

ActionAid International

è un'organizzazione internazionale indipendente impegnata nella lotta alle cause della povertà e dell'esclusione sociale; agisce principalmente attraverso programmi a lungo termine in Asia, Africa e America Latina. Anche nei Paesi più ricchi interviene per coinvolgere i cittadini, le imprese e le istituzioni, per evidenziarne le responsabilità nei confronti delle comunità più emarginate del Sud del mondo. ActionAid International opera grazie all'impegno di migliaia di persone che contribuiscono con il proprio attivismo e le proprie donazioni. In Italia dal 1989, è una ONLUS riconosciuta come Ente Morale e come Organizzazione Non Governativa dal Ministero degli Affari Esteri.

Ricerca Target 2010 a cura di:

Nick Corby, AA UK

Ricerca italiana a cura di:

Iacopo Viciani

Supervisione:

Luca De Fraia, Paola Giuliani

Contributi:

Livia Zoli, Chiara Sempio

Traduzione ed editing:

Irene Amodei, Gabriella Saba,
Alice Grecchi

Redazione chiusa il 24 gennaio 2007.

OBIETTIVO 2010

**un piano G8 per battere
l'emergenza HIV e AIDS
e per garantire
l'accesso universale
alle cure mediche**

act:onaid

Indice

Sintesi	pag 05
Introduzione	pag 09
G8 e accesso universale alle cure per l'HIV e AIDS: a che punto siamo?	pag 11
Rischio bancarotta per i piani nazionali per l'accesso universale	pag 11
Accesso universale, il caso di Nigeria e Kenya	pag 12
Un piano G8 per garantire l'accesso universale alle cure	pag 14
L'aiuto pubblico allo sviluppo	pag 15
La cancellazione del debito	pag 15
I finanziamenti italiani per la lotta all'HIV e AIDS	pag 16
Il Fondo Globale per la Lotta all'AIDS, Tubercolosi e Malaria	pag 19
Conclusione e raccomandazioni	pag 23

Sintesi

La lotta all'HIV/AIDS in Africa figura tra le priorità del Vertice G8 2007 che si terrà in Germania agli inizi di giugno. Nei documenti preparatori si riconosce che, per combattere la diffusione della pandemia, è necessaria un'azione decisa volta a garantire, entro il 2010, l'accesso universale alle cure per tutti i sieropositivi. Individuati i settori nei quali i Paesi africani dovranno investire per poter conseguire un risultato così ambizioso, resta aperta una questione cruciale: come fare a coprire i costi stimati per raggiungere l'obiettivo del 2010?

I Paesi del G8 devono colmare lo scarto che esiste oggi tra quanto viene speso nella lotta all'HIV/AIDS e quanto occorre investire. Diversamente, l'impegno internazionale a garantire l'accesso alle cure a dieci milioni di persone colpite dal virus è destinato a rimanere lettera morta.

Sottoscrivendo la Dichiarazione al G8 di Gleneagles del 2005, l'Italia, Germania, Francia, Regno Unito, Giappone, Stati Uniti e Canada si sono impegnati a far sì che un'intera, nuova generazione di africani sia finalmente libera dall'AIDS. In che modo? Mettendo a punto un pacchetto per la prevenzione, la terapia e la cura dell'HIV/AIDS e garantendo l'accesso universale alle cure a tutti i sieropositivi per il 2010.

L'accesso universale è, in altre parole, l'obiettivo più ambizioso stabilito dal gruppo degli otto Paesi più ricchi, che su di esso si giocano la loro credibilità di fronte alla comunità internazionale. In effetti, dopo il Vertice del 2005, quest'obiettivo ha guadagnato un consenso politico sempre più ampio fino a confluire nella nuova Dichiarazione d'impegno sull'HIV/AIDS, adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel giugno 2006: 192 Stati hanno accettato di stabilire obiettivi nazionali volti a realizzare entro il 2010 programmi universali di prevenzione, terapia, cura e sostegno.

Nel mondo l'accesso alle cure per le persone sieropositive sta aumentando. Tra il 2003 e la fine del 2005 il numero di coloro che si sono sottoposti alla terapia anti-retrovirale nei Paesi a medio e basso reddito è triplicato, a ritmo di 300.000 persone ogni sei mesi¹; alla fine del giugno 2006 la copertura è stimabile a 1,6 milioni di persone².

Stando a questi dati, raggiungere l'accesso universale entro tre anni non sembra impossibile. Dal canto loro i Paesi del Sud del mondo stanno cercando di definire strategie nazionali d'intervento, ma spetta ai leader del G8 e ai loro Ministri delle Finanze garantire il sostegno finanziario. Le strategie nazionali, infatti, si affidano agli aiuti internazionali per coprire gran parte dei costi³. Purtroppo si stima che già nel 2007 mancheranno 8,1 miliardi di dollari e

¹ OMS e UNAIDS, *Progress on Global Access to HIV Anti-retroviral Therapy: A report on «3 by 5» and beyond*, marzo 2006.

² International Treatment Preparedness Coalition, *Missing the target*, novembre 2006.

³ ActionAid International, Amref, *Chi fa da sé non fa per tre. Valutazione del coordinamento e armonizzazione dei donatori per la risposta all'HIV e AIDS in Kenya*, dicembre 2005.

sarà dunque difficile garantire una risposta adeguata alla pandemia. I bisogni finanziari sono peraltro in continuo aumento e toccheranno i 23,2 miliardi di dollari nel 2010.

E' necessario realizzare un accordo su un piano del G8 che definisca i contributi finanziari dei Paesi più ricchi fino al 2010. Il piano costituirà il primo segnale della volontà di uscire da una crisi finanziaria annunciata, potrà spingere altri donatori a fare altrettanto e consentirà di migliorare la programmazione degli interventi nei Paesi più colpiti dalla pandemia.

Il piano dovrebbe fornire indicazioni su come reperire i soldi e sulla loro destinazione, garantendo:

- ___ l'addizionalità delle risorse finanziarie rispetto agli attuali stanziamenti per la lotta alla povertà
- ___ la prevedibilità dei fondi per consentire ai governi dei Paesi beneficiari una programmazione a lungo termine
- ___ aiuti slegati⁴ e allineati con gli obiettivi delle strategie nazionali definite dai Paesi poveri
- ___ il pieno finanziamento del Fondo Globale per la Lotta all'AIDS, alla Tubercolosi e Malaria (GFATM)

Uno strumento importante per colmare il deficit è la cancellazione del debito, che consentirebbe ai Paesi beneficiari di liberare risorse da destinare a interventi nazionali. Le iniziative italiane di cancellazione - 5,9 miliardi di euro in 5 anni - hanno infatti contribuito a rendere disponibili risorse che, almeno in parte, hanno finanziato interventi di lotta all'HIV/AIDS. Il governo nigeriano ha destinato a questa causa il 4,5 per cento dei risparmi liberati dalla cancellazione del suo debito (24 milioni di euro in più all'anno, che hanno coperto anche i costi di fornitura dei farmaci salvavita), mentre il Mozambico dai risparmi sul pagamento del debito ha ricavato l'8 per cento delle risorse che destina annualmente alla lotta all'HIV/AIDS.

La raccolta dei crediti da parte dell'Italia continua però a sottrarre risorse per lo sviluppo. Nel 2005 il Kenya ha saldato al nostro Paese debiti per 8 milioni di euro; eppure nel periodo 2000-2006 il Kenya stesso è stato il secondo beneficiario degli interventi italiani di lotta alla pandemia per un ammontare di 6 milioni di euro. L'articolo 5 della legge 209 del 2000 sul debito permette all'Italia di cancellare unilateralmente crediti a vantaggio di Paesi colpiti da "catastrofe naturale e nelle situazioni di gravi crisi umanitarie". ActionAid International ritiene che questa norma possa venire applicata anche a quei Paesi in cui l'HIV/AIDS è stato dichiarato emergenza nazionale, o in cui la presenza del virus superi il 5 per cento.

⁴ Aiuto slegato: concessione di aiuto a dono o a prestito non condizionata dall'acquisto di beni e servizi nel Paese donatore (ndr)

Tra il 2000 e il 2006 l'Italia ha stanziato 313.494.315 euro per rispondere all'emergenza HIV/AIDS nei Paesi in via di sviluppo, facendo della lotta alla pandemia uno dei settori prioritari della cooperazione allo sviluppo italiana. Il 95 per cento degli stanziamenti si concentra nell'Africa sub-sahariana, dove si registrano i tassi di prevalenza più alti per l'HIV, con Sudafrica e Kenya come primi beneficiari.

E' difficile valutare però se l'impegno finanziario italiano risponda alle esigenze epidemiologiche dei Paesi a cui è destinato, a causa della scarsa accuratezza del sistema di rapportistica e dell'assenza di valutazioni. L'analisi di un campione delle iniziative della Cooperazione italiana realizzate dalle ONG tra il 2000-2004 evidenzia che oltre la metà delle risorse finanzia attività di prevenzione, mentre alla terapia è destinato tra il 17% e il 18%: una situazione squilibrata, poiché si stima che il 39% delle risorse disponibili in futuro per far fronte alle pandemie nel continente africano dovrebbe essere destinato a interventi di sostegno dell'espansione della terapia.

Nel periodo 2000-2006, il 77% delle risorse italiane stanziate per far fronte alla pandemia è stato canalizzato attraverso il Fondo Globale per la Lotta all'AIDS, Tubercolosi e Malaria (GFATM). L'impegno finanziario italiano verso il GFATM ha avuto una programmabilità limitata, in gran parte perché condizionato dalle disponibilità finanziarie per l'intero settore della cooperazione allo sviluppo. Quest'incertezza ha portato l'Italia a essere il primo debitore del Fondo Globale, con un arretrato di 150 milioni di euro accumulati tra il 2005 e il 2006. Già nel 2004 il contributo italiano era stato trasferito con un anno di ritardo e solo grazie all'utilizzazione, eccezionale e una tantum, di risorse del Ministero dell'Economia.

Durante la discussione della legge finanziaria per il 2007 sono state presentate richieste bi-partisan dell'iscrizione delle risorse finanziarie necessarie per sanare la posizione italiana rispetto al Fondo. Ma il testo approvato non prevede alcuna risorsa dedicata, lasciando il contributo italiano - 280 milioni di euro - in balia delle promesse e delle rassicurazioni ufficiali dell'Esecutivo.

Questi ripetuti ritardi, che mettono a rischio la somministrazione continuativa delle terapie salvavita per 770.000 pazienti in tutto il mondo, hanno portato alla presentazione di due provvedimenti legislativi alla Camera e al Senato, il Progetto di legge Leoni-Spini-Forlani e il Disegno di legge Martone-Ripamonti. Obiettivo di entrambi è quello di garantire la certezza del contributo italiano al GFATM attraverso l'istituzione di un fondo dedicato che si alimenti con risorse aggiuntive rispetto a quelle della Cooperazione. Il lungo iter parlamentare che aspetta i provvedimenti non garantisce però che entrino in vigore nel 2007 né che vengano approvati, a meno che i Presidenti di Camera e Senato dichiarino l'urgenza della discussione.

aggiornamento

Il 29 gennaio scorso, all'ottavo vertice dell'Unione Africana riunitasi ad Addis Abeba, Romano Prodi ha assicurato che l'Italia onorerà gli impegni assunti verso il Fondo globale per la lotta all'Aids, malaria e tubercolosi. *"Stiamo completando il versamento degli impegni presi per il 2006 e il 2007 che ammonta a 260 milioni di euro e intendiamo in futuro continuare a svolgere un ruolo di primo piano"*, ha dichiarato il primo ministro. Prodi è tornato sull'argomento con una lettera pubblicata da Repubblica il 3 febbraio, affermando che *"pur con i problemi di bilancio di una Finanziaria che doveva aggiustare il dissestato bilancio dello Stato, abbiamo voluto dedicare oltre 600 milioni di euro alla cooperazione allo sviluppo e fare fronte agli impegni internazionali assunti, ma non assolti, dal passato governo riguardo al fondo globale per la lotta all'Aids, tubercolosi e malaria per altri 260 milioni di euro"*. Alla chiusura del presente rapporto - 5 febbraio - al Segretariato del GFATM non era però giunta alcuna comunicazione ufficiale d'impegno di pagamento; ActionAid International ritiene che l'impegno di Prodi a completare il versamento di quanto l'Italia deve al GFATM sia un segnale positivo ma alle parole deve far seguito un'azione concreta. Le recenti dichiarazioni di Prodi, pertanto, non modificano la sostanza del presente rapporto.

ActionAid International chiede al governo italiano di:

- **versare, entro giugno 2007, 280 milioni di euro al Fondo Globale per la Lotta all'AIDS, Tubercolosi e Malaria (GFATM), reperendo risorse aggiuntive dalle disponibilità del Ministero dell'Economia**
- **presentare un piano con scadenze precise per finanziare l'accesso alle cure per battere l'HIV/AIDS, incoraggiando i leader del G8 a fare altrettanto**
- **approvare in tempi stretti uno strumento legislativo che assicuri l'addizionalità e la prevedibilità del contributo italiano al Fondo Globale**
- **azzerare il debito ai Paesi più colpiti dalla pandemia e promuovere la cancellazione in sede internazionale**
- **assicurare un equilibrio tra interventi di prevenzione e di terapia nell'Africa sub-sahariana**
- **elaborare un documento sintetico che renda conto, annualmente, dell'impegno finanziario italiano nella lotta alla pandemia e che consenta di identificare le risorse destinate per tipo di intervento e per gruppi di beneficiari**

Introduzione

“La sfida fondamentale è continuare a finanziare una risposta completa all’AIDS per almeno una generazione”

Peter Piot, Direttore UNAIDS, 2006.

Nel 2005 i Paesi del G8 hanno dato speranza ai 40 milioni di persone colpite dall’HIV/AIDS. Sia le conclusioni della riunione dei Ministri delle Finanze dei G8 (giugno 2005), sia la dichiarazione finale del Vertice⁵ di Gleneagles (luglio 2005) hanno ribadito l’impegno comune dei Paesi più ricchi a «ideare e mettere in opera un pacchetto per la prevenzione, la terapia e la cura dell’HIV/AIDS, allo scopo di avvicinarsi il più possibile all’obiettivo stabilito per il 2010 dell’accesso universale alle cure». Con il tempo quest’obiettivo ha guadagnato un consenso politico sempre più esteso. Nel settembre 2005, nel corso dell’Assemblea Generale delle Nazioni Unite, i leader dei Paesi più ricchi hanno ribadito le loro promesse. Nel giugno del 2006, alla Sessione speciale dell’Assemblea Generale su HIV e AIDS, 192 Paesi si sono impegnati a realizzare l’accesso universale a programmi integrati di prevenzione, terapia, cura e sostegno entro il 2010. L’accesso universale alle cure è il più chiaro e ambizioso obiettivo stabilito dal G8, su cui si gioca la credibilità degli otto Paesi di fronte alla comunità internazionale.

La presidenza tedesca del G8 ha inserito la lotta all’HIV/AIDS tra le priorità dell’agenda. I documenti preparatori del Vertice riconoscono quanto sia importante rafforzare l’iniziativa del Fondo Globale e ribadiscono il sostegno ai governi africani nel loro sforzo di potenziare i sistemi sanitari nazionali, aumentare il personale sanitario e sviluppare strategie nazionali che favoriscano l’accesso alle cure⁶. Da questo elenco è assente, però, il riferimento alla copertura dei costi degli interventi, per i quali è evidente la responsabilità del G8. Nell’Africa sub-sahariana, dove la risposta all’AIDS dipende per oltre il 70% dagli aiuti internazionali, il traguardo dell’accesso universale non potrà essere raggiunto, se non ci sarà un deciso impegno finanziario del G8.

Da un punto di vista globale il problema delle risorse finanziarie appare drammatico: nel 2005 erano disponibili 8,3 miliardi di dollari per la lotta alla pandemia e nel 2010 ne occorreranno ben 23,2. Nel 2007 la differenza tra le risorse disponibili e quelle necessarie per assicurare una risposta integrata alla pandemia è stimata intorno agli 8,1 miliardi di dollari. Il risultato di questo deficit è che milioni di persone, in particolare donne e bambini, continueranno a non ricevere le informazioni, i servizi o le cure di cui avrebbero bisogno⁷.

Il numero delle persone colpite dall’HIV continua a crescere. Secondo i dati di UNAIDS, nel

⁵ <http://www.g8.gov.uk/servlet/Front?pagename=OpenMarket/Xcelerate/ShowPage&c=Page&cid=1119518704554>

⁶ <http://www.g-8.de/Webs/G8/EN/Agenda/agenda.html>

⁷ Segretario Generale delle Nazioni Unite, Declaration of Commitment on HIV/AIDS: five years later, A/60/736, Marzo 2006

2006 il virus ha colpito 39,5 milioni di persone, 2,6 milioni in più rispetto all'anno precedente. I decessi sono stati 2,9 milioni. Il 40% delle nuove infezioni colpisce i giovani, il 63% dei malati vive nell'Africa sub-sahariana. La diffusione dell'HIV/AIDS nell'ultimo ventennio ha ridotto l'aspettativa media di vita in Africa di sette anni. L'impatto della pandemia è stato particolarmente grave in Zambia, dove la riduzione dell'aspettativa di vita è stimata in 20 anni. I costi dell'HIV hanno frenato in generale la crescita economica e sociale. In Camerun la diffusione dell'AIDS ha ridotto il prodotto interno lordo dell'1,5%.

G8 e accesso universale alle cure: a che punto siamo?

L'accesso ai farmaci anti-retrovirali per le persone colpite da HIV/AIDS si sta globalmente estendendo. Tra il 2003 e il 2005 il numero di coloro che sono stati curati con farmaci salvavita in Paesi a medio e basso reddito è aumentato al ritmo di 300.000 persone in più ogni sei mesi⁸; si stima che a giugno 2006 siano 1,6 milioni le persone in terapia salvavita⁹. Queste statistiche dimostrano che i progressi sono possibili, anche se attualmente rimangono insufficienti: infatti, sono 8,2 milioni le persone bisognose ancora senza accesso alle cure.

Rispetto al dato globale esistono differenze regionali non trascurabili. Alla fine del 2005 in America Latina e nei Caraibi riceveva terapie anti-retrovirali il 68% dei malati. Nell'Africa sub-sahariana il numero di persone che hanno accesso alle cure è cresciuto di otto volte dal 2003 al 2005. Alla fine del 2005 in Botswana il 75% dei malati aveva accesso a farmaci salvavita¹⁰. In due anni Namibia, Zambia e Uganda hanno raggiunto una copertura di oltre il 50%, partendo da percentuali al di sotto del dieci. Questi dati dimostrano fino a che punto alcuni dei Paesi più poveri e più duramente colpiti dalla pandemia si siano spesi politicamente per arginarla. Malgrado i successi ottenuti, però, in Africa sub-sahariana il 75% dei 4,6 milioni di malati continua a non avere accesso alle terapie salvavita¹¹.

La diffusione dei farmaci anti-retrovirali generici è stata cruciale per abbattere la più significativa barriera al trattamento dei pazienti, ovvero il costo della terapia. Oggi è possibile acquistare terapie salvavita generiche di qualità a poco più di 150 dollari all'anno per ogni paziente. La riduzione dei prezzi non è stata però così significativa per i farmaci pediatrici che costano oltre 500 dollari annui e non comprende gli anti-retrovirali di seconda linea che possono costare più di 1200 dollari ma che sono indispensabili per combattere le nuove resistenze sviluppate dal virus¹². Le conclusioni dell'ultimo congresso internazionale sull'AIDS, svoltosi nell'agosto 2006 a Toronto, hanno individuato nella scarsa disponibilità di formulazioni pediatriche e nel costo dei farmaci di seconda linea gli ostacoli più importanti da superare per assicurare l'accesso alle cure¹³.

Rischio bancarotta per i piani nazionali per l'accesso universale

Nel giugno 2006 gli Stati membri delle Nazioni Unite hanno sottoscritto la nuova Dichiarazione di impegno per la lotta all'HIV/AIDS, accettando di fissare «obiettivi nazionali ambiziosi che

⁸ OMS e UNAIDS, *Progress on Global Access to HIV Anti-retroviral Therapy: A report on «3 by 5» and beyond*, marzo 2006.

⁹ International Treatment Preparedness Coalition, *Missing the target*, novembre 2006.

¹⁰ OMS/UNAIDS, *Progress on Global Access to HIV Anti-retroviral Therapy* cit.

¹¹ OMS/UNAIDS, *AIDS epidemic updates*, dicembre 2006.

¹² MSF, *Untangling the web*, 2006.

¹³ XVI International AIDS conference, *Key challenges*, www.aids2006.org

riflettano l'urgente bisogno di progredire verso l'obiettivo dell'accesso universale a programmi integrati di prevenzione, terapia, cura e supporto entro il 2010¹⁴». I Paesi del Sud del mondo stanno definendo strategie nazionali d'intervento per realizzare l'accesso universale, ma è improbabile che i governi dei Paesi più colpiti dalla pandemia possano finanziare tutte le iniziative necessarie per mettere in opera quelle strategie senza il sostegno economico dei G8, i maggiori fornitori di aiuti internazionali. In Kenya un terzo degli interventi di lotta all'HIV/AIDS dipende dai finanziamenti dei donatori, quota che sale fino al 60% nel caso del Mozambico¹⁵.

Accesso universale: il caso di Nigeria e Kenya

Il governo nigeriano garantisce a chi è colpito da HIV e AIDS l'accesso a terapie anti-retrovirali fin dal 2002. A metà del 2004 nei 25 centri sanitari disponibili circa 13.500 persone usufruivano di quelle cure, ma un numero molto maggiore era in lista d'attesa. Nel 2006 i centri sanitari sono diventati 160, un progresso considerevole ma non sufficiente per rispondere alle necessità.

Nel 2005 il governo federale nigeriano ha approvato il «Piano per il miglioramento dell'accesso alla terapia anti-retrovirale in Nigeria tra il 2005 e il 2009», che mira a far sì che l'intera popolazione del Paese abbia accesso a un sistema sanitario di qualità, capace di prendersi adeguatamente cura delle condizioni di ciascuno e fornendo, dove necessario, le terapie salvavita. Nel documento il governo nigeriano promette di raggiungere l'accesso universale tra il 2009 e il 2010¹⁶.

Le persone che in Nigeria hanno bisogno di terapie anti-retrovirali sono circa 600.000, ma si prevede che alla fine del periodo coperto dal Piano saranno 1.200.000. I costi della terapia, il livello d'investimento e l'incremento della spesa da destinare all'HIV/AIDS per raggiungere l'accesso universale sono considerevoli: 15 milioni di euro sono stati investiti nell'acquisto di anti-retrovirali nel solo 2006. Il governo nigeriano si sta impegnando per aumentare gli stanziamenti e il numero dei farmaci salvavita, ma lo stesso Piano nazionale riconosce che è ancora necessario l'aiuto dei donatori esterni¹⁷.

In Kenya, tra il 2000 e il 2006, circa 90.000 adulti hanno cominciato la terapia anti-retrovirale; il governo ha stabilito, nel Piano di azione 2005-2010, di estendere il trattamento a 190.000

¹⁴ UNGASS, *Political declaration*, giugno 2006.

¹⁵ IDASA, *Funding the fight*, giugno 2004.

¹⁶ http://www.who.int/hiv/HIVCP_NGA.pdf

¹⁷ Journalists against AIDS, *Mokey the money work for the people*, settembre 2006.

pazienti¹⁸. L'obiettivo è lontano dal garantire l'accesso universale, basti pensare infatti che sono 263.000 gli adulti e 39.000 i bambini che hanno bisogno di farmaci salvavita. I farmaci anti-retrovirali pediatrici sono pochi e quelli di seconda linea - non sussidiati dal governo - hanno ancora costi proibitivi per i pazienti: tra i 600 e i 900 dollari al mese, una cifra esorbitante in un Paese in cui il 58 per cento della popolazione dispone di meno di 60 dollari su base mensile. Dal Piano d'azione si apprende che occorrerà investire complessivamente 748 milioni di euro; la realtà è che il target di 190.00 pazienti è attualmente, sempre secondo il governo, sottofinanziato per 220 milioni. Senza l'intervento dei donatori a pagare saranno i pazienti, che attualmente contribuiscono per il 51% alla spesa sanitaria nazionale¹⁹.

¹⁸ <http://www.nacc.or.ke/index.php/info/nacc/books/show/detail/id/12/>

¹⁹ ITPC, *Missing the target*, november 2006.

Un piano G8 per garantire l'accesso universale alle cure

Dal 2002 al 2005 la spesa globale per la lotta all'HIV e AIDS è quasi triplicata²⁰. Grazie alla pressione della società civile e a una maggiore volontà politica, le risorse per la risposta alla pandemia hanno raggiunto nel 2005 gli 8,3 miliardi di dollari (stanziati per il 70% dai donatori, per il 15% dai governi nazionali e per il resto pagati dai pazienti)²¹. La comunità internazionale è riuscita quindi a centrare l'obiettivo finanziario assunto con la sottoscrizione della Dichiarazione d'impegno per la lotta all'HIV e AIDS del 2001, che prevedeva di stanziare per il 2005 tra i 7 e i 10 miliardi di dollari annui. Ma i nuovi bisogni epidemiologici rendono insufficiente un traguardo fissato sei anni fa.

Secondo le proiezioni di UNAIDS, la spesa globale necessaria per finanziare la lotta ad HIV e AIDS dovrebbe ammontare a 18,1 miliardi di dollari nel 2007, a 22,1 miliardi di dollari nel 2008 e 23,2 miliardi di dollari dal 2009. Si prevede, però, che già nel 2007 verranno a mancare 8,1 miliardi di dollari (tabella 1).

Tabella 1: Risorse globali necessarie per finanziare la risposta adeguata alla pandemia e deficit finanziario, 2007-10 (miliardi di dollari).

	2007	2008	2009	2010
Risorse necessarie	18,1	22,1	23,2	23,2
Deficit finanziario	8,1	-	-	-

Fonte: UNAIDS, *Resources needs for an expanded response to AIDS*, 2005.

E' fondamentale redigere un piano di finanziamenti che calendarizzi i contributi dei G8 per sostenere la risposta all'AIDS: i 'Grandi' dimostreranno così la volontà di intervenire concretamente e di offrire ai Paesi in difficoltà un incentivo a investire di più sui piani nazionali.

²⁰ UNAIDS, *2004 Report on the Global AIDS Epidemic*, 2006, Ginevra.

²¹ *Ibidem*

L'aiuto pubblico allo sviluppo

L'aumento dei fondi necessari per garantire l'accesso universale si iscrive nell'ambito di un generale incremento degli aiuti internazionali, che puntano a raggiungere lo 0,7% del prodotto interno lordo (PIL).

La quota degli aiuti destinata alla lotta all'HIV/AIDS dal G8 nel 2004 corrispondeva al 3,8% del totale, cioè a 2,2 miliardi di dollari²². Se i Paesi più ricchi destinassero all'aiuto lo 0,7% del PIL e mantenessero invariata la proporzione degli investimenti destinata alla lotta all'HIV e AIDS nel 2004, sarebbero immediatamente disponibili altri 7,6 miliardi di dollari²³. Nel 2005, invece, i G8 hanno destinato all'aiuto lo 0,30% del loro PIL; sulla base degli impegni europei Italia, Francia, Regno Unito e Germania dovrebbero raggiungere lo 0,7% entro il 2015, con gli obiettivi intermedi dello 0,33% nel 2006 e dello 0,51% per il 2010.

Nel caso italiano, destinare lo 0,7% del PIL all'aiuto significa sborsare annualmente 9,5 miliardi di euro, di cui potenzialmente 366 milioni di euro dedicati alla lotta all'HIV/AIDS nelle comunità del Sud del mondo²⁴. La Cooperazione italiana è ancora ben distante dallo 0,7%, visto che nel 2006 ha destinato all'aiuto lo 0,25-0,26% del PIL²⁵, cioè molto meno dello 0,33% che in sede europea (Dichiarazione di Barcellona, 2002) si era impegnata a raggiungere.

La cancellazione del debito

Cancellazioni del debito motivate dall'impatto causato dalla pandemia di HIV e AIDS possono mobilitare risorse nazionali aggiuntive da reinvestire nella lotta alla pandemia. Si tratta di somme significative, dato che il pagamento del servizio del debito è ancora uno dei principali motivi che sottrae risorse finanziarie dei Paesi del Sud del Mondo.

I G8 hanno affrontato la questione del debito bilaterale a Colonia, nel 1999, e hanno discusso del debito multilaterale a Gleanegles, nel 2005. Ma il pagamento delle rate del debito resta ancora un peso per molti Paesi. Secondo la Banca Mondiale²⁶, su un totale di 21 miliardi di dollari ricevuti in aiuti, l'Africa sub-sahariana ha ripagato 14 miliardi di dollari sotto forma di servizio del debito. Lo Swaziland e il Lesotho, dove le persone colpite dall'HIV e AIDS

²² Christian Aid, *UNGASS +5. Empty Promises: Funding HIV Prevention, Treatment and Care*, maggio 2006.

²³ Secondo le stime effettuate da ActionAid International sulla base dei dati dei Prodotti interni lordi per il 2005 forniti dalla Banca Mondiale.

²⁴ In questa stima manteniamo che la proporzione dell'APS italiano destinato alla lotta all'AIDS sia in linea alla media G8, ossia il 3,8%.

²⁵ Audizione del 18 ottobre alla Commissione esteri della Camera della Viceministra Sentinelli.

²⁶ World Bank, *Africa development indicators*, 2006.

rappresentano rispettivamente un terzo e più di un quinto della popolazione, nel 2004 hanno ricevuto 105 e 93 milioni di dollari di aiuti e hanno dovuto restituirne 40 e 35 milioni in servizio del debito - ammontari sufficienti a finanziare la somministrazione di antiretrovirali a tutti i sieropositivi dei due Paesi²⁷.

Le cancellazioni del debito dell'Italia - 5,9 miliardi di euro in cinque anni - hanno contribuito a liberare risorse che sono state utilizzate, tra le altre cose, per finanziare interventi di lotta all'AIDS. Il governo nigeriano ha destinato il 4,5% dei risparmi derivanti dalla cancellazione del suo debito alla lotta all'AIDS²⁸ (24 milioni di euro in più all'anno); analogamente l'8% delle risorse che il Mozambico stanziava annualmente per la lotta all'AIDS provengono dai risparmi sul servizio del debito²⁹. E' vero però che l'Italia non ha mai cancellato i suoi crediti sulla base dell'emergenza di HIV e AIDS, un vizio di prospettiva che in qualche caso può vanificare gli sforzi fatti dal nostro Paese per far fronte alla pandemia. Per esempio il Kenya, con 6,2 milioni di euro stanziati tra il 2000 e il 2006, è il secondo Paese beneficiario per interventi italiani in risposta all'AIDS. Il pagamento del servizio di debito ha però annullato in un anno il precedente trasferimento di risorse. Nel 2005, a causa della restituzione dei crediti, l'Italia ha ricevuto un trasferimento netto di 8 milioni di euro dal Kenya³⁰.

La normativa italiana sul debito permette di effettuare cancellazioni motivate dall'impatto dell'emergenza HIV e AIDS. Infatti, l'articolo 5 della legge 209 del 2000 autorizza cancellazioni di crediti verso Paesi colpiti da catastrofi e crisi umanitarie, categoria che potrebbe applicarsi a quei Paesi in cui l'AIDS è stato dichiarato emergenza nazionale, o quelli in cui la prevalenza³¹ superi il 5%.

I finanziamenti italiani per la lotta all'HIV/AIDS

“Nessun Paese occidentale può pensare di essere immune dal contagio. L'Aids non è confinato in un Paese...”

Silvio Berlusconi, 2002.

“L'AIDS è certo il volto più tragico della globalizzazione. In realtà batteremo l'AIDS quando avremo

²⁷ OMS, *Country reports*, 2006.

²⁸ Nel dicembre 2005, l'Italia ha cancellato 873 milioni di euro di crediti verso la Nigeria.

²⁹ Nel 2002, il Mozambico ha beneficiato di una cancellazione di crediti italiani per 552 milioni di euro.

³⁰ DAC on-line, consultato gennaio 2007. Il 25 gennaio l'Italia ha firmato l'accordo con il Kenya per la conversione di 45 milioni di euro di debiti, in base al quale il governo keniano investirà annualmente l'equivalente del pagamento del servizio del debito in iniziative di salute ed igiene. Lo strumento della conversione del debito potrebbe liberare risorse in quei paesi a medio reddito che, pur fortemente colpiti dalla pandemia, sono esclusi dall'iniziativa HIPC - Swaziland ad esempio.

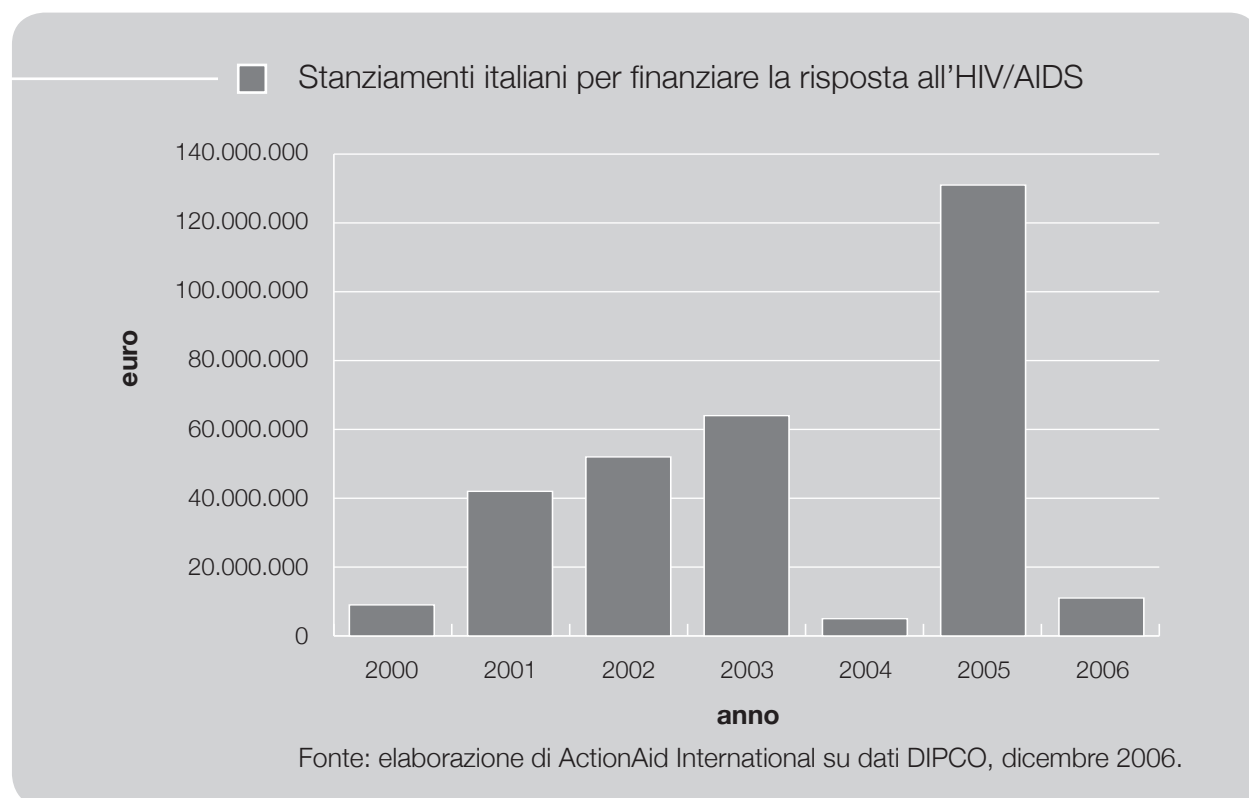
³¹ Prevalenza: la presenza del virus espressa in percentuale sul totale della popolazione (ndr).

la consapevolezza di un destino comune tra noi e i milioni di uomini e donne che aspettano ancora di essere riconosciuti nel loro diritto alla pace, alla giustizia, alla vita”

Romano Prodi, 2005.

Dal 2001 la lotta alle grandi epidemie figura fra le priorità della cooperazione bilaterale italiana³². Nel quadro dell’aiuto allo sviluppo la componente dedicata alla lotta all’HIV/AIDS è progressivamente aumentata, arrivando a costituire, nel quinquennio 2000-2004, il secondo settore più finanziato dopo l’istruzione (5,18% dell’aiuto ripartibile per settori)³³. Complessivamente, tra il 2000 e il 2006, il nostro Paese ha stanziato 313.494.315 euro³⁴ per il finanziamento di attività³⁵ il cui obiettivo è il controllo della pandemia: Il picco è stato registrato nel 2005 (130,735 milioni di euro); due battute di arresto dovute al mancato versamento dei contributi al GFATM nel 2004 e 2006, e delle quote per UNAIDS nel 2006³⁶.

Grafico 1: Andamento stanziamenti italiani per la lotta all’HIV/AIDS, 2000-2006 (in euro).



³² Secondo le Relazioni annuali sull’attuazione della Politica di cooperazione allo sviluppo dal 2001 a oggi.

³³ ActionAid International, *Visione 2010*, aprile 2006.

³⁴ ActionAid International, *Ogni promessa è debito*, maggio 2006, integrato con l’elaborazione sui dati DIPCO 2006.

³⁵ Si intendono anche i finanziamenti multilaterali ripartibili per settore come quelli a UNAIDS o al GFATM.

³⁶ ActionAid International, *Ogni promessa è debito*, maggio 2006.

Il 77% del totale è costituito dai contributi italiani versati al GFATM e destinati poi alla lotta alla pandemia³⁷. All'Africa sub-sahariana, dove si registrano i tassi più elevati dell'infezione, è stato destinato il 95% delle risorse bilaterali geograficamente ripartibili – il 16% del totale. Dei 20 Paesi destinatari Sudafrica, Kenya, Uganda e Tanzania sono anche tra i primi beneficiari degli stanziamenti internazionali per la lotta all'HIV/AIDS³⁸ e assorbono oltre il 40% delle risorse.

Tabella 2. Paesi beneficiari degli stanziamenti bilaterali italiani, 2000- 2006 (in euro).

Paese	Stanziamenti totali	Tasso di prevalenza
Sud Africa	6.786.366	18,8%
Kenya	6.298.973	6,1%
Uganda	5.344.779	6,7%
Tanzania	4.318.890	6,5%
Mozambico	3.256.948	16,1%
Zimbabwe	2.837.998	20,1%
Swaziland	2.692.693	33,4%
Etiopia	2.581.489	4,7%
Camerun	2.364.860	5,4%
Zambia	2.344.954	17,0%
Balcani/Est Europa	2.269.739	n.d.
Nigeria	1.942.630	4,4%
Burundi	1.822.302	3,3%
Ruanda	1.573.542	3,1%
Eritrea	1.424.741	2,4%
Namibia	885.808	19,6%
Angola	859.740	3,7%
Rep. Dem. del Congo	670.247	5,0%
Cuba	560.897	0,1%
Costa d'Avorio	560.598	7,1%
Burkina Faso	536.589	2,0%
Malawi	248.056	14,1%
Totale	52.182.839	

Fonte: elaborazione dati ActionAid International, dicembre 2006.

³⁷ Solo il 60% del contributo italiano al GFATM è contabilizzato come risorse finanziarie indirizzate specificatamente alla lotta all'HIV e AIDS.

³⁸ OECD, *Measuring aid in support of HIV/AIDS control*, giugno 2006.

L'incompletezza dei dati ufficiali e la mancanza di valutazioni rendono impossibile capire quanto siano appropriate ed efficaci le iniziative italiane. L'unica analisi disponibile degli interventi della Cooperazione italiana che descrive il tipo di attività (prevenzione, terapia e supporto) e i gruppi vulnerabili interessati riguarda i progetti promossi dalle ONG tra il 2000 e il 2004³⁹. Dall'analisi emerge come l'azione italiana si basi principalmente su interventi di prevenzione, con una forte dimensione di capacity building, indirizzati al personale sanitario e alle donne, che costituiscono il 53% per cento dei sieropositivi della regione. L'accesso alla terapia riguarda invece solo il 17-18% dei finanziamenti. La preferenza per la prevenzione è in linea con le scelte bilaterali della maggioranza degli altri donatori: a differenza della terapia, è ritenuta infatti meno costosa e non vincolata a processi di programmazione pluriennale⁴⁰. Nell'elaborazione di una strategia pluriennale di lotta alla pandemia, la Cooperazione italiana dovrà riconoscere la necessità di modificare il suo intervento, aumentando la quota di finanziamenti destinata al sostegno di iniziative per l'espansione della terapia in Africa sub-sahariana. Solo in questo caso, infatti, potrà continuare a rispondere efficacemente alle esigenze epidemiologiche del continente. UNAIDS stima che tra il 2006 e il 2008 l'Africa sub-sahariana sarà ancora il continente che assorbirà la percentuale più alta delle risorse stanziare (circa il 43%). Il 39% verrà assorbito dal finanziamento di interventi che contribuiscono a estendere l'accesso alla terapia⁴¹.

Il Fondo Globale per la Lotta all'AIDS, Tubercolosi e Malaria

“Dovevo fare delle scelte. E quelle non erano prioritari”

Padoa-Schioppa, in risposta ad una domanda sulla riduzione di alcuni fondi previsti per la lotta all'Aids nella legge finanziaria, ANSA, 26 gennaio 2007

“Stiamo completando il versamento degli impegni presi per il 2006 e il 2007 che ammonta a 260 milioni di euro e intendiamo in futuro continuare a svolgere un ruolo di primo piano”

Romano Prodi, AGL, 29 gennaio 2007

“Abbiamo solo risposto a degli impegni presi dall'Italia”

Romano Prodi, sull'ampliamento della Base militare di Vicenza, Ansa, 17 gennaio 2007

Lanciato al G8 di Genova nel 2001, il Fondo Globale per la Lotta all'AIDS, Tubercolosi e Malaria (GFATM) ha svolto da subito un ruolo decisivo nella risposta internazionale all'emergenza di

³⁹ Direzione Generale Cooperazione allo Sviluppo, *Italy and the Fight against AIDS, tubercolosi and malaria*, giugno 2005. La lista completa degli interventi analizzati è disponibile su richiesta.

⁴⁰ DAC, *Aid activities in support of HIV/AIDS control 2000-2004*, giugno 2004, pag 20.

⁴¹ UNAIDS, *Resources needs for an expanded response to AID*, giugno 2005.

HIV/AIDS.

Il successo del GFATM è determinante per raggiungere l'accesso universale. I dati indicano che il Fondo Globale, con 770 mila sieropositivi destinatari di farmaci salvavita, 18 milioni di zanzariere distribuite e 2 milioni di malati di tubercolosi in terapia, attualmente fornisce i due terzi delle risorse finanziarie allocate nella lotta alla malaria e alla tubercolosi e il 20 per cento degli 8,3 miliardi di dollari investiti per combattere l'HIV e AIDS. Se ci fosse una reale volontà di colmare il deficit finanziario per la risposta alla pandemia, mantenendo le attuali ripartizioni, le risorse complessivamente a disposizione per il GFATM dovrebbero raggiungere 11 miliardi di dollari nel 2010, cinque volte quanto promesso dai donatori nel 2006. Nella prima metà del 2007, il Consiglio Direttivo del Fondo Globale, di cui l'Italia fa parte, dovrà stabilire la dimensione finanziaria per i prossimi anni ma la scelta a favore degli 11 miliardi di dollari non trova consensi sufficienti.

Nonostante la sua importanza, l'efficacia del Fondo è stata limitata dai Paesi del G8, che al momento dell'istituzione si sono opposti al finanziamento obbligatorio, optando per un sistema basato su donazioni volontarie biennali. Da allora, complice una volontà politica altalenante, il Fondo è stato continuamente a corto di finanziamenti e la modifica del sistema di finanziamento continua a essere una questione prioritaria⁴².

L'Italia ha presentato ufficialmente il Fondo Globale durante il G8 di Genova. Dopo il Summit, il Ministro degli Esteri Ruggiero, sottolineando la centralità del ruolo italiano nel lancio del Fondo Globale per la Lotta all'AIDS, Tubercolosi e Malaria, dichiarò: "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"⁴³. Al principio l'Italia non aveva fatto mancare il sostegno politico né tanto meno quello finanziario al Fondo Globale, diventando il maggior finanziatore europeo. Ma ha perso la leadership quando il versamento per il 2004 slittò all'anno successivo. Alla fine del 2006 il nostro Paese è passato dal secondo al sesto posto per contributi versati al GFATM: 346 milioni di euro in totale.

E' vero che, in occasione della conferenza di rifinanziamento del settembre 2005, l'Italia annunciò un contributo complessivo per il 2006-2007 di 260 milioni di euro; quella somma, che pure rappresentava un incremento del 30%, è considerata insufficiente a fronte dei nuovi bisogni posti dalla pandemia e rispetto all'impegno italiano del biennio precedente.

⁴² Particolarmente promettente per garantire la certezza e sostenibilità del contributo è il meccanismo di finanziamento dell'*International Facility for immunization (IFF-im)*, di cui l'Italia è membro, contribuendo con 27,5 milioni di euro all'anno fino al 2025. I Paesi aderenti si impegnano con promesse di pagamento ventennali sostenute da un contratto, impugnabile in caso di mancato pagamento della rata annuale.

⁴³ Informativa urgente del Governo sui risultati della Conferenza del G8 svoltasi a Genova nel luglio 2001. Si veda <http://gruppi.camera.it/rifondazione/interventi/mozioni\int171.htm>

Come già fece nel 2005, in vista della prossima conferenza di rifinanziamento che si terrà nel settembre 2007, ActionAid International auspica che il contributo italiano al GFATM raggiunga i 200 milioni di euro l'anno⁴⁴.

Al di là della insufficienza dei finanziamenti sconcerta il mancato rispetto degli impegni presi: Alla fine del 2006 l'Italia è il primo tra i Paesi debitori verso il Fondo, con un debito di 150 milioni di euro accumulato tra 2005 e 2006. In occasione della discussione della legge finanziaria per il 2007, gruppi parlamentari di maggioranza e opposizione avevano proposto emendamenti al testo della legge allo scopo di predisporre le risorse necessarie per sanare la posizione italiana verso il GFATM. Gli emendamenti chiedevano stanziamenti tra i 150 e i 280 milioni di euro, una somma equivalente al costo di 2 dei 121 bombardieri Eurofighter italiani ai quali, anche se verranno consegnati nel 2015, la Finanziaria ha destinato 1,7 miliardi di euro⁴⁵. Il Governo ha respinto gli emendamenti ma si è formalmente impegnato a stanziare risorse adeguate e addizionali rispetto a quelle iscritte nel bilancio della cooperazione allo sviluppo⁴⁶.

Nonostante le rassicurazioni, il contributo italiano non è stato versato e nei primi sei mesi del 2007 il governo dovrà reperire, tra arretrati e contributo 2007, circa 280 milioni di euro. Se non ci sarà un intervento straordinario del Ministero dell'Economia, al capitolo di bilancio della cooperazione multilaterale del Ministero affari Esteri mancheranno circa 90 milioni di euro per finanziare le altre agenzie di sviluppo delle Nazioni Unite⁴⁷.

La continua incertezza del contributo italiano al GFATM, che espone all'interruzione della terapia salvavita i 770.000 pazienti in cura grazie al Fondo, ha ispirato la presentazione di due provvedimenti legislativi alla Camera e al Senato - rispettivamente il Progetto di legge Leoni-Spini-Forlani ed il Disegno di legge Martone-Ripamonti - che puntano a garantire la certezza del contributo italiano al Fondo Globale, attraverso la creazione di un fondo dedicato che si alimenta con risorse separate rispetto a quelle della cooperazione allo sviluppo⁴⁸. I due progetti legislativi rischiano però di impantanarsi nei calendari dei lavori parlamentari, e di restare buoni propositi senza alcun effetto, a meno che i Presidenti di Camera e Senato non ne dichiarino l'urgenza, spianandone l'iter parlamentare.

⁴⁴ ActionAid International, *Capolinea Gleneagles*, maggio 2005.

⁴⁵ Il costo annuale della terapia anti-retrovirale per 10 milioni di persone sieropositive.

⁴⁶ Approvazione alla Camera dell'Ordine del giorno Venier che impegna il governo a stanziare risorse aggiuntive per il GFATM.

⁴⁷ Il "finanziamento al bilancio" (core budget) per le agenzie di sviluppo ONU è arrivato nel 2005 a circa 100 milioni di euro. Nel 2007 il capitolo di bilancio destinato a questi finanziamenti dispone di 299 milioni di euro.

⁴⁸ http://www.camera.it/_dati/leg15/lavori/stampati/pdf/15PDL0011950.pdf

aggiornamento

Il 29 gennaio scorso, all'ottavo vertice dell'Unione Africana riunitasi ad Addis Abeba, Romano Prodi ha assicurato che l'Italia onorerà gli impegni assunti verso il Fondo globale per la lotta all'Aids, malaria e tubercolosi. *"Stiamo completando il versamento degli impegni presi per il 2006 e il 2007 che ammonta a 260 milioni di euro e intendiamo in futuro continuare a svolgere un ruolo di primo piano"*, ha dichiarato il primo ministro. Prodi è tornato sull'argomento con una lettera pubblicata da Repubblica il 3 febbraio, affermando che *"pur con i problemi di bilancio di una Finanziaria che doveva aggiustare il dissestato bilancio dello Stato, abbiamo voluto dedicare oltre 600 milioni di euro alla cooperazione allo sviluppo e fare fronte agli impegni internazionali assunti, ma non assolti, dal passato governo riguardo al fondo globale per la lotta all'Aids, tubercolosi e malaria per altri 260 milioni di euro"*. Alla chiusura del presente rapporto - 5 febbraio - al Segretariato del GFATM non era però giunta alcuna comunicazione ufficiale d'impegno di pagamento; ActionAid International ritiene che l'impegno di Prodi a completare il versamento di quanto l'Italia deve al GFATM sia un segnale positivo ma alle parole deve far seguito un'azione concreta. Le recenti dichiarazioni di Prodi, pertanto, non modificano la sostanza del presente rapporto.

Conclusione e raccomandazioni

Prevenzione, terapia e supporto vanno considerati come tasselli di un'unica strategia per battere l'HIV e AIDS. Occorre, dunque, intervenire su ciascun elemento con la stessa forza. Nel 2005 il Governo italiano, insieme a quelli dei Paesi del G8, si è impegnato a «ideare e implementare un pacchetto per la prevenzione, la terapia e la cura dell'HIV e AIDS, allo scopo di avvicinarsi il più possibile all'obiettivo stabilito per il 2010 dell'accesso universale».

Stime UNAIDS indicano che il deficit finanziario al quale si dovrà far fronte per sostenere economicamente la lotta alla pandemia ammonterà nel 2007 ad almeno 8,1 miliardi di dollari. Se questo scarto finanziario non verrà colmato dai donatori, le strategie nazionali messe in opera dai Paesi più colpiti per garantire l'accesso universale resteranno un faticoso esercizio di buone intenzioni e speranze tradite.

ActionAid International chiede al governo italiano di:

- **versare, entro giugno 2007, 280 milioni di euro al Fondo Globale per la lotta all'AIDS, Tuberculosis e Malaria (GFATM), reperendo risorse aggiuntive dalle disponibilità del Ministero dell'Economia**
- **presentare un piano con scadenze precise per finanziare l'accesso alle cure per battere l'HIV/AIDS, incoraggiando i leader del G8 a fare altrettanto**
- **approvare in tempi stretti uno strumento legislativo che assicuri l'addizionalità e la prevedibilità del contributo italiano al Fondo Globale**
- **azzerare il debito ai Paesi più colpiti dalla pandemia, e di promuovere la cancellazione in sede internazionale**
- **assicurare un equilibrio tra interventi di prevenzione e di terapia nell'Africa sub-sahariana**
- **elaborare un documento sintetico che renda conto, annualmente, dell'impegno finanziario italiano nella lotta alla pandemia e che consenta di identificare le risorse destinate per tipo di intervento e per gruppi di beneficiari**

ActionAid International lotta al fianco delle comunità più povere e marginalizzate per permetter loro di superare la povertà e di vincere l'ingiustizia sociale di cui sono vittime.

ActionAid International

Sede di Milano
Via Broggi 19/A
20129 Milano
Italy

Tel.
+ 39 02742001

Fax
+ 39 0229537373

Web
www.actionaidinternational.it
www.chestateafao.it

Sede di Roma
Via Volta 39/B
00153 Roma
Italy

Tel.
+ 39 0657250150

Fax
+ 39 065780485

Ufficio Stampa
Eleonora Tantaro
+39 3399073595
Andrea Comollo
+39 3939076761

International Secretariat

Johannesburg

Asia Regional Office

Bangkok

Africa Regional Office

Nairobi

Americas Regional Office

Rio de Janeiro

European Offices

Athens - Brussels - Dublin
London - Rome

Associazione eretta in **Ente Morale** con DM del 10.10.96 ed iscritta nel Registro delle Persone Giuridiche presso il tribunale di Milano, n. 1536

ONLUS dal 1998

ONG riconosciuta idonea nel 2003 dal Ministero degli Affari Esteri ai sensi dell'art. 28 della Legge 49/87