



L'ITALIA E IL FONDO GLOBALE PER LA LOTTA ALL'AIDS, TUBERCOLOSI E MALARIA

studio di un caso: salute e cooperazione in Etiopia

FONDATA NELL'OTTOBRE 2006, AZIONE PER LA SALUTE GLOBALE RIUNISCE 15 ORGANIZZAZIONI NON **GOVERNATIVE (ONG) CON SEDE A BRUXELLES E IN VARI** ALTRI PAESI EUROPEI (FRANCIA, GERMANIA, ITALIA, REGNO UNITO E SPAGNA) CON L'OBIETTIVO DI MONITORARE IN CHE MISURA LE AZIONI E LE POLITICHE DEI GOVERNI EUROPEI INCIDONO SULLE CONDIZIONI SANITARIE DEI PAESI IN VIA DI SVILUPPO E DI INFLUIRE SUI RESPONSABILI POLITICI AFFINCHÈ SIANO MIGLIORATE.

Azione per la salute globale ritiene che l'Europa non stia facendo abbastanza per garantire che l'aiuto alla salute e allo sviluppo sia erogato in modo da sostenere i Paesi in via di sviluppo nel raggiungimento degli Obiettivi di sviluppo del Millennio per la salute.

La presente pubblicazione integra il rapporto "Un aiuto in salute - Perché l'Europa deve erogare più fondi e spenderli con più efficacia per raggiungere gli Obiettivi di sviluppo del Millennio per la salute", che analizza le modalità e i risultati del sostegno fornito da governi ed istituzioni europee ai Paesi in via di sviluppo, alla luce dei principi concordati nella Dichiarazione di Parigi sull'efficacia degli aiuti (2005) e degli altri impegni assunti dai donatori europei.

"L'Italia e il Fondo Globale per la lotta all'Aids, tubercolosi e malaria – studio di un caso: salute e cooperazione in Etiopia" è suddivisa in due parti: la prima è dedicata all'analisi delle politiche del Fondo Globale per la lotta all'Aids, tubercolosi e malaria e al ruolo dell'Italia; la seconda offre una panoramica del sistema sanitario in Etiopia e un'analisi dell'efficacia dell'azione del Fondo Globale nel paese.

Aprono la pubblicazione le Raccomandazioni che Azione per la salute globale rivolge al governo italiano e al Fondo Globale per la lotta all'Aids, tubercolosi e malaria.

L'ITALIA E IL FONDO GLOBALE PER LA LOTTA ALL'AIDS, TUBERCOLOSI E MALARIA

studio di un caso: salute e cooperazione in Etiopia

SOMMARIO

- 3 SINTESI
- 4 RACCOMANDAZIONI
 AL GOVERNO ITALIANO
 E AL FONDO GLOBALE
 PER LA LOTTA ALL'AIDS,
 TUBERCOLOSI E MALARIA
- 6 PRIMA PARTE:
 IL FONDO GLOBALE PER
 LA LOTTA ALL'AIDS, ALLA
 TUBERCOLOSI E ALLA
 MALARIA
- 6 1.1 Quando e perché è stato istituito, come opera
- 7 Nuove strategie per superare gli attuali limiti del Fondo Globale
- 8 Scelta di una strategia innovativa: l'approccio "diagonale"
- 8 L'integrazione di un approccio di genere e dei servizi per la salute sessuale e riproduttiva nelle politiche del Fondo Globale
- 9 1.2 L'Italia e il Fondo Globale
- 11 La posizione italiana nei confronti delle nuove *policies* del Fondo Globale
- 12 SECONDA PARTE: ETIOPIA
- 12 2.1 Il settore sanitario etiope
- 14 Contributo della cooperazione italiana al settore sanitario etiope
- 14 2.2 L'azione del Fondo Globale in Etiopia
- 14 Punti critici dell'attività del Fondo Globale in Etiopia
- 16 Fondo Globale ed efficacia degli aiuti
- 18 Conclusioni

- 19 ACRONIMI
- **20 BIBLIOGRAFIA**

Coordinamento scientifico di Raffaele Salinari. A cura di Emanuela Limiti e Tommaso Rondinella.

Hanno inoltre contribuito a vario titolo: Uber Alberti, Stefania Burbo, Daniela Colombo, Natalia Lupi, Marina Madeo, Sara Paterlini, Annalisa Stagni, Iacopo Viciani, Irene Viola.

Impaginazione: Nicola Arrigoni.

Stampa: Sate, Ferrara.

Sintesi

Questa pubblicazione presenta la versione estesa dello studio di caso sul Fondo Globale per la lotta all'Aids, tubercolosi e malaria (da ora in poi Fondo Globale) in Etiopia, pubblicato nel rapporto "Un aiuto in salute - Perché l'Europa deve erogare più fondi e spenderli con più efficacia per raggiungere gli Obiettivi di sviluppo del Millennio per la salute".

Il 2008 è un anno cruciale per fare la revisione dei progressi sino ad ora fatti per il raggiungimento degli Obiettivi di sviluppo del Millennio: a settembre, le Nazioni Unite faranno una nuova valutazione degli Obiettivi di sviluppo e il Forum di alto livello di Accra riesaminerà i principi di Parigi sull'efficacia degli aiuti. A dicembre, la Conferenza delle Nazioni Unite di Doha dovrà fare il punto sulla situazione internazionale in materia di finanziamenti per la cooperazione internazionale e l'aiuto allo sviluppo e definire le linee guida per la comunità internazionale.

Il 2008 è inoltre l'anno dell'anniversario della Dichiarazione di Alma Ata sull'assistenza sanitaria primaria.

In questo quadro si inserisce il presente studio di caso dedicato al Fondo Globale, analizzato nella duplice veste di parternariato pubblico-privato finanziato dall'Italia (PRIMA PARTE) e di strumento finanziario che eroga aiuti ai Paesi in via di sviluppo, in particolare all'Etiopia, e che, in quanto tale, dovrebbe rispondere ai principi della Dichiarazione di Parigi sull'efficacia degli aiuti (SECONDA PARTE).

In particolare, l'analisi mette in luce i limiti strutturali e funzionali del Fondo Globale e le risposte innovative più recenti che l'istituzione ha elaborato per farvi fronte.

Il contrasto fra approccio verticale (ossia interventi mirati al controllo di singole malattie) e approccio orizzontale (cioè interventi mirati al rafforzamento dei sistemi sanitari nel loro complesso) è stato risolto, anche con l'appoggio del governo italiano, a favore di un approccio "diagonale", secondo il quale il Fondo Globale continuerà anche in futuro ad incoraggiare l'inserimento di azioni di rafforzamento dei sistemi sanitari all'interno delle tre componenti-malattie.

In tempi recentissimi, a partire dal *Round* 8 di finanziamento, il Fondo Globale ha inaugurato una politica di maggiore sensibilità nei confronti della necessità di inserire una prospettiva di genere in tutti i programmi e progetti di sviluppo e di integrare i servizi per la salute sessuale e riproduttiva nella lotta all'Hiv/Aids.

Tali aperture rappresentano dei punti di partenza piuttosto che di arrivo e necessitano di un ulteriore processo di elaborazione che punti anche ad affrontare le altre criticità, quali la gravissima e cronica carenze di risorse umane nel settore sanitario nei Paesi in via di sviluppo.

Anche se l'Italia ha fortemente contribuito alla creazione del Fondo, non è sempre stata coerente nelle politiche finanziarie adottate. Pertanto, Azione per la salute globale richiama il governo italiano affinché mantenga i propri impegni di finanziamento e metta a disposizione dei Paesi in via di sviluppo le proprie competenze tecniche.

Anche se è ancora troppo presto per tracciare un bilancio a medio e lungo termine, il Fondo Globale in Etiopia ha sicuramente contribuito alla reazione contro le tre epidemie grazie ai programmi implementati. Inoltre, è stato in grado di inserirsi nel sistema etiope degli aiuti allo sviluppo in maniera armonica, coordinandosi con gli altri grandi donatori presenti.

Rimangono però ancora dei punti critici. Emerge chiaramente che il meccanismo decisionale posto in essere dal Fondo Globale (cioè il Country Coordinating Mechanism), sebbene sulla carta sembri garantire un'adeguata partecipazione della società civile e delle istituzioni locali, nella pratica fallisca questo obiettivo fondamentale.

In generale, l'esperienza etiope tende a dimostrare che senza un vero rapporto di partnership fra tutti gli attori che operano nel territorio risulta particolarmente difficile raggiungere un'effettiva implementazione delle attività supportate dal Fondo Globale. L'Italia e il Fondo Globale devono moltiplicare i propri sforzi per garantire la partecipazione di tutti gli attori non governativi, delle donne e delle associazioni di donne, del settore privato e di tutti i livelli di governo, inclusi quelli locali, nei processi decisionali.



RACCOMANDAZIONI AL GOVERNO ITALIANO E AL FONDO GLOBALE PER LA LOTTA ALL'AIDS, TUBERCOLOSI E MALARIA

1. MAGGIORE COINVOLGIMENTO DEGLI ATTORI NON GOVERNATIVI

Il Fondo Globale dovrebbe concentrare i propri sforzi per incrementare sensibilmente la partecipazione delle organizzazioni non governative e del settore privato, sia da un punto di vista finanziario che decisionale a tutti i livelli di definizione delle policies. In tal senso, Azione per la salute globale accoglie favorevolmente la nuova strategia del Fondo Globale indicata nel documento A Strategy for the Global Fund: Accelerating the Effort to Save Lives che ruota intorno a 3 obiettivi principali: fornire al Fondo Globale una nuova visione strategica per la mobilitazione di ulteriori risorse finanziarie; adattare l'approccio del Fondo Globale a un adeguato supporto delle necessità e delle realtà dei Paesi beneficiari; introdurre delle innovazioni strategiche capaci di garantire finanziamenti sostenibili nei Paesi più bisognosi e aumentare la partecipazione all'ownership dei programmi sanitari nazionali.

2. MAGGIOR CONTROLLO SULLA DEMOCRATICITA' DEL CCM (Country Coordinating Mechanism)

È necessario adottare seri controlli che assicurino la trasparenza e l'allocazione di risorse aggiuntive al fine di facilitare la partecipazione di tutti i livelli di governo e della società civile all'interno del CCM.

3. L'ITALIA MANTENGA GLI IMPEGNI INTERNAZIONALI

Il governo italiano deve garantire il rispetto degli impegni finanziari presi con il Fondo Globale, così come fatto nel 2007, attraverso:

- l'utilizzo di risorse addizionali rispetto a quelle tradizionalmente stanziate per la cooperazione, sia per riconquistare credibilità con i partner internazionali che per riacquistare la possibilità di agire attivamente sulle policies e sulle strategie del Fondo Globale;
- l'adozione di un meccanismo per garantire la puntualità del versamento delle quote.

4. MAGGIOR COINVOLGIMENTO DELLE UTL (Unità Tecniche Locali)

Per favorire una più ampia partecipazione della società civile all'interno dei CCM l'Italia potrebbe innanzitutto assicurare un maggior impegno delle varie Unità Tecniche Locali del Ministero degli Affari esteri, in grado di fornire alle organizzazioni non governative sia assistenza tecnica che un supporto per attività di capacity building.

5. INTEGRAZIONE DELL'APPROCCIO DI GENERE IN TUTTI I PROGETTI E PROGRAMMI

Azione per la salute globale apprezza la recente adozione da parte del Fondo Globale delle linee guida "Ensuring a gender sensitive approach" per il Round 8 e raccomanda di rendere più efficace l'integrazione di un'ottica di genere in tutti i progetti e i programmi, attraverso le seguenti misure:

- costituire un gruppo di esperti/e di genere a tutti i livelli di definizione delle politiche;
- inserire una componente di genere in tutte le proposte di finanziamento;
- promuovere la lotta alla violenza contro le donne;
- esigere una raccolta dati differenziata per sesso e un'analisi di genere dei dati;
- rafforzare la presenza di donne e di organizzazioni di donne nei CCM.

6. CENTRALITA' DEI SERVIZI PER LA SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA

Il Fondo Globale e il governo italiano dovrebbero sostenere l'integrazione di servizi per la salute sessuale e riproduttiva nelle strutture per la prevenzione, la cura e il trattamento dell'Hiv/Aids anche attraverso l'inserimento di esperti/e a tutti i livelli di definizione e realizzazione delle politiche.

7. ADOZIONE DELL'APPROCCIO ORIZZONTALE E SISTEMICO

Per contenere l'epidemia Hiv/Aids è necessaria una risposta integrale che porti a un bilanciamento tra prevenzione, assistenza e cura, che devono svolgersi in un ambiente sociale fondato sul rispetto dei diritti umani, compreso il diritto alla salute, l'inclusione e la non discriminazione. Esiste l'urgenza di aumentare la qualità e la diffusione dei servizi sanitari pubblici, in particolare quelli per la salute sessuale e riproduttiva, che possano offrire una assistenza integrale e continua, includendo il trattamento farmacologico. È soprattutto necessario eliminare gli ostacoli all'accesso ai servizi sanitari e rendere prioritario il rafforzamento dell'assistenza sanitaria materno-infantile, per garantire la riduzione della trasmissione verticale dell'Hiv/Aids.

8. INVESTIRE NELLE RISORSE UMANE

Deve essere combattuta la cronica carenza di risorse umane qualificate e incentivata la loro permanenza all'interno dei sistemi sanitari dei Paesi in via di sviluppo, sia per quanto riguarda il personale sanitario che lo staff necessario alla pianificazione e alla gestione delle attività supportate dal Fondo Globale, attraverso un aumento di investimenti in questo settore. L'Italia, all'interno del Fondo Globale per la lotta all'Aids, tubercolosi e malaria, deve fornire e promuovere policies volte al consolidamento delle risorse umane nei sistemi sanitari.

PRIMA PARTE

IL FONDO GLOBALE PER LA LOTTA ALL'AIDS, TUBERCOLOSI E MALARIA

1.1 Quando e perché è stato istituito, come opera

Il Fondo Globale è stato costituito durante il G8 di Genova del luglio 2001, grazie anche al forte impulso derivante dalla Presidenza italiana, con l'obiettivo di dar vita ad un partenariato pubblico-privato in grado di incrementare le risorse indirizzate alla lotta contro queste tre malattie e contribuire così al raggiungimento degli Obiettivi di sviluppo del Millennio entro il 2015.

Caratteristiche: non è una tradizionale agenzia esecutiva ma uno strumento finanziario. Per questo non opera attraverso una diretta presenza sul campo ma viene coordinato dal Segretariato di Ginevra.

Obiettivi: lo scopo principale del Fondo Globale è quello di attrarre, gestire e allocare, attraverso una partnership pubblico-privata, risorse aggiuntive in grado di aumentare considerevolmente gli investimenti finanziari per sostenere la lotta all'Aids, alla tubercolosi e alla malaria garantendo, al tempo stesso, un meccanismo di esborso semplice, rapido ed efficiente.

PRINCIPALI ORGANI DEL FONDO GLOBALE

Segretariato: è guidato dal Direttore Esecutivo ed ha il compito di mobilitare le risorse dei settori pubblico e privato, gestire le assegnazioni delle risorse ai Paesi richiedenti, provvedere al supporto finanziario, legale, amministrativo e di tener informato il *Board* su tutte le attività del Fondo Globale.

Consiglio d'Amministrazione (Board): è composto dai rappresentanti dei governi donatori e beneficiari, delle ONG, del settore privato e delle comunità delle persone affette dalle malattie. Si riunisce due volte l'anno ed è l'organo responsabile della governance del Fondo Globale e dell'approvazione delle assegnazioni, effettuata sulla base delle valutazioni del Technical Review Panel.

Technical Review Panel (TRP): è un organo indipendente composto da un massimo di 35 esperti su tematiche sanitarie e legate allo sviluppo. Ha il compito di valutare le proposte provenienti dai Paesi in Via di Sviluppo (PVS) e selezionare quelle tecnicamente adeguate

Come opera: rispondendo agli appelli lanciati dal Fondo (*Rounds*), ogni Paese in via di sviluppo formula delle proposte di finanziamento attraverso il *Country Coordinating Mechanism* (CCM), un organo indipendente che opera a livello nazionale e che è composto sia da membri governativi che da rappresentanti della società civile, delle associazioni di malati, delle organizzazioni internazionali, del settore privato. L'introduzione dei CCM ha avviato una nuova linea politica,

permettendo a tutti gli attori di contribuire attivamente alle scelte delle strategie da adottare per combattere le tre malattie.

Tutte le richieste di finanziamento vengono inviate a Ginevra ed esaminate dal *Technical Review Panel* (TRP), che a sua volta le sottoporrà al Consiglio d'Amministrazione segnalando quelle giudicate adeguate dal punto di vista tecnico. Spetterà poi al Consiglio di Amministrazione



approvare definitivamente i progetti presentati. I fondi vengono assegnati a dei *Principal Recipients* (PRs), che possono essere sia istituzioni governative che soggetti della società civile, con

la supervisione di un *Local Fund Agent* (LFA), un revisore indipendente delle spese e delle attività. Dal momento dell'approvazione all'esborso vero e proprio trascorrono in media dai 6 ai 9 mesi.¹

Centro di salute materna periferico nel distretto di Bombali - Sierra Leone. Mariangela Boiani: © CESTAS

Nuove strategie per superare gli attuali limiti del Fondo Globale

Negli ultimi mesi molti sforzi sono stati compiuti dal Fondo Globale per risolvere le principali criticità che caratterizzano la *governance* del fondo stesso, come ad esempio la scelta dei criteri per l'erogazione delle risorse. Fino a qualche tempo fa, infatti, la scelta del Fondo Globale era quella di investire tutta la propria credibilità sulla sostenibilità delle proposte presentate e della capacità di spesa dei paesi beneficiari.² Oggi invece si è consolidato un sistema che prevede il lancio di un *round* ogni anno con l'inizio dell'erogazione entro dodici mesi e la sospensione, o addirittura la cancellazione, dei finanziamenti in caso di cattiva *performance* o irregolarità provate.

Per superare invece alcuni dei limiti strutturali e funzionali ancora riscontrabili nel Fondo Globale, nel penultimo *Board meeting* (aprile 2007) il Comitato *Policy and Strategy* del Consiglio di Amministrazione ha presentato una serie di

raccomandazioni strategiche:

- incrementare il contributo finanziario del settore privato (ancora attestato solo al 4%);
- definire un approccio finanziario adeguato alle esigenze di rafforzamento dei sistemi sanitari dei Paesi del sud del mondo;
- migliorare i meccanismi di inclusione della società civile e del settore privato nei CCM, anche attraverso il rafforzamento del coinvolgimento delle organizzazioni di donne;
- sostenere l'apertura del nuovo bando per la nomina a LFA di attori diversi rispetto alle società di auditing finanziario, fra cui le organizzazioni della società civile, in grado di assicurare un monitoraggio che non tenga conto solo dell'aspetto finanziario;

 $^{^{\}mbox{\tiny 1}}$ Global Fund Framework Document, in www.theglobalfund.org

² Ministero degli Affari esteri, Direzione Generale Cooperazione allo Sviluppo, "La cooperazione italiana e la lotta all'Aids, alla tubercolosi e alla malaria dal 2000 al 2003".

 integrare un'ottica di genere nella prevenzione, diffusione e cura delle tre pandemie e sollecitare l'elaborazione di dati disaggregati per sesso per un'analisi di genere delle pandemie e una definizione di strategie di intervento di lungo periodo.

Oltre a realizzare, nel più breve tempo possibile, le linee d'azione tracciate dal Comitato approvate dai vari membri del *Board*, come emerge dalla prima parte della valutazione quinquennale condotta dal *Technical Evaluation Reference Group* (TERG)³, il Fondo Globale dovrebbe ancora impegnarsi per:

- sviluppare in maniera sufficiente una struttura

tale e delle politiche idonee per erogare in modo efficiente i 6-8 miliardi di dollari all'anno che si è impegnato a raggiungere entro il 2010;

- strutturare meglio l'assistenza tecnica sul campo tramite l'aiuto dei partner per ovviare all'impossibilità di un controllo diretto del proprio intervento sul campo (dovuto alla sua natura di strumento finanziario e non di agenzia);
- coinvolgere maggiormente il settore privato e tutti gli altri partner attraverso un processo ancor più partecipativo e trasparente;
- semplificare le procedure di approvazione delle proposte di finanziamento.

Scelta di una strategia innovativa: l'approccio "diagonale"

Dopo mesi di discussioni all'interno del Consiglio di Amministrazione nel XVI Board meeting (novembre 2007) si è raggiunto un compromesso fra le varie delegazioni sull'approccio strategico da adottare negli interventi del Fondo Globale. Il contrasto fra approccio verticale (ossia interventi mirati al controllo di singole malattie) e approccio orizzontale (cioè interventi mirati al rafforzamento dei sistemi sanitari nel loro complesso) è stato

risolto a favore di un approccio "diagonale", secondo il quale il Fondo Globale continuerà anche in futuro ad incoraggiare l'inserimento di azioni di rafforzamento dei sistemi sanitari (Health System Strenghtening – HSS) all'interno delle tre componenti-malattie, senza però istituire una quarta linea indipendente dedicata proprio all'HSS come richiesto da alcune delegazioni.

L'integrazione di un approccio di genere e dei servizi per la salute sessuale e riproduttiva nelle politiche del Fondo Globale

Benché le donne siano le vittime più colpite dall'Hiv/Aids e subiscano più profondamente le conseguenze della tubercolosi e della malaria, fino al 2004 l'enfasi del Fondo Globale riguardo le donne è stata concentrata fondamentalmente sulla prevenzione della trasmissione del virus da madre a figlio/a. Come evidenziato dall'indagine condotta dall'International Center for Research on Women (ICRW)⁴, l'attenzione ad una prospettiva di genere - vale a dire alla considerazione dei rapporti tra donne e uomini in una determinata società, e dei diversi ruoli, interessi e bisogni delle une e degli altri - è stata finora limitata alla sola partecipazione delle donne nei CCM e questo ha portato ad una relativa assenza di programmi che puntino ad affrontare le cause della vulnerabilità biologica e sociale delle donne nei confronti dell'Hiv/Aids, delle disuguaglianze di genere nei diritti, nell'accesso alle risorse e nei processi decisionali e che intervengano su temi cruciali quali la violenza contro le donne. Fino al 2008, non si è fatto esplicito riferimento al genere nemmeno in relazione all'accesso ai farmaci antiretrovirali o ai

test.

Il Fondo Globale soffre anche della mancanza di dati disaggregati per sesso durante le fasi di monitoraggio e valutazione nazionali.

Tale carenza dipende effettivamente dalle capacità di valutazione e raccolta dei dati nazionali ed è propria di uno strumento finanziario quale il Fondo Globale che utilizza i dati raccolti a livello locale esclusivamente per monitorare la prevalenza della malattia. Il Fondo Globale ha tuttavia la responsabilità di non averli mai pretesi al fine di promuovere analisi e pianificazione di genere nei paesi che sovvenziona.

Recentemente, nel corso del XVI Board meeting si è confermato il riconoscimento da parte della comunità internazionale dell'esigenza di una risposta del Fondo Globale progressivamente più sensibile ad una prospettiva di genere, grazie soprattutto all'impulso della Germania durante la propria presidenza del G8 2007 e alla Conferenza di rifinanziamento del Fondo Globale svoltasi nel settembre scorso a Berlino. Il Board ha

³ Il TERG è un organo consultivo che fornisce valutazioni indipendenti e suggerimenti al *Board* del GFATM sui problemi che richiedono maggior attenzione. La valutazione quinquennale affidata al TERG è stata suddivisa in tre parti: la prima, già presentata, è dedicata all'efficienza e all'efficacia del sistema organizzativo del Fondo Globale; la seconda sui sistemi di partnership, assistenza tecnica, *ownership* nazionale; la terza sull'impatto.

⁴ ICRW (2004), "Civil Society Participation in Global Fund Governance: What Difference does it make?" Preliminary research findings June 2004, www.theglobalfund.org

perciò stabilito di integrare in maniera molto più sostanziale un approccio di genere nelle politiche e nelle azioni del Fondo Globale, strutturando la lotta alle tre pandemie sulle esigenze specifiche delle donne, delle ragazze, delle minoranze sessuali e sul riconoscimento del ruolo dei servizi per la salute sessuale e riproduttiva nella lotta all'Hiv/Aids, nonché per la promozione dell'uguaglianza di genere. In particolare è stato deciso che il Segretariato si avvarrà di esperti per sviluppare una strategia di genere insieme ai partner del Fondo Globale e alle costituencies di riferimento. Tale impegno ha già portato a

una revisione delle linee guida per il Round 8 adottate a marzo 2008 - nelle quali per la prima volta è stato introdotto un chiaro incoraggiamento a integrare l'approccio di genere in tutte le proposte di finanziamento⁵. Riconoscendo inoltre che il possesso di dati epidemiologici disaggregati per sesso ed età costituisce il naturale punto di partenza per un'analisi di genere delle pandemie che consenta di contrastarle con maggiore efficacia, il Fondo Globale richiede che, a cominciare proprio dal Round 8, tali dati siano d'ora in poi forniti nelle varie proposte di finanziamento.

1.2 L'Italia e il Fondo Globale

In tutti gli organismi internazionali appare evidente il forte legame tra impegno finanziario e potere decisionale sulla governance delle varie organizzazioni. Anche il ruolo dell'Italia all'interno del Fondo Globale non sembra sfuggire a questa "regola": l'enorme impegno profuso come uno dei maggiori sostenitori della creazione del Fondo Globale nonché il forte contributo

finanziario offerto fino al 2003 (tanto da rendere il nostro Paese il secondo contribuente dopo gli Stati Uniti), hanno permesso infatti all'Italia di raggiungere una chiara leadership in ambito strategico - decisionale, testimoniata ad esempio dall'assegnazione di un seggio individuale nel Consiglio di Amministrazione del Fondo Globale (unico Paese insieme agli USA e al Giappone).



Consulenza medica presso il Centro per la salute delle donne e la prevenzione delle mutilazioni dei genitali femminili in Burkina Faso, realizzato da Aidos in collaborazione con Voix des Femmes, Mwangaza Action e CNLPE © AIDOS

⁵ "Ensuring a gender sensitive approach", in www.theglobalfund.org

^e Basti ricordare le dichiarazioni del ministro Ruggiero dopo il vertice del G8 del 2001 "Tra i risultati del vertice desidero evidenziare la lotta all'AIDS, alla malaria e alla tubercolosi con il lancio di un Fondo Globale. Abbiamo, in poco tempo, convinto i nostri partner del G8 a costituire tale Fondo, non senza riscontrare resistenze o difficoltà pratiche" Comunicazione del Ministro degli Affari esteri, Renato Ruggiero, sugli esiti del Vertice G8 di Genova, Camera dei deputati, 26 luglio 2001.

Promesse di contributi da parte dell'Italia (in milioni di dollari)

	2001 - 2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ı	121,020	124,440	180,375	180,375	186,891	196,672	196,672

Fonte: Elaborazione su dati del Fondo Globale

Contributi italiani effettivamente versati al Fondo Globale (in milioni di dollari)

2001 - 2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Totale
108,6	106,5	0	425,8	0	180,4	186,9*	1,008,3

Fonte: Elaborazione su dati del Fondo Globale

^{*} I contributi relativi al 2008 sono stati in realtà versati già nel 2007

Contributi promessi Italia fino al 2008	Contributi versati Italia fino al 2008
(in milioni di dollari)	(in milioni di dollari)
793,101	1,008,3

Fonte: Elaborazione su dati del Fondo Globale

Come si evince anche dalla tabella, ad una prima fase particolarmente attiva, hanno fatto seguito alcuni anni di assoluta inerzia, determinata soprattutto dal mancato pagamento dei contributi promessi per il 2004 e dal costante ritardo dei successivi al punto da rendere l'Italia il maggior debitore del Fondo Globale, all'ultimo posto nella classifica dei Paesi donatori fino al 2007. Questa situazione ha messo in serio pericolo la credibilità del Paese di fronte agli altri partner e ha influito negativamente sulla possibilità della delegazione italiana di incidere sulla governance del Fondo Globale. Tale mancanza di peso politico, a dire il vero, non è dipesa esclusivamente dal fattore economico, ma anche dallo scarso investimento operato dal Ministero degli Affari esteri in termini di strategie e risorse umane. Ciò non significa che all'interno dell'Unità Tecnica Centrale (UTC) mancassero le competenze adeguate. Piuttosto la scelta di operare una rotazione continua tra i membri della delegazione, spesso sulla base di criteri indefiniti, anziché affidarsi ad uno staff di esperti permanente e che potesse operare in continuità rispetto ad una chiara linea strategica, non si è rivelata vincente.

Non va poi dimenticato come i mancati versamenti o i costanti ritardi dei pagamenti italiani abbiano più volte messo a rischio anche l'entità della quota di Washington, il cui impegno verso il Fondo Globale è quello di pagare una cifra non superiore ad un terzo delle risorse versate complessivamente dagli altri donatori.

Alla luce della difficile situazione, va perciò accolto molto positivamente lo sforzo compiuto dal precedente governo che, come annunciato nel Documento di programmazione economica e finanziaria 2007 – 2011 approvato dal Consiglio dei Ministri nel luglio 2007, è riuscito a versare

i 260 milioni di arretrati, nonché ad anticipare la quota promessa per il 2008, permettendo così all'Italia di tornare nel gruppo dei maggiori contribuenti del Fondo Globale.

Rimane però aperta una sfida forse ancor più importante di quella del rispetto degli impegni finanziari, anche se ad essa fortemente legata: quella di una chiara strategia italiana contro le pandemie. Manca infatti un documento programmatico che renda pubblico l'approccio italiano alla lotta alle tre malattie, così come è assente un provvedimento che in futuro garantisca la certezza del contributo italiano al Fondo Globale attraverso risorse addizionali rispetto a quelle tradizionalmente stanziate per la cooperazione. In base alle risorse erogate negli ultimi anni (con l'esclusione del contributo già versato per il 2008) si può stabilire che ben l'82% della quota totale che l'Italia investe nella lotta all'Hiv/Aids è destinata al Fondo Globale (dal 2000 al 2007 sono infatti stati versati 552.508.500 di euro per la lotta all'Hiv/Aids - quota raggiunta sommando sia i progetti bilaterali che quelli multilaterali - dei quali ben 467.900.000 al Fondo Globale per la sola componente Hiv/Aids)8.

Ciò dimostra ancora una volta la costante assenza di strategie e di capacità gestionali riguardo la cooperazione allo sviluppo evidenziata dagli ultimi governi. A differenza, infatti, degli altri Paesi membri del Comitato di Aiuto allo sviluppo dell'OCSE (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico), in Italia si registra ancora un forte squilibrio tra l'utilizzo del canale bilaterale e quello multilaterale in favore di quest'ultimo, considerato una sorta di "rifugio" per evitare ogni rischio derivante da una gestione diretta delle risorse e delle attività.

⁷ Fonte: www.cininet.org

⁸ Actionaid (2007) Ogni promessa è debito, p. 12

[°] A questo proposito si veda Azione per la salute globale (2007) "Allarme salute" p. 46.

Risulta inoltre che sia in termini numerici che di credibilità politica il Fondo Globale rappresenta lo strumento principale tramite il quale l'Italia ha deciso di operare per la realizzazione degli Obiettivi di sviluppo del Millennio per la salute e, a maggior ragione, appare fondamentale un'azione più decisa, ma soprattutto più strutturata e lungimirante.

L'aver versato tutti i contributi arretrati ed essere l'unico Paese ad aver già pagato la guota del 2008, però, apre oggi all'Italia nuove possibilità di protagonismo che il nuovo governo non può assolutamente lasciarsi sfuggire.

La posizione italiana nei confronti delle nuove policies del Fondo Globale

La volatilità dei versamenti dell'Italia ha inciso notevolmente sul peso politico dei rappresentanti italiani, costretti negli ultimi anni a mantenere un profilo piuttosto basso. Nonostante ciò, va riconosciuto alla delegazione italiana il merito di essere l'unica ad aver sempre annoverato fra i suoi membri un rappresentante della società civile (più precisamente dell'Osservatorio Italiano sull'Azione Globale contro l'Aids, un network composto da 23 ONG italiane e internazionali), con il quale gli esperti della Direzione Generale della Cooperazione allo Sviluppo e dell'Unità Tecnica Centrale si confrontano sulle linee strategiche da seguire durante le varie sessioni del Consiglio di Amministrazione.

Per ciò che riguarda l'approccio strategico più funzionale agli interventi del Fondo Globale, la delegazione italiana si è schierata a favore di una soluzione di compromesso che da un lato evitasse la creazione di una guarta linea-guida all'interno del Fondo Globale dedicata esclusivamente al rafforzamento dei sistemi sanitari (soluzione che

avrebbe rischiato di modificare la natura stessa del Fondo Globale), mentre dall'altro lato rispondesse comunque alla necessità di adottare un approccio sempre più integrato che tenga conto all'interno delle tre componenti del problema più ampio del rafforzamento dei sistemi sanitari dei vari paesi.

Il compromesso raggiunto non rappresenta una soluzione ottimale, ma ha perlomeno evitato il rischio di un indebolimento del mandato originario del Fondo Globale rispetto all'eccezionalità della risposta richiesta dalle tre pandemie. Esso tutto sommato sembra presentarsi in sintonia con le linee strategiche in campo sanitario seguite anche dalla cooperazione italiana che tende sempre più a privilegiare un approccio integrato attraverso il contributo ai piani di sviluppo sanitari nazionali,10 ma che per quanto riguarda la lotta all'Hiv/Aids ritiene necessario non abbandonare l'utilizzazione di un approccio verticale, che faccia fronte all'eccezionalità della pandemia e ai suoi effetti distorsivi sulla società.

¹⁰ Ministero degli Affari esteri (2004), Relazione al Parlamento sull'attuazione della politica di cooperazione allo sviluppo.

SECONDA PARTE

ETIOPIA

2.1. Il settore sanitario etiope

Dopo anni di guerre civili, dovute soprattutto alla diversità di etnie presenti al suo interno, e a drammatici conflitti lungo i suoi confini (basti ricordare solo il più recente con l'Eritrea), oggi l'Etiopia è una repubblica federale composta da 9 stati regionali, divisi su base etnica e composti a loro volta da zone, woredas (distretti) e kebeles (municipalità), affiancati da due amministrazioni cittadine autonome: Addis Abeba e Dire Dawa.

Sebbene le diverse regioni godano sulla carta di una certa autonomia, il sistema sanitario etiope è sempre stato fortemente centralizzato, caratterizzato da una grande predilezione per i "programmi verticali" (ossia interventi mirati al controllo di singole malattie), da un'erogazione di servizi altamente frammentata e da una scarsa collaborazione tra il settore pubblico e quello privato

ETIOPIA:

Popolazione stimata 81.200.000

Crescita annua popolazione 2,3%

Posizione indice sviluppo umano 169

Popolazione che vive con meno di 2\$ al giorno 80,7%

Speranza di vita alla nascita 49,3 anni per le donne; 47,5 per gli uomini

Tasso mortalità materna 850/100.000 nati vivi

Tasso mortalità sotto i 5 anni 169/1000 nati vivi per le femmine; 164/1000 per i maschi

Fonte: Rapporto sullo sviluppo umano 2007-08, United Nations Development Programme (UNDP)

Nel 2006 il governo etiope ha avviato il secondo programma di riduzione della povertà per il quinquennio 2006-2011, denominato *Programme for Accelerated Sustainable Development to End Poverty* (PASDEP), interamente orientato verso il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio.

Le precarie condizioni sanitarie e socio-economiche della popolazione, addirittura al di sotto della media dei Paesi sub-sahariani, hanno spinto il governo ad attuare una riforma del sistema sanitario basata su una strategia ventennale: l'Health Sector Development Programme (HSDP), che si pone l'obiettivo di trasformare il sistema in un meccanismo più efficiente agendo su

determinati settori particolarmente critici:

- fornitura di servizi sanitari e assistenza;
- riabilitazione ed espansione delle strutture sanitarie;
- sviluppo risorse umane;
- rafforzamento servizi farmaceutici;
- informazione, educazione, comunicazione;
- sistema informativo di gestione sanitaria;
- finanziamento dell'assistenza sanitaria;
- monitoraggio e valutazione.

¹¹ Il precedente programma, per gli anni 2002-2005, era invece denominato SDPRP – Sustainable Development and Poverty Reduction Programme.



Per ora alcuni risultati confortanti sono stati raggiunti nel rafforzamento dell'offerta di servizi di base preventivi e riabilitativi.

Una delle principali criticità del sistema sanitario etiope, sulla quale l'HSDP dovrà sia oggi che nel futuro prestare particolare attenzione, concerne la grave carenza di risorse umane in ambito sanitario, con dati anche in questo caso al di sotto della media degli altri Paesi dell'area sub-sahariana. Viene infatti stimato 1 medico ogni 35.000 abitanti e un infermiere ogni 10.000 (nella regione di Oromia, la più popolosa e la più vasta, il rapporto medico/abitanti scende ad 1 su 55.000). Un altro grave problema legato al personale sanitario riguarda la sproporzione tra i sessi: infatti solo

il 13% dei medici, l'11% degli health officers e il 39% degli infermieri sono donne, per di più dislocate quasi tutte in aree urbane. Ne deriva che nelle aree rurali, dove è presente il maggior fabbisogno di assistenza sanitaria per donne e bambini, se è già difficilissimo trovare personale sanitario diventa quasi impossibile trovarlo di sesso femminile.12

Va tuttavia segnalato come l'HSDP III, attualmente in corso, si ponga l'obiettivo di porre rimedio a tale situazione, attraverso l'Health Extension Programme, ossia la formazione e la distribuzione sul territorio di 30.000 health extension workers, operatori sanitari, tutti di sesso femminile, chiamati a lavorare a livello di kebeles.

Un'assistente sociale aiuta una bimba vittima della poliomielite. Dida, Etiopia. © Sean Sprague/ Still Pictures/ **UNFPA State** of the world populaton Report 2007

La situazione socio-economica delle donne nel Paese risente soprattutto dell'esclusione sociale a cui esse sono regolarmente sottoposte nell'accesso alle risorse, ai servizi, al mercato del lavoro formale e all'incapacità di affermare i propri diritti. L'alta prevalenza di pratiche tradizionali dannose per lo sviluppo psico-fisico femminile quali le mutilazioni dei genitali femminili, i matrimoni precoci e quelli imposti col rapimento, incide sulla vulnerabilità delle donne e delle bambine, aumentando la loro esposizione al contagio dell'Hiv/Aids, riducendo le loro possibilità di completare i cicli scolastici e violando i loro diritti riproduttivi e sessuali. Tuttavia, recenti miglioramenti sia nell'ambito della riduzione del tasso di fertilità che nell'utilizzo e nella diffusione dei contraccettivi suggeriscono che alcuni graduali cambiamenti anche a livello di mentalità e di costumi si stiano effettivamente producendo.

Fonte: Ufficio cooperazione Ambasciata d'Italia in Addis Abeba, "Rapporto attività 2006".

¹² Ufficio cooperazione Ambasciata d'Italia in Addis Abeba (2006), "La cooperazione italiana in Etiopia: il Programma Paese 2006.

Contributo della cooperazione italiana al settore sanitario etiope

Il Programma di cooperazione italo-etiopico si inserisce all'interno del PASDEP e opera in diversi settori, tra cui la sanità e di conseguenza la lotta all'Hiv/Aids, alla malaria e alla tubercolosi. Tra erogazioni attraverso i canali bilaterale, multilaterale

ed i progetti promossi dalle ONG, nel solo 2006, l'Italia ha stanziato per l'Etiopia più di 86 milioni di euro

I principali finanziamenti legati al settore sanitario possono essere così sintetizzati:

	Ente Esecutore	Finanziamento	Durata
Italian contribution to	Ministero della Salute/ Minis- tero degli Affari esteri, Direzi- one Generale Cooperazione Sviluppo (MAE-DGCS)	15.953.290 €	2003 - 2008
Fight against Aids	MAE -DGCS	250.000 €	2005 - 2007
Stop Tubercolosis	Organizzazione mondiale della sanità (OMS)	118.000 €	2005 -2006
Italian Initiative against Hiv/Aids in Sub-saharian Africa	OMS	500.000€	2005 - 2006
Roll Back Malaria	OMS	300.000 €	2005 – 2006
Prevention and Mitigation of Hiv/ Aids Labour	Organizzazione Internazionale del Lavoro (ILO)	204.330 €	2005 - 2006

2.2 L'azione del Fondo Globale in Etiopia

I 419 milioni di dollari finora ricevuti, non solo rendono l'Etiopia uno dei maggiori beneficiari del Fondo Globale, ma rappresentano anche l'80% del budget che il governo stanzia per la salute. Considerando i gravi problemi legati alle tre pandemie che affliggono il Paese, un simile supporto finanziario sembra più che necessario, come del resto le risorse stanziate da altri organismi come il PEPFAR (*President's Emergency*

Fund for Aids Relief) o dalle varie agenzie dell'ONU. E' lecito però chiedersi se e quanto un così significativo incremento di fondi possa essere effettivamente assorbito e utilizzato dal sistema sanitario del Paese. Basti pensare che negli anni passati circa il 50% del budget annuale del governo per il settore sanitario non è stato speso a causa di una scarsa capacità di gestione.

Punti critici dell'attività del Fondo Globale in Etiopia

Come per ogni Paese, anche per l'Etiopia è ancora troppo presto per tracciare un bilancio delle strategie e delle attività sviluppate dal Fondo Globale, soprattutto se si volessero valutare a pieno gli effetti a medio e lungo termine. Già da una prima analisi è però possibile stabilire che il primo programma sostenuto dal Fondo Globale e avviato nel 2003 ha sostanzialmente contribuito a favorire una reazione alle epidemie, specialmente in termini di informazione e prevenzione.¹³

Tuttavia rimangono evidenti alcuni rilevanti punti critici che rischiano di influenzare negativamente ogni analisi sull'operato del Fondo Globale nel Paese. Il principale è sicuramente legato al potere e al funzionamento dell'organo nazionale più importante, ossia il CCM.

Nonostante la varia composizione del CCM etiope, esso è totalmente dominato dalla componente governativa e quindi non rappresenta a sufficienza gli altri gruppi di attori, primi fra tutti quelli della società civile. La scarsa democraticità nell'applicazione dei meccanismi decisionali ha inoltre influito sulla partecipazione poco attiva del settore privato. Ciò che viene contestato al CCM etiope non è quindi la sua composizione, che anzi rispetta esattamente i criteri stabiliti dal Fondo Globale, quanto la reale rappresentatività dei suoi membri, a cominciare da quelli che dovrebbero rappresentare la società civile ma che spesso, ormai, sono lontanissimi dalla loro realtà di provenienza.

¹³ Dionisio, D. et al. "What Strategies to Boost Production of Affordable Fixed-Dose Anti-Retroviral Drug Combinations for Children in the Developing World?" Current HIV Research, 2007, vol. 5, n. 2.

COMPOSIZIONE DEL CCM ETIOPE:

Ministro della Salute (gov.) uomo

Capo progettazione Ministry of Health (gov.) uomo

Capo Divisione Controllo delle malattie MOH (gov.) uomo

Rappresentante del National HIV/AIDS Prevention and Control Office (gov.) uomo

Christian Relief Development Association (ONG) uomo fino a dic 07, da gen 08 donna

Rappresentante di persone che vivono con l'HIV/AIDS (società civile) uomo

Ethiopian Employers Federation (settore privato) uomo

Ethiopian health and nutrition research institute (educ. sector/gov.) donna

UNAIDS (Programma congiunto dell'ONU su Hiv/Aids) uomo

OMS/WHO (ONU) uomo fino a dic '07, da gen '08 donna

USAID (Agenzia USA per lo sviluppo internazionale) donna fino a dic 07, da gen 08 uomo

DFID (Agenzia britannica per lo sviluppo internazionale) donna

Ethiopian public health association (associazione) donna

Ethiopian Interfaith for Development Forum uomo

Fonte: Fondo Globale

Programmi e stanziamenti del Fondo Globale in Etiopia

Round	Malattia	PR(s)	Assg.* I fase	Assg* II fase	Assg* Totale	Esborsi I fase	Esborsi II fase	Esborsi Totale	Data Firma Assg	Data inzio progr.**
1	Tb***	MOH****	10.962.600	16.018.049	26.980.649	10.962.600	9.518.086	20.480.686	18/03/03	01/08/03
2	Hiv/ Aids	HAPCO	55.383.811	84.001.277	139.385.088	55.383.811	74.001.277	129.385.088	09/10/03	01/01/04
3	Malaria	МОН	37.915.011	35.960.200	73.875.211	37.915.011	32.684.846	70.599.857	01/08/03	01/10/03
4	Hiv/ Aids	НАРСО	41.895.884	360.009.999	401.905.883	41.895.884	98.723.959	140.619.843	11/02/05	01/03/05
5	Malaria	мон	59.113.829		59.113.829	54.870.206		54.870.206	01/05/06	01/07/06
6	Ть	мон	11.792.574		11.793.574	3.519.970		3.519.970	08/10/07	01/02/08

Fonte: Fondo Globale

*Assq. = Assegnazioni

Come si evince dalla tabella, il Ministero della Salute e l'HAPCO sono i due principali beneficiari (principal recipients - PRs) delle risorse del Fondo Globale. Benché un collegamento tra la parte predominante del CCM, nel caso specifico gli attori governativi, e l'individuazione dei principali beneficiari delle risorse messe a disposizione dal Fondo Globale non debba considerarsi automatico, sembra difficile in questa circostanza non rintracciare nella supremazia della componente governativa all'interno del CCM una delle ragioni per cui tutte le proposte finora accettate provenienti dall'Etiopia vedono come principal recipients proprio delle istituzioni governative. Il dato più preoccupante, però, che purtroppo non compare nella tabella, è che la presenza della

società civile tra i sub-recipients, che hanno il compito di implementare le attività legate al Fondo Globale, è molto limitata anche per quanto riguarda le attività sociali.

Da un rapporto dell' Agenzia statunitense per lo sviluppo internazionale (USAID), membro stesso del CCM, si evince come tale meccanismo, creato proprio per una maggiore trasparenza e partecipazione dei diversi attori alle attività di coordinamento e implementazione delle iniziative supportate dal Fondo Globale, sia stato in realtà svuotato delle sue funzioni lasciando il ruolo di leadership esclusivamente al Ministero della Salute che ha accentrato su di sé le maggiori responsabilità di pianificazione, implementazione e monitoraggio.

^{**}progr.= Programma
***TB = Tubercolosi

^{****}MOH = Ministero della Salute

^{******}HAPCO = National Hiv/Aids Prevention and Control Office

La forte centralizzazione riscontrata all'interno del CCM dell'Etiopia genera inoltre una serie di tensioni tra il governo centrale e i rappresentanti delle regioni e delle *woredas*, che non figurano nella composizione del CCM e non vengono perciò mai interpellati sulle possibili strategie da adottare anche a livello locale. Il governo giustifica la mancanza di consultazione degli altri attori con i tempi strettissimi dettati dal Fondo Globale per i processi di pianificazione, così come giustifica la sua avversione verso il settore privato in ambito sanitario con la preoccupazione che esso sia più attento ai propri interessi che a quelli pubblici.

La già grave situazione è resa ancor più preoccupante dal fatto che il caso etiope non rappresenta una circostanza isolata, quanto piuttosto un paradigma sempre più diffuso, specialmente nell'Africa sub-sahariana.

Fortunatamente negli ultimi anni il Segretariato del Fondo Globale, una volta incline a preferire il dialogo e l'interazione diretta con i principali beneficiari piuttosto che con il CCM^{1,4} ha adottato una serie di provvedimenti per rivalutare il ruolo del CCM, così come era stato pensato originariamente,

e per cercare di risolvere il problema attualmente più importante, quello della reale rappresentatività dei suoi membri.

Come già sottolineato, inoltre, il sistema sanitario etiope soffre di una grave carenza di risorse umane che purtroppo viene aggravata dalle necessità di personale di alto livello capace di eseguire la pianificazione e la gestione delle attività supportate dal Fondo Globale. Le problematiche legate alla mancanza di personale qualificato, del resto, sono state ribadite anche durante l'ultimo Civil Society Forum di Berlino (ottobre 2007), dai membri della società civile indonesiana e dei Paesi africani presenti.

Va infine evidenziato che la scarsa diffusione di informazioni tra chi opera per implementare le attività supportate dal Fondo Globale e i vari attori che ai più diversi livelli sono coinvolti nel PASDEP (anche quelli che quindi non si occupano specificatamente del settore sanitario) costituisce un ulteriore elemento di criticità da tenere in considerazione.

Dal 1° aprile 2005 il Fondo Globale ha richiesto ai CCM dei requisiti particolari per valutare positivamente le varie proposte di finanziamento. Il più importante richiede che i membri chiamati a rappresentare i settori non governativi debbano essere scelti o eletti dai loro stessi settori attraverso un processo trasparente e documentato. Tuttavia, per diversi Paesi è ancora difficile riuscire a raggiungere tali standard di democratizzazione, perché sono più abituati ad un'impostazione governativa autoritaria anche nel sistema sanitario. Per questo, ancora oggi il Segretariato, mentre da un lato spinge per il raggiungimento dei 6 requisiti, dall'altro adotta un approccio non troppo rigido, aperto a delle valutazioni discrezionali.

Fonte: aidspan.org/gfo

Fondo Globale ed efficacia degli aiuti

Riguardo l'impatto che le azioni del Fondo Globale hanno avuto sul sistema sanitario etiope e sulla lotta alle pandemie, il giudizio è fatto di luci ed ombre. La complessità geografica e istituzionale del Paese rende difficile da un lato la programmazione, dall'altro il monitoraggio dell'azione del Fondo Globale. Dall'osservazione dei dati forniti da UNAIDS e dall'Organizzazione mondiale della sanità, risulta che la situazione è decisamente migliorata per quanto riguarda l'Hiv/Aids. Sebbene non tutta la riduzione della prevalenza dell'Hiv/Aids sia dovuta all'azione del Fondo Globale, esso ha svolto un ruolo centrale nella lotta a questa pandemia in Etiopia. Andando a guardare i dati relativi a malaria e tubercolosi, la situazione appare

stazionaria o in peggioramento. Gli ultimi dati resi disponibili dall'Organizzazione mondiale della sanità sono tuttavia ancora troppo poco aggiornati, in particolare nel caso della malaria. In questo caso i numeri si fermano infatti al 2003, ovvero a quando il Fondo Globale ha iniziato la sua azione in Etiopia. Una ricerca dell'OMS conclusa nel dicembre 2007, e non ancora pubblicata, sostiene esserci stata un'importante diminuzione delle morti per malaria negli ultimi anni in diversi paesi africani tra i quali l'Etiopia. Grazie alla massiccia distribuzione di zanzariere - 20 milioni in due anni - in Etiopia la mortalità infantile a causa della malaria è stata dimezzata¹⁵.

¹⁴ USAID (2005) "The system-Wide Effects of the Global Fund in Ethiopia: Baseline Study Report".

¹⁵ Donald G. McNeil Jr. "Nets and drugs make inroads against malaria", The New York Times, 1 febbraio 2008.

Prevalenza	2004	2005	2006	2007
dell'Hiv (%)	2,2	2,1	2,1	2,1
Popolazione				
sieropositiva				
Totale	891.862	901.893	929.699	977.394
Uomini	363.667	368.542	379.797	399.376
Donne	528.196	533.350	549.900	578.016

		, in tatte ie i	ionnie (pei 10	o.ooo person	e, per anno)	
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Etiopia	307	322	336	344	344	344

asi di malaria registrati (dati complessivi su base annua)							
2000	2001	2002	2003				
383,38	400,37	427,83	565,27				
	2000	2000 2001	2000 2001 2002				

Se si guarda ai diversi aspetti di efficacia degli aiuti, così come definiti dalla Dichiarazione di Parigi, ¹⁶ emerge che il Fondo Globale in Etiopia ancora deve fare diversi passi in avanti.

Guardando alla titolarietà del Fondo Globale, emerge che lo stretto rapporto esistente con il governo centrale, principale attore nella promozione dei progetti, che dovrebbe indirizzare le azioni del Fondo Globale secondo le priorità e le strategie nazionali, si perde scendendo ai livelli inferiori dell'amministrazione. Infatti, gli stakeholders regionali non vengono invitati a partecipare alle consultazioni durante la fase di sviluppo dei progetti, né possono vagliare i piani di lavoro che avranno la responsabilità di portare avanti. Secondo l'indagine di Stillmann e Bennett, inoltre, i piani di lavoro decisi centralmente non seguono le priorità e i bisogni definiti localmente. Dall'indagine si evince inoltre che le richieste di realizzazione di attività non hanno mai beneficiato di supporto finanziario.17

Tuttavia tale centralizzazione delle decisioni, nonché l'inclusione delle attività finanziate dal Fondo Globale all'interno dei piani nazionali, fa sì che l'azione del Fondo Globale in Etiopia sia allineata con i piani e le priorità definite a livello nazionale. In alcuni casi il Fondo Globale è stato anche definito come *gap-filling* nel garantire il finanziamento e il sostegno di priorità già definite internamente.

La questione dell'armonizzazione degli aiuti del Fondo Globale ha subito una forte accelerazione negli ultimi mesi grazie all'adesione del Fondo Globale all'*International Health Partnership*, lanciata a Londra nel settembre 2007 e firmata anche dall'Italia, che si propone di coordinare l'azione di donatori, agenzie e paesi beneficiari. L'Etiopia è tra i sette paesi che, a fronte di un maggiore impegno per migliorare la salute dei cittadini, sperimenteranno il nuovo strumento di coordinamento.

¹⁶ I cinque principi fondamentali enunciati dalla Dichiarazione di Parigi sono:

Ownership (Titolarietà): i paesi in via di sviluppo devono assumere la guida effettiva delle loro politiche e strategie di sviluppo e coordinare le azioni di sviluppo.

Allineamento: i donatori devono fornire il loro supporto globale alle strategie nazionali, alle istituzioni e alle procedure dei paesi in via di sviluppo.

Armonizzazione: le azioni dei donatori devono essere coordinate, trasparenti ed efficaci nel loro insieme.

Gestione orientata ai risultati: gli aiuti vanno gestiti e resi operativi attraverso un processo incentrato sui risultati desiderati e basandosi su informazioni che migliorino il processo decisionale.

Responsabilità reciproca: i donatori e i paesi in via di sviluppo devono incrementare la responsabilità e la trasparenza reciproca sull'uso delle risorse per lo sviluppo.

¹⁷ Stillman, Kate and Sara Bennett. September 2005. Systemwide Effects of the Global Fund: Interim Findings from Three Country Studies. Bethesda, MD: The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc. September 2005.

In questo senso, già da diversi anni l'istituzione in Etiopia del Development Assistance Group (DAG) appare di grande importanza. Qui vengono scambiate le informazioni e prendono vita processi di coordinamento tra oltre 40 agenzie bilaterali e multilaterali, membri della società civile e del settore privato. È importante notare che nell'ambito del DAG, l'Italia presiede i tavoli tematici relativi a Salute e Hiv/Aids. Si tratta di un'istituzione di grande importanza per il raggiungimento degli obiettivi proposti dalla Dichiarazione di Roma sull'armonizzazione e da quella di Parigi sull'efficacia degli aiuti. E' stato inoltre portato avanti un Memorandum of understanding tra il Fondo Globale e il PEPFAR, fondo istituito dalla presidenza degli Stati Uniti e che è attualmente il principale attore esterno in Etiopia per quanto riguarda la lotta all'Hiv/Aids. Gli Stati Uniti hanno infatti investito, attraverso il PEPFAR, 123 milioni di dollari in Etiopia solo nel 2006. Il PEPFAR è spesso accusato di seguire un approccio assolutamente verticale e non partecipativo: tutte le decisioni d'intervento vengono prese a Washington e il governo beneficiario è informato solo guando il finanziamento è già stato stanziato, senza il coinvolgimento degli altri attori sociali presenti nel Paese¹⁸ Di conseguenza prevale la sensazione che l'interesse sottostante agli ingenti investimenti sia dettato principalmente da fattori geopolitici - nel caso Etiope la necessità degli Stati Uniti di avere un alleato forte nella turbolenta regione del Corno d'Africa. Ciò nonostante l'accordo con il Fondo Globale resta un passo in avanti. Infatti, sebbene l'approccio generale d'intervento resti poco condivisibile, ogni tentativo di maggiore

armonizzazione appare come benvenuto. Mentre il Fondo Globale è chiaramente caratterizzato, a livello internazionale, da trasparenza e responsabilità (accountability) nella gestione delle risorse, ci sono ampi spazi di miglioramento a livello del singolo Paese riguardo alla gestione di contributi erogati. C'è infatti ancora scarsa informazione rispetto a come le risorse vengono allocate ed il CCM può svolgere un ruolo cruciale nel fornire un'informazione dettagliata. Per quanto riguarda l'inclusione di una prospettiva di genere nelle politiche del Fondo Globale, si è già evidenziato che i primi passi in questa direzione sono stati mossi solo all'inizio del 2008. Il caso etiope è un'ulteriore dimostrazione di come le politiche del Fondo Globale abbiano completamente ignorato fino ad allora tale necessità, a partire dalla mancanza di dati disaggregati per sesso sulla diffusione, il trattamento e la cura di Hiv/Aids, malaria e tubercolosi. In termini di partecipazione delle donne ai processi decisionali, la stessa composizione del CCM etiope dimostra l'inefficacia della politica tradizionale del Fondo Globale, che si è sempre limitato a esigere la presenza delle donne nei CCM, trascurando di considerare che non è di per sé una garanzia dell'adozione di un approccio attento alla condizione femminile. Infatti, nonostante la presenza di donne all'interno del CCM sia pari al 31% - in linea con la media a scala globale ma ben al di sopra della media regionale che si attesta al 18% -, nessuna delle organizzazioni che lo compongono è esplicitamente interessata alla promozione dell'equità di genere.

Conclusioni

I forti limiti riscontrati nell'azione del Fondo Globale in Etiopia sono imputabili più a responsabilità locali (governative, ma non solo) che a carenze del Fondo stesso, che è anzi stato concepito proprio per stimolare una maggiore partecipazione delle ONG e della società civile.

L'esperienza etiope tende quindi a dimostrare che senza un vero rapporto di partnership fra tutti gli attori che operano nel territorio risulta particolarmente difficile raggiungere un'effettiva implementazione delle attività supportate dal Fondo Globale. Non è infatti casuale che si siano registrati i successi più importanti nella lotta all'Hiv/Aids, ossia in quel settore dove l'azione della società civile è più attiva e funzionante; a differenza purtroppo del caso della lotta alla tubercolosi dove, sia la società civile che i progetti del Fondo Globale, non hanno ancora

raggiunto risultati soddisfacenti. In generale le azioni del Fondo Globale sono ancora troppo fortemente vincolate al governo centrale, con una scarsa partecipazione dei livelli amministrativi inferiori e della società civile, profit e non profit. Questo porta, talvolta, ad una allocazione delle risorse non ottimale rispetto alle esigenze definite localmente. Lo studio di caso etiope dimostra inoltre che per garantire la massima efficacia dell'azione del Fondo Globale è necessario includere un approccio di genere a tutti i livelli dei processi politici e rafforzare il ruolo dei servizi per la salute sessuale e riproduttiva nelle strategie di lotta all'Hiv/Aids. In questo senso si apprezza la revisione delle linee guida per il Round 8, che deve essere però un punto di partenza e non di arrivo.

Il PEPFAR ha ricevuto frequenti critiche per la gestione della strategia di prevenzione definita metodo ABC: Abstinence/Astinenza, Faithfulness/Fedeltà, Condoms/Preservativi. Il PEPFAR è accusato di usare un terzo dei soldi destinati alla prevenzione dell'Hiv/Aids per promuovere astinenza e fedeltà e di negare spesso i finanziamenti alle ONG che promuovono l'uso dei profilattici. Fonte: HIV prevention policy needs an urgent cure. The Lancet 2006; 367:1213.

Acronimi

AIDS Acquired Immune Deficiency Syndrome (Sindrome da immunideficienza acquisita)

APS Aiuto pubblico allo sviluppo

CCM Country Coordinating Mechanism (Meccanismo nazionale di coordinamento)

DAG Development Assistance Group (Gruppo di Assistenza per lo Sviluppo)

GFATM The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (Fondo Globale per la lotta all'Aids, tubercolosi e malaria)

HAPCO National HIV/AIDS Prevention and Control Office (Ufficio nazionale per il controllo e la prevenzione dell'Hiv/Aids)

HSDP Health Sector Development Programme (Programma di sviluppo del settore sanitario)

HIV Human Immunodeficiency Virus (Virus umano dell'immunodeficienza acquisita)

HSS Health System Strenghthening (Rafforzamento dei sistemi sanitari)

HSDP Health Sector Development Programme (Programma di sviluppo del settore sanitario)

LFA Local Fund Agent (Revisore locale delle spese)

MAE-DGCS Ministero degli Affari esteri - Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo

OCSE Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico

OMS Organizzazione mondiale della sanità
ONG Organizzazione non Governativa

PASDEP II Programme for Accelerated Sustainable Development to End Poverty II (Programma per lo sviluppo sostenibile e per

eliminare la povertà II)

PEPFAR President's Emergency Fund for Aids Relief (Fondo di emergenza del Presidente degli Stati Uniti per la lotta all'Aids)

PRs Principal Recipients (Beneficiari principali)

PRSP Poverty Reduction Strategy Paper (Documento sulla strategia per la riduzione della povertà)

Tbc Tubercolosi

TERG Technical Evaluation Reference Group (Gruppo di riferimento per la valutazione tecnica)

TRP Technical Review Panel (Comitato di revisione tecnica)

UNAIDS Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (Programma congiunto delle Nazioni Unite per l'Hiv/Aids)
USAID United States Agency for International Development (Agenzia statunitense per lo sviluppo internazionale)

UTC Unità Tecnica Centrale
UTL Unità Tecnica Locale

Bibliografia

Actionaid. 2007. "Ogni Promessa è Debito"

AIDOS – Associazione Italiana Donne per lo Sviluppo. 2005.

"Donne: Vite da salvare" Atti della Conferenza Internazionale La salute sessuale e riproduttiva nei paesi in via di sviluppo – problemi, soluzioni, risorse, organizzata da AIDOS. Roma.

AIDOS - Associazione Italiana Donne per lo Sviluppo, 2001. "Re-

productive Health for All: Taking Account of Power Dynamics between Men and Women: A Training Manual" in collaborazione con Women's Health Project (WHP).

Azione per la salute globale. 2007.

"Allarme salute – Perchè.è necessaria un'azione immediata dell'Europa per raggiungere gli Obiettivi di sviluppo del Millennio"

Center for Global Development.

2006. "Challenges and opportunities for the new Executive Director of the Global Fund: seven essential tasks", Report of the Global Fund Working Group.

Center for Global Development .

2007. "A Trickle or a Flood: Commitments and Disbursement for Hiv/Aids from the Global Fund, PEPFAR, and World Bank's Multi-Country AIDS Program (MAP)".

Dionisio D. et al. "What Strategies to Boost Production of Affordable Fixed-Dose Anti-Retroviral.

Drug Combinations for Children in the Developing World?" Current HIV Research, 2007, vol. 5, n.2.

Donald G. McNeil Jr. "Nets and drugs make inroads against malaria", The New York Times, 1 febbraio 2008.

Hanefeld J. Spicer N. Bruga R. Walt G. 2007. "How have global health initiatives impacted on health equity?" Health Systems knowledge Network.

ICRW. 2004. "Civil Society Participation in Global Fund Governance: What Difference does it make?" Preliminary research findings June 2004. www.theglobalfund.org

Lancet (Editorial). 2006. "HIV prevention policy needs an urgent cure" The Lancet 2006; vol. 367, p.1213 www.thelancet.com

Ministero degli Affari esteri, Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo . 2004. "La cooperazione italiana e la lotta all'Aids, alla tubercolosi e alla malaria dal 2000 al 2003".

Ministero degli Affari esteri. 2004.

"Relazione al Parlamento sull'attuazione della politica di cooperazione allo sviluppo".

Ministero degli Affari esteri. 2005.

"Relazione al Parlamento sull'attuazione della politica di cooperazione allo sviluppo".

Osservatorio Italiano sull'Azione Globale contro l'Aids. 2007.

"XV Sessione del Consiglio di Amministrazione del Fondo Globale per la

lotta contro Aids, Tubercolosi e Malaria" Ginevra, 25 – 27 aprile 2007".

Osservatorio Italiano sull'Azione Globale contro l'Aids. 2007. "Con-

tributo alla definizione della posizione italiana in occasione della XV Sessione del Consiglio d'Amministrazione del Fondo Globale per la lotta all'Aids, tubercolosi e malaria" Ginevra 25 – 27 aprile 2007".

Osservatorio Italiano sull'Azione Globale contro l'Aids . 2007. "XVI

Sessione del Consiglio di Amministrazione del Fondo Globale per la lotta all'Aids, tubercolosi e malaria, Kunming – Cina, 12 – 13 novembre 2007"

Racalbuto, V. e Morrone, A. 2007.

"Health System and skin diseases. The case of Ethiopia".

www.cooperazioneallosviluppo.esteri.it

Radelet, S., B. Siddiqi. 2006. "Global Fund grant programmes: an analysis of evaluation scores" The Lancet 2006; vol. 369, p.1807 www.thelancet.com.

Sbilanciamoci!. 2007. "Libro Bianco sulle politiche pubbliche di cooperazione allo sviluppo in Italia" www.sbilanciamoci.org.

Stillman, K. and Bennett, S. 2005.

"Systemwide Effects of the Global Fund: Interim Findings from Three Country Studies." Bethesda, MD: The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc. September 2005.

Ufficio cooperazione Ambasciata d'Italia in Addis Abeba. "Rapporto attività 2006" www.itacaddis.org

Ufficio cooperazione Ambasciata d'Italia in Addis Abeba. 2005. "Contributo Italiano al Programma di Sviluppo del Settore Sanitario in Etiopia (HSDP)" www.itacaddis.org

UNFPA – United Nations Population Fund (Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione). 2007. Lo stato della popolazione nel mondo (2007), edizione italiana a cura di Aidos.

USAID - United States Agency for International Development. 2005.

"The System – Wide Effects of the Global Fund in Ethiopia: Baseline study Report", Health System Knowledge Network.

Web

www.aidspan.org/gfo www.cininet.org www.cooperazioneallosviluppo.esteri.it www.itacaddis.org www.thealncet.com www.theglobalfund.org www.unaids.org www.unifpa.org www.unbo.int











Azione per la salute globale è una rete di advocacy formata da ONG con sede in Francia, Germania, Italia, Spagna, Regno Unito e a Bruxelles.

Questo studio di caso integra il rapporto "Un aiuto in salute – Perché l'Europa deve erogare più fondi e spenderli con più efficacia per raggiungere gli Obiettivi di sviluppo del Millennio per la salute". Lo studio di caso analizza nella Prima Parte le politiche del Fondo Globale per la lotta all'AIDS, tubercolosi e malaria e il ruolo svolto dall'Italia. La Seconda Parte offre una panoramica del sistema sanitario in Etiopia e un'analisi dell'efficacia dell'azione del Fondo Globale per la lotta all'Aids, alla tubercolosi e alla malaria nel Paese.

In Italia i partner di Azione per la salute globale sono:
AIDOS – Associazione Italiana Donne per lo Sviluppo
CESTAS – Centro di Educazione Sanitaria e Tecnologie
Appropriate Sanitarie

Contatti: italia@actionforglobalhealth.eu www.actionforglobalhealth.eu

partners:























