



Sven Torinn/Paros Pictures/ActonaId

.....
**La salute globale e la lotta all'AIDS.
Quale credibilità per l'Italia?**

Ogni Promessa è Debito 2011



Indice

Sintesi	2
Fonti dei dati e metodologia utilizzata	6
01 L'aiuto pubblico allo sviluppo italiano in confronto con altri Paesi donatori	7
02 L' APS sanitario italiano	12
2.1 L'andamento dell'APS sanitario italiano e per la lotta all'HIV/AIDS nel periodo 2007-2009	13
2.2 La ripartizione per canali dell'APS sanitario	17
Box 1: GAVI, AMC e IFFiM	19
2.3 Il gap italiano per la salute globale e la lotta all'AIDS	23
Box 2: Gli impegni italiani (disattesi) per la salute globale degli ultimi anni	25
2.4 Ripartizione geografica dell'APS sanitario bilaterale	27
Box 3: La cooperazione sanitaria italiana in Etiopia	30
Conclusioni e raccomandazioni	32

Trent'anni di lotta contro il virus dell'HIV

Sono passati trent'anni da quando il primo caso di AIDS è stato diagnosticato. In quest'arco di tempo, lo studio e la ricerca medica hanno tracciato il passaggio dagli "anni bui" dell'era pre-antiretrovirali (1981-1987), quando il periodo medio di sopravvivenza di un malato di AIDS era di circa 6-8 mesi, agli anni della speranza (1987-1996) durante i quali emerge l'evidenza scientifica dell'efficacia dei farmaci. Oggi, grazie allo sviluppo della ricerca e agli investimenti fatti, l'aspettativa di vita di un paziente HIV asintomatico - diagnosticato e opportunamente trattato - raggiunge quella di individui non infetti¹.

In questi trent'anni, la lotta all'AIDS è uscita dai confini strettamente medici ed è stata inserita nell'agenda politica. Nel 2000 la Dichiarazione del Millennio delle Nazioni Unite firmata dai 191 stati membri dell'ONU ha indicato come sesto obiettivo quello di combattere l'HIV/AIDS, la malaria e altre malattie. Nel 2001 Capi di Stato e rappresentanti di governo si sono riuniti in una Sessione Speciale dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite dedicata all'HIV/AIDS e hanno redatto la prima "Dichiarazione d'Impegno sull'HIV/AIDS" nella quale sono stati individuati obiettivi e azioni da attuare al fine di debellare o, quantomeno, invertire il trend di diffusione della pandemia². Nel 2006, sempre presso le Nazioni Unite, sono stati analizzati i progressi raggiunti rispetto agli impegni presi cinque anni prima ed è stata elaborata la "Dichiarazione Politica sull'HIV/AIDS", con l'obiettivo di raggiungere l'accesso universale a prevenzione, trattamento e cura entro il 2010³.

A fine 2010 i sieropositivi nel mondo erano oltre 34 milioni. Di questi, secondo le nuove linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, almeno 14-15 milioni hanno iniziato o stanno iniziando a sviluppare la malattia⁴ e necessitano l'assunzione di farmaci antiretrovirali. È a questo insieme circoscritto di persone – non al numero globale di sieropositivi – che si fa riferimento quando si parla di accesso universale alle cure. Secondo UNAIDS⁵, alla fine del 2010 circa 6,6 milioni di persone nei Paesi a basso e medio reddito ricevevano la terapia: si tratta di 1,35 milioni di persone in più rispetto al 2009, pari a una crescita nell'accesso ai trattamenti e alle cure di circa ventidue volte tra il 2001 e il 2010. Allo stesso tempo, le nuove infezioni annuali sono calate del 21% nel periodo 1997-2010 e il numero annuale di morti causate dall'AIDS è diminuito del 21% dal 2005 ad oggi.

Questi risultati sono la conseguenza di un incremento di dieci volte degli investimenti annui per la risposta alla pandemia, da 1,6 a 15,9 miliardi di dollari tra il 2001 e il 2009. Eppure, con ancora quasi 8 milioni di persone che non ricevono nessuna terapia, l'obiettivo dell'accesso universale alla prevenzione, al trattamento e alla cura entro il 2010 rimane un traguardo lontano.

1 A. Fauci, "30 years of HIV/AIDS: a scientific journey and a look to the future", IAS 2011
2 United Nation General Assembly Special Session on HIV/AIDS, "Declaration of Commitment on HIV/AIDS", 25-27 June 2001 (http://data.unaids.org/publications/irc-pub03/aidsdeclaration_en.pdf)

3 United Nations General Assembly, "Political Declaration on HIV/AIDS," 15th June 2006 (http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060615_HLM_PoliticalDeclaration_ARES60262_en.pdf)

4 World Health Organization "Antiretroviral Therapy for HIV Infection in Adults and Adolescents - Recommendations for a public health approach, 2010 revision". Mentre le linee guida del 2006 raccomandavano l'inizio della terapia esclusivamente ai pazienti in stato di malattia avanzata e/o quando la conta dei linfociti CD4 (misurazione della capacità del sistema immunitario di reagire alle malattie) è pari o inferiore a 200 cellule/mm3, le nuove linee guida del 2010 raccomandano il trattamento precoce del paziente già quando il valore dei CD4 scende a 350 cellule/mm3 o meno, a prescindere dei sintomi, ma soprattutto prima che il paziente si ammali o sviluppi la prima infezione opportunistica. In pratica, il passaggio dalle linee guida del 2006 a quelle del 2010 ha significato un incremento del numero delle persone ammissibili al trattamento antiretrovirale da 10 milioni a 15 milioni.

5 UNAIDS, "World AIDS Day report 2011 - How to get to zero: Faster. Smarter. Better.", http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_en.pdf; UNAIDS, "AIDS at 30 - Nations at the crossroads" http://www.unaids.org/unaids_resources/aidsat30/aids-at-30.pdf

Nel giugno 2011, in occasione del Vertice delle Nazioni Unite di New York per la lotta all'AIDS, i Paesi membri hanno sottoscritto una nuova "Dichiarazione Politica" nella quale si sono impegnati ad incrementare ulteriormente gli sforzi per garantire l'accesso alla terapia a 15 milioni di persone sieropositive entro il 2015, dimezzare la trasmissione sessuale dell'HIV e quella fra coloro che fanno uso di droghe e garantire che nessun bambino nasca sieropositivo nei prossimi quattro anni⁶.

Secondo le stime UNAIDS, dal punto di vista finanziario questo si dovrebbe tradurre in un incremento negli investimenti tale da raggiungere entro il 2015 almeno 25 miliardi di dollari l'anno. Per i Paesi donatori si tratterebbe di un costo aggiuntivo di almeno 6 miliardi di dollari l'anno; un impegno che assume una particolare importanza in un periodo che ha visto, dopo anni di costante crescita nei finanziamenti, un'improvvisa battuta di arresto⁷.

Nel luglio 2011, durante la sesta "Conferenza internazionale su HIV, patogenesi, trattamento e prevenzione" organizzata dalla International AIDS Society a Roma, sono stati presentati i risultati di studi⁸ che dimostrano come il trattamento antiretrovirale riduca del 96% la probabilità di trasmissione del virus in una coppia eterosessuale discordante⁹. Il trattamento, di conseguenza, diventa uno strumento fondamentale per il controllo, la prevenzione e la riduzione della diffusione del virus. Era dai tempi della Conferenza di Vancouver, durante la quale gli antiretrovirali erano stati dichiarati efficaci, che non ci si trovava davanti a un simile momento cruciale nella storia della lotta all'HIV/AIDS. Tuttavia, l'idea di "trattamento come prevenzione" implica la necessità di incrementare ulteriormente il numero di persone da mettere in cura. Sebbene non siano ancora disponibili stime finanziarie a proposito, questa nuova evidenza scientifica può certamente essere usata per convincere governi e istituzioni a investire maggiormente nell'accesso ai trattamenti¹⁰.

Investire nei trattamenti, però, non basta. Come già evidenziato nelle edizioni precedenti di "Ogni promessa è debito", qualsiasi sforzo destinato a incrementare, mantenere e migliorare l'accesso alle cure si scontra con la scarsa qualità dei sistemi sanitari dei Paesi del Sud del mondo e con la carenza di personale sanitario qualificato. In alcuni casi, sono proprio i programmi di aiuto verticale alla lotta all'AIDS a contribuire all'indebolimento di sistemi sanitari già fragili, drenando risorse umane, infrastrutturali ed economiche. Per una corretta risposta alla pandemia, le stime finanziarie devono quindi tenere in considerazione anche questi fattori.

6 United Nations General Assembly, "Political Declaration on HIV/AIDS: Intensifying our Efforts to Eliminate HIV/AIDS", 8 June 2011, http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/65/L.77

7 In particolare, i finanziamenti per la lotta all'AIDS da parte dei governi donatori, dopo un decennio di costante crescita, si sono stabilizzati nel 2009 e poi diminuiti di circa il 10% nel 2010 (UNAIDS/Kaiser Family Foundation, Financing the Response to AIDS in Low- and Middle- Income Countries: International Assistance from Donor Governments in 2010, August 2011 http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/08/20110816_Report_Financing_the_Response_to_AIDS.pdf).

8 Cfr ad es. Myron Cohen et al., "Antiretroviral treatment to prevent the sexual transmission of HIV-1: results from the HPTN 052 multinational randomized controlled trial".

9 Si tratta di coppie nelle quali solo uno dei due partner è sieropositivo. Ma come ha sottolineato A. Fauci alla conferenza IAS di Roma, ogni persona sieropositiva che ha un rapporto sessuale con una persona sieronegativa forma una coppia discordante!

10 IAS community statement <http://www.forumhiv aids.it/?p=936>

Il ruolo dell'Italia nella lotta all'AIDS e per la salute globale

L'aiuto pubblico allo sviluppo italiano non ha mai raggiunto i livelli stabiliti dalla comunità internazionale necessari al pieno conseguimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio. La già scarsa performance italiana è peggiorata nel 2009 quando i drastici tagli ai finanziamenti hanno avuto ripercussioni importanti sul rapporto tra Aiuto Pubblico allo Sviluppo (APS) e PIL. Dal 2009, il rapporto APS/PIL, invece di avvicinarsi all'obiettivo dello 0,51% fissato a livello europeo per il 2010 (e dello 0,7% entro il 2015), ha iniziato una decrescita che lo ha portato allo 0,14% (al netto del debito) l'anno seguente. Una percentuale molto ridotta che ci ha collocati in terzultima posizione fra tutti i Paesi DAC, davanti solo a Grecia e Corea del Sud. Nel 2010, con un APS reale¹¹ equivalente a poco più di 2,8 miliardi di dollari - quasi quattro volte inferiore al valore che avrebbe dovuto raggiungere per essere in linea con i parametri internazionali - il nostro Paese è stato responsabile per il 38% del fallimento dell'Unione europea nel raggiungere l'obiettivo di destinare lo 0,56% del PIL in APS.

L'andamento dell'APS italiano destinato alla salute è in linea con quello dell'aiuto pubblico allo sviluppo: crescita, seppur lenta, fino al 2008 e successivi drastici tagli. Tra il 2008 e il 2009, la riduzione dell'APS sanitario è stata del 44% (circa 287 milioni di dollari), con un rapporto APS sanitario/PIL che, invece di avvicinarsi alle percentuali raccomandate a livello internazionale (0,1% del PIL in APS sanitario), è sceso in un solo anno dallo 0,029% allo 0,017%. La causa principale della contrazione del 2009 è da attribuirsi al mancato pagamento del contributo annuale al Fondo Globale per la lotta contro l'Aids, Tubercolosi e Malaria, che fino al 2008 aveva veicolato la maggior parte del nostro APS sanitario. Le stime su dati non ancora ufficiali indicano che, nel 2010, l'Italia ha raggiunto un volume di APS sanitario di circa 338 milioni di dollari, un valore cinque volte inferiore a quanto il nostro Paese avrebbe dovuto destinare nello stesso anno per contribuire a soddisfare i bisogni sanitari di base nei Paesi a basso reddito. Per il 2011, non avendo l'Italia preso alcun impegno finanziario verso il Fondo Globale per il triennio 2011-13, si prevedono valori altrettanto bassi. Il recente interesse da parte dell'Italia verso nuovi e innovativi strumenti di finanziamento per la salute globale - quali l'Advanced Market Commitment per lo sviluppo di nuovi vaccini e l'International Finance Facility for Immunisation per attività di immunizzazione e rafforzamento dei sistemi sanitari - non è stato comunque sufficiente a evitare un simile andamento negativo.

La performance negativa italiana è ancora più evidente se si guarda l'APS specifico per la lotta all'HIV che, in mancanza dei pagamenti al Fondo Globale, è diventato quasi nullo con un taglio, tra 2008 e 2009, del 71%. Le stime indicano che, nel 2010, il contributo finanziario dell'Italia non rappresenta nemmeno un decimo di quanto il nostro Paese avrebbe dovuto versare nello stesso anno per contribuire al raggiungimento dell'accesso universale alle cure. È di questi giorni la notizia che il Fondo Globale, a causa dei tagli nei finanziamenti da parte dei Paesi donatori - l'Italia fra tutti - non potrà finanziare nuove attività nei prossimi anni. Pertanto - per quanto concerne la lotta all'AIDS - il Fondo riuscirà solamente a garantire medicinali alle persone già in cura, ma non potrà compiere nessuna espansione al trattamento per l'HIV. Le promesse mancate dell'Italia avranno quindi pesanti ripercussioni negli anni a venire¹². È chiaro quindi come, a meno di un drastico e immediato cambio di rotta, sia praticamente impossibile immaginare un qualsiasi ruolo dell'Italia

¹¹ Per la definizione di APS reale adottata in questo rapporto si rimanda alla nota metodologica più avanti a pag 6

¹² http://www.theglobalfund.org/en/mediacenter/pressreleases/2011-11-23_The_Global_Fund_adopts_new_strategy_to_save_10_million_lives_by_2016/

nell'ambito della lotta contro l'HIV/AIDS.

Per mettere in atto questo cambio di rotta, ActionAid desidera raccomandare al Governo italiano di:

1. invertire rapidamente l'andamento negativo dell'Aiuto Pubblico allo Sviluppo italiano e puntare a raggiungere entro il 2014 una soglia di credibilità pari allo 0,28% sul PIL per l'APS e allo 0,037% per l'APS sanitario;
2. elaborare un piano di rientro per i contributi non ancora versati al Fondo Globale (circa 260 milioni di euro) e rinnovare l'impegno finanziario per il triennio 2011-2013, riacquistando così un ruolo di influenza nei processi decisionali dei meccanismi di finanziamento;
3. incrementare gli sforzi bilaterali per la salute nei Paesi prioritari per la cooperazione allo sviluppo italiana, al fine di mantenere viva l'*expertise* della nostra cooperazione sanitaria;
4. sostenere l'applicazione – a livello di eurozona o globale - di una Tassa sulle Transazioni finanziarie (TTF), destinando almeno un quarto del suo gettito al raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio.

Fonti dei dati e metodologia utilizzata

La metodologia per il calcolo dell'APS e dell'APS sanitario adottata nel presente rapporto differisce leggermente da quella adottata nelle precedenti edizioni in quanto allineata a quella utilizzata dal network Action for Global Health (AfGH) – di cui ActionAid Italia fa parte. AfGH conduce dal 2010 un'analisi dell'APS sanitario delle cinque maggiori economie europee, relativa al periodo 2007-2009, i cui risultati sono stati pubblicati nell'aprile del 2011 in appendice al Rapporto "Efficacia degli aiuti per la salute. Verso il 4° Forum di Alto livello, Busan 2011: Rendere più efficaci gli aiuti per la salute". I risultati di una più dettagliata analisi, estesa a tutti i paesi donatori europei, saranno resi pubblici per la fine del 2011. I dati riguardanti l'Italia, pubblicati in questo rapporto, sono pertanto perfettamente comparabili a quelli degli altri paesi donatori europei analizzati da AfGH. Il periodo temporale di analisi è dunque limitato agli anni 2007-2009 e dove disponibile 2010, proprio per rendere comparabile i dati italiani a quelli europei che verranno pubblicati da AfGH a breve.

DEFINIZIONE DELL'APS

In questo rapporto viene considerato APS reale esclusivamente la somma delle risorse realmente erogate a un determinato paese beneficiario o agenzia multilaterale. Si tratta pertanto dei dati ufficiali dell'OECD al netto della conversione del debito, dei costi per studenti e rifugiati nel paese donatore e dei costi amministrativi. Dove segnalato, vengono sottratti anche i prestiti (loan, trasferimenti per i quali è richiesto un rimborso). Questo permette una effettiva comparazione fra gli sforzi di un donatore e i reali bisogni di un paese beneficiario e quindi il calcolo dell'effettivo gap finanziario per raggiungere un determinato obiettivo.

FONTI DEI DATI

Il database Creditor Reporting System dell'OECD (<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CRSNEW>), costituisce la fonte principale di informazioni. Il database riporta gli impegni (*commitment*) e gli esborsi (*disbursement*) dei vari Paesi donatori aggiornati fino al 2010 per quanto concerne l'APS generale e consente di analizzare verso quali Paesi beneficiari e verso quale specifico settore di intervento è andato l'aiuto. Il disaggregato per settori è però disponibile solo fino al 2009. Le attività sanitarie sono incluse principalmente in due settori: il settore *Health* (il cui codice DAC è 120) a sua volta diviso nei sotto-settori *Health general* (codice DAC 121) e *Basic health* (codice DAC 122); e il settore *Population Policies/Programmes and Reproductive Health* (codice DAC 130). Entrambi i settori sono poi a loro volta suddivisi in codici (*purpose code*). Idealmente, questo sistema di classificazione dovrebbe permettere l'identificazione di tutti i progetti e programmi sanitari e quindi una comparazione fra le erogazioni e la stima delle risorse necessarie per il raggiungimento di un determinato obiettivo. Esistono tuttavia alcune limitazioni delle quali abbiamo dovuto tenere conto. In primo luogo, alcune delle attività classificate con i codici (*purpose code*) 12240 (*Basic nutrition*) e 13010 (*Population policy and administrative management*) non rientrano nella stima dei bisogni sanitari fatta dal Millennium Project delle Nazioni Unite. In particolare, il Millennium Project considera come sanitarie quelle attività di nutrizione di base erogate esclusivamente da servizi sanitari e pertanto, tutte quelle attività che il database CRS include nel *purpose code* 12240 *Basic nutrition* ma che non sono erogate da servizi sanitari sono state da noi escluse (pasti scolastici, sicurezza alimentare a livello di household ecc.). Similmente, sono state escluse nel nostro conteggio quelle attività incluse nel *purpose code* 13010 che però si riferiscono a censimento della popolazione, registrazione delle nascite, ricerche demografiche e sulle migrazioni che, chiaramente, non possono venir considerate come sanitarie. Per contro, invece, sono state incluse nel nostro conteggio quelle attività di mitigazione sociale dell'HIV/AIDS (*purpose code* 16064), registrate nel settore non sanitario *Other Social Infrastructure and Services* (codice DAC 160) ma considerate essenziali (assistenza a orfani di genitori morti a causa dell'AIDS e a sieropositivi) da UNAIDS per la risposta alla pandemia. Infine, nel nostro conteggio sono state incluse anche quelle attività di educazione e prevenzione HIV nelle scuole incluse nel settore *Education* (codice DAC 110). L'inclusione di attività sanitarie incluse in questi due ultimi settori è stata compiuta tramite ricerca per parole chiave.

All'ostessomodo, il DAC statistics database dell'OECD (<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=TABLE2A>), consente di identificare i contributi delle maggiori istituzioni multilaterali impegnate in campo sanitario. In particolare, il primo (DAC1) mostra i differenti tipi di transazioni, incluso conversione del debito e altri flussi finanziari che abbiamo escluso per arrivare a una reale quantificazione dell'APS.

Sono stati poi analizzati i Rapporti Annuali di tutte quelle organizzazioni multilaterali che hanno specifiche attività nel settore sanitario (UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF, WHO), i Rapporti Annuali della Commissione Europea e il sito del Fondo Globale per la lotta a AIDS, Tubercolosi e Malaria, in particolare la sezione dedicata a Pledge & Contributions <http://www.theglobalfund.org/en/>.

PASSI PROCEDURALI

Il calcolo dell'APS bilaterale è basato sui dati contenuti nel database CRS come indicato sopra.

Il calcolo dell'APS multilaterale è invece effettuato in tre passi: innanzitutto viene calcolato il contributo italiano e degli altri Paesi donatori a ogni specifica istituzione (tramite il Rapporto Annuale della stessa istituzione o il database DAC statistics); viene poi calcolata la percentuale che l'istituzione destina a interventi sanitari sul totale delle erogazioni della stessa; infine il contributo del paese donatore all'organizzazione multilaterale viene moltiplicato per la percentuale allocata dall'organizzazione a interventi specificamente sanitari. In questo modo si ottiene la quantità di fondi che il paese donatore ha investito per la salute tramite questo specifico meccanismo finanziario.

1

L'aiuto pubblico allo sviluppo italiano a confronto con gli altri Paesi donatori

Prima di addentrarci in un'analisi dettagliata dell'APS italiano per la salute globale è necessario analizzare l'andamento dell'APS più generale, confrontandolo con quello degli altri Paesi donatori¹³.

Prendendo in considerazione l'APS reale italiano, nel periodo 2007-2010 emerge che il nostro Paese ha erogato circa 13 miliardi di dollari, con un andamento positivo e di crescita tra 2007 e 2008 (da 3,3 miliardi annui a 3,8 miliardi), trasformatosi in negativo nel periodo immediatamente successivo (3 miliardi di dollari nel 2009, contrattisi ulteriormente a 2,8 miliardi nel 2010, vedi TAB. 1)¹⁴.

È importante sottolineare che, già a partire dal 2009, l'andamento negativo fatto registrare dall'Italia si colloca temporalmente in una finestra antecedente la crisi economica mondiale. Nel periodo 2007-10, l'Italia è stata, in termini assoluti, l'undicesimo donatore fra i Paesi membri DAC, con uno *share* medio sul totale dei Paesi DAC pari al 3,2%.

È interessante notare che, nello stesso periodo, la percentuale dell'APS italiano sul totale dell'APS di tutti i Paesi DAC è sceso dal 3,8% nel biennio 2007-2008 al 2,9% nel 2009 arrivando al 2,5% nel 2010 (vedi TAB. 2). Anche il PIL italiano nel 2009 e nel 2010, rispetto al 2008, è sceso e lo stesso vale per la percentuale del PIL italiano sul PIL di tutti i Paesi DAC. Tuttavia, i tagli che nello stesso periodo ha subito l'APS sono stati maggiori rispetto al calo del PIL e della percentuale di PIL italiano sui Paesi DAC.

L'Italia non ha mai raggiunto valori di APS adeguati al proprio peso economico: il nostro APS, anche nel 2008, è stato pari solamente al 3,79% dell'APS di tutti i donatori DAC, a fronte di una percentuale del nostro PIL su quello di tutti i Paesi DAC del 5,5%. Inoltre, il calo dell'APS dal 2009 in poi è stato, in percentuale, superiore al calo del nostro PIL su quello di tutti i donatori DAC, segno che i tagli non riflettono semplicemente l'andamento dell'economia italiana ma una specifica volontà politica che potrebbe utilizzare la crisi finanziaria come pretesto per un ulteriore taglio delle risorse (vedi GRAF. 1).

Di conseguenza, a partire dal 2008, il rapporto APS/PIL italiano, invece di avvicinarsi, si è progressivamente allontanato dai target quantitativi fissati dall'Unione europea per raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (0,7% APS/PIL nel 2015 con un target di medio periodo pari allo 0,51% nel 2010). Con un rapporto dell'APS reale al netto del debito sul PIL, che nel 2010 è sceso allo 0,14%, il gap dell'APS italiano in percentuale sul PIL rispetto al target 2010 è dello 0,37% , cioè circa 7,5 miliardi di dollari¹⁵.

Ad oggi, solamente Lussemburgo, Norvegia (che non è paese membro dell'Unione europea e quindi non vincolato al target 2010), Svezia, Danimarca, Olanda e Regno Unito hanno raggiunto il traguardo fissato per il 2010. Si comportano peggio dell'Italia solo Grecia e Corea del Sud

¹³ Si tratta di un aggiornamento al 2010 dei dati già presentati nel rapporto "Efficacia degli aiuti per la salute – verso il 4° Forum di Alto Livello, Busan 2011: rendere più efficaci gli aiuti per la salute" del network Action for Global Health (AfGH) di cui Actionaid fa parte ed è responsabile appunto del lavoro di analisi dell'APS. Oltre ad aggiornare i dati al 2010 l'analisi si è arricchita con i dati concernenti tutti i donatori europei appartenenti all' OECD DAC (EC 15: Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Paesi Bassi, Portogallo, Spagna, Svezia, Regno Unito) e quelli di Svizzera e Norvegia oltre ai dati concernenti gli altri donatori DAC non europei. (Per la metodologia di calcolo utilizzata v. box metodologia).

¹⁴ Si tratta di valori correnti, al netto del debito, come specificato nella nota metodologica.

¹⁵ Cfr. anche EU Accountability Report 2011 on Financing for Development - Review of progress of the EU and its Member States (http://ec.europa.eu/europeaid/how/accountability/eu-annual-accountability-reports/index_en.htm), pag. 28. In questo documento si considera il rapporto dell'APS ufficiale (e quindi incluso il debito) sul PIL pari allo 0,15%, e di un gap in percentuale sul PIL dello 0,36%, pari a 5,4 miliardi di euro. Nonostante la differente metodologia nel calcolare l'APS (al netto o meno del debito) il gap italiano in milioni di dollari è molto simile.

TABELLA 1

l'APS reale dei Paesi donatori 2007-10 in milioni di US\$ (valori correnti), esborsi (elaborazione AfGH e AA Italia su dati OECD)

DONOR	APS reale, esborsi netti (milioni di US\$)					TOT 07-10	share
	2007	2008	2009	2010			
Stati Uniti	20.108,38	24.388,22	26.559,75	27.444,66	98.501,01	24,0%	
Regno Unito	9.233,64	10.487,59	10.831,48	13.169,90	43.722,61	10,7%	
Germania	8.226,67	10.118,56	10.714,52	11.297,98	40.357,73	9,9%	
Francia	6.447,96	8.224,86	9.444,73	9.455,00	33.572,55	8,2%	
Giappone	5.447,83	6.953,04	9.601,97	10.292,24	32.295,08	7,9%	
Paesi Bassi	5.440,55	6.298,32	5.713,05	5.205,55	22.657,47	5,5%	
Spagna	4.689,55	6.240,11	6.218,38	5.244,91	22.392,95	5,5%	
Svezia	3.793,08	4.131,48	4.001,52	3.985,57	15.911,65	3,9%	
Canada	3.515,75	4.061,33	3.330,38	4.391,92	15.299,38	3,7%	
Norvegia	3.408,14	3.611,71	3.450,69	3.911,62	14.382,16	3,5%	
Italia	3.317,29	3.900,66	3.063,84	2.842,70	13.124,49	3,2%	
Australia	2.286,23	2.596,91	2.648,39	3.665,36	11.196,89	2,7%	
Danimarca	2.266,53	2.520,27	2.525,63	2.571,23	9.883,66	2,4%	
Belgio	1.590,23	2.090,55	2.272,99	2.226,14	8.179,91	2,0%	
Svizzera	1.358,37	1.534,96	1.643,96	1.741,74	6.279,03	1,5%	
Finlandia	917,98	1.062,81	1.168,82	1.221,94	4.371,55	1,1%	
Irlanda	1.146,03	1.272,10	957,60	851,51	4.227,24	1,0%	
Corea del Sud	663,07	760,50	788,28	1.134,63	3.346,48	0,8%	
Austria	711,70	798,85	914,59	885,01	3.310,15	0,8%	
Portogallo	419,77	565,46	485,10	590,33	2.060,66	0,5%	
Grecia	425,04	577,73	489,69	391,20	1.883,66	0,5%	
Lussemburgo	358,91	394,11	395,02	378,98	1.527,02	0,4%	
Nuova Zelanda	286,71	312,57	275,84	305,01	1.180,13	0,3%	
Paesi DAC, Totale	86.059,41	102.902,70	107.496,22	113.205,12	409.663,45	100,0%	
Paesi DAC EU, Totale	53.751,44	63.830,13	64.291,61	65.971,30	247.844,48	60,5%	
Paesi non DAC EU, Totale	32.307,97	39.072,57	43.204,61	47.233,82	161.818,97	39,5%	
Share DAC EU	62,5%	62,0%	59,8%	58,3%			
Share non DAC EU	37,5%	38,0%	40,2%	41,7%			

TABELLA 2

APS Italiano in percentuale sul totale dei donatori DAC e in valori assoluti (milioni di dollari) nel periodo 2007-10 e PIL italiano in percentuale sul PIL di tutti i Paesi DAC e in valori assoluti milioni di dollari (elaborazione AA Italia e AfGH su dati OECD)

	2007	2008	2009	2010	Taglio in % fra il 2008 e il 2010
APS Italiano in milioni di US\$	3.317,3	3.900,7	3.063,8	2.842,7	-27,1%
% APS italiano sul totale APS Paesi DAC	3,9%	3,8%	2,9%	2,5%	-34,0%
PIL italiano in milioni di US\$	2090866,5	2232998,7	2081292,3	2023915,2	-9,4%
% PIL italiano sul PIL di tutti i Paesi DAC	5,5%	5,5%	5,4%	5,0%	-9,1%

GRAFICO 1

APS Italiano in percentuale sul totale dei donatori DAC nel periodo 2007-10 e PIL italiano in percentuale sul PIL di tutti i Paesi DAC (elaborazione AA Italia e AfGH su dati OECD)

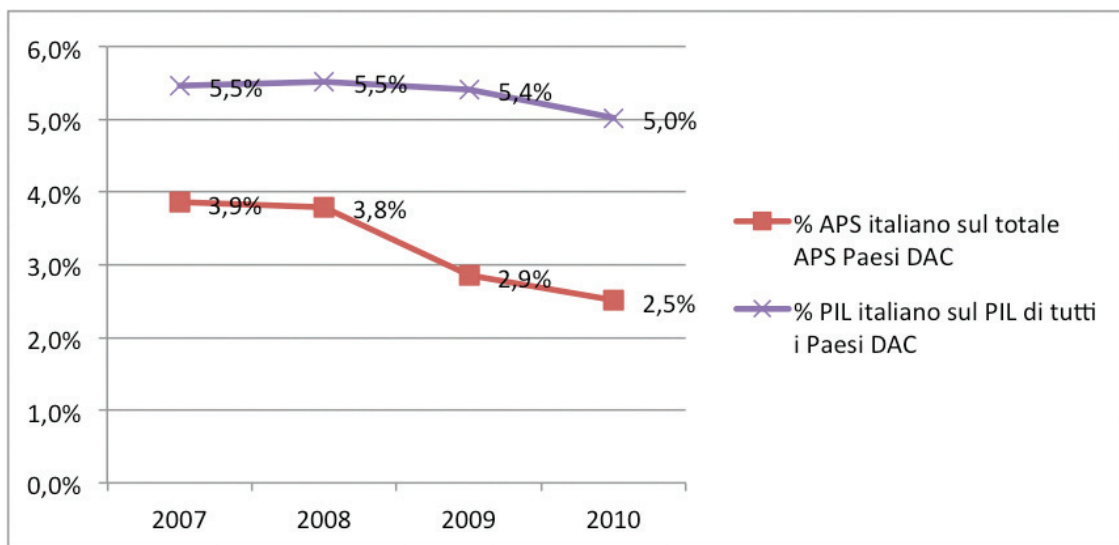
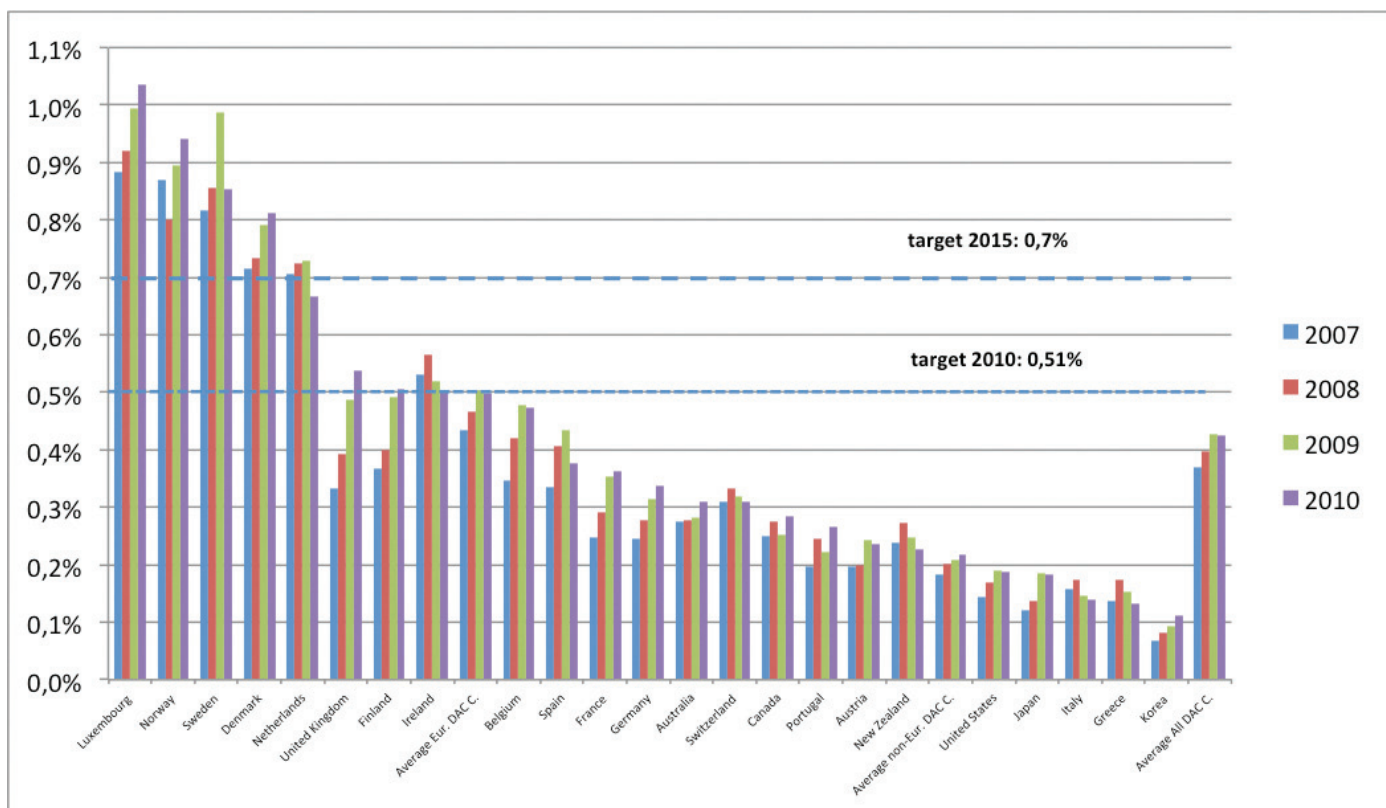


GRAFICO 2

APS reale al netto del debito Paesi DAC in % al PIL anni 2007-2010 (elaborazione AA Italia e AfGH su dati OECD)

APS Italiano reale su PIL: 2007=0,16%; 2008=0,17%; 2009=0,15%; 2010=0,14%



(quest'ultima però entrata fra i donatori solamente nel 2010 e, comunque, non essendo paese europeo, non è vincolata al target). Pertanto, se in termini assoluti gli Stati Uniti si rivelano essere grandi donatori, la loro posizione scende di parecchie posizioni se il valore quantitativo allocato in APS viene rapportato al PIL. In questo caso salgono ai primi posti Lussemburgo e Paesi nordici (vedi GRAF. 2).

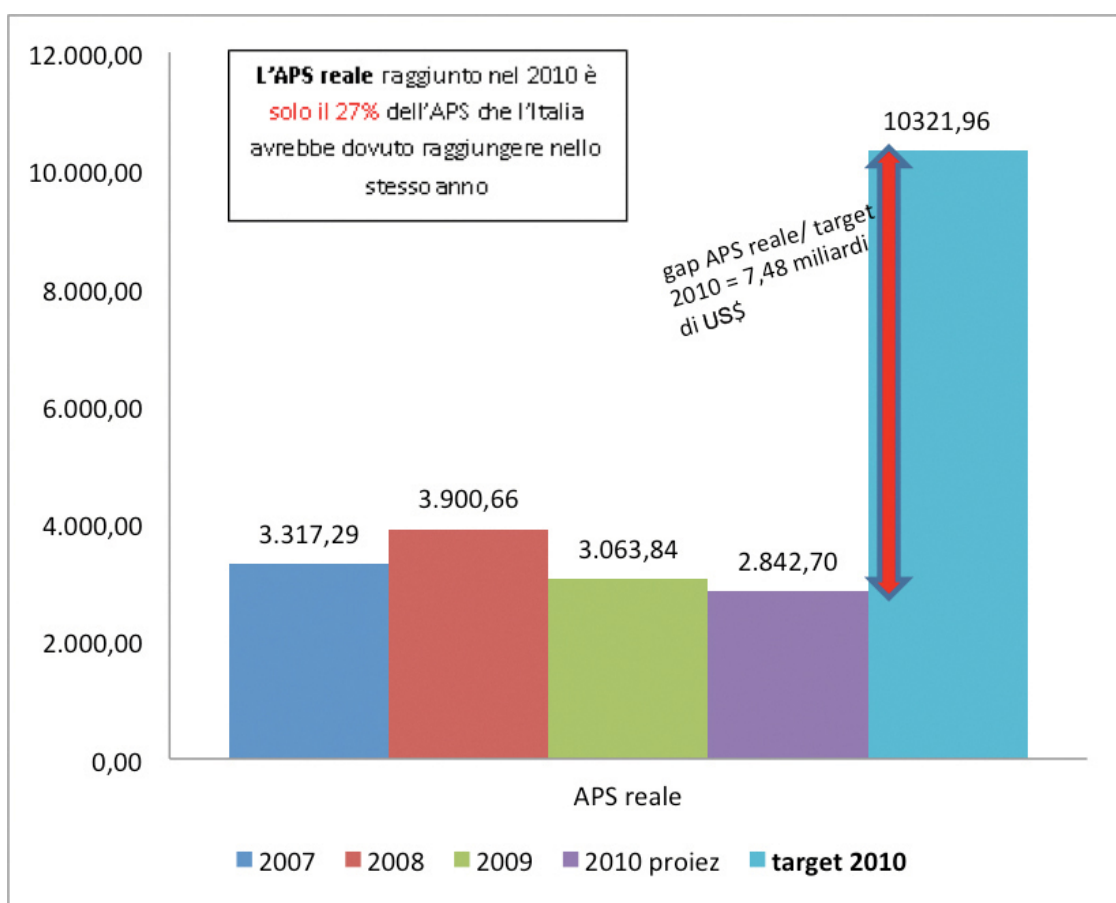
Nel 2010 abbiamo assistito a una contrazione dell'APS reale italiano del 27% sul totale sborsato nel 2008, pari a un taglio in valori assoluti di oltre un miliardo di dollari. Secondo un rapporto dell'Unione europea¹⁶, la performance italiana ha avuto ripercussioni anche sui risultati dell'Unione, che nel 2010 ha mancato l'obiettivo collettivo dello 0,56% per 14 miliardi di euro. Ed è sul nostro Paese che grava la maggiore responsabilità - il 38% - di questo fallimento. Per raggiungere l'obiettivo europeo dello 0,7% entro il 2015, l'aiuto italiano dovrebbe avere un incremento annuo del 114% (circa 2 miliardi di euro in più all'anno)¹⁷ ma un livello quantitativo di partenza così basso

¹⁶ Commission Staff Working Document, "EU Accountability Report on Financing for Development 2011". Per una sintesi della performance italiana vedi soprattutto il rapporto di ActionAid del 2011 "L'Italia e la lotta alla povertà nel mondo" (http://www.actionaid.it/filemanager/cms_actionaid/images/DOWNLOAD/Rapporti_GOVERNANCE/ILAP2011.pdf).

¹⁷ ActionAid, 2011 "L'Italia e la lotta alla povertà nel mondo" (http://www.actionaid.it/filemanager/cms_actionaid/images/DOWNLOAD/Rapporti_GOVERNANCE/ILAP2011.pdf).

GRAFICO 3

APS Italiano in percentuale sul totale dei donatori DAC nel periodo 2007-10 e PIL italiano in percentuale sul PIL di tutti i Paesi DAC (elaborazione AA Italia e AfGH su dati OECD)



rende praticamente impossibile raggiungere l'obiettivo del 2015. A fronte di questo scenario che ha ripercussioni fortemente negative sulla *performance* e sulla credibilità dell'Europa, il Commissario europeo per lo Sviluppo ha fissato un obiettivo minimo per l'Italia, una "soglia di credibilità" pari allo 0,28% del PIL¹⁸.

Con un APS reale nel 2010 pari a 2,8 miliardi di dollari, a fronte di un obiettivo che prevedeva un APS pari a 10,3 miliardi di dollari, possiamo stimare che il divario italiano di 7,5 miliardi di dollari, grava per il 38% sul fallimento collettivo europeo. L'APS reale raggiunto dall'Italia nel 2010 è quindi solamente di poco superiore a un quarto (il 27,5%) dell'APS che il nostro Paese avrebbe dovuto realmente raggiungere (vedi GRAF. 3).

18 Intervista Commissario UE allo sviluppo su Reuters, 6 aprile 2011.



2

L'APS sanitario italiano

Comparando l'andamento dell'APS italiano per la salute con quello degli altri Paesi europei, si conferma quanto detto a proposito dell'APS generale. L'APS sanitario italiano è cresciuto nel 2008 rispetto all'anno precedente (passando da 440 a 650 milioni di dollari), per poi calare drasticamente nel 2009, riducendosi a 362 milioni di dollari (vedi TAB. 3). Il taglio delle risorse fra 2008 e 2009 è stato di 287,7 milioni di dollari che, da soli, costituiscono il 52,6% del taglio totale di tutti i Paesi europei nell'anno 2009 rispetto al 2008. Di conseguenza, la percentuale dell'APS sanitario italiano sul totale di tutti i Paesi europei DAC, passata dal 5,8% del 2007 al 7,5% del 2008, è crollata al 4,5% nel 2009 (vedi TAB. 4).

La prestazione estremamente negativa del nostro Paese diventa ancor più grave se comparata al PIL prodotto: nel 2009 l'Italia è uno fra i Paesi più lontani dal target dello 0,1% del PIL in APS sanitario¹⁹ (vedi GRAF. 4).

19 Commission on Macroeconomics and Health Commission on Macroeconomics and Health. Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development, Report of the Commission on Macroeconomics and Health. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/924154550x.pdf>; UN Millennium Project, 2005 UN Millennium Project. Investing in Development: a Practical Plan to Achieve the MDGs. Report of the UN Millennium Project. <http://www.unmillenniumproject.org/documents/MainReportComplete-lowres.pdf>; More Money for Health and More Health for the Money More Money for Health and More Health for the Money. Report of the Task Force on Innovative International Financing for Health and Development. <http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/IHP%20Update%2013/Taskforce/Johansbourg/Final%20Taskforce%20Report.pdf>.

È stato infatti stimato che per soddisfare i bisogni sanitari di base nei Paesi a basso reddito è necessaria una spesa procapite equivalente (valori aggiornati al 2010) a circa 50-60 US\$ a persona per anno. Considerando che in media le risorse domestiche si aggirano attorno ai 15US\$ l'anno, resta un gap finanziario di circa 40US\$ a persona all'anno, che dovrebbe venir colmato da donatori esterni. Con circa un miliardo di persone nei Paesi a basso reddito che soffrono a causa di questo gap finanziario, il divario appunto fra le risorse disponibili e quelle necessarie si aggira attorno ai 40 miliardi di dollari annui, che equivale circa allo 0,1% del PIL dei Paesi donatori DAC (cfr. Jeffrey Sachs, The MDG decade: looking back and conditional optimism for 2015, The Lancet, Volume 376, Issue 9745, Pages 950 - 951, 18 September 2010).

TABELLA 3

L'APS sanitario italiano in valori assoluti (milioni di US\$) nel contesto dei donatori europei (elaborazione AAI e AfGH su dati OECD)

Donor	APS sanitario reale, esborsi netti (milioni di US\$)					
	2007	2008	2009	tot 2007-9	trend 2007-8	trend 2008-9
Regno Unito	1.775,5	1.632,9	1.738,3	5.146,7	-142,7	105,4
Francia	1.108,8	1.213,7	1.107,1	3.429,6	104,9	-106,6
Germania	826,4	1.119,7	1.058,2	3.004,3	293,3	-61,5
Paesi Bassi	726,8	840,5	768,6	2.335,9	113,7	-71,9
Spagna	444,4	707,5	718,3	1.870,2	263,1	10,8
Svezia	589,1	616,9	537,4	1.743,3	27,8	-79,5
Norvegia	492,5	590,5	596,5	1.679,5	98,0	6,0
Italia	440,2	650,0	362,3	1.452,5	209,7	-287,7*
Belgio	234,9	265,5	264,9	765,3	30,6	-0,6
Danimarca	217,9	249,0	289,2	756,1	31,2	40,2
Irlanda	279,6	277,8	190,2	747,7	-1,8	-87,6
Svizzera	106,8	133,9	144,3	385,0	27,1	10,4
Finlandia	106,2	128,4	123,4	358,0	22,2	-4,9
Lussemburgo	62,4	86,7	73,9	223,1	24,3	-12,8
Austria	56,4	64,6	64,3	185,4	8,2	-0,3
Grecia	55,5	45,2	44,3	145,0	-10,4	-0,8
Portogallo	39,8	34,3	28,5	102,7	-5,5	-5,8
Paesi DAC Europei	7.563,3	8.657,1	8.109,7	24.330,2	1.093,8	-547,4

*52,6% dei tagli di tutti i Paesi DAC europei è dovuto ai tagli italiani

2.1 L'andamento dell'APS sanitario italiano e per la lotta all'HIV/AIDS nel periodo 2007-2009

L'Italia ha effettuato nel 2009 un taglio netto del proprio APS sanitario pari a 287,7 milioni di dollari, superiore allo sforzo compiuto nel 2008 per incrementare il volume dell'APS sanitario. Di conseguenza, la percentuale di APS sanitario sul PIL italiano, che dal 2007 al 2008 era salita dallo 0,021% allo 0,029%, è precipitata nel 2009 allo 0,017%, molto lontana dal target dello 0,1% stabilito a livello internazionale. Le proiezioni per il 2010, basate su dati ancora non ufficiali (gentilmente forniti dal Ministero Affari Esteri - Direzione Generale Cooperazione allo Sviluppo), ci dicono che il volume di APS sanitario per il 2010 sarà addirittura inferiore al valore del 2009. Pertanto, il target dello 0,1% diventa ancora più lontano. Anche posticipando il target dello 0,1% al 2015 e adottando per il 2010

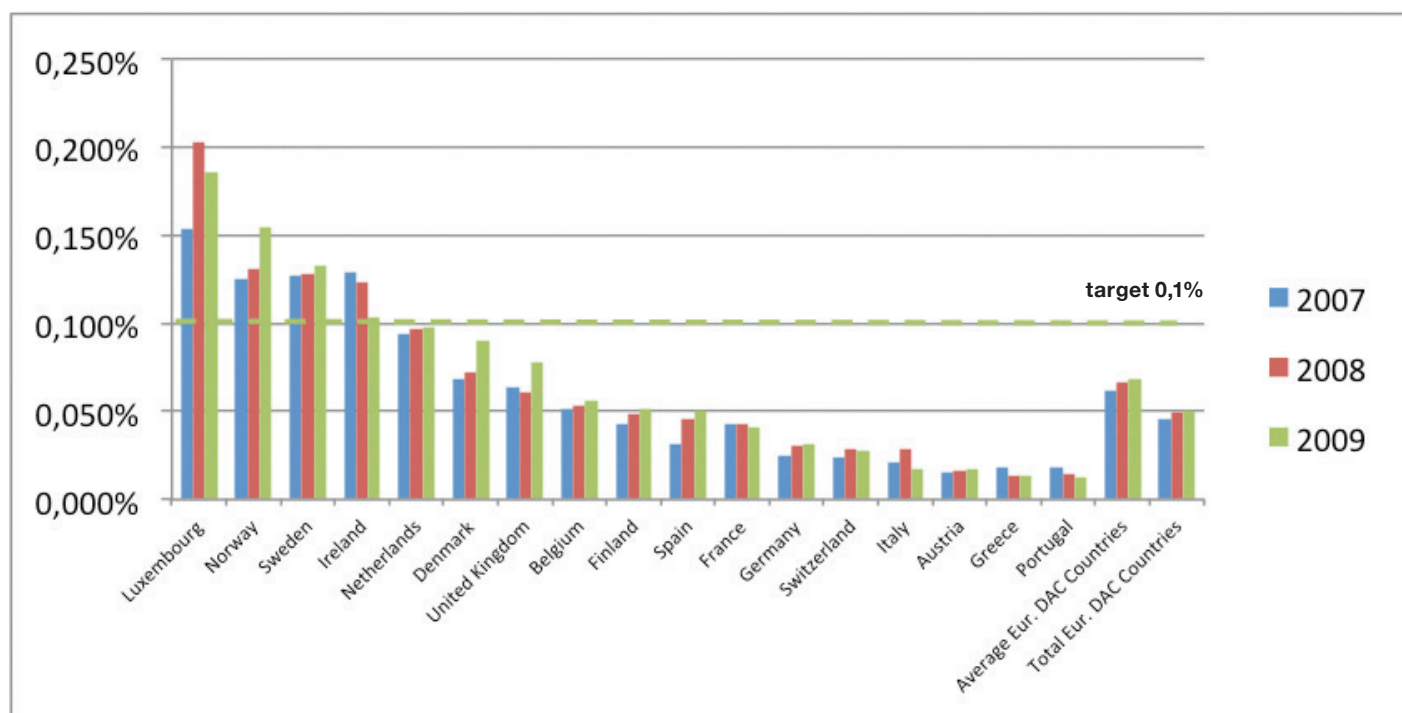
TABELLA 4

% APS sanitario italiano su APS donatori DAC europei (elaborazione AAI e AfGH su dati OECD)

	2007	2008	2009	media 2007-9
% APS Italiano su tot Paesi DAC Europei	5,8%	7,5%	4,5%	6,0%

GRAFICO 4

APS salute/GNI dei Paesi DAC europei, 2007-9 (elaborazione AAI e AfGH su dati OECD)



un obiettivo intermedio dello 0,076%²⁰, l'Italia resterebbe lontanissima da ogni traguardo. Infine, nel 2009 è scesa anche la percentuale dell'APS sanitario sul totale dell'APS italiano, passata dal 16,7% all'11,8%. Il canale multilaterale ha avuto, come evidenziato anche nelle precedenti edizioni di questo rapporto, una forte preponderanza nel veicolare l'APS sanitario italiano, fra il 72 e l'80% del totale dei contributi italiani per la salute globale (vedi TAB. 5.a).

Ma è la lotta all'HIV/AIDS il settore maggiormente colpito dai tagli perpetrati tra 2008 e 2009. In particolare, proprio in questi due anni, la riduzione registrata è stata del 71,4% e, di conseguenza, la percentuale di APS per la lotta all'HIV sul totale dell'APS generale è scesa dal 5,4% al 2%. Similmente, è diminuito il peso del contributo per la risposta all'HIV/AIDS sul totale dell'APS sanitario, passato dal 40% del 2007 al 16,3% del 2009. Anche il canale multilaterale ha visto ridimensionare il suo ruolo e le proiezioni per il 2010, basate su dati non ancora ufficiali, rivelano una *performance* italiana in ulteriore peggioramento (vedi TAB. 5.b).

Se dunque possiamo considerare il 2008 come un anno discretamente positivo per la cooperazione italiana in generale e sanitaria, il 2009 ha segnato invece un tracollo sotto tutti gli aspetti (vedi TAB. 6).

²⁰ Vedi Action for Global Health, "Efficacia degli aiuti per la salute. Verso il 4° Forum di Alto livello, Busan 2011: Rendere più efficaci gli aiuti per la salute", 2011 http://www.actionforglobalhealth.eu/fileadmin/AfGH_Intranet/AFGH/Publications/2011_Policy_Report_-_Aid_Effectiveness_for_Health/AFGH_Italy_2011_Efficacia_degli_aiuti_per_la_salute_01.pdf

GRAFICO 5

Andamento dell'APS sanitario e HIV italiano negli anni 2007-10 in milioni di US\$

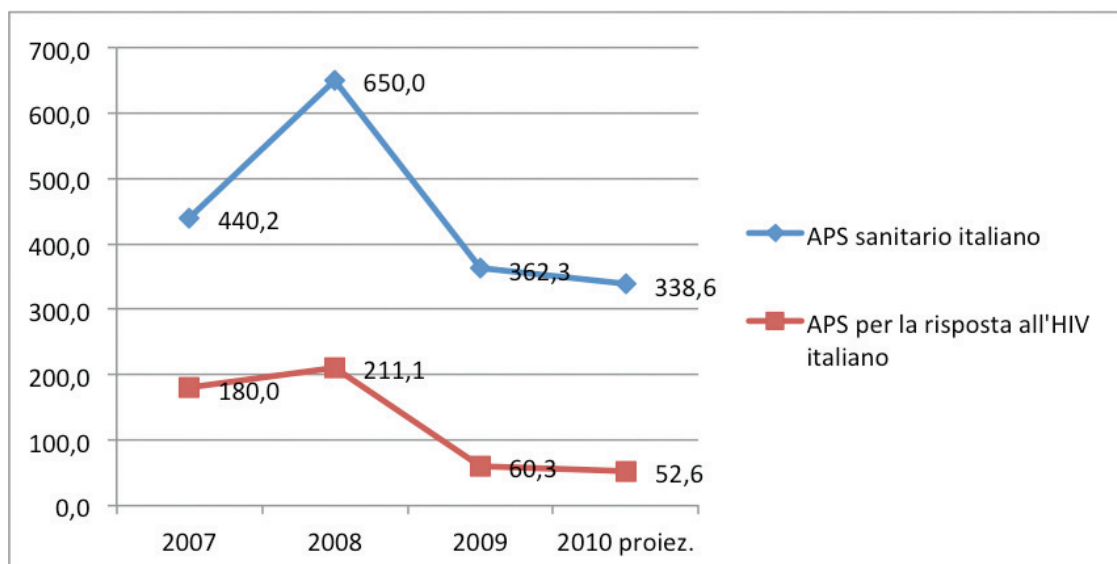


TABELLA 5.a

Andamento APS italiano sanitario anni 2007-9 e proiezioni 2010, comparazione della performance italiana per anni, percentuale sul PIL e percentuale sul totale dell'APS (elaborazione AA Italia e AfGH su dati OECD)

	APS sanitario italiano							
	2007	2008	2009	2010 proiez.	diff 07-8	diff 08-9	diff 07-8 in %	diff 08-9 in %
Totale (milioni di US\$)	440,2	650,0	362,3	338,6	209,7	-287,7	47,6%	-44,3%
di cui sul bilaterale	91,3	127,8	98,4	78,8	36,5	-29,4	40,0%	-23,0%
di cui sul multilaterale	348,9	522,2	263,9	259,8	173,2	-258,3	49,7%	-49,5%
% di bilaterale sul totale	20,7%	19,7%	27,2%	23,3%				
% di multilaterale sul totale	79,3%	80,3%	72,8%	76,7%				
Totale del contributo in % sul PIL	0,021%	0,029%	0,017%	0,017%				
% sull'APS totale reale	13,3%	16,7%	11,8%	11,9%				

TABELLA 5.b

Andamento APS italiano HIV anni 2007-9 e proiezioni 2010, comparazione della performance italiana per anni, percentuale sul PIL e percentuale sul totale dell'APS (elaborazione AA Italia e AfGH su dati OECD)

	APS per la risposta all'HIV italiano							
	2007	2008	2009	2010 proiez.	diff 07-8	diff 08-9	diff 07-8 in %	diff 08-9 in %
Totale (milioni di US\$)	180,0	211,1	60,3	52,6	31,1	-150,8	17,3%	-71,4%
di cui sul bilaterale	16,5	31,3	23,5	16,0	14,8	-7,8	89,3%	-24,8%
di cui sul multilaterale	163,5	179,8	36,7	36,7	16,4	-143,1	10,0%	-79,6%
% di bilaterale sul totale	9,2%	14,8%	39,1%	30,3%				
% di multilaterale sul totale	90,8%	85,2%	60,9%	69,7%				
Totale del contributo in % sul PIL	0,009%	0,009%	0,003%	0,003%				
% sull'APS totale reale	5,4%	5,4%	2,0%	1,9%				
% sull'APS sanitario	40,9%	32,5%	16,6%	15,5%				

TABELLA 6

Riassunto performance italiana APS, APS sanitario e APS HIV anni 2007-9 (2010 dove disponibile o basato su proiezioni da dati non ancora ufficiali) (elaborazione AA Italia e AfGH)

	2007	2008	2009	2010	andamento
% APS totale sul PIL	0,16%	0,17%	0,15%	0,14%	Sempre lontani i target internazionali dello 0,7% entro il 2015 e 0,51 entro il 2010: miglioramento nel 2008, ma poi peggioramento a partire dal 2009
% APS sanitario su APS totale	13,3%	16,7%	11,8%	11,9% (proiezioni)	Positivo dal 2007 al 2008. Negativo a partire dal 2009.
% APS sanitario sul PIL	0,021%	0,029%	0,017%	0,17% (proiezioni)	Lontani dal target dello 0,1% (ed anche da eventuale interim dello 0,076% nel 2010). Peggioramento ulteriore a partire dal 2009
% APS HIV su APS totale	5,4%	5,4%	2,0%	1,9% (proiezioni)	Costante per gli anni 2007 e 2008; Negativo dal 2009
% of APS HIV su APS sanitario	40,9%	32,5%	16,6%	15,5% (proiezioni)	Costantemente negativo
% of APS HIV su PIL	0,009%	0,009%	0,003%	0,003% (proiezioni)	Costante per gli anni 2007 e 2008; Negativo dal 2009



2.2 La ripartizione per canali dell'APS sanitario

Nel periodo di riferimento, l'analisi della ripartizione per canali dell'APS sanitario mostra che circa il 70% è stato erogato attraverso il canale europeo, quello bilaterale e il Fondo Globale per la lotta all'AIDS, Tubercolosi e Malaria. La restante quota è stata allocata su diversi soggetti, fra i quali spiccano la Global Alliance for Vaccines and Immunisation (GAVI), tramite due meccanismi di finanziamento innovativi (AMC e IFFIm), la Banca Mondiale e l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Una spartizione simile la si ottiene anche sul versante HIV/AIDS: in questo caso i tre canali principali hanno veicolato quasi l'87% del totale (il 45% ricoperto dal solo finanziamento al Fondo Globale).

L'Unione europea si conferma il canale privilegiato per l'APS sanitario italiano, avendo veicolato per l'intero periodo 493,8 milioni di dollari, il 27,5% del totale, con variazioni annue che oscillano fra il 21% e il 35,4%. Il canale bilaterale ha veicolato nel quadriennio 396,4 milioni di dollari, pari al 22,1% del totale dell'APS sanitario italiano, con variazioni annue che oscillano fra il 19,7% e il 23,1%.

Il Fondo Globale, invece, è il terzo canale in termini assoluti ma, mentre nel 2007 riceveva il 41% dell'APS sanitario italiano, la percentuale è scesa al 28,8% nel 2008, per poi venire azzerata nel 2009 e nel 2010. Il mancato pagamento della quota destinata a tale Fondo nel 2009 e nel 2010 (130 milioni di euro l'anno, equivalenti a circa 177 milioni di dollari²¹), ha contribuito da sola a quasi due terzi del taglio dell'APS sanitario italiano tra 2008 e 2009. L'Italia è l'unico paese fra i donatori del Fondo a non aver versato la quota 2009 e a non aver ancora versato nemmeno una parte del contributo 2010. Si tratta di un comportamento difficile da spiegare in quanto il Fondo Globale è stato il canale che nel 2007 e nel 2008 ha veicolato la gran parte dell'APS sanitario italiano e, soprattutto, dei fondi italiani destinati alla lotta alla pandemia HIV (rispettivamente il 63,8 e il 54,7%)²². La lotta all'HIV/AIDS rimane dunque coperta solo dai contributi obbligatori mentre cessano quasi del tutto quelli su base volontaria.

La novità di maggior rilievo riguarda il 2008, anno in cui l'Italia comincia a versare sostanziosi contributi verso due nuovi meccanismi: l'International Finance Facility for Immunisation (IFFIm) e l'Advance Market Commitment (AMC), il cui scopo è quello di finanziare le attività del GAVI. L'Italia è uno dei maggiori contributori dell'AMC e IFFIm che, complessivamente, nel quadriennio 2007-10 hanno ricevuto 261,8 milioni di dollari, pari al 14,6% dell'intero APS sanitario italiano e che, dal 2009, sono divenuti il terzo canale di finanziamento dell'APS sanitario veicolando, nel solo 2009, 87,7 milioni di dollari, pari al 23,8% dell'intero APS sanitario italiano per lo stesso anno. Per il quadriennio 2007-2010, questi due soggetti si confermano, inoltre, un canale in costante crescita sia in valori assoluti sia in percentuale sul totale.

²¹ Vedi la sezione del sito del Fondo Globale dedicata a Pledge & Contributions <http://www.theglobalfund.org/en/>

²² Come abbiamo evidenziato nell'edizione 2010 di questo stesso rapporto, il Fondo Globale è stato il canale largamente privilegiato dal nostro Paese sia per la lotta all'AIDS che per la salute in generale fin dalla creazione del Fondo stesso nel 2001. Per maggiori approfondimenti vedi http://www.actionaid.it/filemanager/cms_actionaid/images/DOWNLOAD/Rapporti_AIDS_HIV/ODP2010.pdf

TABELLA 7

Distribuzione dell'APS sanitario Italiano per canali, periodo 2007-2009 e proiezioni 2010 (elaborazione dati AAI e AfGH su dati OECD e MAE-DGCS per le proiezioni)

	2007		2008		2009		2010		tot	
	Mil US\$	%	Mil US\$	%	Mil US\$	%	Mil US\$	%	Mil US\$	%
Unione Europea	121,2	28%	136,2	21,0%	128,3	35,4%	107,3	31,7%	493,8	27,5%
Bilaterale	91,3	21%	127,8	19,7%	98,4	27,2%	78,2	23,1%	396,4	22,1%
Global Fund	180,4	41%	186,9	28,8%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	368,0	20,5%
AMC	0,0	0%	50,2	7,7%	55,7	15,4%	52,3	15,5%	158,4	8,8%
IDA / World Bank	3,7	1%	57,8	8,9%	19,8	5,5%	34,7	10,3%	116,3	6,5%
IFFIm	7,3	2%	33,1	5,1%	32,0	8,8%	30,8	9,1%	103,4	5,8%
WHO core	16,6	4%	17,9	2,8%	19,8	5,5%	28,0	8,3%	82,5	4,6%
AfDF	0,5	0%	18,4	2,8%	0,9	0,3%	0,3	0,1%	20,1	1,1%
Global Polio Er.	0,0	0%	12,0	1,8%	2,1	0,6%	1,4	0,4%	15,4	0,9%
UNICEF	7,3	2%	0,9	0,1%	2,5	0,7%	2,7	0,8%	13,4	0,7%
UNFPA	7,2	2%	2,4	0,4%	0,5	0,1%	1,9	0,6%	12,0	0,7%
WFP	0,7	0%	2,4	0,4%	0,8	0,2%	0,3	0,1%	4,2	0,2%
ICRC	0,7	0%	1,6	0,2%	1,2	0,3%	0,0	0,0%	3,6	0,2%
UNDP	2,3	1%	0,3	0,0%	0,2	0,1%	0,2	0,0%	3,0	0,2%
AsDF	0,0	0%	2,0	0,3%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	2,0	0,1%
UNAIDS	0,8	0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,8	0,0%
DNDi	0,3	0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,3	0,0%
UNITAID	0,0	0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%
GAVI	0,0	0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%
MMV	0,0	0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%
Global TB Alliance	0,0	0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%
IPM	0,0	0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%
IAVI	0,0	0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%
IPPF	0,0	0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%
FIND	0,0	0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%
IUATLD	0,0	0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%
Tot	440,2	100%	650,0	100,0%	362,3	100,0%	338,0	100,0%	1.793,5	100,0%

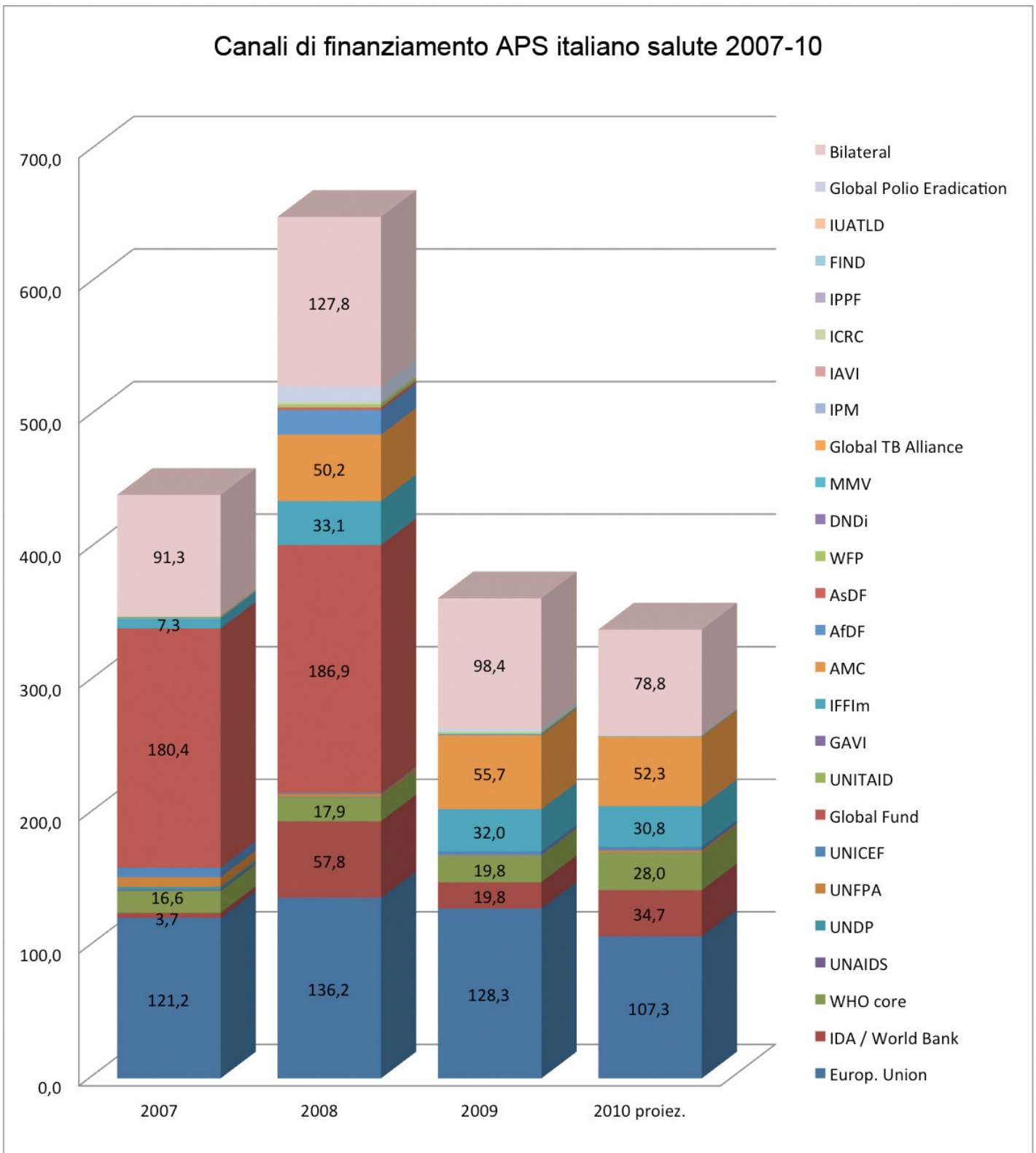
Allo scopo di incrementare le proprie risorse finanziarie, garantirne la prevedibilità e, soprattutto, accelerare l'introduzione di vaccini nelle aree più povere del mondo, il GAVI nell'ultimo decennio ha promosso due innovativi strumenti di finanziamento: l'International Finance Facility for Immunisation (IFFiM) e l'Advance Market Commitment (AMC). L'International Finance Facility for Immunisation (IFFiM) è nato nel 2006 e opera avvalendosi di titoli emessi su mercati di capitale internazionali, convertendo impegni di lungo termine dei Paesi donatori - che ripagheranno i titoli nel lungo periodo - in risorse immediatamente disponibili per attività di immunizzazione e rafforzamento dei sistemi sanitari e fornendo quindi un'alternativa per quei donatori che non sono in grado di fornire finanziamenti immediati. L'Advance Market Commitment (AMC), invece, è uno strumento disegnato per stimolare lo sviluppo e la fabbricazione di vaccini per i Paesi in via di sviluppo. Tramite questo strumento i finanziamenti dei donatori vengono corrisposti ad aziende farmaceutiche che ricevono così incentivi per investire in prodotti destinati a mercati dei Paesi in via di sviluppo con limitata capacità di acquisto. Da parte loro, le aziende farmaceutiche si impegnano a fornire vaccini a un prezzo prestabilito e più basso di quello di mercato per un periodo di almeno dieci anni. Il primo contratto "pilota" di questo tipo è stato firmato nel 2010 per la realizzazione e diffusione di un vaccino pneumococcico. Due sono state le case farmaceutiche che hanno beneficiato dei finanziamenti: la GlaxoSmithKline (GSK) e la Pfizer/Wyeth. L'Italia ha avuto un ruolo fondamentale nella creazione di entrambi gli strumenti: è stata infatti fra i Paesi fondatori dell'IFFiM e ha avuto un ruolo di primo piano nell'ideazione dell'AMC (il cui lancio ufficiale è avvenuto a Roma nel 2007) e nello sviluppo del primo vaccino AMC. Il nostro Paese ha un ruolo fondamentale anche dal punto di vista dei finanziamenti: è il principale finanziatore dell'AMC, con un impegno decennale pari a 635 milioni di dollari, e il terzo maggior donatore dell'IFFiM, con un impegno ventennale pari a 690 milioni di dollari. Alla fine del 2010, il contributo italiano all'AMC ammontava a 158 milioni di dollari, primo fra i donatori, con uno *share* del 47%, mentre il contributo all'IFFiM pari a 107 milioni di dollari ci ha reso il terzo contribuente, dietro a Francia e Regno Unito. L'Italia, pur non finanziando direttamente il GAVI, tramite questi due meccanismi ha quindi erogato un contributo "indiretto" pari a 265 milioni di dollari (equivalente al 6% di tutti i donatori) che ci ha portati a ricoprire la sesta posizione fra i donatori del GAVI. AMC e IFFiM si confermano dunque fra i pochi canali che non hanno risentito dei tagli subiti dalla cooperazione italiana: questo è dovuto al fatto che i contributi a questi due canali sono supportati dalla legge finanziaria n. 244 del 2007, articolo 2 comma 373.

Nondimeno, queste nuove tipologie di finanziamento non sono esenti da criticità²³. L'AMC è infatti un meccanismo finanziario nato con l'intento di coprire i costi - spesso molto alti - sostenuti dalle case farmaceutiche per la ricerca e sviluppo di vaccini destinati ad aree del mondo nelle quali la commercializzazione degli stessi non garantirebbe il recupero dei costi. Tuttavia, il primo tentativo destinato a sviluppare un vaccino pneumococcico non ha realmente supportato la creazione di un nuovo vaccino quanto semmai la distribuzione della seconda versione di un vaccino già esistente e precedentemente commercializzato nelle economie avanzate. Inoltre, sembrerebbe che il meccanismo alla base dell'AMC non dia garanzie relativamente alla possibilità di case farmaceutiche dei Paesi in via di sviluppo di poter competere con le grandi case nella produzione (a costi eventualmente anche inferiori) dei vaccini, favorendo di fatto una situazione di duopolio.

²³ Cfr ad es.: Giving developing countries the best shot. Una panoramica sui vaccini: accesso, ricerca e sviluppo nel 2010, MSF - Oxfam 2010.

GRAFICO 6

Andamento dell'APS sanitario e HIV italiano negli anni 2007-10 in milioni di US\$
(elaborazione dati AAI e AfGH su dati OECD e MAE-DGCS per le proiezioni)



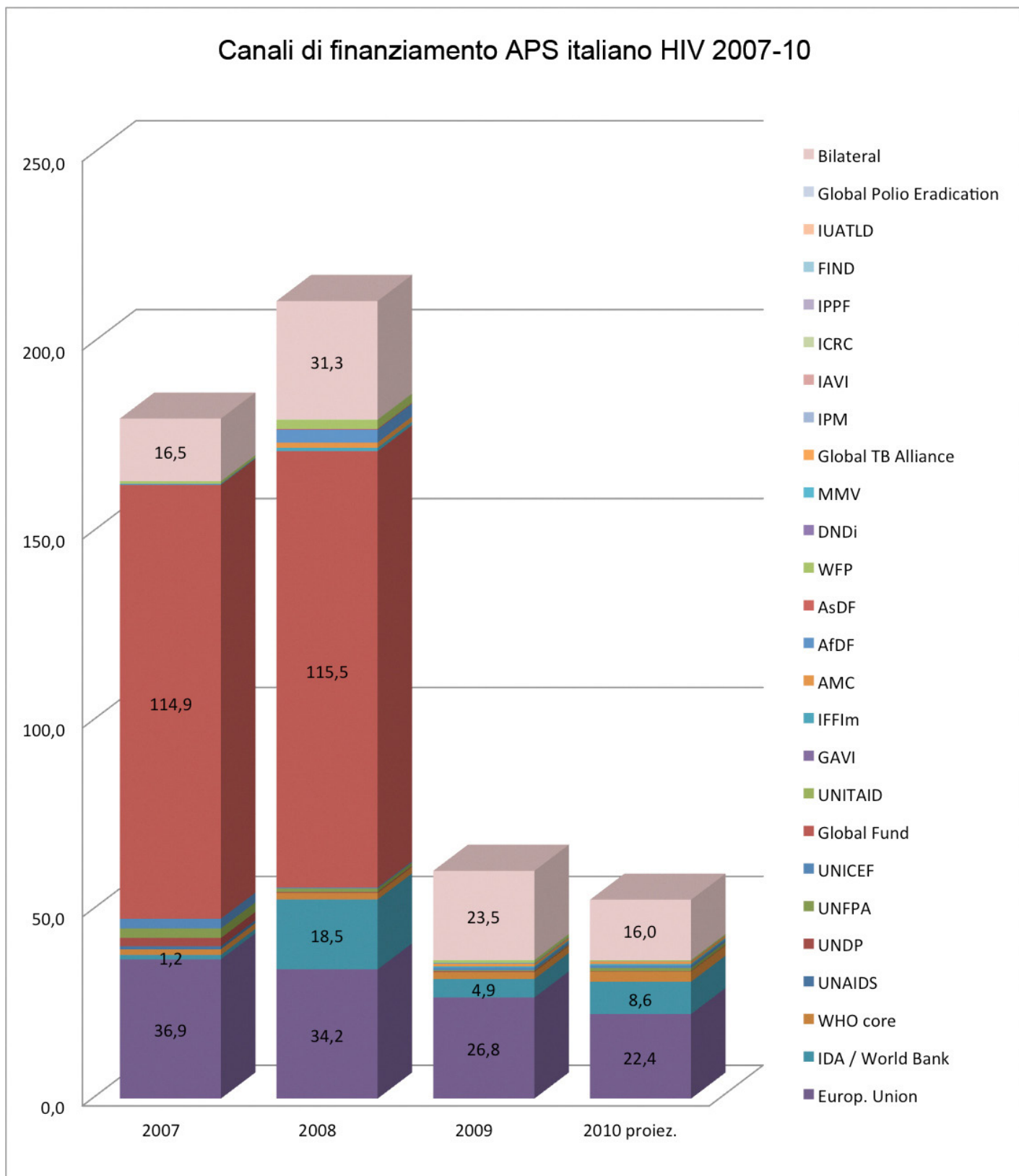


TABELLA 8

Contributi a GAVI/IFFIm/AMC in milioni di US\$ dal 2000 al 2010 (elaborazione AA su dati GAVI)

DONATORE	CANALE			TOT
	GAVI diretti	IFFIm	AMC	
Bill & Melinda Gates Foundation	1213		20	1233
Stati Uniti	647			647
Norvegia	519	41	2	562
Regno Unito	137	152	22	311
Canada	152		125	277
Italia		107	158	265
Paesi Bassi	216	14		230
Francia	19	191		210
Svezia	123	10		133
Spagna	41	58		99
European Commission (EC)	58			58
Irlanda	30			30
Australia	29			29
Danimarca	28			28
Germania	22			22
"La Caixa" Foundation	16			16
Altri donatori private	13			13
Russia			8	8
Lussemburgo	7			7
Sud Africa		4		4



2.3 Il gap italiano per la salute globale e la lotta all'AIDS

Nella prima parte di questo rapporto abbiamo visto che, con un APS reale nel 2010 pari a 2,8 miliardi di dollari, a fronte di un obiettivo di 10 miliardi di dollari (lo 0,51% del PIL) il divario italiano ammontava a circa 7,5 miliardi di dollari. Complessivamente, l'APS reale raggiunto dall'Italia nel 2010 è stato quindi solamente poco più di un quarto (il 27,5%) di quello atteso. A ciò va aggiunto il fatto che l'ammancio europeo è da ricondursi per il 38% all'irresponsabilità italiana che ha contribuito fortemente a rendere impossibile il raggiungimento del target 2010.

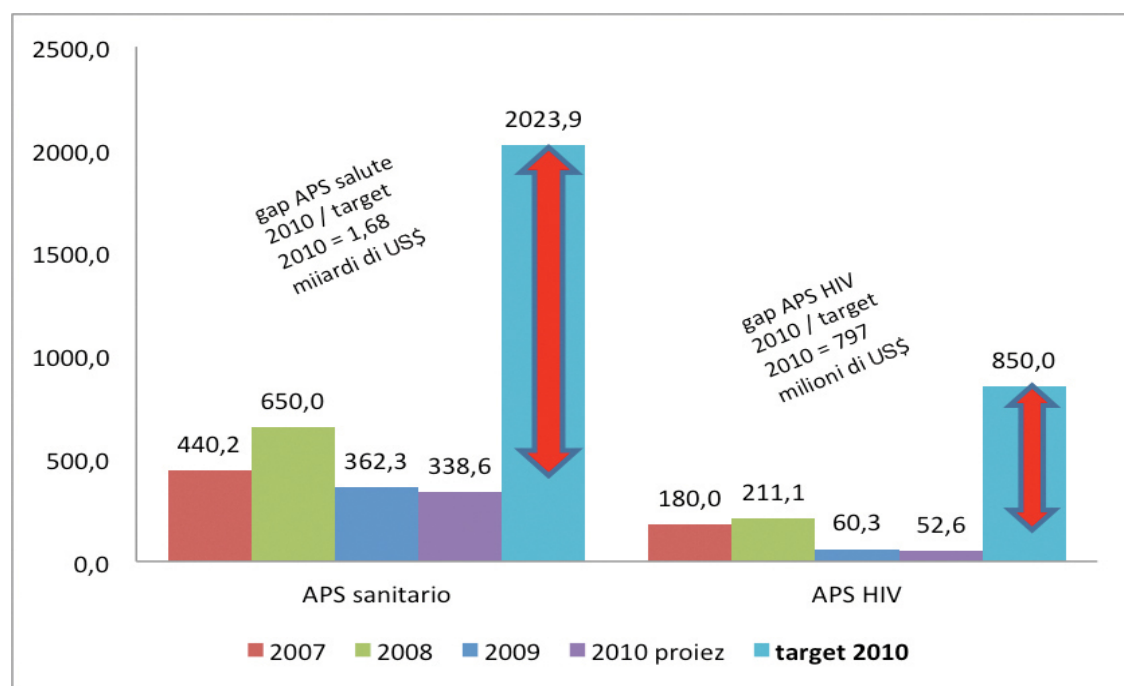
Proviamo ora a calcolare l'ammontare complessivo del divario dagli obiettivi di sviluppo specificatamente declinati sulla salute. Secondo analisi internazionali²⁴, per raggiungere adeguati livelli di assistenza sanitaria di base nei Paesi a basso reddito, i Paesi donatori DAC dovrebbero contribuire con un ammontare annuo pari allo 0,1% della somma dei loro Prodotto Interno Lordi²⁵. Anche l'Italia, pertanto, dovrebbe destinare lo 0,1% del proprio Prodotto Interno Lordo in Aiuto

²⁴ Commission on Macroeconomics and Health Commission on Macroeconomics and Health. Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development, Report of the Commission on Macroeconomics and Health. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/924154550x.pdf>; UN Millennium Project, 2005 UN Millennium Project. Investing in Development: a Practical Plan to Achieve the MDGs. Report of the UN Millennium Project. <http://www.unmillenniumproject.org/documents/MainReportComplete-lowres.pdf>; More Money for Health and More Health for the Money More Money for Health and More Health for the Money. Report of the Task Force on Innovative International Financing for Health and Development. <http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/IHP%20Update%2013/Taskforce/Johansbourg/Final%20Taskforce%20Report.pdf>.

²⁵ È stato infatti stimato che per soddisfare i bisogni sanitari di base nei Paesi a basso reddito, è necessaria una spesa procapite equivalente (valori aggiornati al 2010) a circa 50-60 US\$ a persona per anno. Considerando che in media le risorse domestiche si aggirano attorno ai 15\$ l'anno, resta un gap finanziario di circa 40\$ a persona all'anno, che dovrebbe venir colmato da donatori esterni. Con circa un miliardo di persone nei Paesi a basso reddito che soffrono a causa di questo gap finanziario, il divario appunto fra le risorse disponibili e quelle necessarie si aggira attorno ai 40 miliardi di dollari annui, che equivale circa allo 0,1% del PIL dei Paesi donatori DAC (cfr. Jeffrey Sachs, The MDG decade: looking back and conditional optimism for 2015, The Lancet, Volume 376, Issue 9745, Pages 950 - 951, 18 September 2010).

GRAFICO 8

I Gap dell'APS sanitario e HIV italiano in milioni di US\$ (elaborazione AA Italia e AfGH su dato OCSE, UNAIDS e Millennium Project)



L'APS sanitario italiano raggiunto nel 2010 è meno del 20% dell'APS sanitario che l'Italia dovrebbe aver raggiunto nel 2010 per contribuire al raggiungimento di adeguati livelli di assistenza sanitaria di base nei Paesi a basso reddito.

Il contributo finanziario dell'Italia per la risposta all'HIV nel 2010 rappresenta meno del 7% del contributo che il nostro paese dovrebbe aver erogato nel 2010 per contribuire ad offrire una adeguata risposta alla pandemia HIV nei Paesi a basso reddito.

Pubblico per la salute. Considerando il PIL italiano per il 2010, un livello di APS sanitario adeguato avrebbe dovuto aggirarsi attorno ai 2 miliardi di dollari; un valore che paradossalmente si avvicina di molto all'intero APS italiano 2010 (2,8 miliardi di dollari) e oltre cinque volte maggiore dell'APS sanitario italiano nel 2009.

Anche posticipando il target dello 0,1% al 2015 e adottando per il 2010 un obiettivo intermedio dello 0,076%²⁶ - che equivarrebbe al raggiungimento di un APS per la salute pari a circa 1,5 miliardi di dollari - i 368 milioni di dollari dell'APS italiano per la salute del 2009 ci mettono sempre di fronte a un divario di circa 1,1 miliardi di dollari.

Similmente, per la risposta alla pandemia da HIV nei Paesi a medio e basso reddito²⁷, UNAIDS ha stimato che, per raggiungere i target del 2010, ci sarebbe stato bisogno di un investimento nello stesso anno pari a circa 25,1 miliardi di dollari, un terzo dei quali da reperire negli stessi Paesi interessati e i restanti due terzi (equivalenti a circa 16-17 miliardi di dollari) a carico della comunità internazionale dei donatori. Considerando che il PIL italiano rappresenta il 5% del PIL complessivo dei Paesi DAC, il contributo del nostro Paese per la risposta alla pandemia dovrebbe quindi corrispondere al 5% di 17 miliardi (850 milioni di dollari). È chiaro tuttavia che, con un livello di contributi finanziari nel 2009 pari a 60 milioni di dollari e a 52,6 nel 2010 (secondo le nostre proiezioni) l'Italia è veramente lontana dall'offrire un'adeguata partecipazione economica alla lotta alla pandemia (vedi GRAF. 8).

Inoltre, il contributo italiano non è solo inadeguato rispetto ai bisogni ma anche rispetto al totale delle risorse realmente messe a disposizione nel biennio 2009-2010. Secondo UNAIDS e Kaiser Family Foundation, nel biennio 2009-2010, a fronte di un peso economico dell'Italia sul totale del PIL mondiale del 3,7% nel 2009 e del 3,3% nel 2010, il nostro Paese avrebbe contribuito solamente per lo 0,1% sul totale delle risorse rese disponibili per la lotta all'AIDS²⁸.

26 V. AfGH rapporto Aid effectiveness 2011, appendice

27 UNAIDS "What Countries need" cit, p 9.

28 UNAIDS & 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 2009" e "Financing the Response to AIDS in Low-and Middle-Income Countries: International Assistance from the G8, European Commission and Other Donor Governments in 2010", <http://www.kff.org/hivaids/7347.cfm>

Giugno 2010: la Muskoka Initiative on Maternal, Newborn and Child Health (NMCH)

Il 25 giugno 2010, durante il G8 canadese, il primo ministro Stephen Harper ha lanciato la “Muskoka Initiative on Maternal, Newborn and Child Health”, un’iniziativa che impegna i Paesi membri del G8 e la comunità internazionale dei Paesi donatori a garantire immediatamente risorse finanziarie aggiuntive pari a 5 miliardi di dollari, per un totale di almeno 10 miliardi di dollari da stanziare tra il 2010 e il 2015. Si tratta di un impegno italiano quantificato - secondo quanto riportato nel “Deauville Accountability Report”²⁹ - in 75 milioni di dollari su dove, tuttavia, manca chiarezza nel lavoro di conteggio dei contributi dal momento che, non esistendo attualmente codici di imputazione specifici per salute materna e infantile all’interno del sistema di classificazione dell’Aiuto Pubblico allo Sviluppo del CRS-DAC, vengono quindi calcolati come percentuali dei contributi bilaterali dei codici di imputazione del CRS-DAC e come percentuale dei contributi alle iniziative multilaterali (ad esempio, il 46% dei contributi del Global Fund è considerato come contributo MNCH; il 100% dei contributi al Gavi sono considerati come MNCH e così via). Non esiste quindi un modo per contabilizzare l’iniziativa, ma solo una estrapolazione in percentuali di quanto versato per altre iniziative che possa rientrare sotto il “cappello” della salute materna e infantile.

L’Accountability Rapport di Deauville, ci dice a questo proposito che i G8 stanno lavorando per definire una *benchmark* dell’attuale spesa relativa alla salute materna e infantile; questo significa che attualmente non abbiamo alcuna *baseline* sulla quale si dovranno considerare realmente aggiuntivi gli impegni presi per la Muskoka Initiative.

Nel caso particolare dei 75 milioni di dollari italiani dobbiamo tener presente che l’APS sanitario italiano è drasticamente calato fra il 2008 e il 2009 del 43%, un taglio pari a 278 milioni di dollari. Di conseguenza, è di fondamentale importanza che si consideri come *benchmark* il 2008. Un eventuale *benchmark* al 2009 rischierebbe di far apparire qualsiasi modesto contributo come un contributo “aggiuntivo”. È quindi di fondamentale importanza monitorare come l’Italia renderà i contributi al GAVI tramite le iniziative AMC e IFFIm. Il rischio è quello che si possa mascherare il taglio dell’APS sanitario italiano dietro una *performance* buona verso un unico canale di finanziamento e quindi dietro una contabilità per la salute materna e infantile che potrebbe risultare in positivo nel generale panorama negativo.

Settembre 2010: La “Strategia globale per la salute delle donne e dei bambini”

A settembre 2010, il Summit delle Nazioni Unite sugli Obiettivi di Sviluppo del Millennio ha lanciato la “Strategia globale per la salute delle donne e dei bambini”³⁰ con l’obiettivo di mobilitare entro il 2015 40 miliardi di dollari - dei quali almeno 27 di nuove risorse. Fra i Paesi donatori hanno espresso i loro impegni per l’iniziativa Australia, Canada, Francia, Germania, Giappone, Olanda, Nuova Zelanda, Svizzera, Spagna, Norvegia, Regno Unito e Stati Uniti impegnandosi a vario livello in investimenti diretti in azioni sulla salute infantile e materna e/o indirettamente tramite un rinnovato finanziamento o un incremento di finanziamento a istituzioni multilaterali quali il Fondo Globale per la lotta all’Aids, Tubercolosi e Malaria, il GAVI, il WHO, l’UNFPA, l’UNICEF, UNAIDS e la Banca Mondiale. Anche 28 governi di Paesi in via di sviluppo ci si aspetta che contribuiranno al totale dei 40 miliardi di dollari, per una cifra pari a circa 8 miliardi, calcolabile per ognuno di questi Paesi in termini di aumento della spesa pubblica attribuibile alla salute e in particolare alla salute infantile e materna, di contributi finanziari per la formazione di personale sanitario e in particolare ostetrico ecc. Sono annoverate nel conteggio anche fondazioni filantropiche private, quali la Bill&Melinda Gates Foundation, organizzazioni non governative e istituzioni accademiche ma nel documento sommario degli impegni presi³¹ non appare l’Italia, che quindi non si è pronunciata per un investimento diretto e sulla quale bisogna solamente far affidamento per quanto concerne gli investimenti indiretti alle organizzazioni multilaterali di cui sopra.

Il problema, come nel caso della Muskoka iniziative, è quello della effettiva addizionalità di tali contributi. Calcolando la somma degli esborsi italiani nel 2008, e confrontandola con la stessa per l’anno 2009, si ha già un taglio pari a oltre il 60%. Nel 2008, infatti, la somma dei contributi italiani verso queste istituzioni ammontava a circa 852,1 milioni di dollari, dei quali 338,4 possono venir considerati direttamente come contributi per la salute globale. Per contro, verso le stesse istituzioni nel 2009, l’Italia ha erogato complessivamente solo 338,4 milioni di dollari, dei quali 129,2 attribuibili alla salute. Diventa quindi impossibile immaginare un qualsiasi ruolo, anche indiretto tramite istituzioni multilaterali, del nostro paese in un contesto di tagli costanti che contrastano con le richieste di addizionalità.

29 http://www.g20-g8.com/g8-g20/root/bank_objects/Rapport_G8_GB.pdf

30 Global Strategy for Women s and Children’s Health, UN 2010, http://www.everywomaneverychild.org/images/content/files/global_strategy/full/20100914_gswch_en.pdf

31 http://www.un.org/sg/hf/global_strategy_commitments.pdf

Ottobre 2010: La conferenza di rifinanziamento del Fondo Globale

La conferenza di rifinanziamento del Fondo Globale dell'ottobre 2010 avrebbe potuto rappresentare un'opportunità per l'Italia per dare un segnale di riallineamento verso gli impegni internazionali per la lotta all'AIDS e la salute globale. Ma in questa sede l'Italia non ha preso alcun impegno per il triennio 2011-13. Di conseguenza, il nostro Paese sembra esser completamente uscito non solo dallo scenario internazionale dei donatori per la lotta all'AIDS ma anche aver perso una buona opportunità per continuare a contribuire alla salute materna e infantile.

Giugno 2011: il Vertice delle Nazioni Unite per la lotta contro l'Aids di New York.

Al Vertice delle Nazioni Unite per la lotta contro l'Aids, i Paesi membri, Italia compresa, hanno sottoscritto una Dichiarazione che li impegna, entro il 2015, a dimezzare la trasmissione per via sessuale dell'HIV, dimezzare la trasmissione dell'HIV tra le persone che si iniettano droghe, garantire che nessun bambino nascerà sieropositivo e portare a 15 milioni il numero delle persone in trattamento antiretrovirale (dai poco più di 6 milioni attuali). Questa Dichiarazione è arrivata in un momento in cui l'assistenza internazionale per la lotta contro l'Aids è drasticamente calata, nonostante la maggior parte dei Paesi più duramente colpiti dalla pandemia dipenda ancora largamente dal sostegno dei Paesi donatori. Gli Stati membri si sono quindi impegnati a colmare entro 4 anni il deficit finanziario per combattere l'Aids, che ammonta secondo l'UNAIDS a circa 6 miliardi di dollari l'anno. Per l'Italia, ha parlato il nostro ambasciatore presso le Nazioni Unite, Cesare Maria Ragaglini, confermando come³² la lotta all'Aids sia una delle priorità del nostro Paese ed enfatizzando il ruolo del Fondo Globale. Un bel discorso, se non fosse che fra i maggiori responsabili delle attuali difficoltà economiche del Fondo vi sia proprio l'Italia, che non paga la propria quota annuale dal 2009 (per un ammanco di 280 milioni di euro) e che alla conferenza di rifinanziamento 2011-13 ha fatto scena muta.

³² High-Level Meeting on the Comprehensive Review of the Progress Achieved in Realizing the Declaration of Commitment on HIV/AIDS and the Political Declaration On HIV/AIDS. Statement By H.E. Ambassador Cesare Maria Ragaglini Permanent Representative Of Italy To The United Nations. <http://www.un.org/en/ga/aidsmeeting2011/pdf/italy.pdf>



2.4 Ripartizione geografica dell'APS sanitario bilaterale

Nel 2007 e nel 2008, l'Italia ha destinato ai Paesi meno avanzati (LDC) circa un terzo del proprio APS sanitario, in linea con il comportamento degli altri donatori, mentre nel 2009 lo sforzo italiano verso questi Paesi ha rappresentato una percentuale anche maggiore (50%)³³ (vedi TAB. 9).

I Paesi DAC si sono anche impegnati nell'allocare ai Paesi meno avanzati una percentuale compresa fra lo 0,15 e lo 0,20% del proprio PIL³⁴. L'Italia, con un rapporto APS/PIL che nell'ultimo quadriennio non ha mai superato lo 0,17% e che addirittura nel 2010 è sceso allo 0,14%, è chiaramente troppo lontana dal poter avvicinare i parametri di cui sopra: le buone intenzioni strategiche sono vanificate da una quantità decisamente insufficiente.

Anche guardando all'Africa Sub-Sahariana, il nostro Paese non si è discostato dagli altri donatori, allocando nel 2007 e nel 2008 rispettivamente il 41% e il 45% dell'APS sanitario. Nel 2009, invece, la percentuale è sensibilmente salita al 61%. È in queste percentuali che emerge la qualità dell'intervento italiano che destina grosse quote del suo APS sanitario all'Africa Sub-Sahariana seguendo la logica di dare priorità a interventi volti a rafforzare la sanità di base, scegliendo Paesi a basso reddito e in linea con la strategia. La stessa *performance* positiva non la si riscontra considerando l'APS generale che vede l'Italia perdere l'allineamento con gli altri donatori, allocando alla regione Sub-Sahariana quote sensibilmente inferiori ma in crescita.

Nel periodo 2007-2009 hanno beneficiato dell'APS sanitario italiano ben 107 Paesi, ma oltre la metà di questi ha ricevuto nell'intero triennio meno di un milione di dollari dal nostro Paese, sintomo di una notevole dispersione del nostro APS bilaterale. Solamente otto Paesi (Etiopia, Mozambico, Territori Palestinesi, Sudafrica, Uganda, Sudan, Iraq e Libano) hanno invece ricevuto complessivamente più di dieci milioni di dollari nel triennio. Sono stati esclusi dal conteggio dell'APS sanitario i prestiti e considerati esclusivamente i trasferimenti per i quali nessuna restituzione è richiesta. Di conseguenza, Cina e Siria, che secondo il database CRS sono rispettivamente il primo e il terzo paese beneficiario dell'APS sanitario italiano, scendono di parecchie posizioni: del totale ricevuto dalla Cina (35 milioni di dollari), solo 7,8 milioni sono trasferimenti per i quali nessuna restituzione è richiesta mentre oltre 27 milioni sono prestiti (il 78%); dei 16,8 milioni ricevuti dalla Siria ben il 97% sono prestiti (16,3 milioni); similmente anche Vietnam e Argentina – che occupavano rispettivamente la decima e la diciottesima posizione nel database CRS - scendono di posizioni in quanto per entrambi i Paesi due terzi dell'APS sanitario ricevuto è in forma di prestito.

Mozambico, Territori Palestinesi, Libano e Angola hanno ricevuto parte degli aiuti italiani per la salute in forma di sostegno diretto al bilancio dello Stato (General Budget Support). Il General Budget Support è la modalità d'aiuto che maggiormente risponde ai principi della Dichiarazione di Parigi in quanto le risorse trasferite vengono gestite secondo le procedure di bilancio del destinatario garantendo quindi *ownership* da parte del paese beneficiario, allineamento e armonizzazione. Si stima che il contributo italiano per la salute veicolato attraverso il sostegno diretto al bilancio, nel triennio 2007-2009 sia stato pari a 8,6 milioni di dollari (0,8 nel 2007, 6,4 nel 2008 e 1,4 nel 2009), cioè il 2,5% del APS sanitario bilaterale e lo 0,6% dell'APS sanitario totale.

Sebbene, dal punto di vista quantitativo, l'intervento italiano bilaterale in Etiopia sia estremamente ridotto in confronto ai sostanziosi tagli subiti dalla nostra cooperazione sanitaria nel 2009, la

³³ Non sono disponibili ancora i disaggregati per Paese del APS bilaterale sanitario italiano per il 2010.

³⁴ United Nations, 2002. "Report of the International Conference on Financing for Development.", A/CONF.198/11. New York.

tipologia di finanziamento adottata dall'Italia negli ultimi anni è stata estremamente innovativa e interessante dal punto di vista dei risultati ottenuti e del raggiungimento dei principi di efficacia degli aiuti di Accra e Parigi (vedi BOX 4). L'Etiopia è, dunque, un paese che può essere considerato una "nicchia di sopravvivenza" della nostra cooperazione sanitaria.

TABELLA 9

Distribuzione geografica dell'APS sanitario italiano bilaterale per gruppo di Paesi (income group)
(elaborazione AAI e AfGH su dati OECD)

		% di APS sanitario allocate per gruppo di Paesi (income country by groups)		
		Tutti i donatori (Paesi DAC, Paesi non-DAC, Istituzioni multilaterali)	Paesi DAC	Italia
2007	LDCs, Total (Least Developed)	34%	29%	31%
	OLICs, Total (Other Low Income)	14%	14%	6%
	LMICs, Total (Low Middle Income)	21%	20%	45%
	UMICs, Total (Upper Middle Income)	5%	5%	13%
	Unallocated by income	27%	33%	5%
	MADCTs ex developing countries	0%	0%	0%
2008	LDCs, Total (Least Developed)	38%	31%	35%
	OLICs, Total (Other Low Income)	15%	15%	8%
	LMICs, Total (Low Middle Income)	18%	15%	39%
	UMICs, Total (Upper Middle Income)	7%	8%	14%
	Unallocated by income	23%	31%	4%
	MADCTs ex developing countries	0%	0%	0%
2009	LDCs, Total (Least Developed)	35%	32%	50%
	OLICs, Total (Other Low Income)	16%	15%	9%
	LMICs, Total (Low Middle Income)	17%	13%	30%
	UMICs, Total (Upper Middle Income)	6%	8%	4%
	Unallocated by incom	26%	32%	8%
	MADCTs ex developing countries	0%	0%	0%

TABELLA 10.a 10.b

% di APS allocato all'Africa Sub-Sahariana sul totale dell'APS generale 10.a, e sanitario 10.b (elaborazione AAI e AfGH su dati OECD)

% APS generale in Africa Sub-Sahariana sul tot	2007	2008	2009
Tutti i Paesi donatori (Paesi DAC, Paesi non-DAC, Istituzioni multilaterali)	32%	31%	33%
Paesi DAC	26%	25%	27%
Italia	20%	18%	41%

% APS sanitario in Africa Sub-Sahariana sul tot	2007	2008	2009
Tutti i Paesi donatori (Paesi DAC, Paesi non-DAC, Istituzioni multilaterali)	42%	48%	48%
Paesi DAC	38%	44%	47%
Italia	41%	45%	61%

TABELLA 11

I primi 25 Paesi recipienti dell'APS sanitario italiano bilaterale 2007-9 (elaborazione AAI e AfGH su dati OECD)

	PAESE	APS SANITARIO	APS SANITARIO RIPORTATO IN ALTRI SETTORI	GBS SALUTE	TOTALE	% SUL TOTALE DELL'APS SANITARIO ITALIANO BILATERALE 2007-9
1	Etiopia	21,6	0,7	0,0	22,3	7,0%
2	Mozambico	15,2	2,3	1,7	19,2	6,0%
3	Territori Palestinesi	14,5		3,2	17,7	5,6%
4	Sud Africa	16,4			16,4	5,2%
5	Uganda	15,3	0,2		15,5	4,9%
6	Sudan	11,8	0,4		12,2	3,8%
7	Iraq	11,7	0,0		11,8	3,7%
8	Libano	7,7	0,9	2,9	11,6	3,6%
9	Afghanistan	9,2			9,2	2,9%
10	India	8,7	0,3		9,0	2,8%
11	Cina	7,9			7,9	2,5%
12	Kenya	6,8	0,9		7,6	2,4%
13	Albania	6,4	1,0		7,4	2,3%
14	Congo, Dem. Rep.	6,7	0,1		6,8	2,2%
15	Tanzania	5,1	1,2		6,3	2,0%
16	Vietnam	3,5	0,0	1,125	4,6	1,5%
17	Zimbabwe	4,3			4,3	1,4%
18	Bolivia	4,1	0,0		4,1	1,3%
19	Djibouti	4,1			4,1	1,3%
20	Angola	2,6	0,1	0,6	3,3	1,0%
21	Burkina Faso	3,2	0,0		3,2	1,0%
22	Cameroon	2,4	0,4		2,8	0,9%
23	Somalia	2,7			2,7	0,9%
24	Argentina	1,8			1,8	0,6%
25	Siria	0,5	0,0		0,5	0,2%

LA COOPERAZIONE SANITARIA ITALIANA IN ETIOPIA

Con un'aspettativa di vita pari a 56 anni, un tasso di mortalità infantile di 69 morti su 1.000 bambini nati vivi e un tasso di mortalità materna pari a 720 morti su 100.000 nati vivi, l'Etiopia è uno fra i Paesi con il più basso indice di sviluppo umano al mondo (157° posto su 169) e maggiormente dipendente dagli aiuti internazionali. Tuttavia, soprattutto negli ultimi anni, l'Etiopia sembra vivere una forte crescita che si riflette chiaramente anche sulle prospettive di raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio.

Sulla base dei dati contenuti nel database CRS, fra il 2007 e il 2009, l'Etiopia ha complessivamente ricevuto 1,8 miliardi di dollari in APS sanitario. Fra i Paesi donatori, rivestono un ruolo fondamentale gli Stati Uniti che da soli contribuiscono al 27% dell'intero APS sanitario etiope mentre a livello multilaterale sono importanti i contributi del Fondo Globale per la lotta all'AIDS, Tubercolosi e Malaria, della Banca Mondiale e del GAVI che veicolano rispettivamente il 24%, il 13% e l'11% dell'intero APS sanitario etiope. Questi quattro donatori da soli contribuiscono ai tre quarti di tutto l'aiuto pubblico allo sviluppo che riceve l'Etiopia. L'Italia, da parte sua, nel periodo 2007-2009 ha erogato in progetti sanitari 22 milioni di dollari - pari a circa il 2,7% dell'APS sanitario proveniente dai Paesi DAC e all'1,2% di quello ricevuto da tutti i donatori. Il nostro Paese è quindi, nel periodo di riferimento, il settimo donatore, dietro a Stati Uniti, Canada, Regno Unito, Olanda, Spagna e Irlanda. Stati Uniti e Fondo Globale non sono solamente i maggiori donatori del settore sanitario ma anche i maggiori contribuenti dell'intero APS ricevuto dall'Etiopia. Tuttavia, il loro intervento, se da un lato ha creato sicuramente nuove opportunità per il settore sanitario e per la lotta all'AIDS in particolare dall'altro lato, proprio a causa dell'approccio estremamente verticale adottato, ha generato una serie di problematiche in termini di armonizzazione e coordinamento. In Etiopia, infatti, l'eccessiva concentrazione dei principali donatori su una singola problematica ha contribuito a creare un'iniqua distribuzione delle risorse con la conseguenza che il divario fra risorse disponibili e risorse necessarie per il raggiungimento dei differenti Obiettivi di Sviluppo del Millennio è estremamente più grande per quanto concerne la salute materna, la lotta alla malaria o il rafforzamento dei sistemi sanitari di quanto lo sia per quanto concerne la lotta all'HIV/AIDS. Senza cadere nell'errore di affermare la necessità di una riallocazione dei fondi - che per la lotta all'HIV sono fondamentali - va però evidenziata l'urgenza di intervenire sul sistema sanitario in maniera più orizzontale, potenziando gli interventi volti a migliorare la salute di base, soprattutto quella materno-infantile.

Nonostante i drastici tagli che hanno colpito l'aiuto pubblico allo sviluppo italiano, i contributi al settore sanitario etiope sembrano aver tenuto, segno di una certa volontà di mantenere ancora viva qualche nicchia di sopravvivenza in un Paese storicamente importante per la nostra cooperazione. È interessante notare che il 94% dell'intero APS sanitario italiano nel Paese, per il periodo 2007-2009, è classificato dal database CRS solamente in tre categorie: *health policy and admin management* (23,9%), *medical services* (55,4%) e *basic health care* (14,7%). Per contro, solamente il 3,7% è destinato ad attività di lotta all'HIV/AIDS, segno che la scelta italiana è quella di supportare prevalentemente i settori nei quali il divario fra le risorse necessarie e quelle disponibili è maggiore, fra tutti il rafforzamento dei sistemi sanitari locali. In particolare, il contributo italiano è canalizzato prevalentemente attraverso il finanziamento del Programma di sviluppo del settore sanitario (Health Sector Development Programme - HSDP) gestito dal Ministero della sanità etiope e il finanziamento di un Fondo di protezione dei servizi di base (Trust Fund Protection of Basic Services - II Phase PBS II) amministrato dalla Banca Mondiale.

Il contributo italiano al Programma di sviluppo del settore sanitario rientra nel quadro del "Programma Paese per la Cooperazione allo Sviluppo italo-etiope" del 1999 che si propone di sostenere, tra gli altri, il settore sanitario in quanto area fondamentale di intervento per il miglioramento delle condizioni di vita della popolazione del paese. Nel 2002, i governi italiano ed etiope hanno firmato un accordo bilaterale per il finanziamento del Programma di sviluppo del settore sanitario. Sulla base di questo accordo il governo italiano sostiene l'HSDP con un contributo totale di 15,75 milioni di euro in tre tranches (5 milioni dei quali sono stati erogati nel triennio 2007-2009), corrispondenti a circa il 3% dell'intero budget HSDP. Il contributo italiano è canalizzato prevalentemente attraverso il sostegno al Dipartimento per la pianificazione e la programmazione del Ministero della sanità e all'Autorità etiope per l'amministrazione e il controllo dei medicinali (DACA). Si tratta di una tipologia di finanziamento estremamente innovativa per il nostro Paese. Per molti anni, infatti, l'assistenza italiana allo sviluppo è stata gestita sulla base di singoli progetti pianificati, gestiti e realizzati direttamente dalla cooperazione italiana. Con questa iniziativa, invece, i fondi vengono trasferiti dal governo italiano direttamente al Ministero della sanità etiope per il sostegno ad aree predefinite. Si tratta in definitiva di un enorme passo

avanti verso i principi di efficacia degli aiuti di Accra e Parigi e di allineamento e armonizzazione fra donatori e politiche sanitarie nazionali. Il Fondo di protezione dei servizi di base (Trust Fund Protection of Basic Services - PBS) è invece la modalità di finanziamento che, a partire dal 2006, ha sostituito in Etiopia il supporto diretto al bilancio. Il PBS prevede fra le sue quattro componenti una specificamente sanitaria, disegnata nel quadro del Programma di sviluppo del settore sanitario (HSDP) allo scopo di accelerare il processo verso il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio relativi alla salute. Sebbene le risorse siano sottoposte alle procedure amministrative della Banca Mondiale - e non del governo etiope direttamente - anche il contributo italiano al Fondo di protezione dei servizi di base rappresenta una modalità di finanziamento innovativa per la nostra cooperazione e un passo avanti verso il coordinamento e l'allineamento dei donatori.

Conclusioni

L'aiuto pubblico allo sviluppo italiano non ha mai raggiunto i livelli stabiliti dalla comunità internazionale e, dal 2009, ha subito drastici tagli che rischiano di fare sparire la nostra cooperazione allo sviluppo dallo scenario internazionale. Nel 2010, l'APS reale italiano, equivalente a poco più di 2,4 miliardi di dollari, è stato di oltre quattro volte inferiore rispetto ai circa 10,3 miliardi di dollari che avrebbe dovuto raggiungere per essere in linea con i parametri internazionali.

In questo contesto, l'APS sanitario italiano - pari a 362 milioni di dollari nel 2009 e a 338 milioni di dollari nel 2010 (lo 0,017% del PIL in entrambi gli anni) - dovrebbe crescere di oltre cinque volte per arrivare a raggiungere i parametri stabiliti a livello internazionale (0,1%).

Considerando la battuta d'arresto dell'aiuto pubblico allo sviluppo dedicato alla salute, una Tassa sulle Transazioni Finanziarie potrebbe costituire una risposta all'attuale crisi del settore sanitario nel Sud del mondo. Tuttavia, il Governo italiano non si è ancora chiaramente espresso in merito al recepimento della Direttiva europea sulla TTF. Il dato è ancora più anomalo se si considera che il nostro Paese si è espresso a varie riprese in favore dell'adozione di meccanismi innovativi per garantire il pagamento di alcuni impegni di Cooperazione Internazionale allo Sviluppo proprio nel settore della salute, promuovendo meccanismi quali l'Advanced Market Commitment per lo sviluppo di nuovi vaccini e l'International Finance Facility for Immunisation, per attività di immunizzazione e rafforzamento dei sistemi sanitari.

Ci auguriamo che l'attenzione data dal nuovo Esecutivo al settore della cooperazione internazionale dimostrata dalla nomina di un Ministro ad hoc per la Cooperazione Internazionale e l'Integrazione, possa accompagnarsi a un rinnovato impegno per il raggiungimento del sesto Obiettivo di Sviluppo del Millennio, dell'accesso universale alle cure e per il rafforzamento dei sistemi sanitari nazionali, definito come priorità nei "Principi guida" della cooperazione sanitaria³⁵.

³⁵ Ministero degli Affari Esteri, Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo – "Salute globale: principi guida della cooperazione italiana", Luglio 2009 http://www.cooperazioneallosviluppo.esteri.it/pdgcs/documentazione/PubblicazioniTrattati/2009-07-01_LineeGuidaSanita.pdf

La salute globale e la lotta all'AIDS. Quale credibilità per l'Italia?

Autore: Marco Simonelli

Supervisione: Luca De Fraia

Grafica: Tazio Malvezzi

Editing: Alice Grecchi

Idee e contributi di: Iacopo Viciani, Livia Zolli

Pubblicazione chiusa il 25 novembre 2011

act!onaid

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 45200530
Fax + 39 06 5780485

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

ActionAid è un'organizzazione internazionale indipendente impegnata nella lotta alle cause della povertà e dell'esclusione sociale. Da oltre trent'anni è al fianco delle comunità del Sud del mondo per garantire loro migliori condizioni di vita e il rispetto dei diritti fondamentali. In Italia ActionAid è presente dal 1989: è una ONLUS ed è accreditata presso il Ministero degli Affari Esteri come ONG. Nel mondo ActionAid è una coalizione internazionale che ha la sua sede principale in Sud Africa, a Johannesburg, e affiliati nazionali nel Nord e nel Sud del mondo. Per uno sviluppo concreto e duraturo delle comunità con cui lavora, ActionAid realizza programmi a lungo termine in Asia, Africa e America Latina.

Le principali aree di intervento sono la lotta all'HIV/AIDS, il diritto all'alimentazione, una governance giusta e democratica, l'educazione, i diritti delle donne, la sicurezza umana in contesti di conflitti ed emergenze. L'organizzazione coinvolge anche nei Paesi più ricchi cittadini, imprese e istituzioni evidenziandone le responsabilità nei confronti delle comunità più emarginate del Sud del mondo. ActionAid opera grazie all'impegno di migliaia di persone che contribuiscono con il proprio attivismo e donazioni.