

▶ **IL FONDO GLOBALE:**

UN'OPPORTUNITÀ PER L'ITALIA

UNA RISORSA PER LE FUTURE GENERAZIONI



Osservatorio Italiano sull'Azione
Globale contro l'AIDS



Redazione e ricerca a cura di Marco Simonelli con la collaborazione di Stefania Burbo e Maria Grazia Panunzi.
Le Ong *Amref Health Africa*, *Ccm – Comitato Collaborazione Medica*, *Coopi*, *Medici con l’Africa - Cuamm*, *Medicus Mundi Italia*, componenti dell’Osservatorio italiano sull’azione globale contro l’Aids, hanno contribuito al rapporto fornendo le informazioni, di cui sono responsabili, relative alla loro esperienza sul campo.

Si ringrazia per la collaborazione Marilena Bertini, Claudio Ceravolo, Massimo Chiappa, Donata Dalla Riva, Micol Fascendini, Emanuele Focà, Paola Magni, Virginio Pietra, Fabian Schumacher.

Editing a cura di Serena Fiorletta e Barbara Romagnoli
Progetto grafico e impaginazione a cura di Tiziano Zuliani
Stampa a cura di Speedy Print, Spoleto (Pg)
Immagini di copertina e immagini interne di © Francesco Cocco/Contrasto

Policy Paper pubblicato nell’ambito del progetto “Increasing Italy’s commitment to the Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria” [2015/2017] coordinato da Aidos per rafforzare l’Osservatorio italiano sull’azione globale contro l’Aids.

Dati e informazioni contenute nel presente documento sono valide fino il 15 aprile 2016.

Info e contatti

Osservatorio italiano sull’azione globale contro l’Aids - Italian network against Aids
c/o Aidos, Via dei Giubbonari 30 - 00186 Roma - Italia + 39 06 68 73 214
osservatorioaids@ong.it

Media Info: press.osservatorioaids@ong.it

www.osservatorioaids.it



<https://www.facebook.com/OsservatorioAIDS>



<https://twitter.com/osservatoriAIDS>

Giugno 2016

© Osservatorio italiano sull’azione globale contro l’Aids

La lotta all'Hiv/Aids, malaria e tubercolosi, così come tutte le altre pandemie causate principalmente dalla povertà e dalle disuguaglianze, ha bisogno di risposte corali e multisettoriali che tengano conto di più fattori e coinvolgano diversi protagonisti fra governi e società civile.

L'impegno a contrastare queste epidemie è stato riaffermato anche fra i 17 Obiettivi di sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030, approvata a settembre scorso dalle Nazioni Unite, con il traguardo di sradicare la povertà in tutte le sue forme; e, per quanto concerne la salute, eliminare le disuguaglianze nell'accesso alle cure sanitarie, porre fine alle epidemie di Aids, tubercolosi, malaria e altre malattie infettive; e assicurare, infine, la Copertura Sanitaria Universale.

Il Fondo Globale è stato negli ultimi quindici anni un attore fondamentale nei progressi per il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, in particolare nella lotta alle maggiori pandemie, e sarà nuovamente rilevante il ruolo che giocherà nei prossimi anni per il raggiungimento degli obiettivi dell'Agenda 2030.

In settembre si terrà la quinta conferenza internazionale di rifinanziamento del Fondo Globale e l'Italia – uno dei paesi più attivi per la nascita e la promozione del Fondo – è chiamata a pronunciare il proprio impegno per il triennio 2017-2019. Il nostro paese esce da un periodo non certo entusiasmante per quanto concerne gli sforzi sulla cooperazione allo sviluppo, ma – come ha più volte dichiarato il premier Matteo Renzi – vuole tornare ad essere un paese leader nel panorama dei donatori internazionali: un forte contributo al Fondo potrebbe essere un ottimo passo avanti in questo senso.

Questo policy paper rappresenta uno strumento di lavoro utile agli addetti ai lavori e non, permette di capire il valore del Fondo e la portata del suo impegno, inquadrando il contesto storico ed economico nel quale ha operato e le strategie, a volte coraggiosissime, per superare o correggere le eventuali criticità. Strategie che hanno rappresentato, in molti casi, un passo importante nel cambiamento del paradigma degli aiuti allo sviluppo: oggi sono maggiormente protagonisti i paesi che fino a poco tempo fa erano semplicemente considerati beneficiari, divenendo finanziatori altrettanto importanti dei paesi tradizionalmente considerati donatori.

Non solo, questo documento è un agile strumento anche per comprendere le attuali sfide di un mondo in veloce cambiamento, dove le disuguaglianze di accesso alla salute e alle cure sono presenti in tutti i paesi a livello globale,

e anche all'interno di regioni dello stesso paese. Disuguaglianze intollerabili, non solo perché la salute costituisce un diritto inalienabile per donne e uomini, ma anche perché rappresentano un controsenso scientifico, vista la crescente interdipendenza geografica che tante malattie a impatto globale hanno dimostrato. Disparità che spesso sono maggiori laddove alcune categorie di persone (le cosiddette key populations) sono lasciate in disparte, ignorate e talvolta criminalizzate.

Se non si lavorerà per raggiungere queste popolazioni, vi è il grave rischio che i progressi raggiunti siano seriamente compromessi, come viene ben evidenziato in questo documento.

Nella prima parte, infatti, il rapporto fa riflettere sui progressi per la salute globale che la presenza del Fondo ha permesso di ottenere nei paesi in cui opera; nella seconda parte, è posta altrettanta attenzione all'esperienza maturata sul campo da alcune Ong italiane dell'Osservatorio Aids attive nel contrastare le tre pandemie, anche cooperando con il Fondo.

In questo momento di rilancio della cooperazione italiana (la nuova legge e l'agenzia) è fondamentale capire quale sia stato fino ad oggi il ruolo degli attori italiani e la partnership con le grosse organizzazioni internazionali come il Fondo, per cercare appunto di rafforzare quanto più il ruolo del nostro paese all'interno delle politiche internazionali che contano e fanno la differenza.

Con piacere desidero richiamare l'attenzione sulle richieste che la società civile rappresentata dall'Osservatorio Aids presenta in questo paper circa il contributo dell'Italia alla prossima conferenza di rifinanziamento del Fondo Globale. Si tratta di raccomandazioni più che condizionali, opportune e coerenti con la situazione italiana e con le risorse di cui dispone il paese, in linea con quella ripresa della cooperazione italiana annunciata più volte dal nostro premier Matteo Renzi.

Fermarsi ora vorrebbe dire non aver compreso che è questo il momento di agire, altrimenti sarebbero compromessi anni di sforzi e di successi.

Stepan Voda

Salute Globale – Istituto Superiore di Sanità
Vice-presidente Amici del Fondo Globale Europa

Il Fondo Globale per la Lotta contro Aids, Tuberculosis e Malaria è stato uno dei primi partenariati a coinvolgere governi, istituzioni, società civile, privati e comunità di persone colpite dalle tre malattie. Le attività sono iniziate nel 2002 per dare una risposta concreta alle epidemie che stavano devastando intere generazioni e affliggendo le popolazioni più povere ed emarginate del mondo. Con una visione moderna del concetto di salute globale, il Fondo è stato in grado di progettare la propria strategia andando oltre il concetto dell'aiuto paternalistico, lasciando spazio alla leadership dei paesi partner e delle comunità che conoscono le malattie che le affliggono meglio di chiunque altro. Il Fondo ha rivisto nel corso degli anni il proprio modello di finanziamento, diventando non solo un'istituzione leader nel contribuire alla salute globale, ma anche un sistema in grado di sostenere i paesi nell'incremento graduale delle proprie risorse per la salute. Non ci soffermeremo qui sulla storia del Fondo, già affrontata in altre pubblicazioni¹. Vedremo invece, dopo avere brevemente illustrato chi finanzia il partenariato, dove vengono investite le risorse e quali i maggiori risultati e innovazioni ad oggi. Analizzeremo anche in che modo il contributo dell'Italia, in occasione della quinta conferenza di rifinanziamento del Fondo prevista a settembre 2016, possa diventare un investimento per il nostro paese.

I RISULTATI

Dal 2002 al 2014 il Fondo ha contribuito a salvare più di 17 milioni di vite. Attualmente – in media – concorre a salvarne oltre 2 milioni l'anno: si stima, quindi, che alla fine del 2016 saranno state messe in salvo oltre 22 milioni di persone². Dal 2002, nei paesi in cui investe, è stata riscontrata la diminuzione di un terzo dei decessi per Hiv, Tbc e malaria. Attraverso il sostegno finanziario fornito, sono oltre 8 milioni le persone che hanno beneficiato del trattamento antiretrovirale (Art), oltre 13 milioni quelle che hanno ricevuto cure per la Tbc e 548 milioni le zanzariere impregnate di insetticida e distribuite attraverso i programmi di lotta contro la malaria. Il numero di morti correlate all'Aids è sceso del 40%: dai 2 milioni del 2004 a 1,1 milioni del 2014. Si è raggiunto questo risultato costantemente in crescita grazie all'accesso ai trattamenti antiretrovirali, passando da una copertura del 4% nel 2005 al 40% nel 2014. Contemporaneamente, anche il numero delle infezioni da Hiv è sceso, fra il 2000 e il 2014, del 36% e i programmi nazionali di prevenzione della trasmissione madre-figlio del virus hanno raggiunto il 73% della popolazione.

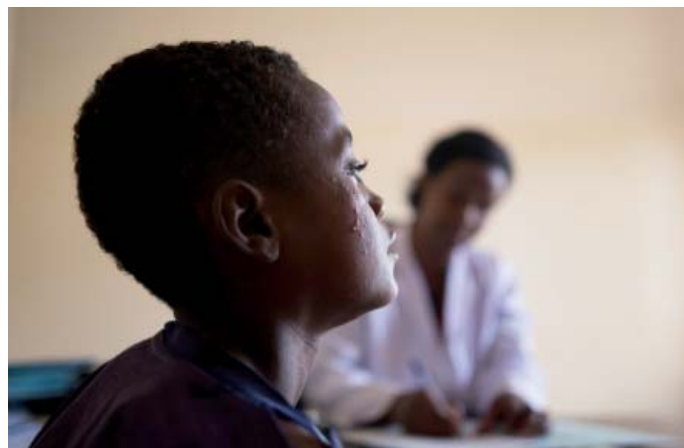
Nello stesso periodo nei paesi in cui il Fondo opera, il numero di morti causate dalla Tbc è diminuito del 29%: senza i programmi sostenuti dal Fondo nel 2014 sarebbe potuto

essere tre volte più elevato. Inoltre, attualmente, oltre il 56% delle persone a rischio di contrarre la malaria ha la possibilità di dormire sotto una zanzariera, rispetto alla percentuale del 2005 che era solo del 7%. L'accesso ai test rapidi di diagnosi della malaria e alle terapie a base di artemisinina, è cresciuto enormemente e il numero di casi curati è aumentato del 19%, raggiungendo un picco cumulativo di 515 milioni durante il 2014. Di conseguenza, il numero di morti causate dalla malattia è diminuito - fra il 2000 e il 2014 - del 48%. Fra i maggiori beneficiari ci sono i bambini/e al di sotto dei cinque anni e le donne incinte, i due gruppi maggiormente vulnerabili: il primo a causa del sistema immunitario che non ha ancora sviluppato un'efficace resistenza, il secondo per l'indebolimento determinato dalla gravidanza.

CHI FINANZIA?

Il Fondo, dal 2002 al 2015, ha ricevuto oltre 33 miliardi di dollari di contributi da donatori di diverso tipo³. La maggior parte dei contributi (95% del totale) proviene dai governi di 50 paesi e i principali sono: Stati Uniti (10,1 miliardi di dollari, 30% di tutti i donatori), Francia (4,2 miliardi di dollari, 12%), Regno Unito (3,8 miliardi, 11%), Germania (2,6 miliardi, 8%), Giappone (2,2 miliardi, 6%), Unione europea (1,6 miliardi, 5%), Canada (1,4 miliardi, 4%), Italia (1,1 miliardi, 3%). Oltre ai paesi donatori tradizionali, vanno menzionati quelli nuovi, fra cui l'Arabia Saudita (64 milioni di dollari) e gli sforzi di almeno 15 paesi storicamente recipienti (fra questi Malawi, Namibia, Nigeria, Ruanda, Sudafrica, Tunisia, Zimbabwe, Romania, Georgia, India, Cina), che hanno contribuito per un ammontare complessivo di quasi 90 milioni di dollari.

Sebbene in misura di poco superiore al 5%, concorrono al Fondo anche il settore privato e le fondazioni. La *Bill & Melinda Gates Foundation* in particolare, con un contributo cumulativo al 2015 di oltre 1,4 miliardi di dollari, ha garantito oltre il 70% dei contributi privati e oltre il 4% del totale di tutti i contributi, posizionandosi al settimo posto nella classifica dei donatori complessivi.

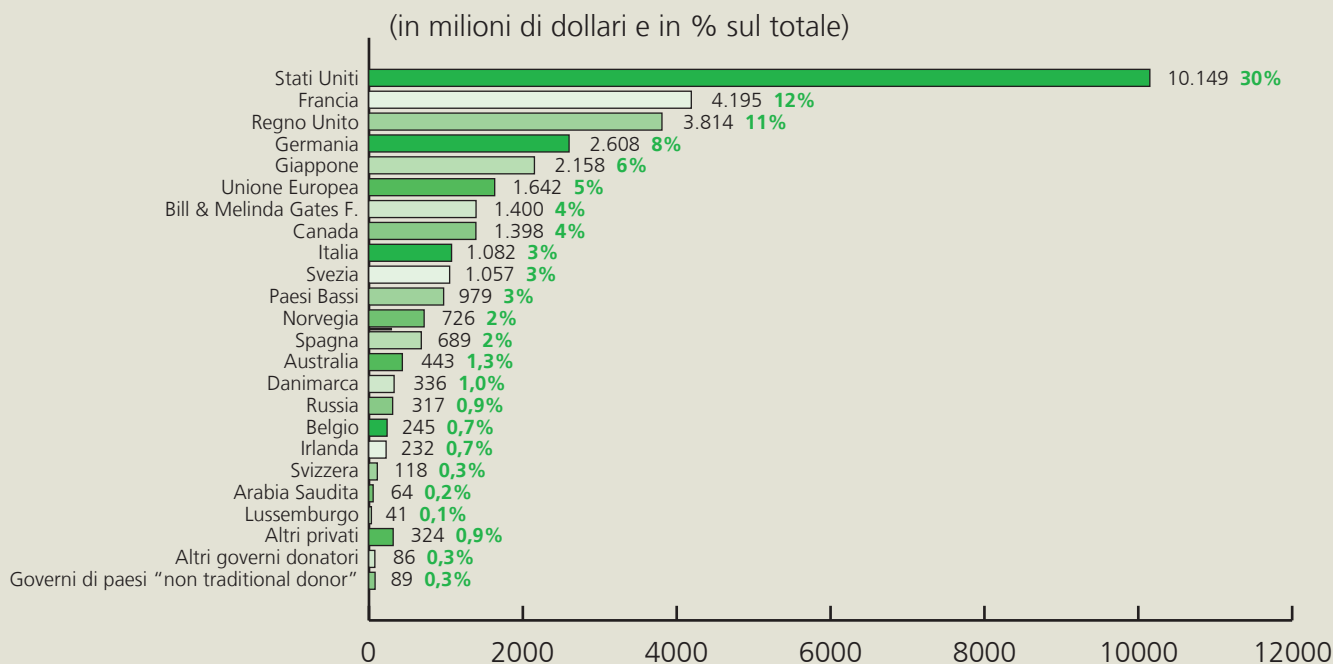


1 ActionAid https://www.actionaid.it/app/uploads/2015/11/II_Fondo_Globale_report_2015.pdf; Friends of the Global Fund Europe <http://www.afmeurope.org/it/il-fondo-globale/>; The Global Fund http://www.theglobalfund.org/documents/replenishment/2013/Replenishment_2013ItalyDonorSheet_Report_it/.

2 The Global Fund, "Results Report 2015".

3 "GfCore_PledgesContributions-List-en.xlsx" in <http://www.theglobalfund.org/en/financials/>, marzo 2016.

DONATORI DEL FONDO GLOBALE, ANNI 2002-2015



Elaborazione su dati Global Fund <http://www.theglobalfund.org/en/financials/>

I paesi che forniscono annualmente, in rapporto al proprio Reddito Nazionale Lordo (Rnl*), il maggiore contributo al Fondo Globale sono: il Regno Unito (633 mln di dollari, lo 0,0219% del proprio Rnl), la Svezia (116 mln di dollari, 0,0197%), la Norvegia (71 mln di dollari, 0,0140%), la Francia (387 mln di dollari, 0,0134%), i Paesi Bassi (91 mln di dollari, 0,0103%), il Canada (177 mln di dollari, 0,0100%), gli Stati Uniti (1,5 miliardi di dollari, 0,0087%) e la Germania (318 mln di dollari, 0,0080%).

* Il Reddito Nazionale Lordo (Rnl) di un paese - in inglese Gross National Income (Gni) - viene calcolato sommando o sottraendo al Prodotto Interno Lordo (Pil) vari flussi di reddito tra paesi, fra cui i profitti che le imprese percepiscono all'estero e che rimettono nel proprio mercato, i salari e gli stipendi che i cittadini percepiscono all'estero, gli aiuti internazionali. L'Ocse utilizza il Rnl (Gni) e non il Pil.

L'ITALIA E IL FONDO GLOBALE

Nel 2001, al summit G8 di Genova, l'Italia è stata uno dei paesi più attivi per la nascita e la promozione del Fondo e nei primi anni di attività uno dei maggiori contribuenti, assumendo anche un ruolo guida. Ciò le è valso il diritto a un seggio individuale nel consiglio di amministrazione.

Fino al 2008 l'Italia è stata il terzo paese donatore in assoluto con un contributo totale di 790 milioni di euro (oltre un miliardo di dollari), pari all'8% del totale delle risorse di tutti i donatori – seconda soltanto a Stati Uniti (28%) e Francia (14%). In media, nel periodo 2006-2008 l'Italia ha versato al Fondo 130 milioni di euro l'anno (oltre 180 milioni di dollari).

Dal 2009 l'Italia non ha mantenuto più i propri impegni e i contributi promessi per gli anni 2009 e 2010 non sono stati saldati, creando un ammanco di oltre 260 milioni di euro. Alla terza conferenza di rifinanziamento i donatori hanno dichiarato i propri impegni per il periodo 2011-2013: l'Italia non ha annunciato alcun contributo, perdendo di conseguenza il seggio unico al consiglio di amministrazione per condividerne uno con la Spagna.

Nel 2013, alla quarta conferenza di rifinanziamento, l'Italia ha annunciato il rientro fra i donatori, con un impegno, per gli anni 2014-2016, pari a 100 milioni di euro, le prime due quote sono state versate e per la terza è stato avviato l'iter per l'erogazione. Alla fine del 2013 è stato anche firmato un protocollo d'intesa per fornire assistenza tecnica ai programmi in quattro paesi prioritari per la cooperazione italiana. Attualmente, l'Italia partecipa alla *governance* del Fondo tramite la delegazione della Commissione europea, che comprende anche Spagna, Belgio e Portogallo.

LE AREE DI INTERVENTO

Il valore complessivo delle erogazioni finanziarie per interventi di prevenzione, cura e monitoraggio delle epidemie è stato di oltre 29 miliardi di dollari fino al 2015.

Di questi, il 53% (15,6 miliardi di dollari) è stato investito per la lotta contro l'Hiv/Aids, il 28% (8,1 miliardi) contro la malaria, il 16% contro la Tbc (4,6 miliardi), l'1% contro la co-infezione Tbc/Hiv (326 milioni) e il restante 2% (552 milioni) per attività trasversali a sostegno delle tre epidemie e dei servizi sanitari⁴.

L'obiettivo del Fondo, di porre fine alle epidemie di Hiv, Tbc e malaria, può essere raggiunto soltanto attraverso la creazione di sistemi per la salute sostenibili e resilienti. Il recente caso di Ebola ha dimostrato che le epidemie dilagano soprattutto laddove i sistemi sanitari sono fragili. Esiste una relazione di mutuo rafforzamento tra il finanziamento delle attività di controllo di Hiv, Tbc e malaria e il miglioramento generale dei sistemi sanitari, nei paesi in cui l'onere delle tre epidemie è particolarmente gravoso. Per questa ragione è stato incrementato negli anni il sostegno ai sistemi sanitari, fino a stimare un investimento nel settore pari al 40% delle proprie risorse⁵.

Questi interventi riguardano anche il rafforzamento dei servizi per le comunità. In Etiopia, per esempio, il Fondo ha investito nella formazione di oltre 38.000 operatori sanitari di base che agiscono a livello comunitario. Ciò ha contribuito a incrementare l'accesso, non soltanto ai servizi per la cura di Hiv, Tbc e malaria, ma anche a quelli per la salute materno-infantile e allo *screening* delle malattie non trasmissibili. E favorendo così il raggiungimento della Copertura Sanitaria Universale⁶. In molti paesi, si è ben lontani da questo traguardo, a causa dei costi dei servizi per la salute, la lontananza delle strutture dai villaggi e pregiudizi che portano allo stigma e alla discriminazione delle persone affette dalle malattie.

In Ruanda, Thailandia ed Estonia il Fondo ha cooperato con i governi locali per integrare le tre epidemie nei programmi nazionali di assicurazione sanitaria e sta attualmente compiendo azioni analoghe in Indonesia, Kenya e Tanzania⁷.

Nei documenti accessibili dal sito web del Fondo manca però un'indicazione dettagliata di come il 40% delle risorse per i sistemi sanitari sia esattamente calcolato. Anche la reportistica disponibile nel database Ocse-Dac⁸ evidenzia soltanto gli investimenti a sostegno di attività dirette per il contrasto delle tre epidemie. Sarebbe opportuna una maggiore chiarezza su come sono estrapolate queste percentuali imputate a interven-

ti di rafforzamento dei sistemi sanitari, al fine di evitare il rischio di conteggio della stessa spesa due volte su voci diverse.

Per quanto riguarda infine le spese di funzionamento del Fondo come struttura operativa, queste si aggirano attorno a 300 milioni di dollari l'anno, che rappresentano circa il 10% delle sovvenzioni erogate annualmente⁹. Come ulteriore informazione, il Fondo calcola le spese di funzionamento non in percentuale sulle erogazioni annuali, bensì sul totale delle sovvenzioni attive: in questo modo, per esempio la percentuale delle spese di gestione scende, nel 2014, al 2,3%¹⁰.

DOVE VANNO LE RISORSE

Dagli inizi delle proprie operazioni, sono stati erogati finanziamenti in ben 124 paesi, di cui oltre cento hanno sovvenzioni ancora attive. Oltre il 63% delle sovvenzioni è stato destinato ai paesi dell'Africa subsahariana, la regione del mondo maggiormente colpita dalle tre epidemie e con i più gravi problemi sanitari; il 26% all'Asia; il 6,5% ai paesi dell'America centrale e meridionale; il 2,9% ai paesi dell'Europa orientale; l'1% all'Oceania e lo 0,5% al Nord Africa¹¹.

Con quasi 1,8 miliardi di dollari ricevuti, l'Etiopia è il più grande paese recipiente dei finanziamenti del Fondo (6,3% del totale), seguito da India (1,7 miliardi di dollari, 5,8%); Tanzania (1,5 miliardi), Nigeria (1,5 miliardi), Ruanda (1,1 miliardi), Zambia, Cina, Repubblica Democratica del Congo, Malawi, Zimbabwe¹².

Nell'erogare le sovvenzioni, il Fondo ha sempre cercato di privilegiare i paesi economicamente più svantaggiati. Nel triennio 2011-2013, ad esempio, i paesi meno sviluppati ("*Least Developed Countries*" – LDCs) e quelli a basso reddito ("*Other Low Income Countries*" – LICs) hanno ricevuto il 56,8% del totale dei contributi erogati dal Fondo¹³. Nel 2014 i paesi più poveri hanno visto incrementata la percentuale di risorse allocata, che è arrivata al 61% delle erogazioni totali¹⁴. Questa relativa crescita in percentuale dei finanziamenti verso i paesi economicamente meno avvantaggiati coincide con la messa in atto nel 2013-2014 del nuovo modello di finanziamento del Fondo Globale ("*New Funding Model*" – Nfm), presentato nel documento strategico "*The Global Fund Strategy 2012-2016: Investing for Impact*"¹⁵.

9 L'erogazione annua media di finanziamenti è pari a circa 3 miliardi di dollari. Nel 2014 le spese di funzionamento ammontavano a 286 milioni di dollari, su un totale erogato di 2,9 miliardi di dollari, equivalenti quindi al 9,9% (fonte: <http://www.theglobalfund.org/en/financials/>), marzo 2016.

10 <http://www.theglobalfund.org/en/financials/>

11 Ocse, <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CRS1#>, accesso a marzo 2016. Il database del Crs è aggiornato al 2014.

12 <http://www.theglobalfund.org/en/portfolio/> marzo 2016.

13 Ocse, <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CRS1#>, 2016.

14 Secondo il database Crs è andato ai paesi meno sviluppati, LDCs, il 52% e a quelli a basso reddito il 9%.

15 <http://www.theglobalfund.org/en/strategy/>

4 <http://www.theglobalfund.org/en/financials/> e <http://www.theglobalfund.org/en/portfolio/>, ultimo accesso marzo 2016.

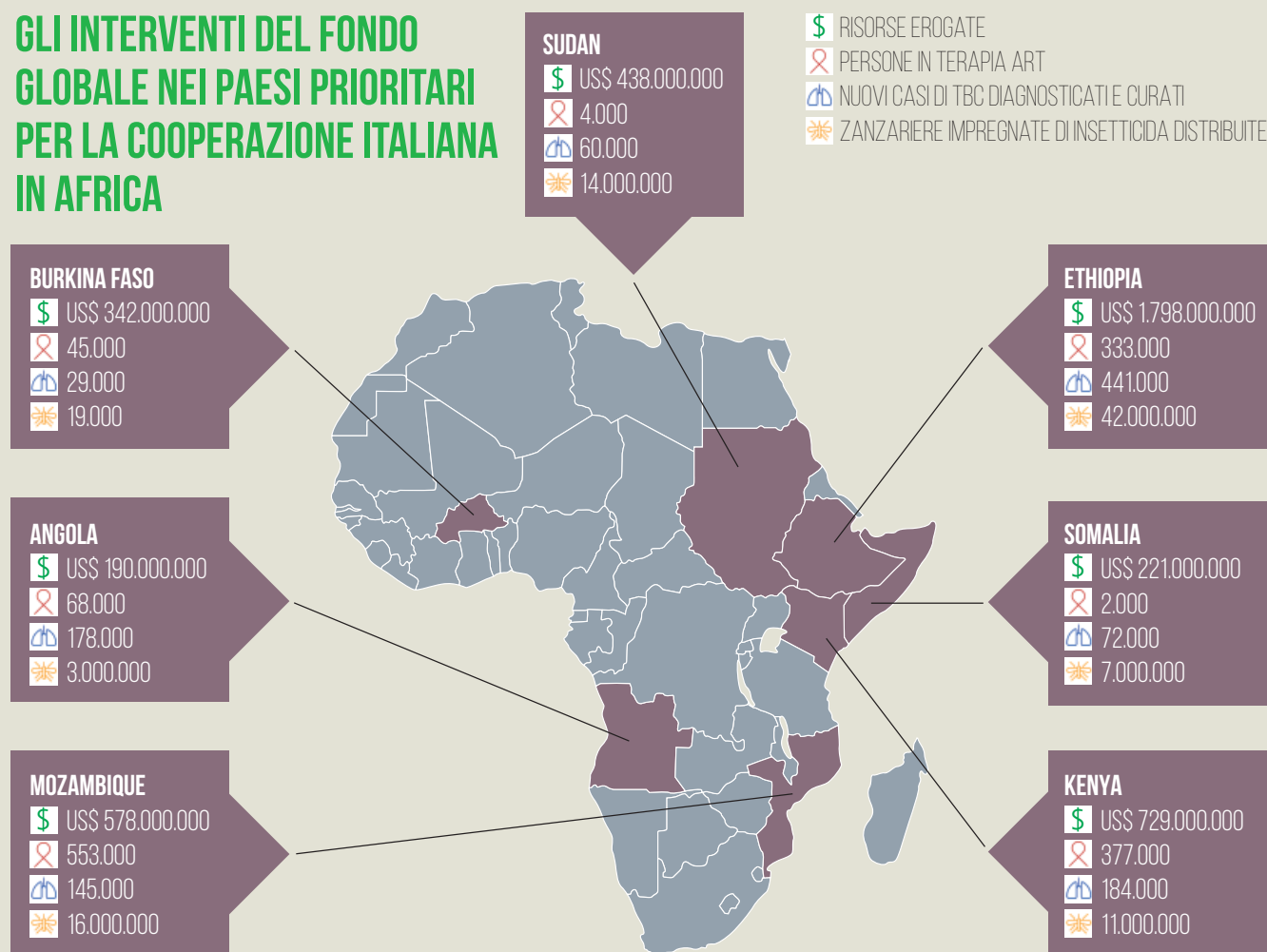
5 "*Building Resilient and Sustainable Systems for Health*" in <http://www.theglobalfund.org/en/healthsystems/> e "*Investment Case for the Global Fund's 2017-2019 Replenishment December 2015. The Right Side of the Tipping Point for Aids, Tuberculosis and Malaria*", pag. 9.

6 http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/en/index/html

7 <http://www.theglobalfund.org/en/healthsystems>

8 <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CRS1#>, marzo 2016.

GLI INTERVENTI DEL FONDO GLOBALE NEI PAESI PRIORITARI PER LA COOPERAZIONE ITALIANA IN AFRICA



Fonte mappa: <http://www.theglobalfund.org/en/portfolio/>. Sudan, Etiopia, Burkina Faso, Kenya, Somalia, Angola, Mozambico sono paesi prioritari per la cooperazione italiana e/o per le Ong aderenti all'Osservatorio Aids.

IL NUOVO MODELLO DI FINANZIAMENTO

La crisi economica globale, che per la prima volta dal 2000 ha causato una diminuzione degli aiuti allo sviluppo da parte dei donatori internazionali, ha avuto i suoi effetti anche sul Fondo Globale. Nel 2010, infatti, è stato cancellato un bando per la presentazione di proposte di finanziamento (il "Round 11"). In alcuni casi la diminuzione dei contributi è stata indotta anche da critiche mosse al modello di funzionamento del Fondo e alla necessità di avviare una riforma per contrastare casi di corruzione verificatisi in alcuni paesi¹⁶. Per tale motivo il Fondo ha cambiato le sue politiche e ha deciso di investire le proprie risorse in maniera più strategica, elaborando il nuovo sistema "Investing for impact".

La nuova procedura finanziaria si focalizza prevalentemente sui paesi più poveri e con il maggiore carico di malattia ("disease burden") e vede come prioritario investire strategicamente in aree con alto potenziale di impatto e di forte valore qualità-prezzo.

Prima di questa trasformazione, il Fondo manteneva un basso profilo nell'influenzare gli investimenti e modellare la domanda, garantendo soltanto che i contributi rispondessero alle richieste dei paesi. In questo modo non era sempre in grado di indirizzare le risorse verso i paesi e le popolazioni più colpite dalle epidemie o verso interventi di maggiore impatto. A tal fine era necessario che il Fondo prendesse voce in capitolo su dove e come investire e sul determinare chi avesse maggior bisogno di risorse¹⁷.

A ciascun paese beneficiario è ora assegnato un ammontare di finanziamento disponibile per ogni malattia (Aids, Tbc, malaria) per un periodo di tre anni. L'importo è stabilito combinando diversi fattori, principalmente il livello di reddito del paese (che riflette la capacità di sostenere i costi per la salute) e il carico di malattia, ulteriormente ponderati tenendo in considerazione altri elementi. Fra questi, la qualità della gestione delle sovvenzioni ottenute precedentemente e il loro impatto, l'incremento eventuale dei tassi di infezione, la capacità di assorbimento dei fondi da parte del paese, i rischi eventuali.

¹⁶ www.csis.org/files/publication/150624_Summers_LessonsGlobalFundReform_Web.pdf

¹⁷ "The Global Fund Strategy 2012-2016: Investing for Impact", pag. 8.

I paesi sono quindi invitati a presentare delle proposte di progetto in qualsiasi momento nel lasso dei tre anni: un meccanismo sicuramente migliore rispetto al precedente che, avendo date prestabilite per la presentazione delle proposte e per l'accesso ai finanziamenti, non sempre aveva una tempistica in linea con la programmazione dei paesi.

Con il nuovo sistema gli idonei a ricevere sovvenzioni dal Fondo sono stati divisi in quattro gruppi, secondo combinazioni basate sul livello di reddito e sul carico di malattia¹⁸.

I paesi di fascia 1 (reddito più basso, alto carico di malattia) hanno ricevuto l'aumento maggiore degli stanziamenti rispetto al precedente sistema: +25%. Quelli di fascia 3 (reddito più elevato, alto carico di malattia) hanno ricevuto un aumento del 10%; mentre gli stanziamenti ai paesi di fascia 2 (basso reddito, basso carico di malattia) e a quelli di fascia 4 (reddito più elevato, basso carico di malattia) sono rimasti sostanzialmente invariati.

Le richieste per interventi in situazioni di "carico di malattia estremo" hanno visto un incremento del 52% rispetto al vecchio modello, quelle per "carico di malattia grave" un incremento del 29%, mentre le restanti categorie hanno subito delle riduzioni.

Sostenere interventi con carico elevato di malattia, indipendentemente dal livello di reddito del paese proponente, e garantire ai paesi con le minori capacità economiche di far fronte ai propri bisogni, erano i due obiettivi principali del nuovo modello, raggiunti secondo le analisi della società civile. Ad esempio, i paesi di fascia 3 hanno ricevuto stanziamenti maggiori del 10% rispetto a quanto erogato con il vecchio sistema¹⁹. È questo il caso di Indonesia, Filippine, Thailandia, Ucraina, Angola, Botswana, Namibia e Sudafrica, che sono stati reconsiderati come possibili forti beneficiari delle sovvenzioni del Fondo. Sono state previste anche risorse aggiuntive, sotto forma di incentivi, per quei paesi in grado di dimostrare la capacità di ottenere un forte impatto grazie agli interventi sovvenzionati²⁰.

RISORSE, CONTROPARTI E SOSTENIBILITÀ

Molti paesi a basso e medio reddito investono sempre di più in salute; oggi l'Africa sta mobilitando più risorse domestiche per la salute di quante provengano dagli aiuti esterni per lo sviluppo. Secondo Unaid²¹, già nel 2014 il 57% dei finanziamenti per la lotta contro l'Aids proveniva da risorse interne dei paesi colpiti dall'epidemia.

Da una parte, il tentativo di riclassificare i paesi non più esclusivamente sul reddito ma su una più comprensiva

gamma di indicatori sociali, sanitari e politici vuole riportare nella scala delle priorità quei paesi che sarebbero stati lasciati da soli a sostenere un fardello troppo grande. Dall'altra, il Fondo – con il nuovo sistema – richiede ai governi dei paesi partner soglie minime di co-finanziamento. Queste ultime se incrementate, possono sbloccare un ulteriore 15% di risorse²². Con tale 'leva finanziaria' si premiano gli sforzi locali e si aumentano le risorse per la salute: rispetto a quanto speso nel triennio 2012-2014, gli impegni di cofinanziamento da parte dei governi locali dei programmi sostenuti per il triennio 2015-2017 sono aumentati del 52%, per un ammontare complessivo di 4,5 miliardi di dollari²³. I governi vengono quindi progressivamente premiati, se dimostrano di contribuire con risorse finanziarie aggiuntive.

Il Ministero della salute del Camerun, ad esempio, si è impegnato a firmare un contratto per l'acquisto di 2,5 milioni di zanzariere impregnate di insetticida da distribuire nella regione centrale del paese. A fronte di questo contributo, il Fondo verserà 9 milioni di euro per l'acquisto e loro distribuzione nelle restanti nove regioni del paese. In Nigeria, il Fondo fornirà il 15% di finanziamenti aggiuntivi per attività di acquisto e distribuzione di zanzariere, soltanto quando il governo locale avrà stanziato lo stesso ammontare di risorse per il medesimo proposito²⁴.

Come evidenziato nell'*Operational Policy Manual*²⁵ un cofinanziamento più elevato darebbe inoltre al Fondo la possibilità di liberare risorse economiche da investire a sostegno delle persone più vulnerabili, le cosiddette popolazioni chiave²⁶. Il Sudafrica si è impegnato ad aumentare i fondi per i propri programmi di trattamento dell'Hiv e della Tbc (con trasparenza nella rendicontazione di queste spese), in cambio di un incremento degli investimenti del Fondo proprio verso le popolazioni chiave²⁷.

Alla Conferenza Internazionale sull'Aids del 2014, Unaid ha presentato il documento strategico "90-90-90. An ambitious treatment target to help end the Aids epidemic",²⁸ con

22 <http://www.theglobalfund.org/en/fundingmodel/process/counterpartfinancing/>

23 The Global Fund, Results Report 2015.

24 "The 'fair share' of shared responsibility - A case study analysis by Aids-span of how The Global Fund's willingness-to-pay policy leveraged additional government resources in the new funding model", Gemma Oberth for Aids-span, Revised: February 2016, pag. 10.

25 www.theglobalfund.org/.../manuals/Core_OperationalPolicy_Manual_en/, pag. 90.

26 L'Organizzazione Mondiale della Sanità Oms definisce popolazioni chiave ("key populations"), soprattutto per quanto concerne l'epidemia da Hiv, le persone maggiormente vulnerabili e a maggior rischio di infezione, quali ad esempio gli omosessuali, i transgender, le persone che si iniettano droghe e le/i sexworkers. L'Oms definisce anche come particolarmente vulnerabili all'infezione da Hiv, in certe situazioni o contesti, gli adolescenti - in particolare le ragazze, gli orfani, i bambini di strada, le persone che vivono in ambienti chiusi (come le carceri o centri di detenzione), le persone con disabilità e i lavoratori migranti (<http://www.Who.int/Hiv/pub/guidelines/arv2013/intro/keyterms/en/>).

27 "The 'fair share' of shared responsibility - A case study analysis by Aids-span of how The Global Fund's willingness-to-pay policy leveraged additional government resources in the new funding model", Gemma Oberth for Aids-span, Revised: February 2016, pag. 9.

28 <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/90-90-90>

18 The Global Fund's new funding model, March 2014, <http://www.theglobalfund.org/en/fundingmodel/process/allocations/>

19 The New Funding Model Allocations - An Aids-span Analysis, Aids-span, 11 November 2014, www.Aids-span.org/page/research

20 The Global Fund New Funding Model, <http://www.theglobalfund.org/en/fundingmodel/process/>

21 Unaid. *How Aids changed everything. Mdg 6: 15 lessons of hope from the Aids response*, United Nations General Assembly (2011).

cui ha lanciato un obiettivo ambizioso: entro il 2020 diagnosticare il 90% delle infezioni da Hiv, dare accesso alla terapia antiretrovirale (Art) al 90% delle persone con diagnosi di Hiv e abbattere la carica virale del 90% di tutti coloro che ricevono la terapia Art. Se questi obiettivi venissero raggiunti, si otterrebbe l'abbattimento della carica virale nel 73% del totale di persone che vivono con l'Hiv nel mondo. La probabilità di trasmettere il virus diminuirebbe significativamente e di conseguenza si potrebbe porre fine alla diffusione epidemica entro il 2030.

L'obiettivo può essere raggiunto: tuttavia, al di là degli entusiasmi, resta il 27-30% di persone sieropositive difficili o impossibili da raggiungere (ad esempio, le persone con infezione acuta primaria appartenenti alle popolazioni chiave) che potrebbe oscurare il vantaggio di trattare l'altro 70%. Non solo è un obbligo morale curare le persone sieropositive difficili da raggiungere, ma è anche strategico rafforzare le azioni indirizzate verso di esse²⁹.

DIRITTI UMANI E POPOLAZIONI CHIAVE

In Europa orientale e in Asia centrale alcuni paesi stanno attraversando una fase di transizione, di conseguenza il loro reddito non è più catalogato come basso, bensì come medio-alto. Questo dato sta determinando una progressiva fuoriuscita di molti organismi internazionali per l'aiuto allo sviluppo, compreso il Fondo Globale.

I paesi di queste regioni che ancora beneficiano del Fondo, con il nuovo modello di finanziamento rientrano nella fascia 4 (livello di reddito alto e carico di malattia basso). Si tratta del raggruppamento più ampio dei paesi attualmente idonei per il finanziamento (55 su 123), che però riceve soltanto il 7% delle risorse disponibili, senza la possibilità di ambire agli incentivi addizionali.

Il Fondo, inoltre, richiede che i paesi con reddito pro-capite medio-alto cofinanzino le sovvenzioni per il 40-60% del totale. È corretto chiedere un cofinanziamento elevato ai paesi più sviluppati, tuttavia, alcune organizzazioni della società civile rilevano che ciò penalizza le popolazioni chiave – soprattutto coloro che fanno uso di droghe iniettabili – con conseguenze preoccupanti per la sanità pubblica del paese³⁰. In Europa orientale e in Asia centrale, il 90% dei programmi di riduzione del danno³¹ a favore di chi si inietta droghe è generalmente

finanziato da donatori internazionali (fra i quali il principale è il Fondo), mentre il 10% proviene da fonti governative. Il motivo principale è che in molti di questi paesi assumere droghe è considerato moralmente inaccettabile e illegale.

La maggior parte dei governi di queste regioni si sono fatti carico della fornitura dei prodotti farmaceutici, senza però continuare a lavorare sulla prevenzione.

Dall'uscita del Fondo nel 2010, in Romania si è verificato un calo drastico dei servizi di riduzione del danno. Il paese sta oggi registrando una crescita dell'epidemia di Hiv³², che indica come diritti umani e agenda politica non vadano di pari passo nel paese³³.

In Georgia, il consumo di droghe è un reato che può portare anche alla detenzione. Sebbene la strategia nazionale del paese per combattere l'abuso di droghe stabilisca che i programmi di riduzione del danno siano realizzati dal governo, in realtà non esiste un quadro legale per regolare i programmi di scambio di siringhe. L'uscita dei donatori internazionali e l'impossibilità per il governo di finanziare legalmente le attività di riduzione del danno delle Ong, sta determinando per queste ultime una mancanza di fondi per tali attività nel biennio 2016-17.

In Serbia, nel 2015 il governo non ha previsto alcun budget per attività di prevenzione Hiv a favore delle popolazioni vulnerabili. I programmi a sostegno di coloro che si iniettano droghe e della popolazione omosessuale, sono completamente scoperti dal punto di vista finanziario. Di conseguenza, oltre l'85% di quanti ne beneficiavano nell'anno precedente non è stato raggiunto.

In Moldavia e Tajikistan, le proiezioni sui finanziamenti interni a favore degli interventi di prevenzione rivelano che quest'ultimi saranno sostenuti dai governi locali in una percentuale minima rispetto al reale bisogno: rispettivamente 15% e 2%.

In Kazakistan, il governo non prevede, per ragioni politiche, alcun intervento di trattamento sostitutivo agli oppiacei (Ost) per l'intero triennio 2016-2018³⁴.

In molti paesi dell'Europa orientale e dell'Asia centrale, l'uscita dei donatori internazionali ha favorito un aumento delle nuove infezioni da Hiv. Nell'impossibilità di intervenire direttamente, il Fondo ha lanciato un programma da 4,5 milioni di euro, che sostiene economicamente le organizzazioni della società civile. L'obiettivo è sviluppare le capacità di advocacy e di pressione politica, per realizzare un ambiente politico favorevole agli investimenti pubblici di riduzione del danno³⁵.

29 Charles Boucher, Stefano Vella, *Firstline Hiv therapy shall not fail*, Lancet Hiv 2016; Stefano Vella, *Addressing barriers to the end of Aids by 2030*, Lancet Hiv, [Volume 2, No. 9](#), e360–e361, September 2015.

30 Varentsov, I., & Arsenijevic, J. (2015), *The impact of the Global Fund's withdrawal on harm reduction programs. A case study from Serbia*; <http://www.icaso.org/media/files/23977-Band4PunishingSuccess.pdf>

31 La riduzione del danno si riferisce a politiche, programmi e prassi che mirano a ridurre i danni correlati all'uso di sostanze psicoattive in persone che non sono in grado o che non vogliono smettere di assumere droga. Sua caratteristica peculiare è il focus sui danni causati dall'uso di sostanze stupefacenti e sulle persone che continuano ad usare droghe, piuttosto che sulla prevenzione dall'uso. Questi programmi prevedono fra l'altro attività di distribuzione di materiale sterile gratuito (siringhe, tamponi, acqua), incentivando la restituzione delle siringhe usate.

32 *The Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria's investments in harm reduction through the rounds-based funding model (2002–2014)*, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26342275>; *Marginalised communities warn of Aids/Tb "tragedy" in Eastern Europe and Central Asia*, <http://www.ipsnews.net/2014/12/marginalised-communities-warn-of-aids-tb-tragedy-in-eastern-europe-and-central-asia/>

33 Gemma Oberth and Alan Whiteside, *What does sustainability mean in the Hiv and Aids response?*, "African Journal of Aids Research" 2016 -15, pag. 1–9.

34 Sergey Votyagov, *Financial and Institutional Sustainability of Hiv and Tb Responses in Eeca: What should successful transition look like?*, presentazione all'evento di Friends of the Global Fund Europe, febbraio 2016, Parigi.

35 Sergey Votyagov, cit.

Una situazione difficile si sta verificando anche in diversi paesi del Medio Oriente e del Nord-Africa la cosiddetta "regione Mena – Middle-East/North-Africa Region". Qui l'epidemia di Hiv è concentrata prevalentemente fra le popolazioni vulnerabili e vi è limitata capacità di risorse umane per rispondere alle loro esigenze.

I dati sono preoccupanti: in Algeria, ove il Fondo è uscito nel 2008, vivono con l'Hiv il 13% delle persone omosessuali, l'11% di quelle che si iniettano droghe e il 10% delle/dei *sexworkers*. In Egitto e in Iran, rispettivamente il 28% e il 70% delle persone che vivono con l'Hiv utilizzano droghe per via endovenosa. In Yemen, su un totale di 19.000 casi di Hiv, solo 703 persone sono in trattamento e fra le donne sieropositive una su tre è costretta ad abbandonare la propria abitazione o le viene impedito di prendere in affitto un appartamento³⁶.

Disuguaglianza di genere, discriminazione istituzionalizzata nei confronti dei gruppi vulnerabili e un contesto giuridico che punisce comportamenti considerati al di fuori della norma da diverse società, sono benzina sul fuoco della diffusione dell'epidemia.

Bisogna infatti ricordare che donne e ragazze vivono spesso quella che viene definita doppia discriminazione, ovvero condizioni di povertà estrema e disparità di genere.

A livello globale, le giovani di età compresa fra i 15-24 anni sono le più vulnerabili all'Hiv, con tassi di infezione due volte più alti di quelli dei loro coetanei maschi. Ad oggi, più di 7.000 giovani donne si ammalano ogni settimana e il virus è la principale causa di morte delle donne in età riproduttiva, ovvero dai 15 ai 49 anni, nei paesi a basso e medio reddito³⁷. Le donne costituiscono quindi una grossa percentuale delle persone affette da Hiv/Aids, perché spesso non hanno accesso alle informazioni e ai servizi necessari per la salute, in particolare quella sessuale e riproduttiva, che prevede anche la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili. La diffusa violenza di genere e l'Hiv/Aids sono strettamente correlati: stupri, sfruttamento sessuale e pratiche dannose, come i matrimoni forzati e/o precoci e le mutilazioni genitali femminili sono alcune delle cause ricorrenti. L'impossibilità delle donne di ricevere un'educazione sessuale completa per negoziare rapporti sessuali protetti, nonché l'esposizione alla violenza, sono fattori altamente determinanti.

Il Fondo è intenzionato ad aumentare gli sforzi e gli impegni per migliorare la salute di donne e ragazze, concentrandosi sulla salute materna, neonatale e infantile, con interventi di assistenza prenatale, durante la gravidanza e il parto; lavorando su programmi sociali che prevedano la pianificazione familiare e quindi l'accesso alle informazioni e ai servizi di salute sessuale e riproduttiva, dando cura e assistenza alle donne che hanno subito violenza. È un obiettivo da perseguire, da cui non si può prescindere e che richiede l'impegno di tutti i paesi coinvolti.

Il Fondo e alcuni suoi partner – Oms, Banca Mondiale, Gavi, agenzie delle Nazioni Unite – stanno sviluppando una nuova struttura per comprendere meglio alcuni aspetti dei paesi in transizione economica: le esigenze sanitarie, la reale capacità (o volontà) di finanziare con le proprie risorse la salute e le priorità sanitarie, gli spazi di manovra fiscale. Si tratta della "*Equitable Access Initiative*", un nuovo quadro sanitario fondato su un'ampia gamma di indicatori economici, epidemiologici, politici e di *governance*, per istruire meglio il processo decisionale in materia di salute e sviluppo.

CHE FARE NEL TRIENNIO 2017-2019?

Il Fondo Globale stima che a livello mondiale le risorse necessarie per combattere Aids, Tbc e malaria nel periodo 2017-2019 equivalgano a 134,5 miliardi di dollari. Di questi, 97,5 servono ai paesi idonei a ricevere sovvenzioni dal Fondo, il 12% in più rispetto alle risorse necessarie identificate per il precedente triennio. Il rapporto "*Investment Case*"³⁸ stima che per il rifinanziamento 2017-2019, di questi 97,5 miliardi almeno 41 potrebbero esser forniti dalle risorse domestiche, 23,4 da donatori esterni (escluso il Fondo) e 13 dal Fondo stesso. Il tutto porterebbe a coprire l'80% delle risorse necessarie. Ogni passo verso il raggiungimento o il superamento di questo obiettivo accelererebbe i progressi nella direzione del "90-90-90" di Unaids: un cambio di passo nell'azione di contrasto all'Aids nel corso dei prossimi cinque anni sarebbe decisivo per liberare il mondo dall'epidemia. Al contrario, se i finanziamenti rimanessero invariati, l'Aids riprenderebbe a progredire e sarebbe nuovamente fuori controllo.

Il numero di nuove infezioni, infatti, tornerebbe ad aumentare e nel 2030 si avvicinerebbe a quota 2,5 milioni (nel 2014 si sono registrati 2 milioni di nuovi casi). Il tasso di mortalità subirebbe un'impennata e arriverebbe a un livello vicino al picco registrato nel 2005, con oltre 2 milioni di decessi l'anno (1,2 milioni nel 2014). L'incremento costante di persone che vivono con l'Hiv farebbe esplodere la richiesta di farmaci antiretrovirali. Di conseguenza, il sogno di un mondo senza Aids non sarebbe più alla nostra portata³⁹. La società civile ha fatto notare che il Fondo chiede minori risorse per il prossimo triennio rispetto al precedente e considera i 13 miliardi non un tetto massimo ma un obiettivo minimo a cui aggiungere altre risorse.

L'Osservatorio Aids ritiene che il Fondo Globale non si debba accontentare di 13 miliardi di dollari prospettati nel recente "*Investment Case*" e che dovrebbe invece contribuire a innalzare quella percentuale dell'80% di risorse da reperire per contrastare le tre epidemie. Dovrebbe aumentare almeno del 12% i 12,3 miliardi di dollari ricevuti dai donatori durante il precedente processo di rifinanziamento, sfiorando quindi i 14 miliardi di dollari.

36 *The Global Fund in the Mena Region, An Aidsplan Report, March 2015.*

37 <http://www.theglobalfund.org/en/womengirls/>

38 *Global Fund Investment Case, Fifth Replenishment 2017-2019.*

39 Unaids, *How Aids changed everything, 2015.*

L'Italia non solo dovrebbe fare la sua parte a livello economico, ma anche diventare un esempio in un periodo di tagli dei governi donatori al Fondo⁴⁰. Come?

Se per lo scorso *replenishment* l'Italia aveva contribuito con 100 milioni di euro su un totale di 12,3 miliardi ricevuti da tutti i donatori, per questo quinto processo di rifinanziamento – e quindi per contribuire a superare i 13 miliardi di dollari – l'Italia dovrebbe necessariamente aumentare il proprio contributo. Tenendo in considerazione anche alcuni fattori, fra cui il tasso di cambio dollaro/euro, il contributo minimo dell'Italia, per il triennio 2017-2019, dovrebbe arrivare a 200 milioni di euro. Ciò contribuirebbe a limitare il rischio di lasciare scoperte attività di prevenzione e cura per le popolazioni chiave difficilmente raggiungibili.

“Con più si può fare di più” sostiene Mark Dybul, direttore esecutivo del Fondo Globale. E allora che l'Italia metta alla prova il Fondo.

LA COOPERAZIONE ITALIANA

Nel Documento di Programmazione Triennale della Cooperazione italiana 2015-2017⁴¹ si afferma che la salute è uno dei settori prioritari per la promozione dello sviluppo, con particolare riferimento alla lotta contro le grandi epidemie e alla salute materno-infantile. I principi guida della Cooperazione italiana sulla salute globale 2014-2016⁴², enfatizzano “l'assegnazione delle risorse e la programmazione dei servizi sanitari in base ai bisogni, identificati dalle istituzioni dei paesi partner nel rispetto dei diritti delle persone con la partecipazione attiva delle comunità e degli attori sociali”.

L'Italia, però, a livello bilaterale e nei paesi dell'Africa sub-sahariana ha uno scarsissimo peso sulla salute globale di una regione prioritaria per la nostra cooperazione.

Il contributo italiano bilaterale al settore sanitario ammontava nel 2014 a 67 milioni di dollari: 47,5 dei quali destinati all'Africa sub-sahariana. Un lieve incremento rispetto al contributo bilaterale del 2013 di 55 milioni (di cui 33,8 all'Africa sub-sahariana); tuttavia si tratta di un valore minimale rispetto al totale delle risorse di tutti i donatori (il peso sull'ammontare complessivo dei fondi per la salute erogati da tutti i donatori è stato dello 0,2% nel 2013 e dello 0,3% nel 2014). Per la lotta contro le tre epidemie, il peso dell'Italia a livello mondiale è ancora inferiore: per l'Hiv/Aids nel 2014 ha erogato attraverso il canale bilaterale 9 milioni di dollari, equivalenti allo 0,13% dei finanziamenti di tutti i donatori; per la malaria 1,4 milioni di dollari, equivalenti allo 0,08% del totale; per la

Tbc 0,03 milioni, pari allo 0,004% dei finanziamenti complessivi dei donatori⁴³.

L'Italia, dunque, ha bisogno di incrementare le risorse sia a livello bilaterale sia tramite strumenti multilaterali (e da quest'ultimo punto di vista il Fondo è uno strumento appropriato).

Il contributo di 100 milioni di euro per il periodo 2014-16 è già riuscito ad alzare notevolmente il peso economico del nostro paese nella salute globale e in particolare nella lotta contro Aids, Tbc e malaria.

Inoltre, investire nel Fondo è un ottimo modo per finanziare le aree geografiche prioritarie per la nostra cooperazione⁴⁴. Soprattutto in quelle per cui il nostro Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione internazionale ha firmato insieme al Fondo, nel 2014, il “*Memorandum of Understanding*” per fornire assistenza tecnica Burkina Faso, Etiopia, Sudan e Afghanistan. In questo modo consoliderebbe il proprio ruolo sia all'interno della comunità dei donatori sia nelle attività di partenariato con le autorità locali.

L'Italia non deve solo tornare a essere forte nei paesi prioritari, ma anche nel panorama dei donatori internazionali. In più occasioni il Presidente del Consiglio Matteo Renzi ha dichiarato che il paese ambisce a diventare il quarto donatore⁴⁵ fra i paesi G7 entro il 2017, anno di presidenza italiana del summit. Questo significa che il rapporto Aiuto Pubblico allo Sviluppo/Reddito Nazionale Lordo che, nel 2014, è stato dello 0,19%, dovrà superare il livello canadese che è attualmente dello 0,24%. Per arrivare a questo l'Italia dovrà aumentare il proprio Aps dagli attuali 3 miliardi a quasi 3,9 miliardi di euro⁴⁶.

La strada è lunga, ma un contributo al Fondo di 200 milioni di Euro per il triennio 2017-2019 potrebbe essere un buon primo passo.



43 Elaborazione sui dati del database Crs dell'Oecd-Dac.

44 Venti sono i paesi prioritari della cooperazione italiana per il triennio 2015-17, suddivisi in sei grandi aree: Africa Sub-Sahariana: 9 (Burkina Faso, Senegal, Niger, Etiopia, Kenya, Somalia, Sudan, Sud Sudan, Mozambico), Mediterraneo: 2 (Egitto, Tunisia), Medio Oriente (Libano, Palestina), Balcani: 1 (Albania), America Latina e Caraibi: 3 (Bolivia, Cuba, El Salvador), Asia: 3 (Afghanistan, Myanmar, Pakistan).

45 In termini di Aps su Rnl.

46 Queste stime sono fatte ipotizzando che il Reddito Nazionale Lordo (Rnl) italiano resti invariato nel 2017 rispetto a quello del 2014.

40 Il Governo svedese ha annunciato per il 2016 un taglio del 35% rispetto al contributo per il quale si era già impegnato nel precedente *replenishment* (taglio che corrisponde a circa 32 milioni di euro).

41 *Un mondo in comune: solidarietà, partnership, sviluppo*, Documento di programmazione triennale della Cooperazione italiana 2015-17.

42 Salute globale: principi guida della cooperazione italiana 2014-2016. http://www.cooperazioneallosviluppo.esteri.it/pdgs/Documentazione/NormativaItaliana/2014-10-17_LG-salute%20globale.pdf

SAREMO QUARTI NEL G7! RENZI RILANCIA LA PROMESSA SULL'AUMENTO DI FONDI ALLA COOPERAZIONE

7 settembre 2015

La promessa del Presidente del Consiglio Renzi rilanciata davanti a Bono degli U2 è la stessa fatta a luglio scorso al vertice di Addis Abeba: "Da qui al 2017 saremo al quarto posto nel G7 per gli investimenti nella cooperazione internazionale" - ha ribadito con forza Renzi partecipando all'Expo all'evento organizzato da Italia e Irlanda *'It begins with me. How the world can end hunger in our lifetime'* - "Come italiani, il primo impegno è mettere più soldi nella cooperazione internazionale".

Fonte: *Info-cooperazione.it*



© Ono

LE ESPERIENZE DELLE ONG DELL'OSSERVATORIO AIDS NEI PROGRAMMI DEL FONDO GLOBALE

SOMALIA

La ricostruzione dopo la guerra civile

Dopo venticinque anni di guerra civile e una protratta instabilità politica, la Somalia affronta oggi la sfida di ricostruire le proprie istituzioni a seguito di danni enormi con un forte impatto umano, sull'economia, sulle infrastrutture e sui servizi di base del paese - fra cui sanità, educazione, acqua e nutrizione. Con un'aspettativa di vita di 53 anni, una mortalità sotto i 5 anni pari a 146 per 1.000 nati vivi e una mortalità materna intorno a 850 per 100.000 nati vivi, il profilo sanitario del paese rimane fra i peggiori del mondo. Le cause più comuni di morbilità e mortalità sono le malattie infettive, tra cui le infezioni respiratorie acute, la diarrea e il morbillo⁴⁷. L'Hiv nel paese è bassa, anche se vi è un'epidemia generalizzata nella zona nord-occidentale del Somaliland; la malaria incide molto sulla salute pubblica, ma è la Tbc che rappresenta una emergenza serissima, con il maggior numero di casi di Tbc multi-resistente nella regione del Medio Oriente e Nord Africa, che spesso rimangono non identificati e continuano a diffondersi nelle comunità⁴⁸.

In questo contesto di instabilità, la gran parte dei donatori esteri concentra i propri sforzi nel processo di *peacekeeping*: gli interventi sanitari hanno faticato e faticano ancora non poco a trovare finanziamenti, nella convinzione che la pace e un governo legittimo siano prerequisiti fondamentali per poter ricostruire un sistema sanitario. Tuttavia, fin dal 1993, la comunità internazionale ha istituito nel paese il "Somalia Aid Coordination Body (Sacb) - Health Sector Committee (Hsc)" che ha riunito su base volontaria 117 agenzie umanitarie. Fin dal 2003 lavora con il Fondo Globale sui temi specifici della

lotta contro Aids, Tbc e malaria con lo scopo specifico di abbassare l'incidenza della Tbc bacillare e di prevenire lo sviluppo di una resistenza acquisita ai farmaci.

In Somalia, il Fondo non può lavorare innestandosi su una ben precisa strategia nazionale disegnata dal Ministero della Salute locale, che coinvolga tutti i partner del settore sanitario. Tuttavia, ha ritenuto che la maturità del Sacb-Hsc e la sua capacità di tenere insieme democraticamente molti partner locali e internazionali fossero una garanzia di successo e ha quindi dato a questo comitato il ruolo che in altri paesi è ricoperto dal *Country Coordinating Mechanism (Ccm)*⁴⁹. Mancando nel paese un governo centrale o enti qualificati in grado di ricoprire il ruolo di *Principal Recipient*, questo è stato inizialmente ricoperto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms); poi, in seguito a un processo di selezione trasparente, il ruolo è stato assunto dall'Ong internazionale *World Vision International (Wvi)*. Il modello di gestione somalo, quindi, è diverso da quello classico del Fondo, in cui sono generalmente le istituzioni governative ad essere l'interfaccia principale per il dialogo a livello paese. È un modello interessante, che potrebbe essere utilizzato anche in altre situazioni caratterizzate da una assenza di strutture statali (Stati fragili o in conflitto).

Ad oggi, il Fondo ha investito oltre 220 milioni di dollari in Somalia per la lotta contro le tre malattie, di cui 77 milioni

⁴⁹ Il *Country Coordinating Mechanism (Ccm, meccanismo di coordinamento paese)* è un organo operativo a livello nazionale composto da rappresentanti del settore pubblico e privato (governi, agenzie multilaterali e bilaterali, organizzazioni non governative, istituzioni accademiche, aziende e comunità di persone colpite dalle epidemie), che ha il compito di sviluppare e presentare al Fondo proposte per il finanziamento di interventi di lotta contro le epidemie in base alle esigenze prioritarie a livello nazionale. Una volta approvate le sovvenzioni da parte del Fondo al paese, il Ccm ha anche il compito di monitorare lo stato di avanzamento degli interventi finanziati. Per ogni sovvenzione, il Ccm nomina uno o più organismi pubblici o privati per servire come *Principal Recipient* (Pr, destinatario principale della sovvenzione). Il Pr si occupa poi di allocare a dei *Sub-Recipients* (in genere organizzazioni non-governative internazionali presenti nel paese o locali) parti delle sovvenzioni (*sub-grants*).

⁴⁷ Oms, Somalia: *Who Statistical Profile*, 2015.

⁴⁸ <http://www.theglobalfund.org/en/portfolio/country/?loc=SOM>

per Hiv/Aids (35% del totale), 77 milioni per la lotta contro la malaria (35% del totale) e 67 milioni per la lotta contro la Tbc (30% del totale).

Nel 2014 la Tbc ha avuto un'incidenza stimata intorno a 274 per 100.000⁵⁰. I dati riportati dal programma del Fondo indicano basse capacità diagnostiche (meno del 50% dei casi identificati) e un preoccupante aumento del fenomeno di Tbc multi-resistente, del 5,6% tra i nuovi casi di Tbc e del 40,6% tra i casi recidivi. In Somalia, l'epidemia colpisce soprattutto i giovani e le fasce produttive della popolazione, con il 56% di *sputum test positivo* registrato nella fascia d'età 15-34 anni.

Per questo motivo la Tbc è al centro di uno dei sei programmi chiave del Pacchetto Essenziale dei Servizi Sanitari (*Essential Package of Health Services, Ephs*)⁵¹, piano strategico avviato dal Ministero della Salute per rafforzare l'erogazione dei servizi sanitari in tutta la Somalia. In particolare, la Strategia Sanitaria Nazionale (*Health Sector Strategic Plan, 2013-2016*)⁵² prevede di espandere e migliorare i servizi tubercolari in tutti i distretti, promuovendone la loro integrazione nei quattro livelli di cura previsti dall'Ephs (dispensario, centro sanitario, centro sanitario di riferimento e ospedale), allo scopo di garantire un controllo diffuso delle malattie infettive su tutto il territorio nazionale.

Da quando *Wvi* è stata designata come *Principal Recipient* del Fondo, gli uffici regionali dell'Oms hanno assunto la responsabilità di garantire assistenza tecnica al *National Tbc Program* (Ntp) e un gruppo di *Sub-Recipients* – composto da organizzazioni non governative locali e internazionali – è responsabile della gestione dei servizi di diagnosi e cura della malattia a livello delle strutture sanitarie. Il coordinamento dei servizi è in mano al Ntp e ai tre uffici creati presso i Ministeri della Salute delle tre zone della Somalia (Somaliland, Puntland e Centro-Sud)⁵³.

Nel 2015, l'Ntp è stato sostenuto dal Fondo e dai suoi attori principali (*Principal e Sub Recipients*) nella preparazione del *Piano Strategico Nazionale per la Prevenzione Cura e Controllo della Tuberculosis*⁵⁴ per ridurre l'incidenza di ogni forma di Tbc del 20% entro il 2019.



La presenza di **Coopi** in Somalia è iniziata in occasione della guerra in Ogaden (1981) e non ha mai conosciuto interruzioni, neppure nei momenti più critici della guerra civile.

50 Oms, *Global Tuberculosis Report*, 2015.

51 Unicef, *Essential Package of Health Services*, 2009.

52 *Health Sector Strategic Plan (2013-2016)*, Federal Government of Somali Republic.

53 A. Inambao, A. Adan and M. Ali, *Evaluation of the Global Fund TB Program in Somalia*, 2013.

54 Moh/Ntp, *TB Strategic Plan and targets for Tuberculosis Prevention, Care and Control*. Working Draft, 2015.

Nel 1981, infatti, la Ong italiana venne incaricata di prestare assistenza nei campi per rifugiati sorti attorno a Mogadiscio. La lotta contro la Tbc fu una delle prime attività messe in campo, una volta constatata l'importanza del problema. A tal proposito, nel 1983 Coopi svolse anche un'indagine epidemiologica⁵⁵. Negli anni successivi, nella gestione di numerosi programmi di assistenza sanitaria di base, è sempre stata prestata molta attenzione alla cura e alla prevenzione della malattia tubercolare, senza caratterizzare questi interventi in senso verticale ma inserendoli nell'assistenza di base. Per tutti gli anni Ottanta le azioni sono state programmate insieme al Ministero della Salute di Mogadiscio, ma con lo scoppio della guerra civile le strutture governative somale si sono sciolte. Coopi ha continuato a svolgere la propria azione anche nelle zone più periferiche (Somaliland, Puntland), dove nel frattempo si erano insediati governi "di fatto", non riconosciuti dalla comunità internazionale, ma che nondimeno avevano – e hanno tuttora – un reale controllo del territorio.

Nel 2003 inizia la collaborazione di Coopi con il Fondo Globale nelle attività di lotta contro la Tbc: degli interventi avviati allora, su trenta centri operativi, due erano gestiti da Coopi. Il programma del Fondo è stato poi rinnovato nel 2007 e nel 2010 e anche in questi casi Coopi è stata operativa.

La Ong ha portato la propria esperienza in due importanti ospedali del Nord: l'ospedale di Berbera, una struttura risalente ai tempi della colonia britannica (anche se, a causa della sua inadeguatezza, gran parte del lavoro è dirottato verso i centri di salute periferici, nei quali viene realizzato il protocollo di trattamento) e l'ospedale "Annalena Tonelli" di Borama, una delle più antiche strutture di lotta contro la Tbc in Somalia. A questi successivamente è stato aggiunto l'ospedale di Burao, in un'area con elevata prevalenza di Tbc, ma nella quale per molti anni non è stato realizzato alcun intervento di lotta contro l'epidemia. Nel 2014, infine, Coopi è stata scelta per gestire il programma del Fondo nel centro di Ainabo in Somaliland, ove ha ristrutturato un edificio privato per trasformarlo in centro per la cura e da febbraio 2015 è iniziata la formazione del personale.

I servizi prestati nell'ambito del programma sono stati i seguenti: rilevamento e registrazione di nuovi casi; trattamento Dots (*Directly Observed Treatment, Short-Course*) secondo le linee guida dell'Oms, con somministrazione giornaliera dei farmaci in ospedale e nei centri sul territorio; negativizzazione dello striscio con *sputum test* dopo 2-3 mesi di trattamento; *outcome* del trattamento dopo 9-12 mesi; organizzazione dei servizi di laboratorio per lo *sputum test*; fornitura farmaci anti Tbc per adulti e bambini. Dal 2014 è stato avviato anche un programma sperimentale nei villaggi e nei siti di sosta dei nomadi, con *sputum test* e presa in carico dei positivi, e i risultati sono stati ben al di sopra degli obiettivi prefissati⁵⁶.

55 A. Bianchi, M.R. Bianchi, R. Bonardi, M.G. Pedrazzi "TB Prevalence Among Refugees in Somaly" Ed. CshMilano, 1989.

56 Risultati riportati nella valutazione finale del bando 8/2012. Il bando 10 è tuttora in corso, verrà valutato a fine anno.

Il **Comitato Collaborazione Medica** (Ccm) è responsabile del monitoraggio tecnico dei centri di diagnosi e cura attivi sul territorio, da quando sono state avviate le azioni del Fondo in Somalia. Le attività di controllo e supervisione sono pianificate e svolte in stretta collaborazione con i tre uffici del Ntp presenti nel paese.

Dal 2010, Ccm ha condotto 300 visite di monitoraggio nei centri di diagnosi e cura, fornendo indicazioni importanti riguardo l'organizzazione dei servizi, l'accoglienza e l'educazione dei casi sospetti e dei pazienti affetti da Tbc, la qualità dei test di laboratorio e in particolare l'esecuzione dell'esame della saliva, l'integrazione dei servizi per la Tbc con i servizi di diagnosi e cura dell'Hiv.

I risultati delle supervisioni - condivisi e discussi con i partner responsabili dei diversi centri, il Pr del Fondo, l'Oms e i rappresentanti del Ntp nell'ambito degli incontri trimestrali di verifica del programma - hanno guidato la pianificazione delle attività di supporto e formazione presso i centri già esistenti, promuovendo azioni correttive dei servizi erogati alla popolazione ed è stata caldeggiata anche l'apertura di nuovi centri di diagnosi e cura in zone non ancora coperte dal servizio.

Pur mantenendo un ruolo importante nel monitoraggio e supervisione dei servizi, nel corso degli anni le attività di Ccm sono andate via via diminuendo a causa di una forte riduzione delle risorse messe a disposizione dal Fondo. Agli inizi del programma, il numero ridotto delle strutture e il maggior investimento finanziario sulle attività permettevano più di una visita all'anno per ogni centro di diagnosi e cura, promuovendo la continuità e aumentando l'efficacia del supporto e della supervisione tecnica agli operatori sanitari. Negli ultimi anni, l'aumento del numero delle strutture da una parte e la riduzione dei fondi a disposizione dall'altra, hanno influito negativamente tanto sulla frequenza delle visite quanto sulla copertura totale delle strutture. Nel 2015, infatti, Ccm è stato in grado di condurre soltanto 28 visite di monitoraggio, coprendo il 41% delle strutture operative sul territorio. Allo stesso modo, la riduzione dei fondi - accompagnata da un crescente livello di insicurezza in alcune aree del paese - ha limitato l'azione anche di altri *Sub-recipient*s del Fondo.

Il lavoro degli ultimi anni ha portato Ccm a riflettere sulla necessità di rielaborare il proprio intervento nell'ambito del Ntp in Somalia, per dare conto delle nuove priorità e strategie del programma stesso. In particolare, Ccm vorrebbe estendere le proprie azioni di controllo e verifica anche ad attività di comunicazione, sensibilizzazione comunitaria e coinvolgimento del settore privato, oltre che ai servizi di diagnosi e cura. Vorrebbe, inoltre, rivestire un ruolo più attivo nella promozione dell'integrazione dei servizi tubercolari nel sistema sanitario di base, considerata strategia essenziale per superare la verticalità del programma e promuovere la co-

pertura universale dei servizi tubercolari sul territorio nazionale. La discussione con il *Principal Recipient* e gli altri attori del Fondo è in atto a livello nazionale, ma il miglioramento - oltre che il mero proseguimento - delle attività di supervisione e monitoraggio sul terreno saranno possibili soltanto a fronte di una aumentata disponibilità finanziaria da parte del Fondo Globale.

L'analisi dei risultati del programma nazionale evidenzia l'esistenza di 74 centri di diagnosi e cura della Tbc attivi sul territorio somalo, di cui 14 in Somaliland, 12 in Puntland e 48 nella zona Centro-Sud. Dal 2004, sono stati notificati un totale di 101.043 casi di tutte le forme tubercolari e il programma è riuscito inoltre a mantenere un successo di trattamento sopra il livello minimo dell'85% raccomandato dall'Oms per i casi di *sputo-positivo*⁵⁷.

Nonostante i successi ottenuti negli ultimi anni, secondo l'Oms soltanto il 43% dei nuovi casi stimati di tutte le forme tubercolari sono diagnosticati in Somalia e il programma di controllo della Tbc dimostra una serie di debolezze nella copertura ed efficacia del servizio, fra tutte: il funzionamento limitato delle strutture presenti sul territorio (la situazione di instabilità politica e problemi di sicurezza impediscono, infatti, il corretto e costante funzionamento delle strutture, con solo 69 su 74 centri di diagnosi e cura effettivamente funzionanti); la copertura insufficiente dei servizi (gli standard internazionali e le raccomandazioni dell'Oms prevedono un centro di diagnosi e cura ogni 100.000 abitanti e secondo le ultime stime della popolazione, il numero minimo di strutture richieste per la Somalia sarebbe di 120 centri). I 69 centri oggi operativi coprono quindi soltanto il 58% dei bisogni, con un disavanzo di 51 centri da avviare.

L'esperienza di lavoro delle Ong italiane in Somalia nell'ambito dei programmi del Fondo è stata ugualmente molto positiva: il programma sulla Tbc è gestito - secondo i responsabili di Coopi e Ccm - in modo efficace ed efficiente, permettendo una reale collaborazione tra le autorità locali e le Ong impegnate sul campo, tra cui le due italiane. Non sono mancate le difficoltà, tra queste la limitazione delle risorse, le non infrequenti rotture di *stock* dei farmaci e dei prodotti diagnostici, il difficile inserimento di un intervento verticale in programmi orizzontali di salute di base, il persistere di barriere culturali e del rifiuto sociale del paziente tubercolotico (specie se donna). Una mancanza particolare sta nella formazione del personale, in via di principio affidata all'Oms e al Ntp, ma che nella quotidianità mostra a volte una sua insufficienza. Malgrado queste criticità, abbastanza prevedibili in un paese "difficile" come la Somalia, il livello di dialogo con le autorità locali e con il Fondo è buono e sono quindi giustificati gli sforzi per cercare di integrare sempre più il programma del Fondo nelle attività nazionali di lotta contro la Tbc.

È evidente l'importanza di dare continuità ai finanziamenti per un'attività che ha un forte impatto sulla salute internazionale. L'esperienza degli anni Novanta ha dimostrato come

⁵⁷ Moh/Ntp, *TB Strategic Plan and targets for Tuberculosis Prevention, Care and Control*, Working Draft, 2015.

l'annichilimento dei sistemi sanitari possa portare a pericolosi incrementi dei tassi delle principali malattie epidemiche. La Somalia testimonia che, anche in assenza di un interlocutore statale forte e riconosciuto in campo internazionale, si possono costruire tavoli di coordinamento efficaci, in grado di stabilire un buon livello di collaborazione tra i diversi attori, statali e non statali.

BURKINA FASO

La terra degli uomini integri

La Repubblica del Burkina Faso è stata istituita poco più di 30 anni fa ed è fra i paesi più poveri al mondo⁵⁸. L'aspettativa di vita alla nascita è di 58,7 anni. Il 63,8% della popolazione vive in condizioni di miseria e il 44,5% al di sotto della soglia di povertà assoluta (1,25 dollari al giorno); la mortalità infantile è del 61‰ entro 1 anno di vita e del 89‰ entro i 5 anni; la mortalità materna è del 4‰; il tasso di malnutrizione acuta per bambini al di sotto dei 5 anni è del 32,9%. Un altro indicatore rilevante è la carenza di personale medico (2.099 unità nel 2015) e infermieristico (circa 8.000 unità) per oltre 18 milioni di abitanti⁵⁹. Nonostante ciò, negli ultimi anni ci sono stati alcuni sensibili miglioramenti per quanto riguarda la mortalità infantile e materna, l'aspettativa di vita e l'educazione, anche grazie a una serie di riforme che il governo del paese ha messo in atto per garantire l'accesso universale ai servizi sanitari.

Il Burkina Faso è stato uno dei paesi africani travolti dal dilagare dell'epidemia di Aids, con il primo caso accertato ufficialmente di Hiv/Aids nel 1986, ma comunque con significativi progressi dagli anni del picco dell'infezione ad oggi. Nel 2000 la prevalenza dell'infezione per la popolazione compresa fra 15 e 49 anni era dell'1,8%⁶⁰, scesa nel 2014 allo 0,9%. In termini assoluti – nel 2014 – le persone viventi con l'infezione da Hiv/Aids erano circa 110.000; nello stesso anno i decessi sono stati 3.800, con un sensibile calo rispetto al 2008 quando erano 9.200⁶¹. Il numero di persone che ricevono la terapia antiretrovirale è aumentato notevolmente negli ultimi dieci anni: da 3.000 censiti nel 2004 a 46.623 nel 2015. Nonostante questi buoni risultati e questo imponente aumento nella disponibilità di trattamenti antiretrovirali, sono ancora molti i pazienti che non vi accedono: è stato calcolato che nel 2007 i pazienti Hiv che necessitavano del trattamento antiretrovirale fossero 48.000, con una copertura soltanto del 35%. Gli ultimi dati del 2015 mostrano che il numero complessivo di pazienti che avrebbero bisogno del trattamento antiretrovirale sono 50.652, con una copertura del 69%⁶².

58 L'*Human Development Index* lo colloca infatti al 183° posto su 188 paesi classificati. Si veda, Undp - Human Development Report 2015.

59 [Ordremedecin.bf.refer.org](http://ordremedecin.bf.refer.org)

60 *Demographic and Health Survey*, 2000.

61 Report Who 2014.

62 Report Unaid 2015.



Fra i centri di riferimento per la cura dei soggetti con infezione da Hiv/Aids in Burkina Faso, dal 2002 vi sono anche le strutture sanitarie organizzate e gestite dai Missionari Camilliani, all'interno delle quali collabora anche **Medicus Mundi Italia** (Mmi), Ong della rete internazionale **Medicus Mundi International – Network Health for All!** fondata a Brescia nel 1968.

Grazie al programma Esther (*Ensemble pour une Solidarité Therapeutique Hospitaliere en Réseau*), progetto di partenariato fra strutture ospedaliere europee e di alcuni paesi del Sud del mondo, gli ospedali e i dispensari dei missionari camilliani del Burkina beneficiano di un supporto tecnico-assistenziale e scientifico per la lotta contro l'Aids da parte dell'Università di Brescia (Cattedre di Malattie Infettive, Pediatria, Ostetricia e Ginecologia, Anatomia Patologica) e dell'Azienda Spedali Civili di Brescia.

Questa interessante collaborazione fra strutture sanitarie missionarie, una Ong, un'università e un'azienda ospedaliera italiana, anche grazie a un co-finanziamento dal Ministero degli Affari Esteri del nostro paese, ha garantito un'adeguata attività di formazione per il personale sanitario delle strutture sanitarie del paese nell'ambito della prevenzione, diagnosi e cura dell'infezione da Hiv e delle patologie a essa correlate e un maggiore accesso alla terapia antiretrovirale (sono stati seguiti in totale circa 2.500 pazienti adulti e 350 pediatriche). È stato fondamentale il supporto del Fondo, che, tramite il Ministero della Salute del Burkina (*Conseil National de Lutte contre le Vih/Sida – Cnls*), ha garantito l'approvvigionamento e la distribuzione dei farmaci antiretrovirali, dei farmaci per le infezioni opportunistiche, della fornitura dei test Hiv di *screening* e delle profilassi antiretrovirali per la prevenzione della trasmissione verticale (madre-figlio) dell'infezione, reagenti e specifica attrezzatura di laboratorio.

Il Fondo ha investito in Burkina un totale di 335 milioni di dollari dal 2003 ad oggi, di cui 120 per la lotta contro l'Aids. Purtroppo negli ultimi anni il paese, a causa della riduzione nella prevalenza dell'infezione da Hiv, non risulta più prioritario per molti donatori internazionali, con la conseguenza che i finanziamenti internazionali si sono sensibilmente ridotti (fra il 2013 e il 2014 di oltre due terzi, scendendo da 41 milioni di dollari nel 2013 a 13 milioni di dollari nel 2014⁶³). Anche il Fondo ha diminuito drasticamente il sostegno finanziario per lotta contro l'Aids: dal 2013 al 2014 le sue erogazioni sono scese da 26 a 5 milioni di dollari. Di conseguenza, gli investimenti si concentrano su spese "non comprimibili" quali l'acquisto di farmaci antiretrovirali, lasciando ai pazienti il pagamento degli esami (sempre più cari) e delle cure

63 Ocse-Dac, <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CRS1#>

non antiretrovirali. La logica seguita dal Fondo ha una sua ragione e sono stati incrementati i finanziamenti per la lotta contro la malaria, ora la prima epidemia del paese, ma resta fondamentale l'apporto del *Country Coordination Mechanism* (Ccm) per evidenziare problematiche presenti ancora in tema di Hiv/Aids, come le spese che i pazienti devono sostenere di tasca propria.

In Burkina Faso il Ccm del Fondo Globale si è costituito nel 2002 e ha una chiara titolarità statale, essendo coordinato dal già esistente ente nazionale Cnls-Ist (*Conseil National de Lutte contre le Sida et le Infections Sexuellement Transmissibles*) e composto da istituzioni pubbliche, oltre che del settore privato, società civile e partner bilaterali e multilaterali. Purtroppo all'interno del Ccm non vi sono rappresentati né Ong italiane, né la cooperazione italiana, né i partner locali di Medicus Mundi. L'apporto finanziario della cooperazione italiana negli ultimi anni è stato ridotto e, di conseguenza, la presenza a livello di commissioni nazionali è stata mantenuta soltanto negli ambiti dei propri interventi bilaterali.

È auspicabile dunque la presenza della cooperazione italiana nel Ccm del Fondo Globale per contribuire a facilitare sia l'informazione sulla sua gestione sia su eventuali opportunità offerte alle Ong italiane e ai loro partner. Ma anche e soprattutto per sollecitare la continuità e l'incremento del finanziamento del Fondo a sostegno delle strategie di lotta contro l'Hiv messe in atto dai diversi attori, statali e non statali. Per quanto riguarda l'Italia, potrebbe essere determinante il ruolo dell'Istituto Superiore di Sanità, in quanto coordinatore del programma Esther per i progetti della rete tuttora attivi.

KENYA

Un'economia in transizione

Considerato fino a non molto tempo fa un paese a basso reddito, il Kenya ha raggiunto lo status di reddito medio nel luglio del 2014 ed è attualmente la nona economia più importante del continente africano. Tuttavia, l'aspettativa di vita media è di 60 anni e l'indice di sviluppo umano del paese è pari a 0,548⁶⁴.

Dal punto di vista sanitario negli ultimi vent'anni si sono registrati alcuni miglioramenti in termini di mortalità materna – che è scesa da 490 decessi su ogni 100.000 nel 1990 a 400 nel 2013. La mortalità infantile (sotto i 5 anni) è scesa da 99 decessi per 1.000 nati vivi nel 1990 a 71 nel 2013⁶⁵.

Ma le problematiche, connesse ad una popolazione in rapida crescita, un settore sanitario sotto-finanziato e la carenza nazionale di operatori sanitari qualificati, sono ancora tantissime e ostacolano l'accesso a servizi sanitari adeguati, soprattutto alle donne e ai bambini delle comunità svantaggiate.

Il servizio sanitario pubblico è spesso fuori dalla portata di coloro che vivono in zone rurali remote o nelle baraccopoli urbane. Le strutture comunitarie sono frequentemente sottodotate di risorse e attrezzature e sono gestite da pochi opera-

tori sanitari, non adeguatamente formati e oberati di lavoro.

L'Aids è la principale causa di perdita di produttività in Kenya. Il 5,3% circa della popolazione adulta di età compresa fra i 15 e i 49 anni è sieropositivo: oltre 1,4 milioni di persone sono attualmente affette da Hiv⁶⁶ e che occupano fino al 60% dei posti letto negli ospedali pubblici. Eppure c'è una strategia nazionale di risposta all'Hiv solida, con un efficace lavoro delle comunità di base che ha permesso la diminuzione delle morti correlate all'Hiv/Aids da 384 per 100.000 nel 1990 a 126 per 100.000 nel 2014 e la diminuzione della prevalenza Hiv fra gli adulti fra i 15 e i 49 anni, dal 10,5% del 1996 al 5,3% del 2014⁶⁷.

La Tbc è uno degli altri fattori che inficiano la salute pubblica: il paese è al 15° posto per la diffusione della Tbc al mondo, con un tasso di mortalità pari a 22/100.000⁶⁸. La prevalenza della Tbc multi-farmaco resistente (Mdr) si riscontra nel 2,6% dei nuovi casi e nel 13% di quelli trattati in precedenza. Il programma statale di lotta contro la Tbc ha raggiunto gli obiettivi dell'Oms per la rilevazione e il trattamento dei casi, grazie alle strutture sanitarie e al ruolo degli operatori sanitari di comunità. Ma le sfide permangono nel migliorare le competenze tecniche dei laboratori e rafforzare il trattamento della Tbc multi-resistente.

Infine, la malaria continua ad essere una delle principali cause di morbilità e mortalità nel paese, anche se vi è stato un calo costante della prevalenza, grazie alla crescita rapida degli interventi di diagnosi e gestione dei casi e un calo della mortalità del 47% tra il 2000 e il 2010.

Il Kenya ha progressivamente aumentato lo stanziamento di fondi nazionali al settore della sanità (il 7,8% della spesa pubblica è stato destinato al settore sanitario nel 2012/2013) e mira a raggiungere l'obiettivo del 15% fissato dalla Dichiarazione di Abuja⁶⁹ dell'Unione Africana. Nonostante ciò, i finanziamenti per la salute sono ancora fortemente dipendenti dai donatori esterni (55% del totale della spesa sanitaria), e il 45% dei costi delle prestazioni sanitarie è sostenuto direttamente dai pazienti, contro il 42% che è invece sovvenzionato dallo stato⁷⁰. Il Fondo ha investito 729 milioni di dollari dagli inizi delle sue operazioni nel paese, facendo del Kenya il decimo paese beneficiario per volume di contributi⁷¹: fra il 2003 e il 2014, sono state firmate 16 sovvenzioni, per un totale di 897 milioni di dollari e il finanziamento per il biennio 2014-2016 ammonta a 495 milioni di dollari. Nel settembre 2015 sono stati siglati ulteriori 7 accordi di finanziamento, per un valore complessivo di 333 milioni di dollari.

Rilievo particolare è riservato ai programmi di prevenzione della trasmissione dell'Hiv da madre a figlio, con l'obiettivo

66 Unaid, <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/kenya>

67 Unaid, <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/kenya>

68 Oms, Global Tb Report.

69 http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2524_Abuja_report_en_0.pdf

70 Oms, http://apps.who.int/nha/database/Country_Profile/Index/en

71 Fondo Globale, <http://www.theglobalfund.org/en/portfolio/country/?loc=KEN>

64 È al 145° posto su 187 paesi classificati, Undp, <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/KEN>

65 Oms, Kenya statistical profile.

di aumentare la copertura dal 66 al 90%. Attraverso i programmi sostenuti dal Fondo si intende offrire il trattamento antiretrovirale a un milione di persone, distribuire sette milioni di zanzariere trattate con insetticida di lunga durata e aumentare significativamente il trattamento multi-resistente per la Tbc entro il 2017.

Gli investimenti del Fondo rappresentano circa il 30-35% dei finanziamenti per la malaria nel paese e hanno contribuito in primo luogo a sostenere le attività, la gestione dei casi, la formazione del personale sanitario e l'acquisto delle attrezzature necessarie. Per quanto concerne invece la Tbc, il Fondo è il più grande donatore per interventi sulla malattia, con investimenti che rappresentano circa il 40-45%.

Infine, per l'Hiv gli investimenti sono circa il 25-30% dei finanziamenti e hanno contribuito principalmente all'acquisto di prodotti sanitari e farmaceutici, alla formazione e allo sviluppo delle risorse umane.



Fondata nel 1957 in Kenya come *Flying Doctors* dell'Africa orientale per fornire assistenza sanitaria alle comunità remote in Africa orientale, oggi *Amref Health Africa* è la più grande Ong sanitaria africana con sedi operative anche in Italia. In Kenya, lavora in stretto partenariato con il governo nazionale, coprendo una vasta gamma di comunità, dalle baraccopoli urbane di Nairobi alle aree rurali più remote del nord-est e sud, alle regioni del lago a ovest e alla regione costiera a est. Amref Health Africa offre servizi di salute materna e infantile, salute sessuale e riproduttiva, interventi di lotta contro l'Hiv/Aids, interventi di prevenzione, trattamento e cura di malaria e Tbc, attività clinico-diagnostiche, oltre che realizzare progetti per l'accesso ad acqua potabile e servizi igienico-sanitari di base. Il rafforzamento dei sistemi sanitari e il sostegno alla crescita di personale sanitario competente e motivato, sono i pilastri dell'azione di Amref Health Africa nel continente africano.

Dal 2005 la Ong realizza progetti sostenuti finanziariamente dal Fondo, partecipando attivamente alle attività del Ccm nel paese. Attualmente è uno dei tre *Principal Recipient* (Pr) non statali in Kenya, coordinando dal 2009 un programma sulla Tbc attuato attraverso 40 organizzazioni comunitarie di base e dal 2010 un programma sulla malaria, realizzato con la collaborazione di 17 Ong.

Attraverso il programma di lotta contro la Tbc, Amref Health Africa ha contribuito al raggiungimento degli obiettivi nazionali di miglioramento del trattamento della malattia, tracciando e riferendo a servizi adeguati oltre 23.000 persone e fornendo supporto nutrizionale a più di 30.000 pazienti gravemente malnutriti e affetti da Tbc.

Il programma sulla malaria è stato realizzato in parallelo con un altro programma sostenuto finanziariamente dal Fondo ed

avente il governo del Kenya come *Pr*. I due programmi sono complementari: quello governativo si occupa principalmente delle attività di trattamento e prevenzione della malaria e delle misure di controllo del vettore, quello coordinato da Amref Health Africa invece ha in carico soprattutto la gestione comunitaria dei pazienti, la formazione e le attività di comunicazione necessarie per il cambiamento comportamentale. Tramite questo programma la Ong ha contribuito al miglioramento della diagnosi tempestiva e del successivo trattamento della malaria, con oltre 170.000 casi di infezione non complicata trattati a livello di comunità. Le attività hanno ridotto il carico di lavoro presso le strutture sanitarie di quasi il 50% e attraverso i progetti implementati è stata rafforzata la capacità di oltre 25.000 operatori sanitari, sia a livello di comunità sia di struttura.

Nel settembre 2015 Amref Health Africa è stata selezionata come *Pr* per un nuovo contratto biennale di 30 milioni di dollari focalizzato su Tbc e malaria, con un programma realizzato nelle 30 contee con i più alti tassi di prevalenza di Tbc e malaria. Gli interventi contro la Tbc mirano a garantire la terapia completa alle persone colpite, per prevenire lo sviluppo di ceppi resistenti ai farmaci. Gli interventi contro la malaria, realizzati nelle aree più colpite, riguardano la formazione di operatori sanitari di comunità per la diagnosi mediante l'utilizzo di kit diagnostici rapidi.

Grazie alla ottima *performance* ottenuta nella gestione dei programmi affidati in qualità di *Principal Recipient*, **Amref Health Africa in Kenya è stata promossa come uno fra i migliori partner del Fondo Globale**, per le sue alte prestazioni progettuali e il contributo al miglioramento dei risultati della sanità a livello di comunità.

TANZANIA E ANGOLA

Due esperienze a confronto



Medici con l'Africa - Cuamm ha iniziato la sua presenza in **Angola** sin dal 1997 in piena guerra civile. Un lungo conflitto – iniziato nel 1975 e terminato nel 2002 – nel quale erano in campo non soltanto contrasti etnici e interni, ma anche forze straniere interessate alle risorse del paese (petrolio e diamanti in particolare) e alla sua posizione strategica. Terminata la guerra civile, nel 2015 l'Angola subisce le conseguenze di una forte crisi economica dovuta alla svalutazione della moneta locale e al calo del prezzo del petrolio, la più importante fonte di profitto del paese (i proventi petroliferi rappresentano più del 75% del profitto angolano). Tutto ciò ha avuto un forte impatto sulla realizzazione delle politiche sociali e ha causato una drastica riduzione dei finanziamenti destinati ai principali settori sociali, fra i quali la sanità e l'educazione, con allarmanti conseguenze sulla capacità di fornire servizi di base adeguati ai bisogni della popolazione.

Oggi, nonostante l'Angola sia un paese a reddito medio-alto, presenta indicatori sanitari ancora bassi: un'aspettativa di vita alla nascita nel paese di 51 anni, una mortalità materna di 460 per 100.000 nati vivi e un tasso di mortalità per i bambini di età inferiore ai 5 anni pari a 167 su 1.000 nati vivi.⁷²

Sebbene la spesa sanitaria sia in gran parte finanziata con risorse domestiche, il sostegno internazionale per contrastare epidemie quali l'Aids, la Tbc e la malaria è ancora necessario⁷³. L'Angola presenta infatti un'alta prevalenza – 2,4% – dell'Hiv nella popolazione adulta (fra i 15 e i 49 anni di età)⁷⁴ e, secondo le stime dell'Oms, tassi di incidenza e prevalenza per la Tbc tra i più alti al mondo, a dimostrazione della fragilità del sistema sanitario nel suo complesso e in particolare per quanto riguarda la Tbc⁷⁵.

La **Tanzania** è invece un paese che, fin dall'indipendenza ottenuta nel 1961, non ha mai attraversato periodi di conflitto interno e si è mantenuto politicamente sempre molto stabile, creando basi solide e prospettive economiche interessanti⁷⁶: con un'aspettativa di vita di 61 anni, una mortalità materna di 410 per 100.000 nati vivi e un tasso di mortalità per i bambini di età inferiore ai 5 anni pari a 52 su 1.000 nati vivi, la Tanzania è un paese che ha registrato negli ultimi anni significativi progressi. La presenza dell'Hiv, sebbene in diminuzione rispetto al picco della fine degli anni novanta, quando sfiorava il 9%, è però ancora piuttosto alta, al 5,3%⁷⁷.

L'impegno del Cuamm in Tanzania continua senza sosta dal 1968, per offrire servizi sanitari equi e accessibili e oggi si concentra – lavorando a fianco delle autorità sanitarie distrettuali e regionali – nelle regioni di Iringa, Njombe e Morogoro, in attività di supporto agli ospedali (Tosamaganga e Mikumi) e a centri di salute e dispensari. Intense sono le attività per la promozione della salute materna, neonatale e infantile e per la prevenzione dell'Hiv/Aids nella trasmissione da mamma a bambino.

Dal 2005 il Cuamm, assieme ad altre undici Ong, ha iniziato a lavorare all'interno di programmi di lotta all'Aids sostenuti dal Fondo in **Tanzania**, diventando *sub-recipient* di Amref, che nel periodo 2005-2010 ha gestito un programma di oltre 21 milioni di dollari per la risposta all'Aids, ricevendo una buona valutazione per la performance (B1=adeguata)⁷⁸.

Tramite il programma amministrato da Amref, il Cuamm ha lavorato nelle regioni di Iringa e Njombe costruendo o ristrutturando ambulatori per il test dell'Hiv e per la prevenzione della trasmissione materno-infantile, fornendo materiali di consumo e reagenti per il test, formando operatori sanitari e comunitari delle aree coinvolte (fra i quali in particolare oltre 200 ostetriche tradizionali), distribuendo a questi – oltre a co-

noscenze adeguate sui protocolli nazionali e sulla prevenzione della trasmissione dell'Hiv da madre a figlio – kit per un parto sicuro e per la diagnosi della sieropositività. L'attivo coinvolgimento delle autorità locali sia governative che comunitarie, ha permesso un'efficace pianificazione ed implementazione delle attività ed una trasparenza nella gestione dei fondi.

In **Angola** invece il Cuamm è stato *sub-recipient* di due diversi programmi del Fondo. Il primo, gestito dall'Undp-United Nations Development Programme, è stato realizzato per il controllo della Tbc, ed è durato dal 2005 al 2010 con stanziati quasi 10 milioni di dollari, affiancando il lavoro svolto dal Programma Nazionale di Controllo (Pnc) in 11 delle 18 province del paese. Lo scopo delle attività era di rafforzare le competenze diagnostiche sia cliniche che laboratoriali, implementare la strategia di controllo della Tbc raccomandata dall'Oms (*Dots – directly observed treatment*), ristrutturare ed equipaggiare o aprire nuovi centri per la diagnosi e il controllo della malattia, monitorare la resistenza ai farmaci, migliorare le capacità e le competenze del personale locale, sia a livello centrale sia locale ed, infine, sensibilizzare la popolazione in merito alla conoscenza della malattia, la sua prevenzione e la riduzione dello stigma. Il programma è riuscito nel periodo concordato a spendere oltre l'80% dei fondi erogati ed ha ricevuto una valutazione di performance buona (B1=adeguata)⁷⁹.

Dal 2011 è stato avviato, invece, un secondo programma per la lotta contro Tbc, sempre con sovvenzioni del Fondo Globale ma gestito direttamente dal Ministero della Salute angolano tramite il Pnc. In questo caso il Cuamm ha dovuto far fronte a problemi di ordine amministrativo, legati alla gestione diretta da parte del Pnc. Si sono verificati ritardi nella ricezione delle quote di finanziamento, difficoltà nell'ottenere la documentazione progettuale ufficiale nei tempi della rendicontazione (molte revisioni di budget sono avvenute senza adeguata documentazione sull'approvazione) e, in generale, problemi di comunicazione con il *Principal Recipient*. Le difficoltà sperimentate dal Cuamm sono emerse anche dalla valutazione del Fondo sulla gestione del Pr, che ha speso meno di 2 milioni di dollari a fronte di un'erogazione di oltre 4,5 milioni e di un contratto firmato per oltre 11 milioni. Una performance quantificata dallo stesso Fondo Globale come inaccettabile (C)⁸⁰.

Queste due esperienze, per di più nello stesso paese, evidenziano quanto l'efficacia dell'impatto del Fondo sia strettamente legata alla performance dell'organizzazione che ne gestisce direttamente il budget.

Di certo, vista la situazione di crisi economica dell'Angola, il supporto del Fondo diventerà ancor più importante, se si vorrà mantenere almeno l'attuale livello di funzionamento del sistema. Ma di certo, la gestione diretta dei programmi – almeno per quanto concerne la lotta contro Tbc – dovrà essere radicalmente ripensata.

72 <http://www.who.int/gho/countries/ago.pdf?ua=1>

73 <http://www.theglobalfund.org/en/portfolio/country/?loc=AGO>

74 <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/AGO>

75 http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

76 <http://www.worldbank.org/en/country/tanzania/overview>

77 <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/unitedrepublicoftanzania>

78 <http://www.theglobalfund.org/en/portfolio/country/grant/?grant=t=TNZ-405-G07-H>

79 <http://www.theglobalfund.org/en/portfolio/country/grant/?grant=A-GO-405-G02-T>

80 <http://www.theglobalfund.org/en/portfolio/country/grant/?grant=A-GO-911-G05-T>

L'OSSERVATORIO ITALIANO SULL'AZIONE GLOBALE CONTRO L'AIDS CHIEDE CHE L'ITALIA

torni a essere un paese leader nel panorama dei donatori internazionali. In più occasioni il Presidente del Consiglio Matteo Renzi ha dichiarato che l'Italia ambisce a diventare il quarto donatore fra i paesi G7 entro il 2017, anno di presidenza italiana del summit. Questo significa che l'Italia – il cui rapporto Aps/Rnl è stato dello 0,19% nel 2014 - dovrà superare il livello canadese che è attualmente dello 0,24%. Per arrivare a questo, **l'Italia dovrà aumentare il proprio Aps dagli attuali 3 miliardi a quasi 3,9 miliardi di euro.** Sono necessari, pertanto, **maggiori investimenti sia attraverso il canale bilaterale sia attraverso quello multilaterale.**

incrementi il sostegno alla salute globale con una **dichiarazione di impegno finanziario nei confronti del Fondo Globale pari a 200 milioni di euro per il periodo 2017-2019, in occasione della sessione finale della V Conferenza di Rifinanziamento del Fondo.** Tale cifra rappresenterebbe un contributo importante per raggiungere l'obiettivo minimo di 13 miliardi di dollari che collettivamente i donatori del Fondo dovrebbero versare nel suddetto triennio e consentirebbe all'Italia di dare impulso al processo di avvicinamento ai paesi *leader* per l'aiuto allo sviluppo.

accresca il suo impegno politico nella struttura di governo centrale del Fondo Globale e in quella presente nei paesi partner. L'Italia, infatti, dovrebbe incrementare la partecipazione nei *Country Coordinating Mechanisms* del Fondo, presenti nei paesi prioritari per la cooperazione italiana, così come l'assistenza tecnica, dando seguito al *Memorandum of Understanding* siglato il 27 novembre 2014. L'Italia in questo modo consoliderebbe il proprio ruolo sia all'interno della comunità dei donatori sia nelle attività di partenariato con le autorità locali.

L'OSSERVATORIO ITALIANO SULL'AZIONE GLOBALE CONTRO L'AIDS CHIEDE CHE IL FONDO GLOBALE

potenzi le attività di monitoraggio dell'esecuzione dei propri interventi, al fine di massimizzarne l'efficacia. Tale potenziamento dovrebbe avvenire anche attraverso il **rafforzamento delle capacità di supervisione dei *Country Coordinating Mechanisms*.**

favorisca il rafforzamento della società civile, per consentirne il pieno coinvolgimento nei processi decisionali dei *Country Coordinating Mechanisms* e nell'attuazione dei programmi di lotta contro le epidemie.

L'**Osservatorio italiano sull'azione globale contro l'Aids**
è una rete di **13 Ong italiane e internazionali**
impegnate nella lotta contro l'Aids e contro la povertà.



Osservatorio Italiano sull'Azione
Globale contro l'AIDS

Nella convinzione che l'Aids rappresenti uno dei più gravi ostacoli allo sviluppo dei popoli, l'Osservatorio è nato con lo scopo di creare:

un servizio di confronto, informazione, analisi, monitoraggio sugli interventi di lotta contro l'Aids nei Paesi del Sud del mondo;

un canale comune per l'azione politica promossa dalle Ong sui temi relativi a diritti umani, scelte politiche, posizioni istituzionali, politiche sanitarie.



ActionAid

Vogliamo dare voce ai diritti delle persone

www.actionaid.it

Aidos

I diritti, la dignità e la libertà di scelta di donne e ragazze

www.aidos.it

Amref Health Africa

Il diritto alla salute dell'Africa e del mondo, è il nostro punto fermo

www.amref.it

Ccm - Comitato Collaborazione Medica

Cambiare partecipando

www.ccm-italia.org

Cestas

Salute ed equità sociale, attraverso l'uguaglianza di genere e la solidarietà

www.cestas.org

Cesvi

Cooperiamo con chi ha bisogno, perché non abbia più bisogno di noi

www.cesvi.org

Coopi

Miglioriamo il mondo, insieme

www.coopi.org/it

Cospe

Together for change

www.cospe.org

Iscos

Cooperazione Sindacale allo Sviluppo in tutto il Mondo per un Lavoro Dignitoso

www.iscos.eu

Medici con l'Africa - Cuamm

La salute è un diritto, battersi per il suo rispetto è un dovere

www.mediciconlafrica.org

Medicus Mundi italia

Contribuire alla promozione integrale della persona umana

www.medicusmundi.it

We World

Per migliorare la vita di un bambino è necessario cambiare le condizioni di vita di una donna

www.intervita.it

World Friends

Crediamo nella "cooperazione capovolta" che significa partire dal sud del mondo

www.world-friends.it