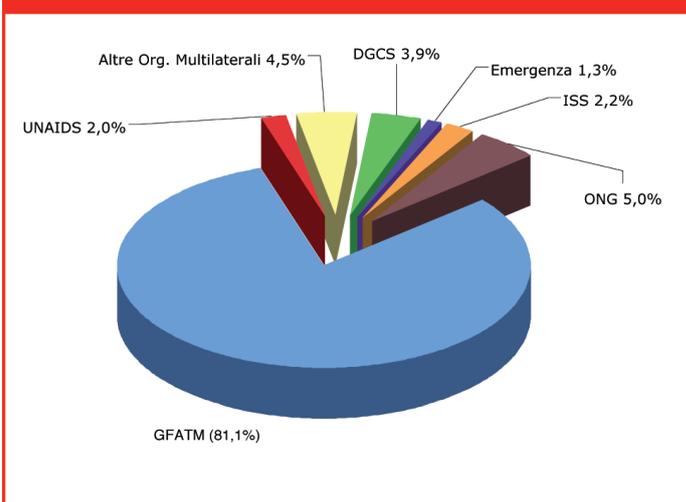
24 La percentuale del contributo al GFATM dedicata a programmi di lotta a HIV/AIDS varia a seconda dei round di finanziamento: sulla base di quanto riportato dal sito del GFATM (<http://www.theglobalfund.org/en/distributionfunding/?lang=en>) sono attribuiti alle attività di lotta all'AIDS, rispettivamente il 56% dei fondi totali per i primi 4 round, il 57% per il quinto round, il 58% per il sesto e il 61% per il settimo. Il totale dei finanziamenti dell'Italia al Fondo Globale per le attività di lotta ad AIDS, Tubercolosi e Malaria è riportato più avanti in tabella 2. I dati relativi al GFATM riportati in questa tabella si discostano leggermente da quelli delle precedenti edizioni di "Ogni promessa è debito" in quanto sono state ricalcolate le percentuali relative alla suddivisione per attività relative ad ognuna delle tre malattie in accordo con le attribuzioni riportate sul sito del GFATM. Inoltre la quota erogata dall'Italia al Fondo relativa all'anno 2003, è stata modificata in relazione ad un aggiornamento dell'Ufficio I della DGCS, che differisce leggermente dal dato pubblicato nel volume "Italy and the fight against AIDS, Tuberculosis and Malaria" dalla DGCS nel 2005 e che era stato utilizzato nelle precedenti edizioni di questo Rapporto.

25 Il contributo per il 2008 è stato anticipato nel 2007, anno nel quale sono state saldate anche le quote degli anni precedenti.

26 Il contributo 2009 non è stato ancora versato.

Secondo queste fonti, complessivamente si stima che il contributo italiano per la lotta all'AIDS sia stato dal 2000 al 2009 (fino al mese di maggio) di circa 572 milioni di Euro²³. Il canale principale attraverso il quale passa l'apporto italiano è il GFATM, al quale l'Italia ha destinato circa 464 milioni di euro (Tab.1); in termini percentuali si tratta dell'81,1% delle risorse totali del nostro Paese per la lotta all'AIDS (Fig.1). Oltre al GFATM, tra i canali utilizzati dalla cooperazione italiana per la lotta all'AIDS, troviamo le ONG (5%), seguite dalle altre Organizzazioni Multilaterali (4,5%, in particolare si tratta di impegni bilaterali canalizzati attraverso Organizzazioni Multilaterali). La Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo ha realizzato attività per un valore pari al 3,9% del totale, ma nel corso del 2008, come evidenziato dalla tabella 1, la DGCS ha avuto un ruolo molto più attivo rispetto agli anni precedenti, avendo speso quasi 14 milioni di euro contro una media di 2 milioni nel triennio precedente.

Fig. 1: Ripartizione per canali delle risorse italiane per la lotta all'HIV/AIDS, 2000-2009 (fino al mese di Maggio), valori percentuali (Fonte: elaborazione di ActionAid su dati DGCS e DIPCO).



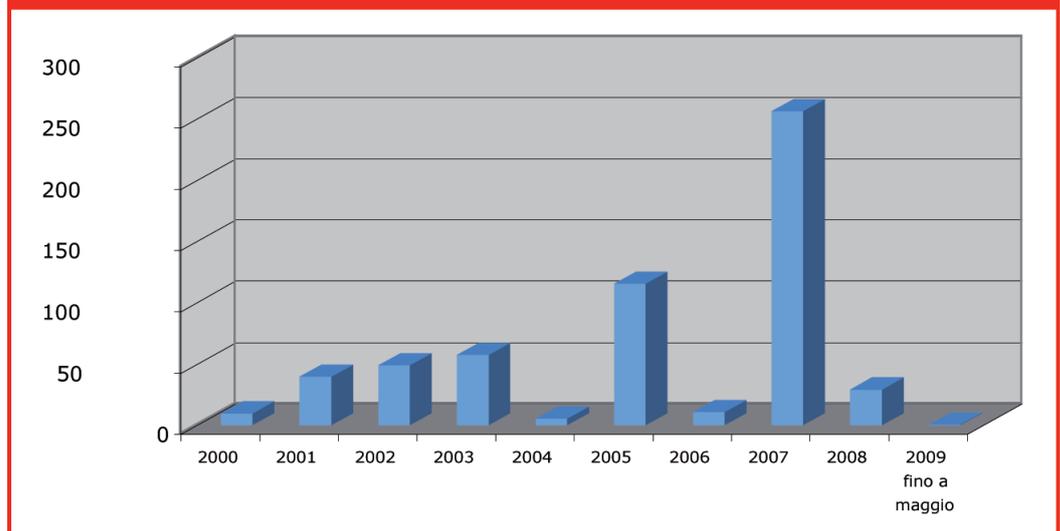
Il 2008 è stato in generale un anno particolarmente attivo per la cooperazione italiana e questo attivismo ha sicuramente rispecchiato l'orientamento in tema di cooperazione allo sviluppo del Governo in carica fino al dicembre 2007. Nel corso del 2008, i fondi per le ONG sono triplicati rispetto all'anno precedente e hanno superato il massimo del 2002 di 5,4 milioni di euro. Molto alto è stato anche il contributo alle organizzazioni multilaterali (9,4 milioni di euro, massimo storico dal 2000).

In generale, nonostante si registri una crescita media nel corso degli anni, i contributi erogati dall'Italia nella lotta all'AIDS hanno subito numerose oscillazioni: questo fenomeno sottolinea la discontinuità e i limiti degli impegni italiani. Se infatti, dopo un primo stanziamento di 9 milioni di euro nel 2000, ha fatto seguito un triennio di impegni più o meno costanti (39 milioni nel 2001, 49 milioni nel 2002 e 57 milioni nel 2003), nel 2004 il flusso di risorse si è drasticamente ridotto, non essendo stato versato alcun contributo al Fondo Globale. Stessa situazione si registra nel 2006.

Nel 2007, invece si registra un picco nel versamento di fondi, che si spiega con il saldo delle rate arretrate al Fondo Globale e con il pagamento anticipato della rata del 2008, anno in cui, ovviamente, si registra una nuova flessione. Il valore registrato nel 2008, pari a 29 milioni di euro è - anche in assenza del contributo al GFATM - un dato comunque positivo, anche se potrebbe in parte essere spiegato dalla diversa metodologia reportistica dei DIPCO del 2008 (i bollettini ufficiali della DGCS) rispetto a quella utilizzata negli anni precedenti.

L'andamento altalenante del contributo italiano (Fig.2), rischia di compromettere l'efficacia degli investimenti per far fronte alla pandemia. Per centrare il sesto obiettivo del millennio, e in particolare per garantire entro il 2010 l'accesso universale alle cure contro l'HIV/AIDS per tutti coloro che ne hanno bisogno ed arrestare entro il 2015 la diffusione dell'HIV/AIDS è assolutamente necessario dare continuità agli impegni presi, garantendo costanti finanziamenti per la prevenzione da una parte e per le cure dall'altra.

Fig. 2: Andamento stanziamenti dell'Italia ripartibili per la lotta all'HIV/AIDS, 2000-2009 (fino al mese di Maggio), in milioni di Euro (Fonte: elaborazione di ActionAid su dati DGCS e DIPCO).



Nel 2007, nel corso del Summit G8 di Heiligendamm, gli Otto Grandi hanno promesso di destinare 60 miliardi di dollari alla lotta all'AIDS, malaria e tubercolosi e al rafforzamento dei sistemi sanitari. Il Governo italiano, con la dichiarazione dell'allora Presidente del Consiglio Romano Prodi, si è impegnato per 4 miliardi di dollari (3,2 miliardi di euro).

Alla luce dell'andamento poco costante degli stanziamenti italiani, l'impegno preso al G8 tedesco è significativo, sia per il suo carattere pluriennale ma anche per la sua dimensione finanziaria, pari a 320 milioni di euro l'anno per dieci anni.

Al G8 del 2009 che si è svolto a L'Aquila, l'impegno preso ad Heiligendamm, sebbene con qualche modifica (si parla ora di 60 miliardi per la lotta alle malattie infettive e per il rafforzamento ai sistemi sanitari, da erogare entro il 2011) è stato ribadito, ma manca ancora un concreto piano di esborso.

2.2 Le risorse al Fondo Globale e al canale multilaterale

Negli ultimi nove anni l'Italia ha veicolato oltre l'80% dei propri fondi per la lotta all'AIDS attraverso il canale multilaterale e in particolare tramite il Fondo Globale. Questo orientamento strategico riflette il comportamento più generale della cooperazione italiana e in particolare di quella sanitaria che, a differenza della maggior parte dei Paesi aderenti al DAC (Comitato di Assistenza allo Sviluppo dell'OCSE), privilegia il canale multilaterale a quello bilaterale²⁸.

Il *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria* (GFATM) nasce nel 2002 con l'obiettivo di rafforzare una risposta globale alle tre maggiori pandemie e di accelerare i progressi per il raggiungimento del sesto Obiettivo di Sviluppo del Millennio. L'Italia al G8 di Genova del 2001 è stato uno dei Paesi più attivi per la promozione e la nascita di questo strumento e in una prima fase il nostro paese ha assunto un ruolo guida che gli è valso, tra le altre cose, il diritto a un seggio individuale nel consiglio di amministrazione.

Il contributo italiano totale al Fondo Globale per la lotta all'AIDS, Tubercolosi e Malaria dalla sua nascita a oggi, è stato di 790 milioni di euro²⁹, arrivando a una media di circa 130 milioni l'anno.

Tabella 2: Contributi italiani al GFATM per la lotta all'AIDS, alla Tubercolosi ed alla Malaria (valori in milioni di euro) (Fonte: Elaborazione di ActionAid, su dati DGCS, Ottobre 2009)

2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Totale
50	62	88	0	180	0	410	0*	?**	790

* Il contributo per il 2008 è stato anticipato nel 2007, anno nel quale sono state saldate anche le quote degli anni precedenti.

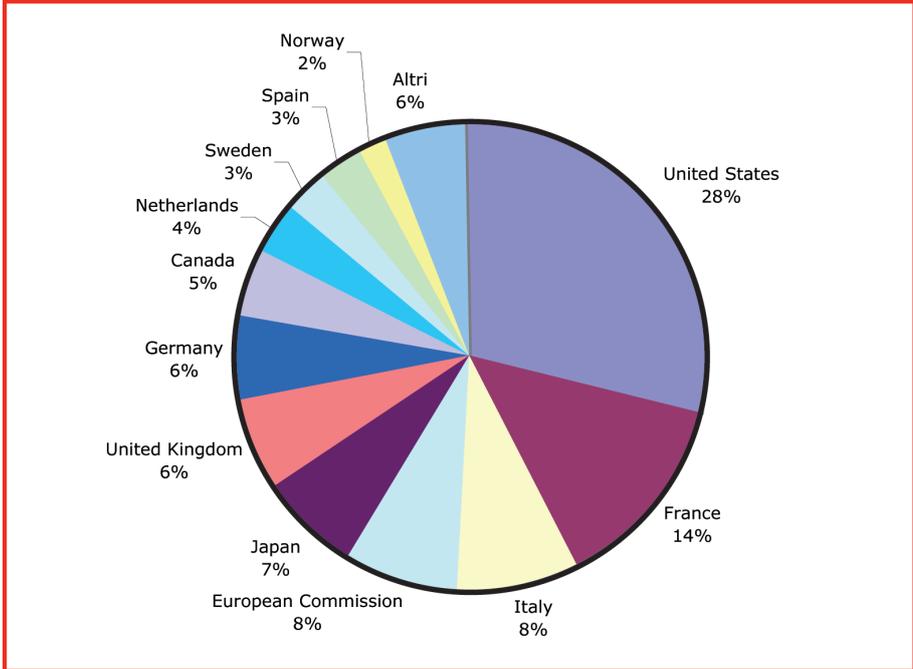
** Il contributo 2009 non è stato ancora versato

²⁸ Secondo i dati della Unità tecnica Centrale (UTC) della DGCS, negli anni 2007 e 2008, su un totale di oltre 730 milioni di euro erogati sul settore sanitario alle Agenzie multilaterali (WHO, ICRC, IFRC, UNICEF, UNDP, UNFPA, UNHCR, UNODC, UNAIDS, GFATM), ne sono andati ben 619 (l'85%), dei quali oltre il 60% al solo Fondo Globale.

²⁹ E' chiaro che il contributo italiano al Fondo Globale non va considerato come un contributo esclusivo alla lotta all'AIDS: all'AIDS sono mediamente destinate fra il 56 e il 61% delle risorse totali del GFATM a seconda dei round di finanziamento.

In termini finanziari, il nostro Paese è il terzo maggior donatore del GFATM, dopo Stati Uniti e Francia, contribuendo per l'8% sul totale delle risorse messe a disposizione dai Paesi donatori (Fig. 3).

Fig. 3: Percentuale dei contributi al Fondo Globale, dal 2001 al 2008, per Paese donatore (Elaborazione dati Actionaid su fonte GFATM, Ottobre 2009)³⁰



La credibilità e il peso politico dell'Italia all'interno del Fondo Globale, si sono però indebolite di fronte alla poca costanza del nostro Paese nel mantenere fede alle promesse sugli esborsi: nel 2004 e nel 2006, infatti, non sono stati versati i contributi al Fondo, sebbene nel 2007 siano poi state saldate le rate passate e sia stata anticipata quella del 2008 per un totale di 410 milioni di euro.

Anche la quota del 2009, pari a 130 milioni di euro, rischia di non essere sborsata entro la fine dell'anno: al momento della scrittura del rapporto, infatti, non è previsto alcun provvedimento all'interno del quale è presente il capitolo di bilancio che dispone l'esborso della quota annuale al Fondo Globale. Già nel settembre 2008 il Sottosegretario al Ministero degli Esteri Scotti³¹, alla Camera, aveva dichiarato che sarebbe stato problematico garantire nel 2009 e nel 2010 il reperimento dei 130 milioni di euro annui per il contributo al GFATM.

Lo stesso Presidente del Consiglio Berlusconi, a margine del Summit G8 de L'Aquila di luglio, ha dichiarato che l'Italia avrebbe versato entro il mese di agosto il contributo al Fondo, al quale avrebbe aggiunto ulteriori 30 milioni di dollari a copertura del gap finanziario che deve affrontare il GFATM³² ma, attualmente, queste somme non sono state stanziare in nessun provvedimento.

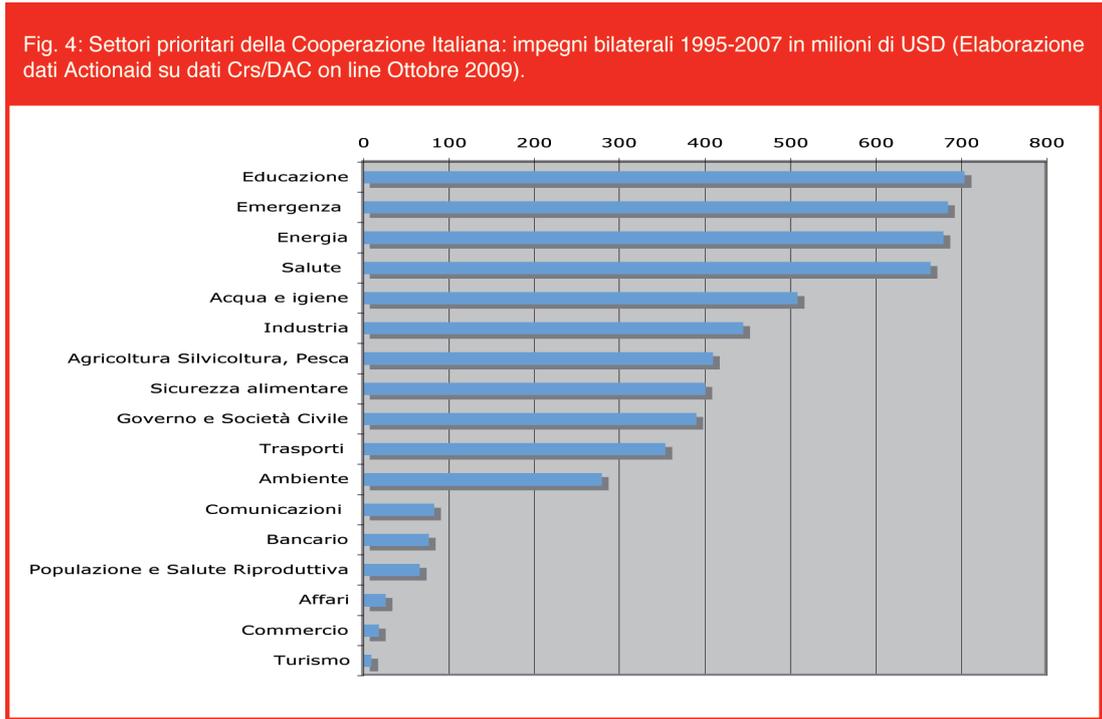
³⁰ www.theglobalfund.org/en/pledges/?lang=en

³¹ Intervento Sott. On. Scotti in Commissione Esteri alla Camera, 8 ottobre 2008.

³² Alla data del 22 giugno 2009, il Global Fund (Factsheet; Resource Needs 2009-2010), aveva ancora da affrontare un gap finanziario di 170 milioni di US\$ per completare di finanziare i progetti già approvati dal round 8 e un gap di circa 2,5-3,0 miliardi di US\$ per finanziare le nuove proposte presentate all'interno del round 9 e per completare i programmi già avviati.

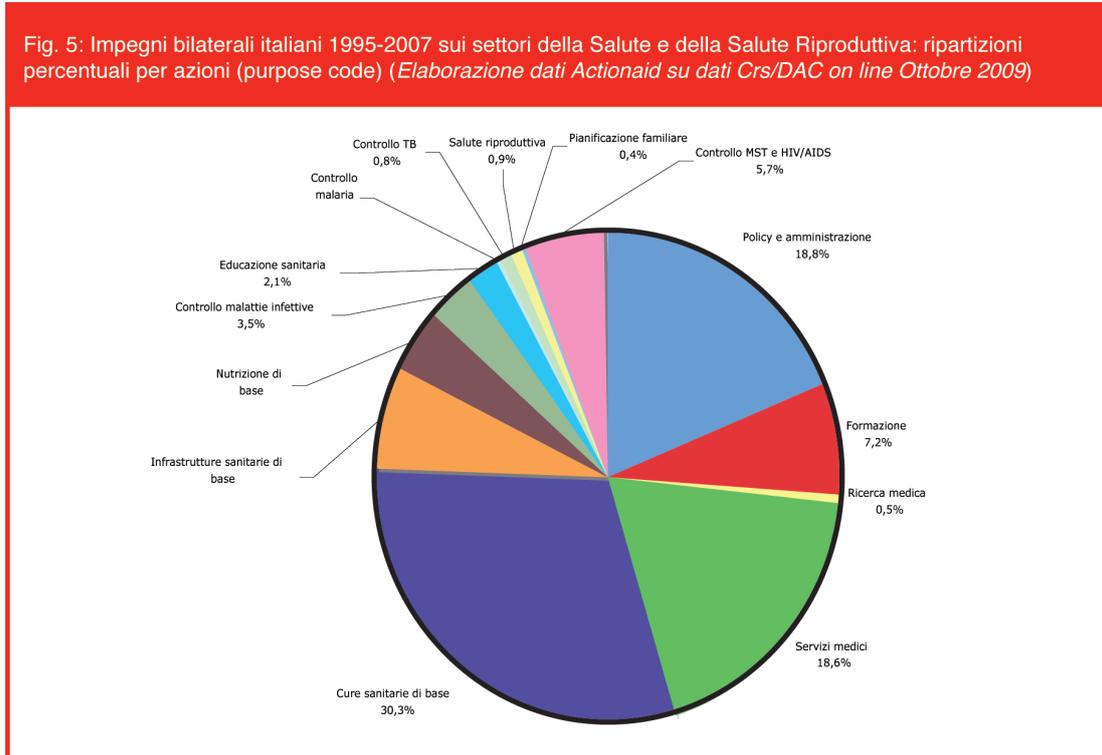
2.3 Gli impegni bilaterali per la lotta all'AIDS e per il sostegno ai sistemi sanitari di base

Analizzando la quantità di risorse impegnate a livello bilaterale dall'Italia³³, in base alle aree di intervento tematiche e geografiche, è possibile constatare che negli ultimi anni – coerentemente con quanto stabilito dalle linee guida e dagli indirizzi di programmazione della cooperazione e dai principi guida della cooperazione italiana in tema di salute globale, il tema della salute è stato una delle principali priorità (Fig.4)



³³ Analisi effettuata attraverso il database "Creditor Reporting System" (<http://stats.oecd.org/WBOS/Index.aspx?DataSetCode=CRSNEW>), che viene compilato dagli uffici statistici dei paesi OCSE e che riporta la lista di tutti gli interventi di sviluppo promossi dai vari Paesi DAC dal 1995 al 2007 (ultimo anno riportato dal database), classificandoli per anno di intervento, Paese donatore, Paese ricevente e Regione, Settore d'intervento. I settori principali sono quelli dei servizi sociali e delle infrastrutture (100. I. Social infrastructure and services); dei servizi e delle infrastrutture economiche (200: II. Economic infrastructure and services); della produzione (300: III. Production sector); ai quali si aggiungono poi un settore trasversale (400: IV. Multisector/cross cutting) e altri settori nei quali vengono inseriti interventi e costi relativi al debito, ai costi amministrativi dei donatori stessi e agli interventi a favore dei rifugiati nei Paesi donatori. Il settore dei servizi sociali e delle infrastrutture è quello che a noi interessa esaminare nel dettaglio, in quanto è suddiviso a sua volta in sei sotto-settori (110: I.1. Education; 120: I.2. Health; 130: I.3. Population Pol/Progr. & Reproductive Health; 140: I.4. Water Supply & sanitation; 150: I.5. Government & Civil Society; 160: I.6. Other Social Infrastructure & Services), fra i quali quello degli interventi sanitari e quello degli interventi sulla popolazione e la salute riproduttiva. Ognuno dei sotto-settori è poi ulteriormente suddiviso per azioni (purpose code) e ogni intervento appunto è classificato in ultima istanza secondo un purpose code: fra questi, sanità di base (12220: Basic health care); infrastrutture sanitarie di base (12230: Basic health infrastructure); sviluppo del personale sanitario (12281: Health personnel development); controllo delle malattie a trasmissione sessuale compreso l'HIV/AIDS (13040: STD control including HIV/AIDS); mitigazione dell'impatto sociale dell'HIV/AIDS (16064: Social mitigation of HIV/AIDS).

e che una particolare attenzione è stata data alla formazione del personale e al rafforzamento dei sistemi sanitari nei Paesi a basso reddito (Fig. 5).

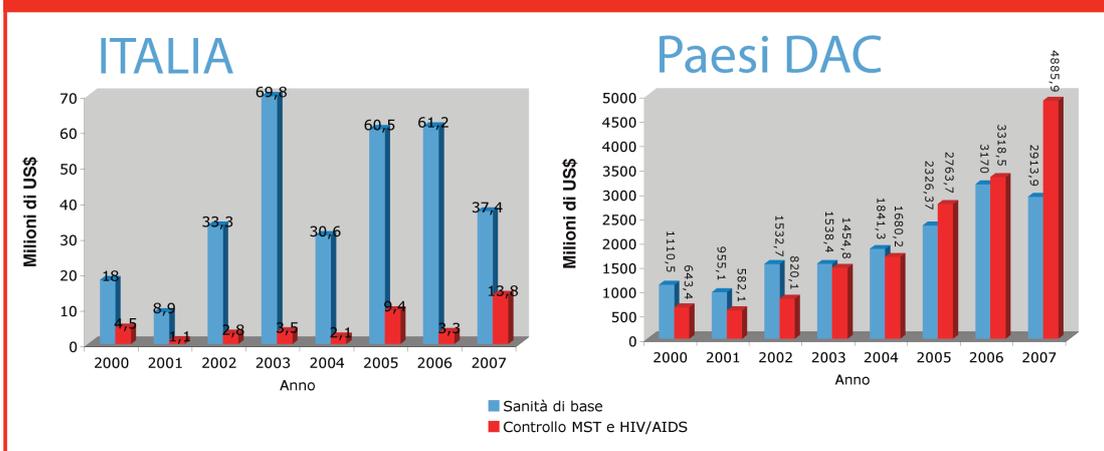


Comparando la quantità di risorse impegnate dal nostro Paese a livello bilaterale per la lotta all'AIDS e per il rafforzamento dei sistemi sanitari di base per il periodo 2000-2007, si conferma la posizione italiana secondo cui, per combattere più efficacemente la pandemia, è necessario sostenere i sistemi sanitari dei Paesi che ne sono colpiti.

Sotto questo aspetto, l'Italia si trova ad avere una posizione nettamente opposta rispetto agli altri Paesi DAC che invece, sempre nello stesso periodo, hanno incrementato i loro sforzi nella lotta all'AIDS riducendo contemporaneamente la quantità di Aiuto Pubblico allo Sviluppo dedicata al sostegno dei sistemi sanitari³⁴.

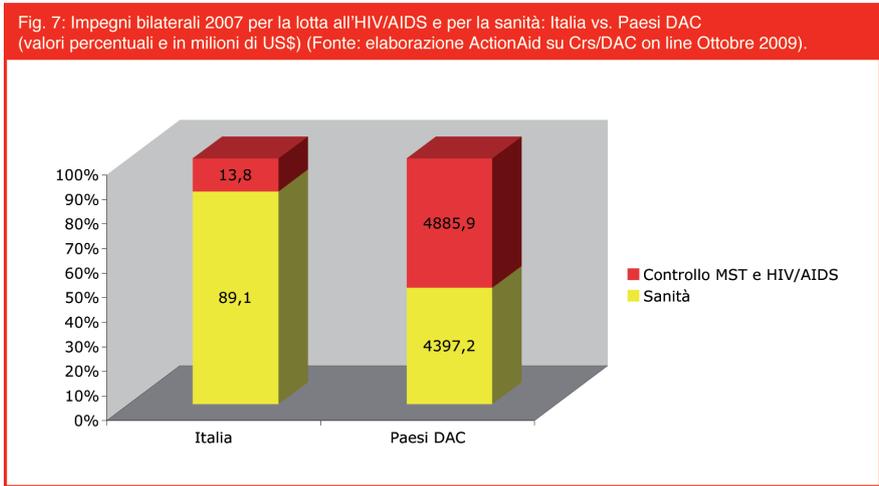
Si tratta, quindi, di un differente approccio strategico alla sanità in generale e alla lotta alla pandemia (Fig.6): mentre gli impegni finanziari di tutti i Paesi DAC per la lotta all'AIDS sono progressivamente aumentati, fino a superare nel 2005 le risorse destinate ai sistemi sanitari di base, gli impegni bilaterali del nostro Paese in favore della sanità di base sono stati sempre quantitativamente superiori rispetto a quelli diretto alla lotta all'AIDS.

Fig. 6: Gli impegni bilaterali per la lotta alle malattie sessualmente trasmissibili (MST) incluso HIV/AIDS e per la sanità di base: Italia vs. Paesi DAC (Fonte: elaborazione ActionAid su Crs/DAC on line Ottobre 2009)



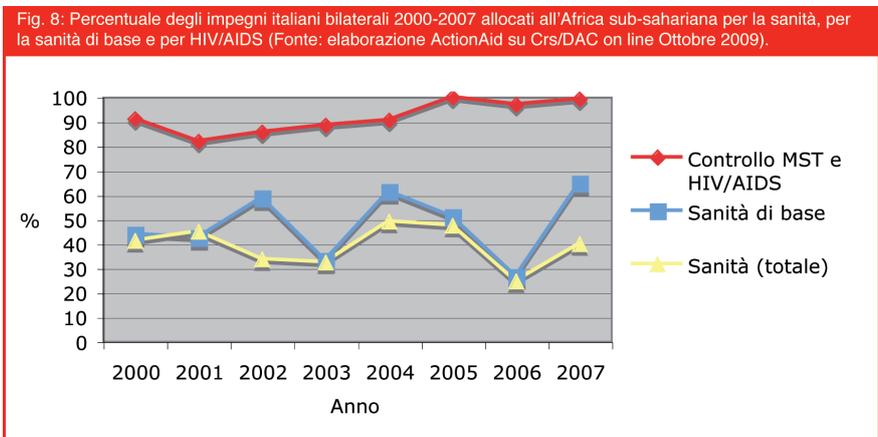
³⁴ Gli impegni dedicati ai sistemi sanitari di base sono estrapolati dal database del Crs/DAC online, selezionando Sector:122, che comprende azioni (classificate come purpose code) per: cure sanitarie di base, infrastrutture sanitarie di base, nutrizione di base, controllo delle malattie infettive, educazione sanitaria, controllo della malaria, controllo della tubercolosi, sviluppo del personale sanitario.

E' importante sottolineare che il totale degli impegni presi a livello bilaterale dai Paesi DAC esclusivamente per la lotta alle malattie a trasmissione sessuale, compreso l'HIV/AIDS, hanno superato nel 2007 anche il totale degli impegni presi dagli stessi Paesi per l'intero settore sanitario (Fig.7).



La distribuzione geografica degli impegni italiani è uno degli elementi da analizzare con maggiore attenzione per verificare che i sistemi sanitari dei Paesi maggiormente colpiti dalla pandemia siano poi adeguatamente sostenuti, rimanendo quindi in linea con la strategia della cooperazione italiana.

L'Italia - fra il 2000 e il 2007 - ha destinato in media il 95% dei propri impegni per la lotta all'AIDS nell'Africa Sub-Sahariana, che è anche la regione maggiormente colpita dalla pandemia. Nello stesso periodo, sull'Africa Sub-Sahariana ha impegnato percentuali che oscillano fra il 25 e il 50% dei fondi totali per la sanità e fra il 27 e il 65% dei fondi totali per la sanità di base (Fig. 8).



Tali percentuali, seppur molto altalenanti in alcuni anni, – in particolare per quanto riguarda la sanità di base - hanno raggiunto e superato il valore del 50% indicato dalle programmazioni e dalle linee guida della cooperazione italiana.

I Paesi di intervento

Analizzando ancora gli interventi bilaterali dell'Italia per combattere la pandemia, tra il 2000 e il 2007 il nostro impegno economico ha interessato 25 Paesi per un totale di 40,5 milioni di dollari. La maggiore quantità di risorse si concentra nei primi dieci Paesi beneficiari, che in totale raccolgono il 65% dell'aiuto bilaterale italiano. Comparando il tasso di prevalenza³⁵ del virus in questi Paesi (Tab.3), si nota che le risorse dell'Italia si concentrano, in particolar modo, tra quelli più colpiti dalla pandemia. Ben sette tra i primi dieci beneficiari mondiali, sono anche nelle prime dieci posizioni della classifica dei Paesi beneficiari degli aiuti italiani. Comparando

Tabella 3: Primi 15 Paesi beneficiari intervento Italia no bilaterale e dei Paesi DAC, impegni 2000-2007, in milioni di US\$ (valore costante 2007) e tassi di prevalenza HIV 2007 (Fonti: elaborazione ActionAid su CRS/DAC on line Ottobre 2009 e Report on the global AIDS epidemic).

ITALIA			PAESI DAC		
Paese	Milioni di US\$ 2000-2007	Tassi di prevalenza HIV (popolazione 15-49 anni)	Paese	Milioni di US\$ 2000-2007	Tassi di prevalenza HIV (popolazione 15-49 anni)
Sud Africa	7,6	18,1%	Sud Africa	1014,4	18,1%
Swaziland	3,7	26,1%	Kenya	962,5	7,8%
Etiopia	3,2	2,1%	Nigeria	858,4	3,1%
Kenya	2,7	7,8%	Uganda	747,9	5,4%
Zimbabwe	2,2	15,3%	Tanzania	624,1	6,2%
Tanzania	2,0	6,2%	India	617,9	0,3%
Zambia	1,4	15,2%	Zambia	554,4	15,2%
Mozambico	1,3	12,5%	Mozambico	507,5	12,5%
Eritrea	1,1	1,3%	Etiopia	499,2	2,1%
Uganda	1,1	5,4%	Botswana	335,7	23,9%
Nigeria	0,9	3,1%	Zimbabwe	290,5	15,3%
Burkina Faso	0,8	1,6%	Rwanda	266,4	2,8%
Namibia	0,6	15,3%	Cina	251,8	0,1%
Cuba	0,5	0,1%	Namibia	239,4	15,3%
Bosnia-Herzegovina	0,5	0,1%	Haiti	207,9	2,2%

l'impegno bilaterale italiano e quello complessivo dei Paesi DAC, in proporzione lo sforzo italiano sembra molto basso (Tab.4), ma questo deriva dalle scelte strategiche del nostro paese che, come già detto, predilige il canale multilaterale per dirottare le proprie risorse.

Tab. 4: Impegni italiani bilaterali sul totale degli impegni bilaterali Paesi DAC (Fonti: elaborazione dati ActionAid su CRS/DAC on line, Ottobre 2009).

Paese	% impegno italiano sul totale Paesi DAC
Sud Africa	0,7
Swaziland	25,1
Etiopia	0,6
Kenya	0,3
Zimbabwe	0,8
Tanzania	0,3
Zambia	0,3
Mozambico	0,3
Eritrea	9,8
Uganda	0,1

³⁵ Percentuale di individui, all'interno di una popolazione o in una zona geografica, che in un dato momento sono stati colpiti dal virus.

Particolari eccezioni sono costituite dallo Swaziland e dall'Eritrea dove gli impegni del nostro Paese sono rispettivamente del 25,1 e del 9,8% sugli impegni complessivi bilaterali.

2.4 Le risorse globali per la lotta all'AIDS e il peso del contributo italiano

Finora è stato analizzato il contributo italiano nella lotta alla pandemia, ma quest'analisi va inserita nel contesto più globale della lotta all'AIDS e va commisurata anche in rapporto al peso economico del nostro Paese nello scenario mondiale e ai reali bisogni finanziari per combattere l'HIV nei Paesi a medio e basso reddito.

L'Italia, come abbiamo visto in precedenza, è il terzo donatore per quantità di finanziamenti al Fondo Globale, contribuendo per l'8% sul totale delle risorse messe a disposizione.

Ma - secondo le analisi di UNAIDS e Kaiser Family Foundation³⁶ - sul totale delle risorse messe a disposizione da tutti i Paesi donatori (risorse bilaterali e contributi al Global Fund),³⁷ l'apporto italiano è decisamente inferiore e oscilla fra lo 0,2% e il 2,1% (Tab.5).

Tab. 5: Distribuzione percentuale delle risorse messe a disposizione dai Paesi donatori (G8/EC e altri governi) per la lotta all'AIDS (contributi bilaterali e contributi al Global Fund)
(Elaborazione dati Actionaid su fonte UNAIDS/KFF, Ottobre 2009)

Paese	ANNO				
	2004	2005	2006	2007	2008
Stati Uniti	45,4	48,9	40,8	40,3	51,3
Regno Unito	16,6	15,9	20	19,9	12,6
Olanda			8,9	7,7	6,5
Germania	4,2	3,9	4,4	4,5	6,2
Norvegia					2,0
Svezia			4,6	4,1	2,0
Australia				1,5	1,4
Irlanda			2,3	2,2	1,5
Francia	3,9	3,2	5,3	6,1	6,4
Canada	5,3	5,5	1,6	2,1	1,8
Giappone	4,1	3,5	2,7	1,9	1,7
Italia	0,4	1,6	0,2	2,1	1,6
Altri	13,2	14,7	4,8	4,9	4,0
EC	7,7	2,9	4,3	2,6	1,1
Tot.	100%	100%	100%	100%	100%

Nota: I calcoli UNAIDS/KFF indicano per gli anni 2008, 2007 e 2006 il "Disbursements" mentre per gli anni 2005 e 2004 si riferiscono al "Commitment". Per il 2008 viene conteggiato anche il contributo a UNITAID³⁸

³⁶ UNAIDS e Kaiser Family Foundation: "Financing the response to AIDS in low-and middle-income countries: International assistance from the G8, European Commission and other donor Governments": <http://www.kff.org/hivaids/7347.cfm>

³⁷ Classificate da UNAIDS e KFF come "International AIDS Assistance: G8/EC & Other Donor Governments as Share of Total Disbursement".

³⁸ UNITAID è una struttura internazionale per l'acquisto di farmaci contro HIV/AIDS, malaria e tubercolosi creata nel 2006 su iniziativa di Brasile e Francia, in gran parte finanziata con i cosiddetti meccanismi di finanziamento innovativi di sviluppo, fra i quali in particolare una tassa di solidarietà sui biglietti aerei.

Prendendo in considerazione il totale delle risorse messe a disposizione globalmente per la

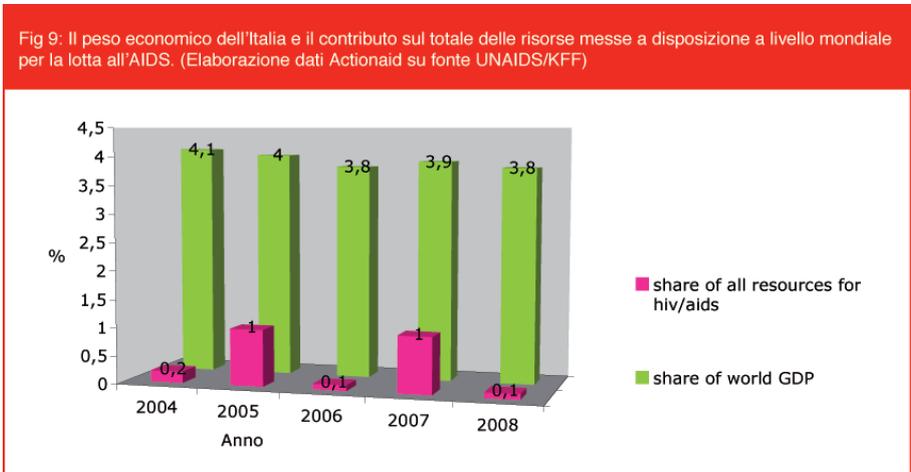
lotta all'HIV - che comprende, oltre ai finanziamenti bilaterali dei Governi donatori e al contributo al Fondo Globale, gli altri finanziamenti multilaterali, quelli del settore privato e quelli domestici (la spesa sostenuta dai Governi dei Paesi affetti dall'epidemia e dai nuclei familiari e individui di questi Paesi) - l'Italia ha contribuito per un massimo dell'1% negli anni 2005 e 2007 e con valori ancora più bassi negli anni in cui non è stato saldato il contributo al Fondo Globale (Tab.6).

Tabella 6: Percentuale (%) degli stanziamenti destinati da ogni Paese per HIV/AIDS sul totale di tutte le risorse disponibili per l'AIDS (bilaterali, multilaterali, private e domestiche), anni 2004-2008 (Elaborazione dati Actionaid su fonte UNAIDS/KFF, Ottobre 2009)

PAESE	ANNO				
	2004	2005	2006	2007	2008*
Stati Uniti	17,4	16,0	17,9	19,9	22,2
Regno Unito	7,7	8,0	8,8	9,8	5,7
Olanda			3,9	3,8	2,8
Germania	1,9	2,0	1,9	2,2	1,8
Norvegia					0,7
Svezia			2,0	2,0	0,6
Australia				0,8	0,6
Irlanda			1,0	1,1	0,6
Francia	2,2	2,0	2,3	3,0	0,4
Canada	3,1	3,0	0,7	1,0	0,4
Giappone	2,3	2,0	1,2	1,0	0,1
Italia	0,2	1,0	0,1	1,0	0,1

* Per gli anni 2004 2005 2006 e 2007 si tratta di erogazioni bilaterali & contributi al GF; mentre per il 2008 i dati UNAIDS/KFF non includono il GF e quindi non sono comparabili con i precedenti anni.

Il contributo italiano alla lotta all'HIV/AIDS diventa ancor più inadeguato se messo in rapporto al peso del nostro Paese nell'economia mondiale: l'Italia avrebbe infatti dovuto farsi carico di coprire circa il 3,9% dei bisogni finanziari globali della pandemia, con un contributo annuo medio di circa 540 milioni di euro, mentre invece ha contribuito con percentuali che oscillano fra lo 0,1% e l'1% (Fig. 9).



Nota: per gli anni 2004 2005 2006 e 2007 si tratta di erogazioni bilaterali & contributi al GF; mentre per il 2008 i dati UNAIDS/KFF non includono il GF e quindi non sono comparabili con i precedenti anni.

Nella graduatoria degli impegni finanziari nella lotta all'AIDS di ciascun Paese, in rapporto al proprio PIL, per il periodo 2004-2008 l'Italia ricopre posizioni sempre molto basse: non sono infatti mai stati stanziati più di 50 dollari per ogni milione di dollari di PIL in alcuni anni - in corrispondenza ai mancati versamenti al Fondo Globale – si è scesi anche a meno di 10 dollari (Tab.7).

Tabella 7: US\$ stanziati da ogni Paese per la lotta all'AIDS per ogni milione di US\$ di PIL
(Elaborazione dati Actionaid su fonte UNAIDS/KFF)

PAESE	ANNO				
	2004	2005	2006	2007	2008*
Stati Uniti	137	163,2	120,0	144,0	242,5
Regno Unito	274	303,9	328,6	355,2	332,9
Olanda			521,2	494,9	496,1
Germania	46,0	59,6	59,7	66,8	78,3
Norvegia					226,4
Svezia			461,6	447,1	180,2
Australia				82,7	84,4
Irlanda			408,2	421,0	328,5
Francia	69,0	62,8	92,7	117,4	23,3
Canada	194	224,9	49,7	72,4	38,9
Giappone	33,0	30,5	24,4	21,8	4,3
Italia	8,0	39,9	4,1	49,7	3,8

Nota: i calcoli UNAIDS/KFF indicano per gli anni 2008, 2007 e 2006 il "Disbursements for AIDS per US\$1 Million GDP"; mentre per gli anni 2005 e 2004 si riferiscono a "HIV/AIDS Commitment per US\$1 Million, Gross National Income (GNI)".
* Per gli anni 2004 2005 2006 e 2007 si tratta di erogazioni bilaterali & contributi al GF; mentre per il 2008 i dati UNAIDS/KFF non includono il GF e quindi non sono comparabili con i precedenti anni.

In conclusione, a prescindere dai ritardi nell'erogazione dei contributi, la terza posizione occupata dall'Italia tra i donatori del Fondo Globale non rispecchia l'impegno del nostro Paese nella lotta all'AIDS. Il Fondo Globale, pure essendo tra i principali finanziatori della lotta all'AIDS, nel periodo 2003-2007 ha contribuito – sul totale dei finanziamenti internazionali – solo fra l'8% e il 23%. Inoltre è significativo che due Paesi tra i primi cinque donatori del GFATM, Italia e Giappone, che occupano rispettivamente il terzo e il quarto posto, contribuiscono invece con percentuali bassissime sul totale delle risorse per la lotta all'AIDS a livello globale e vengono superati anche da Paesi che non fanno parte del G8, come Olanda, Svezia e Irlanda. Da un lato la spiegazione potrebbe trovarsi nella priorità data alla lotta all'AIDS da questi Paesi, ma di certo quello che influisce in maniera significativa è la bassa percentuale del rapporto APS/Pil di Paesi come l'Italia³⁹.

³⁹ In termini di rapporto APS/PIL infatti, l'Italia nel 2007 occupava la quartultima posizione fra tutti i donatori OCSE, con un valore dello 0,19%; nel 2008, il rapporto APS/PIL è salito allo 0,22%, ma rimane ancora basso e relegherebbe comunque l'Italia al penultimo posto nell'Europa dei 15. Per maggiori approfondimenti, confronta il Rapporto di ActionAid del Maggio 2009 "L'Italia e la lotta alla povertà nel mondo – dare credito alla ripresa".

ActionAid, sulla base delle analisi delle problematiche che stanno emergendo in tema di lotta all'AIDS e sulla base dell'analisi dell'impegno italiano nella salute globale e nella lotta all'AIDS, auspica che la cooperazione italiana persegua nei prossimi anni le linee strategiche delineate nei recenti documenti programmatici.

In particolare Actionaid raccomanda al Governo Italiano di:

1. Elaborare un documento sintetico che illustri la strategia italiana in tema di lotta all'HIV/AIDS e l'impegno finanziario italiano e che consenta di identificare le risorse destinate per area geografica e Paese, tipo di intervento e gruppi di beneficiari.
2. Approvare in Consiglio dei Ministri il "Piano per il riallineamento Europeo dell'aiuto italiano" che punti a centrare lo 0,7% del PIL nel 2015 in modo che il contributo italiano alla lotta all'AIDS possa salire fino a livelli commisurati al peso economico del nostro Paese;
3. Incrementare gli stanziamenti bilaterali, in particolare per quanto concerne il settore sanitario e la lotta all'AIDS, in modo da allinearsi alla media dei Paesi DAC e poter avere un ruolo più attivo nelle azioni sui Paesi di intervento;
4. Rinnovare il proprio impegno finanziario nei confronti del Fondo Globale per la Lotta all'AIDS, Tubercolosi e Malaria e, contemporaneamente, aumentare gli stanziamenti bilaterali per la lotta all'AIDS per continuare a promuovere iniziative bilaterali di sostegno e rafforzamento ai sistemi sanitari e di formazione di personale medico e sanitario;
5. Impegnarsi nel fornire assistenza attiva a programmi di formazione di personale sanitario (in particolare alla formazione di quadri sanitari in grado di garantire una buona aderenza ai trattamenti ART);
6. Aumentare gli stanziamenti destinati al settore sanitario nei Paesi dell'Africa sub-sahariana in modo da raggiungere il 50% sul totale;
7. Predisporre uno strumento legislativo ad hoc che renda certo e prevedibile l'impegno di 4 miliardi di dollari (3,2 miliardi di euro) in dieci anni per la lotta ad AIDS, tubercolosi e malaria e per il rafforzamento dei sistemi sanitari quale contributo ai 60 miliardi di dollari promessi dai Paesi G8 ad Heiligendamm nel 2007;
8. Presentare un decreto legge per l'autorizzazione alla partecipazione italiana a Banche e Fondi di sviluppo, incluso il Fondo Globale per la lotta all'AIDS, Tubercolosi e Malaria, del valore di 2,6 miliardi di dollari per garantirne la massima azione durante la crisi.

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 Tevere 20
00198 Roma - Italy
Tel. + 39 06 57250150
Fax + 39 06 5780485

Partita IVA
12704570154
Codice Fiscale
09686720153

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