

approfondire la riflessione sulle metodologie d'azione più idonee ed alla scelta di strumenti operativi più confacenti ai bisogni locali.

Dall'insieme degli elementi sopra esposti, è emersa e si è rafforzata una serie di scelte prioritarie che si sono dirette particolarmente al sostegno della micro e piccola impresa, tramite: 1) interventi che, avviati contemporaneamente o in lassi di tempo vicini in uno stesso Paese ed a volte in una stessa regione di un PVS, hanno permesso di giungere alla realizzazione di sinergie tra le iniziative bilaterali e quelle messe in atto con gli altri sistemi di finanziamento previsti dalla 49/87 (iniziative multilaterali, multilaterali, realizzate da ONG e dai soggetti della cooperazione decentrata); ciò è avvenuto in particolare in alcuni paesi prioritari (es. Marocco, Tunisia, Egitto); 2) la consistente introduzione nei programmi di lotta alla povertà della componente diretta allo sviluppo delle micro e piccole imprese e dell'artigianato, che ha permesso l'integrazione di questi obiettivi più vicini al settore economico in quadri programmatici di più ampio respiro; 3) l'uso contemporaneo di strumenti finanziari e non finanziari che ha portato alla realizzazione di una loro stretta complementarità sul territorio.

Nel 2000, l'aspetto maggiormente caratterizzante è stato il rafforzamento della scelta, già in parte presente negli anni precedenti, verso iniziative tendenti a promuovere la crescita del settore privato quanto più possibile attraverso la messa in atto di interventi che, nei differenti Paesi, portino all'abbinamento dell'assistenza finanziaria alle imprese con la promozione di un contesto locale favorevole.

Pur se sfuggono all'analisi gli effetti indiretti sulla promozione dell'imprenditoria privata provenienti dai progetti afferenti ad altri settori dell'aiuto pubblico allo sviluppo, già da sole le iniziative aventi il target specifico in esame rappresentano una componente divenuta particolarmente importante; esse comprendono attività molto diversificate quali assistenza tecnica, formazione manageriale e professionale, sensibilizzazione degli attori locali, rafforzamento istituzionale e potenziamento delle capacità, sia a livello governativo che degli organismi intermediari.

Nell'ambito di queste iniziative direttamente miranti al supporto non finanziario alle imprese, particolare rilievo ha assunto l'attenzione a favore delle Istituzioni intermedie che erogano servizi alle PMI, in particolare del settore produttivo, quali ad es. le iniziative di rafforzamento di Centri tecnici settoriali di sostegno alle PMI, di Enti di sviluppo industriale e delle Camere di Commercio.

La messa in atto di iniziative di assistenza tecnica a corollario di iniziative dirette al sostegno finanziario alle imprese, affinché l'assistenza finanziaria raggiunga le PMI destinatarie in iniziative che siano meglio individuate ed abbia un maggior impatto sullo sviluppo socio-economico locale, rappresenta un'altra delle scelte più qualificanti; esempio di quanto sopra sono, tra l'altro, le iniziative approvate nel 2000 per la Tunisia ed il Marocco e quella avviata nello stesso anno in Giordania.

Nel campo degli interventi di sostegno finanziario all'imprenditoria, nel 2000, l'attività si è principalmente orientata verso l'approvazione di linee di credito riservate alle PMI; in particolare sono state approvate (Marocco e Tunisia) due nuove linee a favore delle PMI e del Partenariato tra imprese locali ed italiane ed al settore pubblico e privato e sono state avviate le attività sul terreno di due linee riservate alle PMI ed al Partenariato tra imprese italiane e locali (Tunisia e Giordania); a tutte le linee sono state associate specifiche iniziative di assistenza tecnica per la messa in atto delle linee stesse.

Risulta evidente come le iniziative della cooperazione italiana a favore del settore privato stiano privilegiando in prima istanza il comparto delle MPMI ampiamente inteso e delle strutture ad esse afferenti, che sul terreno, costituisce, pertanto, l'interlocutore principale degli interventi di cooperazione.

Per il finanziamento del capitale di rischio del partner italiano in joint-ventures con partner locali in base all'art.7 della legge 49, sono state approvate sei nuove iniziative, per un totale di circa 7 miliardi di lire; è stata inoltre avviata la preparazione di un Manuale al fine di guidare gli investitori italiani che desiderano usufruire di questa tipologia di finanziamento a condizioni agevolate.

Sempre ai fini della promozione di un partenariato costruttivo ed in grado di favorire il trasferimento tecnologico e manageriale, l'innovazione industriale a minor impatto ambientale e la creazione di lavoro, sono state approvate le linee di credito dirette anche al finanziamento di iniziative produttive in partenariato tra soci locali ed italiani.

Le nuove iniziative approvate nel 2000, insieme ai differenti interventi già in corso, permettono ormai, nella maggior parte dei casi, di delineare programmi che stanno diventando sempre più integrati, in cui le differenti iniziative contribuiscono contemporaneamente ed in maniera sinergica, ciascuna per la propria parte, al rafforzamento del comparto imprenditoriale, delle strutture governative che si occupano di PMI, dell'insieme delle Istituzioni pubbliche e private e della Società Civile.

Esempio particolarmente significativo si sta realizzando in Tunisia dove, nel corso del 2000, è stata approvata una nuova linea di credito per il settore pubblico/privato, sono partite le attività sul terreno di una linea diretta alle PMI ed al partenariato tra imprese, comprendente anche la finanziabilità di attività di Enti ed Università finalizzate allo sviluppo di impresa ed è stata completata la formulazione di una terza linea, per quanto relativo alle iniziative di sostegno finanziario alle imprese; nel campo del sostegno non finanziario, sono stati approvati due progetti per l'assistenza tecnica alla messa in atto delle linee di credito e tre iniziative dirette al rafforzamento di Centri tecnici settoriali di sostegno alle PMI ed alla realizzazione di attività di diagnostica e di "mise à niveau" delle imprese ad essi afferenti, nell'ambito del programma governativo tunisino di ristrutturazione del comparto industriale.

Queste iniziative, unite a quelle già in corso nel Paese, quali il rafforzamento dell'Ente per lo sviluppo del Sud della Tunisia ed il progetto per la Promozione delle micro e piccole imprese diretto a favorire lo sviluppo locale tramite il dialogo interistituzionale, costituiscono un insieme di obiettivi che, se raggiunto, contribuirà alla creazione di un terreno molto fertile per lo sviluppo delle PMI ed all'attrazione degli investimenti internazionali.

In totale, nel 2000, considerando soltanto i finanziamenti sulle risorse bilaterali, sono state approvate 13 nuove iniziative, di cui 4 dirette al sostegno finanziario delle imprese e 9 al sostegno non finanziario, per un importo totale di oltre 180 miliardi.

Sono state inoltre avviate 7 iniziative, approvate nel 1999, di cui 2 relative al supporto finanziario e 5 dirette prevalentemente ad attività di assistenza tecnica per il settore delle PMI e dell'artigianato.

Per quanto relativo alle iniziative delle ONG strettamente dirette alla promozione del settore della micro e piccola imprenditoria e dell'artigianato, sono state approvate 11 nuove iniziative, in Africa, America Latina, Asia e Bacino del mediterraneo, per oltre 19 miliardi di lire, spesso aventi come obiettivo caratterizzante il favorire l'avvio al lavoro in proprio di piccoli artigiani, donne e giovani; sono state inoltre avviate 8 iniziative già approvate nel 1999, per circa 9 miliardi di lire.

La distribuzione geografica degli interventi finanziati con fondi bilaterali conferma il rafforzarsi della tendenza, già in atto da alcuni anni, alla concentrazione

delle attività a favore del Bacino del Mediterraneo e Medio Oriente; sono infatti relative a questa area 9 delle 13 iniziative bilaterali e tre delle 8 iniziative ONG.

7. Le politiche sanitarie

La promozione della salute rappresenta uno degli obiettivi centrali della Cooperazione italiana allo sviluppo e gli interventi nel settore socio-sanitario rientrano tra le nostre tradizionali priorità. Nel settore la cooperazione italiana vanta ormai una consolidata esperienza ed un riconoscimento internazionale della qualità degli interventi che hanno consentito di svolgere un ruolo significativo in un contesto internazionale dove la salute sta assumendo sempre maggiore rilevanza.

L'Italia da sempre sostiene la Organizzazione Mondiale della Sanità come agenzia leader mondiale in sanità e nel 2000 la DGCS ha firmato un accordo quadro con quella Organizzazione, assicurando così un organico strumento di riferimento ad una collaborazione che si è andata intensificando negli ultimi anni. Anche in quel contesto si è rafforzata la collaborazione della Cooperazione con il Sistema sanitario italiano e le sue istituzioni ed in particolare con il Ministero della Sanità e l'Istituto Superiore di Sanità, tra l'altro sostenendo - a partire dal mese di maggio - la partecipazione italiana nell'*Executive Board* dell'OMS.

L'Italia è inoltre membro del *Programme Coordinating Board* (PCB) dell'UNAIDS e ha partecipato con una propria delegazione ai lavori, svolti a Ginevra e Rio de Janeiro, mirati ad elaborare una politica di coordinamento di intervento contro l'AIDS tra le numerose Agenzie ONU.

La cooperazione italiana ha gestito nel 2000 circa 128 iniziative a carattere socio-sanitario (di cui 17 concluse nel corso dell'anno) in 39 paesi senza includere le attività di carattere umanitario in risposta a calamità naturali o causate dall'uomo, né i numerosi programmi integrati di sviluppo, che includono spesso interventi a carattere socio-sanitario, già descritti in altra parte della relazione al Parlamento.

La cooperazione sanitaria italiana ha confermato quali propri principi guida l'equità nella distribuzione e nell'accesso alle risorse sanitarie, l'enfasi sulla prevenzione, la partecipazione comunitaria, l'appropriatezza tecnologica, l'intersectorialità e la promozione dell'autosufficienza locale. Favorendo l'approccio sistemico, rispetto a quello selettivo orientato per singole tematiche o malattie, le iniziative della cooperazione italiana nel settore sanitario rimangono ancorate a due fondamentali linee strategiche:

- il sostegno ai sistemi sanitari nazionali
- il sostegno ai sistemi sanitari locali e ai processi di decentramento.

Ad esse, come terza e trasversale linea d'azione, si è affiancata negli ultimi anni la ricerca di collegamento internazionale tra le iniziative, teso a favorire lo scambio di esperienze e conoscenze tra le realtà dei paesi con cui si coopera e le realtà istituzionali e locali italiane.

Sostegno alle politiche e sviluppo dei sistemi sanitari nazionali

Nei PVS l'impegno prevalente è quello di favorire il coordinamento operativo tra i maggiori donatori e le Organizzazioni Internazionali (UE, OMS, UNICEF e altri organismi del sistema delle Nazioni Unite, Banca Mondiale e altre agenzie bilaterali), per contribuire al sostegno dei piani sanitari nazionali, anche nell'ambito del cosiddetto *Sector Wide Approach* (SWAp)

In particolare l'Italia, sostiene un approccio integrato alle politiche di settore e di sostegno allo sviluppo dei sistemi sanitari nazionali.

In questa linea si inseriscono, ad esempio, le attività di assistenza tecnica ai Ministeri della Sanità in diversi paesi, come in Angola, in Egitto (in collaborazione con altre istituzioni internazionali quali l'OMS e l'Istituto Superiore di Sanità), in Mozambico, dove si fornisce assistenza a quattro direzioni generali del Ministero della Sanità, o in Swaziland, dove l'Italia rimane il principale donatore bilaterale in sanità. In quel paese, ad esempio, nell'ambito del nuovo programma settoriale di cooperazione avviato nel 2000 si assicura il sostegno alla ristrutturazione del Ministero della sanità e del benessere sociale in relazione all'organigramma, la gestione delle risorse umane, la pianificazione, il decentramento, i servizi sociali ed il miglioramento della qualità dell'assistenza socio-sanitaria.

In Eritrea è stata avviata la seconda fase di un intervento settoriale integrato a livello nazionale (PHARPE), realizzato in collaborazione con l'OMS (che lo porta ad esempio come intervento di successo per lo sviluppo dei sistemi sanitari) e con un'impostazione che ha permesso il funzionamento del sistema anche durante la fase più acuta del conflitto con l'Etiopia.

In Libano è stata avviata la realizzazione un Centro di Ricerca e Documentazione delle Politiche Sanitarie mirata a rafforzare le capacità del Ministero della Sanità in tema di riordino del settore (finanziamento, spesa, organizzazione, copertura e qualità dei servizi); allo stesso tempo è stato elaborato un progetto di sostegno tecnico e materiale alla riforma dei servizi sanitari di base sul tutto il territorio nazionale.

Nei Territori Palestinesi la cooperazione italiana ha continuato ad esercitare il suo ruolo di *Shepherd* nel settore sanitario, assicurando il costante collegamento tra i donatori e il Ministero della Sanità, anche al fine di ottimizzare le risorse per rendere operativo il Piano Sanitario Nazionale. Il ruolo della cooperazione italiana in Palestina si è ulteriormente consolidato dall'avvio della seconda Intifada.

In Uganda si assiste il Ministero della Sanità nella formulazione delle linee guida e dei parametri di riferimento per l'integrazione dei servizi sanitari governativi e di quelli *privati no profit* nel quadro di un migliore e più economico utilizzo delle risorse disponibili. In questa materia l'Italia è stata nominata "*Leading Agency*" nell'ambito della "*Donor's Joint Mission*", organo collegiale dei principali donatori e del Ministero della Sanità ugandese.

Anche in Etiopia nel 1999 era stato messo a punto l'intervento settoriale nell'ambito del Programma paese e del locale Piano quinquennale di sviluppo sanitario, ma nel 2000 non si è potuto procedere alla definizione dell'iniziativa per problematiche interne a quella Amministrazione risoltesi solo alla fine dell'anno.

In Cina sono state messe a punto le modalità di attuazione di un "Programma di Supporto Istituzionale al Ministero della Sanità Cinese e al Centro di Medicina d'Emergenza di Shanghai" che prenderà avvio nel 2001.

Decentramento, supporto ai sistemi sanitari locali e assistenza sanitaria di base

Molti interventi si realizzano in aree geograficamente definite (di regola coincidenti con le aree del decentramento politico-amministrativo: distretti, province, dipartimenti ecc.). Questi interventi, tesi a promuovere il decentramento del sistema sanitario, si propongono di realizzare a livello locale le azioni previste nei piani sanitari nazionali, incrementando qualità e quantità delle prestazioni dei servizi e facilitando l'accesso e la partecipazione dell'utenza alla gestione degli stessi, con particolare attenzione ai gruppi sociali più vulnerabili. A questo livello si sviluppa tra l'altro

l'integrazione tra gli interventi in diversi settori. Da sempre, infatti, la cooperazione sanitaria italiana mantiene l'accento prioritario sulla sanità di base, intesa come strategia integrata verso l'obiettivo della "Salute per tutti" fissato nel 1979 ad Alma Ata, anche nel contesto della più ampia strategia di lotta alla povertà.

Si citano ad esempio le iniziative svolte in alcuni paesi dell'Africa e dell'America Latina.

In Nicaragua è in corso un'iniziativa che prevede l'appoggio e il potenziamento dei sistemi sanitari decentrati (SILAIS), nei dipartimenti settentrionali del Paese.

In Mozambico si sostiene in tutti gli aspetti il sistema sanitario della Provincia di Sofala, dove l'Italia è "focal donor".

In Swaziland è iniziato il lavoro di ristrutturazione di dodici unità sanitarie territoriali periferiche. Nell'ambito di tutti i Programmi Paese di settore, cui si è fatto riferimento, è stato previsto uno specifico obiettivo di sostegno al decentramento ed allo sviluppo dei sistemi sanitari locali.

Il nuovo programma settoriale con lo Zimbabwe, avviato nel 2000, prevede tra l'altro il supporto al decentramento attraverso la formazione di quadri operativi che aumentino la capacità di analisi, pianificazione e di gestione delle risorse a livello distrettuale, rafforzando le attività di supervisione dei distretti sanitari, favorendo così il processo di trasferimento delle responsabilità di gestione dei servizi sanitari dal livello provinciale a quello distrettuale.

In Egitto è stato approvato nel 2000 il programma "Sostegno alla riforma del settore sanitario", che ha come obiettivo quello di contribuire al processo di formulazione, definizione e messa in opera della riforma sanitaria nazionale egiziana nei Governatorati di Behera e di Qena. Il nuovo programma è in continuità con una precedente iniziativa di "Medicina Rurale" per il rafforzamento della struttura gestionale dei servizi sanitari rurali a livello regionale e di distretto negli stessi Governatorati tramite l'equipaggiamento, la formazione del personale sanitario e la realizzazione di attività sanitarie di base (*Primary Health Care*) a beneficio della popolazione rurale. Analoghe iniziative di sostegno alla politica nazionale di decentramento della gestione della Sanità sono in corso in Libano, ed in Uganda.

In Gabon, Gambia e Rwanda sono stati approvati tre interventi a sostegno dei servizi sanitari di base in specifiche regioni dei tre paesi affidandone la realizzazione ad ONG.

Nel contesto del primo livello di assistenza, assume particolare rilevanza il sistema di Pronto soccorso e Medicina d'Urgenza. In questo ambito rimane significativa l'esperienza di cooperazione con la Cina che prosegue da circa 20 anni e che colloca l'Italia tra i partner principali di quel paese nel settore specifico settore. Nel 2000 si è conclusa la prima fase di uno dei progetti più complessi, quello di supporto al Sistema d'Emergenza del Tibet.

Nel quadro delle citate linee strategiche principali, alcune tematiche ed approcci meritano attenzione particolare.

- *Organizzazione e gestione dei servizi, sistemi informativi socio-sanitari, sorveglianza epidemiologica.* Specifici interventi per rafforzare la capacità dei sistemi sanitari nella raccolta e analisi dei dati indispensabili alla programmazione sanitaria ed alla vigilanza epidemiologica, sono in corso in Zimbabwe e Mozambico dove si sostiene la Direzione Nazionale per l'Amministrazione e la Gestione del sistema informativo sanitario, nonché il sistema dei laboratori di sanità pubblica e igiene ambientale. In Libano è prossimo all'avvio il progetto di assistenza tecnica e materiale al Laboratorio Centrale di Sanità Pubblica e delle strutture regionali annesse. Il progetto prevede la modernizzazione della sorveglianza chimica e

batteriologica dei prodotti alimentari e delle risorse idriche del paese, attraverso attività di formazione e riorganizzazione dei servizi esistenti. In Sud Africa è stato avviato un progetto per lo sviluppo del sistema informativo sanitario della Provincia del Gauteng. Il sistema standardizza la produzione e trasmissione di informazioni sulle attività di assistenza e sul profilo patologico della popolazione, ed è basato sull'unione di informazioni sanitarie e geografiche permettendo un'analisi precisa dei dati. Il progetto lavora parallelamente sull'utilizzo di soluzioni tecnologiche avanzate e sulla formazione dei manager all'utilizzo di informazioni per la gestione sanitaria. Nei Territori Palestinesi per il controllo epidemiologico ed ambientale è stata completata la costruzione del laboratorio Centrale di Salute Pubblica, in Cisgiordania e dell'analogo struttura satellite nella Striscia di Gaza. La seconda struttura è già operativa, mentre per la prima è prevista l'attivazione a pieno regime entro fine 2001. In Swaziland, dove si è concluso un programma specifico a sostegno del sistema informativo sanitario, si punta a migliorare la raccolta dei dati relativi alle malattie trasmissibili, anche attraverso la formazione degli operatori del dipartimento di vigilanza epidemiologica. Alcuni interventi si rivolgono in modo specifico alla gestione di specifici servizi ospedalieri, come in Algeria dove è ripreso un progetto a sostegno dell'Ospedale Beni Messous di Algeri Ovest concentrando l'intervento sull'organizzazione igienico sanitaria della struttura sanitaria e migliorando la raccolta dei rifiuti tossici. Un secondo *volet* riguarda la rete informatica ospedaliera riprendendo un precedente intervento diretto al miglioramento della gestione dei servizi. A Gibuti e in Camerun sono proseguite iniziative per il sostegno ai servizi sanitari erogati da tre ospedali regionali.

- *Sistemi farmaceutici nazionali e farmaci essenziali.* In collaborazione con l'OMS, si promuovono interventi per la riqualificazione ed il potenziamento dei sistemi farmaceutici nazionali. In Cina continua il sostegno alla produzione farmaceutica di imprese miste. In Tunisia è stato approvato un intervento a sostegno della *Direction de la Pharmacie et du Médicament*, la cui realizzazione è stata affidata all'OMS, allo scopo di migliorare la qualità e l'efficacia della sicurezza dei farmaci e del loro uso razionale.
- *Infrastrutture sanitarie e tecnologie biomediche appropriate e sostenibili.* Gli interventi della cooperazione italiana in quest'area puntano prioritariamente alla riabilitazione delle infrastrutture sanitarie esistenti per adeguarle alle esigenze del bacino d'utenza, nell'ottica di un più favorevole rapporto costo-beneficio e dell'integrazione dei servizi sanitari territoriali. Appropriatelyzza e sostenibilità sono i principi di riferimento nell'introduzione di nuove tecnologie, che di regola sono accompagnate da promozione e sostegno di adeguati sistemi di gestione a manutenzione. Nel rispetto di tali criteri, nei Territori palestinesi è stata avviata la costruzione di una nuova ala dell'ospedale pubblico di Hebron, mentre sono stati predisposti interventi di ristrutturazione dell'ospedale di Khan Younis (Striscia di Gaza) e di ampliamento dell'ospedale di Beit Jala (Cisgiordania). Nel contempo, è stata identificata una nuova iniziativa mirata alla realizzazione del Centro Nazionale per la manutenzione e razionalizzazione delle tecnologie biomediche, prevedendo anche la formazione in campo manageriale dei quadri palestinesi. In Bolivia, dopo la costruzione del "nuovo" ospedale dipartimentale di Potosi realizzata in gestione diretta dalla DGCS ed inaugurato nel 1999, si è passati al suo equipaggiamento partendo dalla riabilitazione delle attrezzature esistenti, sviluppando contestualmente il sistema di gestione e manutenzione delle tecnologie e

assicurando l'adeguatezza delle nuove tecnologie rispetto alla capacità locali tecniche ed economiche di operazione. Simili indirizzi sono stati seguiti in Mozambico dove la cooperazione italiana ha sostenuto l'elaborazione di politiche nazionali nel campo della manutenzione, lo sviluppo di strumenti informatici per la gestione delle tecnologie, e la formazione professionale degli operatori. Nella stessa ottica in Macedonia ha preso avvio nel mese di febbraio 2000 un programma per l'ammodernamento del parco tecnologico sanitario e l'organizzazione del relativo sistema di manutenzione delle apparecchiature elettromedicali di cui, per la prima volta, è stato effettuato in modo sistematico l'inventario completo, assicurando inoltre la manutenzione straordinaria di tutti i centri dialisi del paese. In Libano, è stata promossa la seconda Conferenza Italo-Libanesa sul tema dell'uso e della regolamentazione delle tecnologie mediche e sanitarie. La Conferenza ha prodotto indicazioni e orientamenti per la costituzione di un'agenzia di valutazione del costo, efficacia e qualità delle tecnologie.

La cooperazione italiana promuove un approccio sistemico alla salute, piuttosto che un'attenzione focalizzata sulle malattie. Purtroppo può essere utile conoscere come si sviluppa l'iniziativa italiana intorno ad alcune particolari condizioni morbose e tematiche. In particolare:

- Controllo delle grandi epidemie. Senza disconoscere l'elevata priorità degli interventi che esse richiedono, la malaria, l'HIV/AIDS, la tubercolosi e le altre malattie che per diffusione e gravità costituiscono un indiscutibile peso sociale ed economico per i Paesi con cui si coopera, rappresentano solo specifici problemi da controllare attraverso sistemi sanitari efficienti, efficaci ed universalmente accessibili. Più in generale, il controllo delle malattie viene promosso attraverso l'inclusione di adeguate strategie ed azioni nei Piani sanitari nazionali e locali. Nel corso del 2000 è stato completato lo studio di un'iniziativa in collaborazione con l'OMS da realizzare in dieci paesi africani per la lotta all'infezione HIV/AIDS che coinvolgerà per le fasi operative anche le ONG italiane presenti in loco. Il programma di lotta all'AIDS che sta per concludersi in Uganda, prevede un suo rifinanziamento su base regionale includendo anche Burundi e Ruanda. Per quanto riguarda la malaria, continua il sostegno alla definizione e applicazione di strategie antimalariche più appropriate ed efficaci, anche con la collaborazione di Istituti di ricerca italiani internazionalmente noti (Istituto di Parassitologia dell'Università di Roma, Università di Camerino, Istituto Superiore di Sanità). In particolare l'Italia dà un significativo contributo (secondo solo al Regno Unito) al Programma *Roll Back Malaria* guidato dall'OMS con prioritaria attenzione ai paesi dove la cooperazione italiana da tempo già interviene direttamente a sostegno dei programmi di lotta alla malaria quali il Burkina Faso, l'Etiopia, il Madagascar e la Tanzania. In Uganda è in corso, in collaborazione con l'OMS, l'applicazione della metodologia DOTS (*Directly observed Treatment Short-course*) per la terapia contro la Tubercolosi. Il progetto che si fonda prevalentemente su attività di livello comunitario è presentato dalla OMS come il progetto di punta in Africa. Per quanto riguarda il Dengue è in corso un programma tramite l'OPS, di controllo dell'emergenza epidemica in Salvador con fornitura di materiali e attrezzature specifiche all'Ospedale della capitale "Zacamil". Attraverso l'OMS la cooperazione italiana partecipa alla campagna di eradicazione della poliomielite e della dracunculosi (verme di Guinea) ed alle iniziative di controllo di altre malattie endemiche nei Paesi africani. Nel caso della poliomielite l'Italia ha focalizzato il suo sostegno all'eliminazione della

malattia dall'India, co-finanziando, con altri donatori sia governativi che privati, le campagne nazionali di vaccinazione organizzate dall'OMS e dal Governo indiano.

- Salute familiare e riproduttiva. La cooperazione italiana collabora con l'OMS per la definizione di politiche e strategie d'azione nel campo della salute riproduttiva e della nutrizione. Le attività nei paesi sono state inserite organicamente negli interventi di sostegno all'assistenza sanitaria di base in Africa, Asia e America Latina. Di regola in tutti i programmi socio-sanitari viene data particolare attenzione alla promozione della salute della donna, anche attraverso specifici interventi a favore delle fasce più vulnerabili della popolazione femminile (adolescenti, madri capofamiglia, ecc.) eventualmente completati con azioni tendenti a favorirne l'integrazione socio-economica della donna. Attraverso l'OMS, si è intervenuti in diversi paesi (Bosnia Erzegovina, Ruanda, Tajikistan) a sostegno di iniziative a carattere socio-sanitario in tema di violenza contro le donne. Nei Territori Palestinesi (Striscia di Gaza) la cooperazione italiana ha avviato un progetto specificatamente mirato al contenimento della mortalità materna e neonatale. In Sud Africa, nel KwaZulu Natal è in corso dal 1999 un progetto di supporto al Dipartimento di Sanità con obiettivo il miglioramento della Salute Materno Infantile. Particolare attenzione è destinata alla formazione ed all'integrazione delle diverse fonti di finanziamento, comprese le agenzie internazionali. In diversi paesi l'Italia sostiene i programmi nazionali per l'adozione della metodologia "*Integrated Management Childhood Illness*" (IMCI). In questo ambito meritano di essere segnalate le iniziative realizzate in collaborazione con l'UNICEF, come in Sud Africa e con l'OMS, come nelle Repubbliche Centro Asiatiche.
- Prevenzione e riabilitazione dell'handicap. L'handicap sia fisico che mentale, è oggetto di specifici interventi. In Mozambico, l'Italia sostiene l'innovativa introduzione di esperienze di deistituzionalizzazione e di integrazione socio-economica del malato di mente, prestando altresì assistenza tecnica a livello nazionale nella definizione delle politiche di settore. In Uganda si è conclusa la realizzazione di officine ortopediche e la formazione di fisioterapisti. In India continua l'intervento per la cura e la riabilitazione dei mielolesi, che ha avviato altresì esperienze di riabilitazione su base comunitaria. In Nicaragua si sta svolgendo un progetto di appoggio al sistema di salute comunitaria di gruppi vulnerabili colpiti dall'uragano Mitch nella zona del Pacifico. In Palestina sono state gettate le basi per un intervento in questo settore, che prenderà corpo nel corso dell'anno 2001 mentre è stato fornito un supporto, tramite programmi di emergenza, ad alcuni centri specializzati in riabilitazione di mielolesi e di pazienti con lesioni neurologiche centrali.
- Risorse umane. La formazione del personale fa parte integrante di tutte le iniziative della cooperazione sanitaria. Essa viene effettuata in loco e provvede all'aggiornamento e alla riqualificazione delle competenze locali nel contesto di iniziative per lo sviluppo dei sistemi sanitari, anche attraverso il supporto ad istituzioni didattiche per la formazione di specifiche figure professionali. Attività di formazione si svolgono anche in Italia, attraverso borse di studio per la partecipazione a corsi specifici o scambi di esperienze con le istituzioni sanitarie italiane. Dove l'intervento di cooperazione sanitaria coincide con quello di cooperazione universitaria si continuano a valorizzare le naturali sinergie, come in Angola, Mozambico, Zimbabwe. In quest'ultimo paese è stato istituito un corso di

formazione degli operatori sanitari distrettuali, da realizzarsi *on-the-job* con il concorso del Dipartimento di Community Medicine dell'Università dello Zimbabwe e la collaborazione del nostro Istituto Superiore di Sanità. Nella grande maggioranza delle iniziative esiste una componente di educazione sanitaria. In molti casi vi sono anche significative componenti di appoggio allo sviluppo delle capacità locali di ricerca applicata (come per i ricordati interventi di controllo della malaria in Burkina Faso e Madagascar). In Libano è stato avviato nel 2000 il progetto di formazione continua e riorganizzazione della professione infermieristica, in collaborazione con la Commissione Europea e l'Agenzia di Cooperazione Tecnica Svedese. L'iniziativa nel suo insieme intende riqualificare il personale infermieristico esistente, ridurre la sperequazione di trattamento tra personale infermieristico e medico, promuovere il riconoscimento istituzionale della professione infermieristica ed incrementare il numero di iscrizioni alle scuole di settore. L'azione progettuale ha promosso la presentazione al Parlamento libanese della proposta di legge concernente la costituzione dell'ordine delle infermiere. Per la realizzazione delle attività e delle proprie iniziative di formazione, la cooperazione allo sviluppo mantiene in Italia uno stretto legame di collaborazione con il Ministero della Sanità e con istituzioni pubbliche quali l'Istituto Superiore di Sanità e l'Istituto Nazionale della Nutrizione. Essa si avvale altresì a livello operativo di varie Università, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, Assessorati Regionali alla Sanità e Aziende Sanitarie Locali oltre che di ONG con specifiche competenze ed esperienza. Numerose sono state infine le pubblicazioni divulgative e scientifiche.

**IV. – ALTRI STRUMENTI DELLA COOPERAZIONE
BILATERALE**

PAGINA BIANCA

1 - I crediti di aiuto

Il credito di aiuto, come strumento di finanziamento di progetti e programmi di cooperazione allo sviluppo, si differenzia dal dono innanzitutto per la ovvia caratteristica della restituzione del capitale prestato, sia pure a condizioni estremamente agevolate. Si tratta quindi di uno strumento di intervento "specializzato" impiegabile solamente per programmi e progetti che abbiano un sia pur minimo tasso di redditività per il Paese destinatario e nei confronti di PVS la cui bilancia dei pagamenti consenta l'assunzione dell'onere della restituzione, sia pure con tassi di interesse nominali e con durate di rimborso molto lunghe. Il disposto della L. 49/87 - o quantomeno la sua interpretazione prevalente - consente di finanziare a credito d'aiuto - diversamente da quanto può avvenire per i doni - esclusivamente progetti "legati", ossia nel cui quadro le forniture di beni e servizi siano di origine italiana (salvo una percentuale definita progetto per progetto e destinata al finanziamento delle cosiddette spese locali). È in vigore una stringente normativa internazionale, concordata fra i Paesi industrializzati in sede OCSE, che limita il novero dei PVS che possono beneficiare di tale strumento, o che lo riserva comunque al finanziamento di progetti non in grado di generare un reddito sufficiente a ripagare un eventuale credito a condizioni "commerciali".

Questa caratteristica del credito di aiuto comporta evidentemente la necessità di procedere ad una accurata selezione, all'interno delle priorità generali della cooperazione allo sviluppo bilaterale, di progetti e Paesi che presentino le necessarie condizioni di intervento.

Un altro fattore che distingue gli interventi di cooperazione finanziati con credito di aiuto da quelli finanziati con doni è il grado di responsabilizzazione del Paese destinatario, che nei casi dei crediti di aiuto è molto maggiore di quanto non avvenga per i doni. Nel caso dei crediti di aiuto sono infatti sempre le Autorità del Paese destinatario a scegliere le imprese realizzatrici del progetto e del programma tramite procedure concorsuali, ristrette o meno a società italiane ed a stipulare i contratti per la esecuzione. Si può quindi dire che i crediti di aiuto vengono utilizzati per il finanziamento di progetti di sviluppo gestiti in via prioritaria dal Paese destinatario.

La cooperazione italiana rimane, invece, responsabile della scelta dei progetti e programmi che corrispondano alle priorità stabilite, della loro valutazione sotto il profilo tecnico e dei costi, ed inoltre di una loro valutazione dal punto di vista economico che, nel rispetto della normativa internazionale, giustifichi il ricorso a quella particolare forma di finanziamento della cooperazione che è il credito di aiuto.

Fatte salve queste due caratteristiche peculiari al credito di aiuto, i negoziati relativi ai progetti ed ai programmi da realizzare con tale forma di finanziamento si svolgono attraverso gli stessi canali e con le stesse procedure di quelli impiegati per tutti gli altri progetti di cooperazione. In particolare i crediti di aiuto, come ogni altra forma di cooperazione, vengono concessi esclusivamente su richiesta delle competenti Autorità dei Paesi in via di sviluppo, nel quadro di un rapporto organico di cooperazione (art. 1 comma 3 della Legge n. 49/87).

Stanziamenti

Lo stanziamento per la concessione di crediti di aiuto viene effettuato annualmente sul capitolo "Fondo di Rotazione", gestito dal Mediocredito centrale. Da questa divisione di competenze stabilita dalla Legge consegue che, in base alla Legge n.49/87, il Ministero degli Affari Esteri/Direzione Generale Cooperazione allo Sviluppo è responsabile della programmazione dei fondi relativi ai crediti di aiuto, dei negoziati con i Paesi destinatari e della valutazione dei progetti e programmi da finanziare. Sempre a norma della citata Legge, il decreto di impegno dei fondi viene emesso dal Ministro del Tesoro, dopo un parere espresso dagli organismi direzionali istituiti dalla Legge n.49 ed una richiesta in tal senso da parte del Ministro degli Esteri. La gestione dei fondi (erogazioni e rimborsi) viene, invece, curata dal Mediocredito centrale. Dal 1981, anno in cui si è avviata l'attività di concessione di crediti di aiuto, la progressione degli stanziamenti annuali in bilancio è stata la seguente:

Anno	Crediti d'aiuto
1981	288,0
1982	430,0
1983	797,0
1984	712,5
1985	800,0
1986	700,0
1987	1.100,0
1988	1.080,0
1989	1.156,0
1990	1.207,0
1991	334,0
1992	1.186,8
1993	919,8
1994	304,0
1995	48,2
1996	100,0
1997	53,0
1998	40,0
1999	=
2000	=

Le disponibilità del Fondo di Rotazione (art.6) considerando il residuo a fine anno 1999 (pari a circa 2.825 miliardi di lire secondo la relazione di Mediocredito Centrale) e i rientri pervenuti nel corso dell'anno a Mediocredito Centrale derivanti dai crediti concessi negli anni precedenti (pari a circa 586,8 miliardi di lire) sono ammontate a circa 3.411,8 miliardi di lire. Nel 1999 e nel 2000 non sono stati stanziati nuovi fondi.

Impegni

Pur nella diversità delle procedure e dei tempi richiesti, l'iter dei crediti d'aiuto non è dissimile da quello dei finanziamenti a fondo perduto. Esso percorre tappe già descritte per i doni e, in particolare, le tre che vengono utilizzate nell'impiego dei fondi di bilancio.

Per un credito d'aiuto il momento dell'allocazione corrisponde a quello in cui - esaurita l'istruttoria tecnica e ottenuto il parere favorevole del Comitato Direzionale - il Ministero degli Esteri richiede l'emanazione del decreto di concessione. Come per i doni, l'impegno coincide con la decretazione, da parte del Ministero del Tesoro, e la spesa con la materiale erogazione dei fondi, da parte di Mediocredito centrale.

Nel corso del 2000 sono stati assunti impegni (con decreti del Ministero del Tesoro) per n. 10 crediti di aiuto rispetto ai 13 dell'anno precedente, per un valore globale di lire 328.713.114.625 rispetto ai 269.382.792.381 miliardi dell'anno precedente.

Per quanto riguarda gli impegni, la progressione, a partire dal 1981, è stata la seguente:

Anno	Impegni (in miliardi di lire)
1981	252,1
1982	278,5
1983	468,9
1984	559,4
1985	773,7
1986	586,1
1987	1.160,1
1988	1.192,4
1989	1.183,1
1990	881,1
1991	1.050,1
1992	1.367,7
1993	266,7
1994	281,8
1995	192,8
1996	55,7
1997	275,9
1998	53,0
1999	269,3
2000	328,7

Tutti gli importi sono stati trasformati in lire sulla base dei tassi di cambio forniti a fine anno dal Mediocredito centrale. Si trascrivono qui di seguito i tassi di cambio utilizzati per la trasformazione in lire italiane dei crediti di aiuto concessi in valute estere nel corso dei vari anni:

Tabella tassi di cambio di fine anno forniti da MCC

Anno	Dollari USA	Marco Tedesco	ECU	Franco Svizzero
1981	1.208,25			
1982	1.364,50	576,425		
1983	1.659,5	607,72		
1984	1.935,875	614,25		
1985	1.678	682,25		
1986	1.351,1	696,5	1.444,1	
1987	1.169,25	738,525	1.520,95	

1988	1.305,765	737,295	1.530,1	867,8
1989	1.270,50	749,725	1.512,24	
1990	1.130,145	754,30	1.546,5	
1991	1.151,055	757,735	1.538,2	
1992	1.140,86	910,19	1.775,62	
1993	1.703,97	985,81	1.908,45	
1994	1.629,74	1.047,73	1.989,59	
1995	1.584,72	1.105,49	2.030,50	
1996	1.530,85	982,89	1.896,42	
1997	1.747,47	982,55	1.944,06	

N.B. Nel 1998, nel 1999 e nel 2000 sono stati concessi solo crediti in lire italiane.

A fine 2000, risultava in corso di perfezionamento una richiesta di decreto relativa ad un credito di aiuto al Nicaragua di 15 miliardi di lire.

A fine anno, figuravano come già approvati dal Comitato Direzionale altri 29 crediti di aiuto, la cui decretazione è in attesa che venga identificato, tramite procedura concorsuale, l'ente esecutore, in applicazione delle nuove procedure adottate. Il valore globale di tali crediti approvati ammonta ad ulteriori 808 miliardi di lire circa.

Dal raffronto dei dati relativi alle disponibilità e agli impegni, risulta che alla fine del 2000 permane sul Fondo un residuo di circa 2.617,7 miliardi di lire che viene riportato al 2001.

L'andamento della cooperazione a credito d'aiuto nel 2000 ha dimostrato un aumento nel numero totale dei decreti emanati dal Ministero del Tesoro rispetto all'anno precedente. Si rileva in particolare un sempre maggior ricorso da parte dei P.V.S. all'impiego di linee di credito open a favore della piccola e media impresa o a sostegno della bilancia dei pagamenti; nonché una soddisfacente disponibilità del Fondo rotativo, regolarmente alimentato dai ripagamenti da parte della grande maggioranza dei Paesi beneficiari;

Erogazioni

Per quanto attiene alle erogazioni, si è registrato nel medesimo arco di tempo il seguente volume:

Anno	Erogazioni (in miliardi di lire)
1981	19,2
1982	134,2
1983	221,8
1984	493,0
1985	335,6
1986	433,5
1987	657,2
1988	884,9
1989	1.093,7
1990	775,7
1991	929,2
1992	1.118,2
1993	1.360,1
1994	660,9