

volontario in America centrale con l'UNDP e l'ILO/IPEC.

Per quanto riguarda in particolare la cooperazione decentrata, sono particolarmente interessanti alcuni programmi allo studio sui minori non accompagnati, a rischio di abbandono e di criminalizzazione, da realizzarsi in *partnership* con alcune regioni italiane (Puglia, Emilia-Romagna e Marche) e rivolti ad alcuni Paesi candidati all'integrazione europea, quali Bosnia, Croazia e Albania.

Particolare attenzione è stata riservata ai diritti delle bambine e delle adolescenti, nella consapevolezza che spesso, tra gli otto e i quindici anni, le minorenni, in particolare quelle povere e in condizione di marginalità, iniziano a subire i primi abusi sessuali in famiglia e nella comunità, oppure devono affrontare maternità precoci, sono sottoposte all'infibulazione, sono vittime del traffico finalizzato allo sfruttamento sessuale e diventano oggetto di turismo sessuale.

La problematica dello sfruttamento sessuale e del traffico dei minori è stata affrontata anche ponendo attenzione alla situazione sul territorio nazionale, nel quale il mercato della prostituzione di minorenni, per opera della criminalità organizzata, è alimentato soprattutto da giovani provenienti dai Balcani, dall'Europa dell'Est e da alcuni Paesi africani come la Nigeria. Nei confronti della Nigeria, in particolare, è stato avviato un programma realizzato dall'UNICRI contro la tratta delle ragazze. Nell'ambito della lotta al traffico per sfruttamento sessuale e turismo sessuale nel 2002 sono stati approvati programmi per un valore complessivo di oltre 9 milioni di euro nel Sud-est asiatico (iniziativa promossa da ECPAT, UNICEF e governo giapponese, annunciata durante la Conferenza Internazionale di Yokohama), in Nigeria, nella Repubblica Dominicana, nella Regione Centro Americana e Caraibica.

Nel quadro del "Patto di stabilità per i Balcani", sono stati finanziati programmi per la promozione del processo di pace, della democrazia e dell'occupazione giovanile (soprattutto femminile) e per il recupero psichico e fisico dei minori vittime dei conflitti armati, per un valore totale di 9 milioni di euro. Tra questi, l'iniziativa di cooperazione decentrata, a partenariato DGCS con le regioni Emilia-Romagna e Marche, denominata "Programma per la tutela e il reinserimento dei minori con handicap fisico e psichico vittime dei conflitti armati e promozione di imprenditorialità sociale in Bosnia Erzegovina", con la partecipazione dell'Università di Bologna e delle Terme di Salsomaggiore, e il progetto "Partecipazione italiana alla ricostruzione dell'Area Sub-danubiana (ex Slavonia Orientale) - Promozione dell'Imprenditorialità giovanile e sviluppo dei servizi sociali in Croazia", in partenariato con la Regione Friuli. In Serbia e Montenegro, Albania, Macedonia, Bosnia, Croazia, Bulgaria, Kosovo e Romania è inoltre in corso una iniziativa, realizzata attraverso la Banca Mondiale, del valore di 2,4 milioni di dollari.

In America Latina sono state finanziate con contributi volontari le iniziative dell'UNICEF nella regione andina (PROANDES), dell'OIL/IPEC contro lo sfruttamento delle forme peggiori di lavoro minorile in America centrale, dell'UNDP per la promozione di una società senza violenza in El Salvador e un'iniziativa dell'UNICEF di lotta alla povertà e alle peggiori forme di sfruttamento minorile in Nicaragua. In Ecuador è stato deliberato un contributo volontario all'iniziativa multidonatori UNICEF, finalizzata alla tutela e promozione dei diritti dei bambini e adolescenti in condizioni di vulnerabilità e a rischio di esclusione sociale, del valore di circa 2 milioni di euro.

È inoltre in fase di identificazione e formulazione un programma per la tutela e la

promozione dei diritti delle bambine e delle adolescenti in Egitto, focalizzato sulla problematica della mancata registrazione anagrafica delle bambine appartenenti alle fasce più povere e marginali della popolazione. Sono anche da segnalare: in Mozambico il “Programma integrato in favore dei bambini e adolescenti in conflitto con la legge e a rischio”, da realizzare attraverso l’UNICRI, e il “Global Programme against the Trafficking of Human Beings” realizzato dall’UNICRI in collaborazione con ECPAT; in Albania l’iniziativa in favore dei minori in condizioni di vulnerabilità e di rafforzamento del sistema delle adozioni internazionali.

In Italia, infine, è stata istituita presso l’Istituto degli Innocenti/IDI/UNICEF/IRC una *Task Force* italiana di esperti appartenenti al mondo universitario e a quello delle ONG italiane in appoggio al *network* europeo che segue la problematica dei bambini coinvolti nei conflitti armati. Nel mese di luglio ha avuto luogo un seminario di riflessione dedicato allo studio e all’identificazione di programmi mirati alla registrazione delle nascite.

La DGCS contribuisce alle attività dell’Osservatorio nazionale sui minori e partecipa al Comitato interministeriale per la lotta alla pedofilia – CICLOPE – istituito dal Ministro per le Pari Opportunità.

3. Il patrimonio culturale

La DGCS ha proseguito nel corso dell’anno le attività volte soprattutto alla messa a punto di programmi di forte impatto sull’identità culturale dei Paesi *partner*, promuovendo, in particolare, l’integrazione di tale prospettiva in una strategia internazionale di sviluppo e il consolidamento di una cultura del patrimonio.

I due ambiti d’intervento di maggior rilievo sono stati la gestione dei Siti archeologici e quella dei Musei.

Per quanto concerne i Siti archeologici, sul canale bilaterale si è concluso il programma di Saqqara in Egitto, per il quale sono state rilevate e monitorate oltre 600 tombe ed è stata redatta la prima mappa archeologica del sito, con sistemi avanzati di georeferenziazione. Nel corso dell’anno è stata impostata una seconda fase del progetto che prevede il sostegno al “Programma nazionale di rafforzamento e riammodernamento delle istituzioni di tutela”, e il recupero delle tradizioni orali, la tutela e la valorizzazione del patrimonio culturale tradizionale, attraverso la creazione di distretti culturali, sia nell’area di Saqqara, sia nell’area dell’Oasi del Fayum.

Sul canale bilaterale, sulla base del Bando predisposto dalla DGCS, è stato lanciato dal Presidente Mubarak il Concorso internazionale di architettura per il nuovo Museo di Giza e sono stati selezionati 20 concorrenti per la seconda fase del concorso, tra cui due studi professionali italiani.

Altri progetti di distretti culturali sono poi stati attivati in Siria per la Cittadella di Damasco e in Uruguay per il Sistema dei teatri di Montevideo.

Il Comitato Direzionale ha approvato un programma per l’ammodernamento dei quattro Musei nazionali di Belgrado e una iniziativa per l’ampliamento del Museo storico di Xi’an (Cina). Sono inoltre state attivate le fasi preliminari dei programmi per una nuova impostazione dei Musei nazionali di Damasco e di Teheran.

Per quanto concerne i programmi multilaterali in campo museale, si sono conclusi con significativi risultati i progetti dell’UNESCO nell’Africa Sub-sahariana: i Musei dell’Angola, la *Route de l’Esclave*, programma impostato come rete virtuale dei Musei della

schiavitù sulle due sponde dell'Atlantico, il programma "Prevention of Museums in Africa" (PREMA), realizzato dall'ICCROM, rivolto all'Africa orientale anglofona.

Per quanto concerne i programmi attivati tramite il *Trust Fund* in essere presso la Banca Mondiale, dedicato al patrimonio culturale, elemento di spicco è risultato essere il progetto per il Museo del Bardo di Tunisi.

Infine, nel corso dell'anno sono state finanziate due importanti manifestazioni: la Conferenza internazionale di Fes, organizzata dalla Banca Mondiale, e la Conferenza di Venezia, a celebrazione dei 30 anni della Convenzione UNESCO del 1972, organizzata dal *World Heritage Center*.

4. La sicurezza alimentare

La sicurezza alimentare di una nazione o di una comunità va intesa come la capacità e la possibilità da parte dei suoi componenti di accedere a una quantità e qualità di alimenti adeguate al soddisfacimento dei bisogni alimentari e rispondente ai requisiti sanitari.

La lotta alla fame è inserita nel contesto più ampio della lotta alla povertà e, come l'esperienza di numerosi Paesi insegna, l'autosufficienza alimentare raggiunta a livello nazionale non basta da sola a garantire l'eliminazione della denutrizione e della malnutrizione se larghe fasce della popolazione non possiedono risorse sufficienti per procurarsi una dieta adeguata.

L'approccio della Cooperazione italiana si fonda sul principio che qualsiasi intervento teso al miglioramento del grado di sicurezza alimentare di una nazione o di una comunità debba essere preceduto da una approfondita analisi delle cause che determinano la crisi, in maniera da poter opportunamente calibrare gli interventi. Le azioni più efficaci sono quindi individuate sulla base di una analisi della situazione locale e con un approccio partecipativo, tendente ad individuare le cause strutturali che sono alla base della insicurezza alimentare e ad inserire i propri interventi in maniera organica e coerente nelle strategie del Paese e in coordinamento con gli altri donatori.

L'aumento della produzione alimentare, laddove ritenuto prioritario, è perseguito attraverso la crescita della produttività delle coltivazioni agricole, piuttosto che attraverso l'espansione delle superfici coltivate, con azioni che in generale tendono ad assistere gli agricoltori nel passaggio da metodi di coltivazione estensivi ad intensivi, incrementando e ottimizzando l'utilizzo di fattori produttivi di natura extra aziendale (fertilizzanti, sementi migliorate), per elevare le rese unitarie e mantenere la fertilità dei suoli. Sono inoltre privilegiati interventi che determinano un rafforzamento delle capacità tecniche locali, a livello sia di comunità beneficiarie sia di istituzioni competenti, in quanto ritenuti di grande importanza ai fini della sostenibilità degli interventi.

Il processo di globalizzazione e lo sviluppo di tecnologie alternative hanno determinato in ambito alimentare una maggiore disponibilità di alcuni prodotti, nonché una maggiore variabilità dei beni reperibili sul mercato dei Paesi industrializzati. Detta situazione ha, in effetti, determinato un significativo aumento delle produzioni mondiali di alcuni generi, causando però in molti casi un'alterazione delle produzioni tradizionali. Gli effetti di questa situazione generale si ripercuotono significativamente, ma in modo diverso, nell'ambito delle varie realtà operative

della Cooperazione italiana.

Sempre più si avverte, inoltre, la necessità di adeguare i sistemi produttivi e la stessa produzione agricola ai criteri richiesti dal mercato internazionale. La qualità dei prodotti, il costo di produzione e il rispetto delle norme sanitarie internazionali divengono quindi dei parametri che vanno obbligatoriamente presi in considerazione per mettere il sistema produttivo dei PVS in grado di integrarsi nel sistema di produzione globale.

In alcune regioni geografiche, quali l'Africa Sub-sahariana, il diritto elementare di accessibilità ai beni di prima necessità, ancora negato a milioni di individui, dipende da fattori diversi ma tra loro correlati:

1. la disponibilità di alimenti;
2. l'accessibilità agli alimenti da parte della popolazione o, in altri termini, la capacità di acquisirli;
3. la capacità di far fronte a situazioni d'emergenza di varia natura che determinano situazioni transitorie di insicurezza alimentare (ad esempio siccità, attacchi parassitari di forte intensità, ecc.);
4. il progressivo abbandono di tradizioni alimentari e produttive.

Dopo decenni in cui le politiche agricole e le strategie di sicurezza alimentare di molti Paesi africani (soprattutto negli anni '70 e '80) agivano essenzialmente sul fronte della disponibilità di alimenti ed erano pertanto costruite attorno all'obiettivo prioritario del raggiungimento dell'autosufficienza alimentare, gli aspetti legati all'accessibilità agli alimenti sono oggi considerati sempre più importanti per determinare la sicurezza alimentare. La povertà è quindi vista quale causa ultima dell'impossibilità di nutrirsi in maniera appropriata da parte di larghe fasce della popolazione.

Nel corso del 2002 la regione del **Corno d'Africa** è stata colpita da una prolungata siccità che ha avuto gravissime ripercussioni sul livello delle produzioni agricole e sulla sicurezza alimentare di milioni di individui. La Cooperazione italiana ha fornito una risposta concreta all'emergenza con aiuti alimentari distribuiti alle popolazioni attraverso il Programma Alimentare Mondiale (PAM). In Etiopia le iniziative nel campo della sicurezza alimentare continuano a essere portate avanti in maniera diversificata con azioni sia a sostegno della produzione alimentare (fornitura di fattori produttivi quali fertilizzanti, miglioramento delle pratiche colturali, sostegno al settore sementiero), che con azioni tendenti ad incrementare l'accessibilità agli alimenti e finalizzate alla creazione di opportunità di reddito per le fasce più deboli (microcredito, schemi di *cash for work*). Dove possibile è stata privilegiata la strategia di assistere le comunità attraverso la messa a disposizione di fondi direttamente gestiti dalle stesse e indirizzati alla ricostituzione delle risorse di base per raggiungere sufficienti livelli produttivi e per determinare una diversificazione delle fonti di reddito, appoggiando il rafforzamento delle istituzioni e a diretto beneficio degli agricoltori e delle organizzazioni operanti in ambito rurale.

Nel bacino del Mediterraneo e nell'area del Vicino e Medio Oriente le attività della Cooperazione italiana in ambito agricolo e di sicurezza alimentare sono particolarmente diversificate. In Egitto, la Cooperazione italiana è impegnata nella realizzazione di programmi di agricoltura eco-sostenibile con l'obiettivo di aumentare la produzione agricola attraverso un migliore uso delle risorse naturali (principalmen-

te suolo e acqua) e al tempo stesso conservando e, in molti casi migliorando, le condizioni ambientali delle aree interessate. Sempre in Egitto, grazie alle risorse finanziarie rese disponibili a seguito dell'accordo di riconversione del debito, è in corso un importante programma di sviluppo rurale integrato nella regione di Nubaria, in collaborazione con l'IFAD, che è incentrato sul miglioramento delle tecniche di produzione agricola.

In **Siria** la Cooperazione italiana sta sviluppando la sua azione operando nel settore del miglioramento della qualità dell'olio d'oliva, nel potenziamento dei sistemi irrigui, nell'ammodernamento dei sistemi di trasformazione del latte.

Nei **Territori Palestinesi** la politica agricola della Cooperazione italiana prevede interventi nel campo dello sviluppo rurale attraverso il coinvolgimento di UNDP e di ONG locali, nonché interventi volti all'incremento della produzione olivicola.

In **Tunisia** le iniziative nel settore agricolo riguardano progetti di agricoltura ecosostenibile, linee di credito nel settore agro-industriale, creazione di palmeti in zone aride (oasi di Rajim Matoug).

In **Algeria**, in accordo con le autorità locali, la Cooperazione italiana sta portando avanti un progetto di sostegno al Piano nazionale di sviluppo agricolo, nonché l'attivazione di una linea di credito a favore dell'agricoltura.

In **Libano**, nella Valle della Bekaa, è in corso un progetto di sviluppo agricolo a sostegno dell'azione del governo che persegue l'obiettivo di diversificare e aumentare la produzione agricola a seguito dell'eradicazione delle colture illecite.

In **Libia**, nel corso del 2002, si è eseguita la fase progettuale per la realizzazione di due centri sperimentali: uno a Tobruk, per il miglioramento delle tecniche irrigue, e l'altro a Sirte per il miglioramento della zootecnia e della foraggicoltura.

Nella regione del **Sahel** il ruolo della Cooperazione italiana è da anni caratterizzato dall'incisività nel rafforzare le capacità locali di prevedere le crisi determinate da carenza alimentare. L'apporto italiano continua a essere particolarmente qualificante nel campo dell'informazione e della messa a punto e utilizzazione di sistemi informativi applicati alla sicurezza alimentare e alla gestione delle risorse naturali. La nostra azione ha permesso di superare alcuni limiti insiti nella concezione tradizionale di tali sistemi e ha portato all'elaborazione, a livello regionale, di una metodologia che, oltre a fornire una stima sufficientemente precisa e tempestiva sull'andamento della stagione agricola, consente di stabilire il livello di vulnerabilità della popolazione su una scala temporale più ampia. Tali sistemi sono stati ripresi per preparare un vasto programma di lotta alla desertificazione e riduzione della povertà nel Sahel. Nel corso del 2002 sono continuate le attività relative alla istituzione di un Fondo di lotta alla desertificazione e riduzione della povertà per le popolazioni di Burkina Faso, Niger, Mali, Senegal, finalizzato allo sviluppo delle comunità rurali particolarmente vulnerabili in aree marginali del Sahel.

Nell'**Africa Australe** e in **Mozambico**, in particolare, l'attività della Cooperazione italiana si è concentrata in specifici comparti del settore agricolo, comparti che sono

tradizionalmente sostenuti dalla nostra azione e che rivestono una significativa rilevanza nel contesto delle politiche nazionali e dei programmi di riqualificazione e rilancio della produzione agricola.

Si segnala al riguardo l'impegno italiano nella riabilitazione di sistemi irrigui e nel rilancio delle attività colturali, il sostegno fornito alle istituzioni preposte al dialogo con il settore commerciale agrario, la cui azione tende a raccordare le iniziative pubbliche alle esigenze segnalate dal settore privato e il sostegno al programma nazionale agricolo di riqualificazione e riforma del ministero dell'agricoltura mozambicano, programma che costituisce il maggior sforzo di crescita e creazione di capacità istituzionale intrapreso a tutti i livelli nel Paese.

Nella regione dei **Grandi Laghi**, dove da anni si registra un crescente stato di insicurezza politica e sociale dovuto ai vari conflitti, la Cooperazione italiana da anni presente nella regione è stata particolarmente attiva nel Nord dell'Uganda, dove si è cercato di creare una gamma di strumenti atti a prevenire fenomeni di carenza alimentare a livello locale operando attraverso strumenti formativi, finanziari e agricoli.

In **America Latina** le attività della Cooperazione italiana hanno continuato a orientarsi soprattutto sulla lavorazione dei prodotti agricoli, al fine di consentire una disponibilità di alimenti con migliori caratteristiche qualitative e nutrizionali. Esempi di tale strategia sono gli interventi in Repubblica Dominicana nel settore della lavorazione del riso, e in Nicaragua nel settore della produzione e distribuzione del latte. A Cuba è in corso una iniziativa volta alla sostituzione e al ripristino di attrezzature irrigue non più funzionanti, il cui abbandono ha determinato grossi cali nei livelli di disponibilità alimentare interna.

In **Brasile** è stata avviata una iniziativa finalizzata alla conservazione e valorizzazione della biodiversità, con particolare riguardo alla conservazione dinamica, attraverso l'uso sostenibile e il miglioramento di quelle risorse fitogenetiche per l'agricoltura, l'alimentazione e altri usi (fitoterapici, estrattivi e diversi), che sono ancora utilizzate dagli agricoltori tradizionali e dalle comunità locali e indigene, per le quali costituiscono la base del sostentamento. Tale intervento potrà contribuire a far divenire la diversità genetica locale una componente integrante dello sviluppo e potrà, in definitiva, contribuire ad elevare il grado di sicurezza alimentare delle popolazioni, promuovendo la diversità biologica e integrando interventi di conservazione e promozione della biodiversità con azioni di sviluppo poste in essere a livello locale.

Per quanto riguarda l'**Asia**, in Cina continua l'opera di valorizzazione delle risorse autoctone, in un'ottica di mantenimento della biodiversità alimentare e tramite processi formativi di base che riguardano:

- la produzione e la trasformazione di carne di yak, risorsa caratteristica dell'altipiano tibetano;
- il potenziamento delle produzioni frutticole nella regione del Sichuan, tradizionalmente dedita a tale attività.

5. Le politiche a sostegno del settore privato nei PVS

Una delle strategie che nel 2002 la DGCS ha adottato con più convinzione per contribuire al raggiungimento degli obiettivi stabiliti dalla comunità internazionale nella

Millennium Declaration, è quella dello sviluppo del settore privato nei PVS, riconosciuto come il motore dello sviluppo economico e la principale fonte di occupazione.

Questo orientamento, già presente nel documento di indirizzo della politica di cooperazione di cui alla delibera CIPE del 23 giugno 1995, tuttora vigente, che prevede esplicitamente la promozione dell'imprenditoria locale nei PVS, è stato recepito a partire dal 1996 nei documenti di programmazione dell'attività di cooperazione approvati dal Comitato Direzionale ed è stato perseguito dalla DGCS con un grande impegno finanziario.

L'azione italiana ha inteso sostenere, in particolare, la nascita e la crescita di una diffusa imprenditorialità nei PVS, soprattutto nei settori agricolo e manifatturiero, nella presunzione che tali settori possano più validamente contribuire a ridurre in modo strutturale e duraturo la povertà, attraverso la creazione di posti di lavoro e lo sviluppo di lavoro autonomo remunerativo tra i poveri delle zone rurali e urbane, senza discriminazioni.

In tale contesto sono state privilegiate, come *target group*, le micro, le piccole e le medie imprese (MPMI), sia per la loro ampia diffusione sul territorio, sia per la loro necessità di sostegno, perché sono quelle che più risentono delle insufficienze del mercato (difficoltà di accesso al credito, esclusione dai mercati internazionali, scarse informazioni, fattori di scala) e che hanno minore capacità di influire sugli indirizzi delle politiche locali.

Inoltre si è ritenuto che la cooperazione allo sviluppo, soprattutto attraverso il canale bilaterale, potesse avvantaggiarsi dell'esperienza italiana in merito alle MPMI e ai distretti industriali. Significativi a tal proposito sono i finanziamenti che da vari anni la DGCS concede all'UNIDO per gli Uffici di Promozione Industriale in Italia e i vari studi della DGCS sull'argomento. Tra questi si cita quello presentato alla Commissione Europea nel 1999, dal titolo "Promoting local development through small size enterprise clusters: the role of migrants", che vede gli emigranti come agenti di sviluppo in grado di promuovere nei Paesi di origine la costituzione di MPMI e l'aggregazione delle stesse.

Negli ultimi anni la DGCS ha sperimentato altre forme di intervento che danno benefici più diffusi e che non generano rischi di distorsioni di mercato (sempre presenti quando si interviene direttamente sulle imprese), quali ad esempio programmi per l'occupazione, che intervengono sia sulla formazione professionale e manageriale che sui servizi per l'impiego.

Si sottolinea infine la sempre maggiore attenzione che nella formulazione delle iniziative a sostegno del settore privato viene prestata alle tematiche trasversali – minori, genere, ambiente e sicurezza nel lavoro.

Nel 2002 sono state approvate dal Comitato direzionale 50 iniziative a sostegno del settore privato di cui 44 a dono (per un valore complessivo di circa 130 milioni di euro), 4 a credito di aiuto (per un valore complessivo di circa 130 milioni di euro) e 2 finanziate ex art. 7 della Legge 49/87 (per un valore complessivo di circa 7 milioni di euro).

5.1 Sostegno diretto alle imprese

a) Interventi prevalentemente finanziari

Aiuti alla bilancia dei pagamenti dei PVS

Si tratta di forme di assistenza finanziaria fornite nel contesto di più ampie iniziative internazionali che hanno la principale finalità di aiutare i PVS a uscire da situazioni di instabilità macroeconomica dovute a cicli economici sfavorevoli, a eventi meteorologici o umani eccezionali o a programmi di aggiustamento strutturale. Le iniziative consistono in finanziamenti delle importazioni (*Commodity Aid*) di cui beneficiano soprattutto operatori economici privati. Tra i programmi più importanti approvati nel 2002 si cita quello a favore dell'Argentina per fronteggiare la recente grave crisi economica. Si tratta di un programma che mette a disposizione del Paese valuta pregiata (75 milioni di euro) a condizioni molto favorevoli (tasso di interesse 0,2% annuo e periodo di ripagamento 38 anni), da retrocedere alle MPMI locali per l'importazione dall'Italia di beni strumentali e delle materie prime necessarie per continuare l'attività produttiva e mantenere, di conseguenza, i livelli occupazionali. Programmi simili originati da problematiche diverse (guerre, uragani, ristrutturazione economica), sono stati formulati o avviati in molti altri PVS, come Serbia, Honduras, Nicaragua, Albania.

Linee di credito settoriali

In questo ambito ricadono le linee di credito concesse per permettere alle MPMI dei PVS di realizzare progetti di investimento, finanziariamente sostenibili, che generino nuova occupazione. Tali iniziative si differenziano dalle precedenti perché non hanno finalità di sostegno macroeconomico. Le linee di credito sono canalizzate attraverso il sistema bancario locale. I settori con la maggiore concentrazione degli interventi sono quelli agricolo e manifatturiero perché ritenuti, rispetto agli altri, più suscettibili di creare nuova occupazione. Uno degli aspetti valutati con maggiore attenzione per questa tipologia di programmi è la retrocessione dei crediti alle imprese, che deve avvenire in modo tale da non creare distorsioni di mercato, permettendo nel contempo alle aziende di compensare i costi aggiuntivi dei vincoli posti (quali legamento a forniture italiane, obbligo di *business plan*, ecc.). Attualmente sono in corso di erogazione un gran numero di linee di credito. Nel 2002 sono stati approvati finanziamenti per circa 130 milioni di euro.

Promozione degli investimenti privati italiani diretti

Gli Investimenti Esteri Diretti (*Foreign Direct Investment* – FDI), contribuiscono alla crescita dei PVS spesso in modo preponderante, permettendo lo sviluppo delle imprese dei PVS, l'acquisizione di tecnologie, la formazione di capitale umano specialistico, la penetrazione sui mercati esteri, l'apertura del mercato interno e il miglioramento della competitività di tutto il sistema economico.

Il modesto flusso di FDI che si indirizza verso i PVS (che è comunque oltre quattro volte l'aiuto pubblico fornito dagli Organismi di cooperazione), è distribuito in modo molto diseguale tra i Paesi: oltre due terzi fluiscono verso l'Asia e l'America Latina, con una concentrazione molto forte su pochi Paesi (ad esempio la Cina).

Il continente africano, con eccezione del Sudafrica, riceve solo una parte minima di questo flusso (lo 0,6% del totale mondiale dei FDI nel 2000).

La Legge 49/87, all'art. 7 prevede uno strumento specifico per promuovere gli investimenti diretti italiani nei PVS: il finanziamento a credito di parte del capitale di rischio conferito in imprese miste. La delibera del CICS n. 53 del 21/12/93 e la normativa secondaria interna approvata dal Comitato Direzionale (Delibera n. 76 del 02/06/98) hanno regolamentato l'istruttoria di approvazione promuovendo l'interesse degli investitori italiani verso i Paesi più poveri o verso le aree più svantaggia-

te di questi.

Nel 2002 sono stati approvati 2 nuovi finanziamenti in Tunisia e Costa d'Avorio per un importo complessivo di circa 7 milioni di euro.

b) Interventi non solo finanziari

In questa categoria rientrano tutti quegli interventi a favore delle MPMI di natura non finanziaria, quali assistenza tecnica, trasferimento di tecnologie e formazione, associati ad interventi di carattere finanziario. L'organismo di cui si è spesso avvalsa la Cooperazione italiana per l'assistenza tecnica è l'UNIDO e, più specificamente, l'*Industrial Promotion Office* di Milano, che ha una competenza specifica nell'assistenza alle imprese nella fase di preinvestimento.

Nel caso di progetti ONG a favore delle microimprese sono sempre indispensabili attività di assistenza tecnica e formazione, complementari agli interventi finanziari.

Nel 2002 sono stati approvati nuovi finanziamenti nel settore agricolo per un importo di circa 33 milioni di euro e nel settore manifatturiero per un importo di circa 22 milioni di euro.

5.2 Sostegno alle istituzioni e rafforzamento degli organismi intermediari

La DGCS ha continuato a fornire sostegno alle istituzioni pubbliche e agli organismi intermediari, in particolare a quelli finanziari, alle agenzie locali di sviluppo, alle Camere di Commercio e ai centri tecnici settoriali.

Tale attività, oggetto di specifiche iniziative in numerosi Paesi, è presente comunque nella maggioranza dei programmi di sostegno sopracitati.

5.3 Formazione professionale

La carenza di risorse umane con adeguata formazione professionale è uno dei più importanti fattori limitanti lo sviluppo delle imprese nei PVS. Numerose sono le iniziative della DGCS in questo campo in quasi tutti i Paesi di cooperazione. Una delle iniziative più significative è quella in corso nelle province interne cinesi dello Shaanxi e del Sichuan, di sostegno alle politiche governative per l'occupazione.

Questo programma è innovativo sotto molti aspetti. Infatti, per la prima volta, nella stessa iniziativa sono legati interventi a favore dei servizi per l'impiego con quelli della formazione professionale istituzionale, è prevista una componente di formazione di quadri e *manager* di impresa. La finalità di lotta alla povertà è rafforzata dal sostegno diretto agli studenti indigenti.

Nel 2002 sono stati approvati programmi di formazione professionale per un valore complessivo di oltre 5 milioni di euro.

6. Le politiche sanitarie

La Cooperazione italiana considera la promozione della salute un suo obiettivo fondamentale. La salute, infatti, oltre ad essere un diritto umano fondamentale, è oggi

riconosciuta anche come un fattore essenziale per la crescita economica e lo sviluppo umano.

L'Italia collabora con l'Unione Europea e il sistema delle Nazioni Unite, in particolare con l'OMS, grazie anche all'accordo quadro sottoscritto nel 2000, e favorisce il collegamento con il Sistema sanitario italiano, in particolare con il Ministero della Sanità e con l'Istituto Superiore di Sanità.

Nel 2002 la Cooperazione italiana ha gestito circa 183 iniziative a carattere sociosanitario in 30 Paesi, per un ammontare complessivo (gli impegni finanziari sono da imputare a più anni) di oltre 290 milioni di euro. In questa cifra non sono incluse 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 sociosanitario, descritti in un'altra parte della Relazione.

Gli interventi si conformano, generalmente, ad alcuni principi guida: l'equità nella distribuzione e nell'accesso alle risorse sanitarie, l'enfasi sulla prevenzione, la partecipazione comunitaria, l'appropriatezza tecnologica, l'intersettorialità e la promozione dell'autosufficienza locale. Attraverso un approccio integrato che si differenzia quindi da quello selettivo orientato per singole tematiche o malattie, le iniziative nel settore sanitario confermano le tre fondamentali linee strategiche adottate dalla Cooperazione italiana:

1. sostegno ai sistemi sanitari nazionali;
2. sostegno ai sistemi sanitari locali e ai processi di decentramento;
3. formazione del personale e promozione di uno scambio di esperienze e conoscenze tra le realtà dei PVS e le realtà istituzionali e locali italiane.

6.1 Sostegno ai sistemi sanitari nazionali

L'Italia sostiene e promuove il coordinamento tra i maggiori donatori e le Organizzazioni Internazionali (UE, OMS, Sistema delle Nazioni Unite, Banca Mondiale ecc.), mirato all'adozione di piani sanitari nazionali nei PVS e al rafforzamento di politiche coerenti.

In questa prospettiva si inseriscono le attività di assistenza tecnica ai Ministeri della Sanità come in **Angola**, per esempio, dove in partenariato con OMS e UE si collabora con la Direzione nazionale delle risorse umane del Ministero della Sanità per la formazione nel settore manageriale, o in **Mozambico** dove viene fornita assistenza a quattro Direzioni generali del Ministero della Sanità e si promuovono le interazioni tra settore pubblico e privato, informando e facilitando il ruolo delle ONG e altre aree della società civile; oppure in **Zimbabwe**, dove l'Italia rimane l'unico *partner/donor* bilaterale che fornisce assistenza diretta e integrata al Ministero della Sanità.

In **Swaziland**, l'Italia è il principale donatore bilaterale nel settore sanitario con un'iniziativa mirata al sostegno alla ristrutturazione del Ministero della Sanità e del Benessere Sociale e con un programma di lotta all'HIV/AIDS attraverso il miglioramento dei servizi di laboratorio nazionali HIV correlati (laboratori di riferimento nazionale e decentrati). La Cooperazione italiana è l'unica cooperazione internazionale impegnata nel Paese nello sviluppo della diagnostica dell'HIV e delle infezioni ad esso correlate.

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.

In **Sudafrica** nel 2002 è stato approvato un intervento di sostegno al Ministero della Sanità che comprende un'attività di supporto diretto all'Ufficio Coordinamento Donatori del Ministero stesso.

In **Burkina Faso** è stato concordato con il Ministero della Sanità un programma per fornire un sostegno alla realizzazione del Piano decennale di sviluppo sanitario 2002-2010.

In **Eritrea** è in corso la seconda fase del "Public Health and Rehabilitation Project in Eritrea" (PHARPE), un intervento settoriale integrato a livello nazionale, realizzato in collaborazione con l'OMS.

In **Etiopia** si è collaborato alla formulazione del Piano quinquennale di sviluppo.

In **Egitto** si lavora in collaborazione con OMS e l'Istituto Superiore di Sanità, l'Università di Valencia e altre istituzioni.

In **Libano** è operativo il Centro di ricerca e documentazione delle politiche sanitarie, costituito allo scopo di rafforzare le capacità di riordino del settore (finanziamento, spesa, organizzazione, copertura e qualità dei servizi) del Ministero della Sanità. Il Centro contribuisce inoltre alla realizzazione del Registro nazionale dei tumori e alla documentazione sulla valutazione dell'utilizzo delle tecnologie sanitarie di alto costo.

Nei **Territori Palestinesi** la Cooperazione italiana ha rafforzato il suo ruolo di guida nel settore sanitario, perfezionando in particolare i meccanismi di coordinamento sia all'interno della comunità dei donatori, sia tra quest'ultima e il Ministero della Sanità palestinese. Tra le attività svolte c'è la creazione di una banca dati elettronica *on line* relativa agli interventi sanitari di tutti i donatori che operano in Palestina.

In **Cina** è in corso un programma di supporto istituzionale al Ministero della Sanità attraverso la formazione dei quadri.

6.2 Sostegno ai sistemi nazionali locali e ai processi di decentramento

La Cooperazione italiana considera prioritari gli interventi mirati a promuovere il decentramento del sistema sanitario nell'ambito dei piani nazionali. Tale decentramento è realizzato normalmente in aree geograficamente definite, preferibilmente coincidenti con le aree del decentramento politico-amministrativo, come distretti, province, dipartimenti. Particolare enfasi è posta sulla sanità di base, intesa come strategia integrata alla lotta alla povertà, verso l'obiettivo della Salute per tutti stabilito dalla Dichiarazione di Alma Ata del 1979, e di conseguenza particolare attenzione è rivolta ai gruppi sociali più vulnerabili.

Nell'ambito di tutti i Programmi Paese di settore è stato previsto uno specifico obiettivo di sostegno al decentramento e allo sviluppo dei sistemi sanitari locali. Sono esempi di tale strategia varie iniziative in corso.

In **Nicaragua** è in atto un programma mirato al potenziamento dei sistemi sanitari

decentrati (SILAIS), nei dipartimenti settentrionali del Paese.

In **Egitto** è attivo il programma "Sostegno alla riforma del settore sanitario", finalizzato a contribuire al processo di formulazione, definizione e messa in opera della riforma sanitaria nazionale attraverso lo sviluppo di esperienze pilota nei Governatorati di Behera e di Qena.

In **Mozambico**, l'Italia è *focal donor* nella Provincia di Sofala.

In **Swaziland** è in corso la riorganizzazione di dodici unità sanitarie territoriali periferiche.

Analoghe iniziative di sostegno alla politica nazionale di decentramento della gestione della Sanità sono in corso in **Uganda** e in **Libano**.

In **Angola** il sostegno ai sistemi sanitari locali, inizialmente limitato alla sola Provincia di Luanda, per ragioni di sicurezza si sta estendendo a due vaste province rurali, collegandosi ad un intervento d'emergenza finanziato dalla Cooperazione italiana in favore del processo di pace e ricostruzione nazionale avviato in quel Paese.

In **Tanzania** è stato realizzato un programma di lotta alla malaria che ha come componente fondamentale il rafforzamento dei centri di salute periferici.

In **Gabon, Gambia e Ruanda** sono in corso tre interventi a sostegno dei servizi sanitari di base in specifiche regioni dei tre Paesi, la cui realizzazione è affidata a ONG.

In **Sud Africa**, nel KwaZulu-Natal, nel 2002 sono continuate le attività di supporto al locale Dipartimento di Sanità, volte a migliorare le capacità gestionali e di pianificazione, in particolar modo per quanto riguarda il "Programma materno-infantile". Particolare attenzione e risorse sono state destinate all'avvio di una rete di Centri di formazione destinati all'aggiornamento tecnico continuo delle Infermiere dei Centri di salute rurale.

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 nel settore specifico colloca l'Italia tra i principali *partner* del Paese.

In **Burkina Faso** la politica nazionale di decentramento dei servizi sanitari, avviata a metà degli anni '90, ha ricevuto un solido sostegno attraverso due programmi: un progetto a gestione diretta ha permesso la realizzazione di un ospedale distrettuale nell'area periurbana di Ouagadougou, mentre un programma promosso dalla ONG LVIA sta assicurando un appoggio tecnico ed economico al distretto sanitario rurale di Nanoro.

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

a) Organizzazione e gestione dei servizi, sistemi informativi sociosanitari, sorveglianza epidemiologica

In **Bolivia**, nel 2002, si è completata la seconda fase dell'iniziativa "Ristrutturazione dell'ospedale Daniel Bracamonte e potenziamento dell'Unità Sanitaria di Potosí". Sulla base dei risultati ottenuti è stato approvato il finanziamento della terza fase dell'iniziativa. Nel complesso si è costruito/ristrutturato e reequipaggiato un ospedale di riferimento regionale per il dipartimento di Potosí che ha una superficie coperta di 10.000 m² e 200 posti letto. È stato completato lo sviluppo e applicazione del sistema di gestione ospedaliera e del sistema di manutenzione delle tecnologie, assicurando l'adeguatezza delle nuove tecnologie installate rispetto alle capacità locali tecniche ed economiche di operazione. Particolare attenzione è stata data alle esperienze inter-

culturali di cui l'ufficio interculturale *willakquna* è un modello.

In **Angola** la vigilanza epidemiologica è stata indirizzata prevalentemente all'analisi della distribuzione dell'infezione da HIV e MTS in coordinamento con l'Iniziativa italiana per la lotta all'AIDS in Africa gestita dall'OMS.

In **Egitto** il programma "Sostegno alla riforma del settore sanitario" ha sviluppato un sistema di censimento e raccolta dei dati sociosanitari della popolazione, centrato sul nucleo familiare e i suoi componenti. In una seconda fase il programma prevede anche la messa a punto di un sistema di sorveglianza epidemiologica basato sulla raccolta dei dati a partire dai centri di salute periferici.

In **Libano** è in corso il progetto di supporto al Laboratorio centrale di sanità pubblica e delle strutture regionali annesse. Si sta occupando della modernizzazione della sorveglianza chimica e batteriologica dei prodotti alimentari e delle risorse idriche del Paese, attraverso attività di formazione e riorganizzazione dei servizi esistenti.

Nei **Territori Palestinesi** è in corso l'intervento di costituzione del laboratorio Centrale di salute pubblica per il controllo epidemiologico e ambientale, con il suo laboratorio centrale in Cisgiordania, completato da uno satellite nella Striscia di Gaza.

In **Tunisia** la Cooperazione italiana sostiene l'ospedale Habib Thameur e l'Istituto dei tumori Salah Azaiez per la sorveglianza epidemiologica di alcune patologie infettive e neoplastiche, prevalentemente dell'apparato genitale femminile. L'azione contempla lo *screening* della popolazione femminile e campagne educative.

In **Marocco** è in fase conclusiva il progetto a sostegno dell'Istituto Pasteur di Tangeri con il quale si è rimesso in funzione il laboratorio di riferimento per tutte le Province del Nord del Marocco.

A **Gibuti** è in fase conclusiva l'iniziativa di sostegno alla gestione dell'ospedale generale.

In **Swaziland** l'attenzione è diretta alla formazione degli operatori del dipartimento di vigilanza epidemiologica.

In **Sudafrica** è in corso il progetto di 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. È basato sull'utilizzo congiunto di informazioni sanitarie e geografiche, permettendo in tal modo un'analisi precisa dei dati. Il progetto lavora anche sull'utilizzazione di soluzioni tecnologiche avanzate e sulla formazione di *manager* esperti in gestione sanitaria relativa all'uso delle informazioni. Il sistema è ora utilizzato per la programmazione e il controllo della devoluzione della sanità di base alle municipalità; nel 2002 è stata approvata una nuova iniziativa per l'estensione dell'esperienza a livello nazionale. Sempre in **Sudafrica**, nel KwaZulu-Natal, è stata dedicata particolare attenzione allo sviluppo dei servizi di epidemiologia e all'integrazione di questi con il sistema di raccolta dati, anche ricorrendo ad innovative metodologie di ricerca per la definizione delle priorità.

Specifici interventi per rafforzare la capacità dei sistemi sanitari nella raccolta e analisi dei dati indispensabili alla programmazione sanitaria e alla vigilanza epidemiologica sono in corso in **Zimbabwe**, a supporto del Dipartimento per il controllo e la prevenzione, e in Mozambico, dove si sostengono le Direzioni Nazionali della Pianificazione e dell'Amministrazione e Gestione, il sistema informativo sanitario, nonché il sistema dei laboratori di sanità pubblica e igiene ambientale.

Sempre in Zimbabwe è alla sua seconda edizione il corso "Field Epidemiology and

Health Information for District Management Certificate”. Organizzato con il supporto dell’Istituto Superiore di Sanità, è mirato a rafforzare capacità di supervisione del livello centrale/provinciale su quello periferico.

In **Burkina Faso**, attraverso l’iniziativa multilaterale “Roll Back Malaria”, è in corso il rafforzamento del sistema di sorveglianza epidemiologica sulla malaria.

b) Sistemi farmaceutici nazionali e farmaci essenziali

In collaborazione con l’OMS si continuano a promuovere interventi per la riqualificazione e il potenziamento dei sistemi farmaceutici nazionali. In **Tunisia** è in corso 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 il loro uso razionale. In **Mozambico** viene sostenuta l’area farmaceutica nell’approvvigionamento dei farmaci necessari per sostenere la politica nazionale della salute mentale.

c) Infrastrutture sanitarie e tecnologie biomediche appropriate e sostenibili

In questo campo si punta 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. Appropriatezza 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 e manutenzione.

Nel rispetto di tali criteri, nei **Territori Palestinesi** è in completamento la costruzione di una nuova ala dell’ospedale pubblico di Hebron, mentre proseguono gli interventi di ristrutturazione dell’ospedale di Khan Younis (Striscia di Gaza) e di ampliamento dell’ospedale di Beit Jala (Cisgiordania). Purtroppo il continuo peggioramento della situazione generale nei Territori ha fortemente rallentato l’esecuzione delle opere. Analogamente, l’avvio di nuovi programmi di sviluppo, come quello concernente la realizzazione del Centro Nazionale per la manutenzione e razionalizzazione delle tecnologie biomediche, ha subito consistenti ritardi.

In **Egitto** il programma “Potenziamento e consolidamento del Medical Research Institute (MRI) dell’Università di Alessandria – II Fase” ha come obiettivo quello di combattere le patologie trasmissibili più comuni nell’area mediterranea, rafforzando le capacità del MRI di garantire servizi d’eccellenza nella diagnostica, formazione del personale e ricerca scientifica

In **Macedonia** il programma bilaterale per l’ammodernamento del parco tecnologico sanitario e l’organizzazione del relativo sistema di manutenzione delle apparecchiature elettromedicali ha consentito di equipaggiare diciotto laboratori per la manutenzione delle apparecchiature e di formare i tecnici manutentori. Inoltre, il programma ha dotato di pompe e di serbatoi per l’acqua i reparti di dialisi degli ospedali di Kumanovo e Tetovo, provvedendo anche alla standardizzazione nazionale del trattamento dell’acqua per i centri dialisi.

In **Cina**, al fine di avviare un’iniziativa di ammodernamento tecnologico di 25 ospedali, è stata realizzato uno *standard* tecnologico ospedaliero in collaborazione con il WHO.

d) Controllo delle grandi endemie

Malaria, HIV/AIDS, tubercolosi e altre malattie che per diffusione e gravità costituiscono un indiscutibile peso sociale ed economico per i Paesi con cui si coopera, rap-

presentano specifici problemi da controllare attraverso sistemi sanitari efficienti, efficaci e universalmente accessibili.

Nel 2001 il Vertice G8 di Genova aveva lanciato il Fondo Globale per la lotta contro l'AIDS, la malaria e la tubercolosi (GFATM). L'iniziativa, che costituisce la concretizzazione di un impegno che i Paesi G8 avevano assunto in occasione del precedente Vertice di Okinawa, è stata formalizzata nel 2002.

Il Fondo è un'iniziativa di partenariato pubblico-privato, cui già aderiscono 28 Stati (inclusi tutti i G8, la Commissione Europea e nove Paesi europei non-G8,), organismi internazionali (come la Commissione Europea, la Banca Mondiale, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'Agenzia delle Nazioni Unite per la lotta contro l'AIDS) e associazioni private (*World Economic Forum, Global Alliance for Vaccines and Immunization, Gates Foundation*). La gestione del Fondo è affidata alla Banca Mondiale.

Caratteristica del Fondo è di essere uno strumento finanziario, non un'agenzia esecutiva. Gli obiettivi sono:

1. raccogliere risorse finanziarie aggiuntive rispetto a quelle già iscritte nei bilanci pubblici, per metterle a disposizione della lotta contro le tre malattie;
2. supportare programmi che si inquadrano nelle politiche sanitarie nazionali dei PVS e nei PRSPs (*Poverty Reduction Strategy Papers*);
3. finanziare programmi che, nel combattere le tre malattie, rafforzino i sistemi sanitari nazionali;
4. perseguire un approccio integrato tra prevenzione, trattamento e cura;
5. valutare le proposte di finanziamento attraverso processi di riesame indipendenti, fondati su *standard* scientifici e tecnici;
6. stabilire meccanismi di spesa semplici e poco costosi, inserendosi nei meccanismi internazionali e nei piani sanitari nazionali esistenti, nonché potenziando le iniziative di successo che non dispongono di finanziamenti sufficienti;
7. concentrarsi sulla creazione e sull'ampliamento di iniziative di partenariato pubblico-privato;
8. rafforzare la partecipazione delle comunità di base e dei malati alla preparazione dei programmi;
9. concentrarsi sui risultati, collegando i finanziamenti al conseguimento di risultati misurabili e durevoli;
10. dare priorità nei finanziamenti ai Paesi e alle comunità più colpite, nonché ai Paesi esposti al rischio di aggravamento delle epidemie;
11. sostenere programmi di ricerca finalizzata.

L'Italia detiene un seggio permanente nel Consiglio di amministrazione del Fondo. L'impegno finanziario italiano ammonta a 200 milioni di dollari, di cui 100 erogati nel 2002.

Nel corso del 2002 è proseguita l'iniziativa per la lotta all'infezione HIV/AIDS in dieci Paesi africani, in collaborazione con l'OMS, e il coinvolgimento di ONG italiane presenti *in loco*. Il programma di lotta all'AIDS in Uganda prevede una sua estensione al Burundi e al 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, Università di Brescia, Istituto Superiore di Sanità). Significativo è il sostegno dato dall'Italia al programma "Roll Back Malaria"

promosso dall'OMS, con prioritaria attenzione ai Paesi in cui la Cooperazione italiana già da tempo interviene direttamente a sostegno dei programmi di lotta alla malaria quali il Burkina Faso, l'Etiopia, il Madagascar e la Tanzania.

Il sostegno fornito al controllo della tubercolosi in Uganda, presentato dall'OMS come il progetto di punta in Africa, è stato integrato in un vasto progetto a carattere regionale, la cui individuazione era stata completata nel 2001.

Nella provincia di Luanda in **Angola** un'attenzione particolare è stata rivolta al sostegno dei programmi di controllo della tubercolosi, dell'AIDS/MTS e della malaria, espandendo e integrando nuovi servizi volti a garantire alle popolazioni maggiore accesso a diagnosi, cura e prevenzione per queste patologie.

In **Burkina Faso** la Cooperazione italiana ha fornito assistenza tecnica ed economica per la lotta contro le epidemie di meningite meningococcica. Nel Paese continua il sostegno al Centro nazionale per la ricerca e la formazione sulla malaria (CNRFP), che fornisce un contributo determinante per la ricerca operativa sulla malaria.

In **Niger** la Cooperazione italiana ha fornito un sostegno, in termini di fornitura di farmaci, per la lotta contro l'epidemia di meningite meningococcica.

In **Costa d'Avorio** l'Italia partecipa alla lotta per la prevenzione dell'AIDS, attraverso l'Iniziativa OMS/Italia, realizzando progetti pilota in ambito decentrato per la prevenzione della trasmissione materno-infantile dell'infezione HIV.

In **Mozambico** sono state sostenute campagne di prevenzione e controllo del colera, attraverso l'educazione sanitaria alle popolazioni più colpite e che risiedono nelle aree meno accessibili.

Attraverso l'OMS la Cooperazione italiana partecipa alla campagna di eradicazione della poliomielite e della dracunculosi (verme di Guinea) e alle iniziative di controllo di altre malattie endemiche nei Paesi africani.

e) Salute familiare e riproduttiva

L'Italia collabora con l'OMS e l'UNICEF per la definizione delle strategie nel campo della salute riproduttiva e della nutrizione. Le attività nei Paesi si effettuano attraverso l'assistenza sanitaria di base in **Africa, Asia e America Latina**. In tutti i programmi sociosanitari viene data particolare attenzione alla promozione della salute della donna, anche attraverso specifici interventi in favore delle fasce più vulnerabili della popolazione femminile (adolescenti, madri capofamiglia, ecc.) eventualmente completati con azioni tendenti a favorirne l'integrazione socioeconomica.

In **Egitto** una delle componenti del programma "Sostegno alla riforma del settore sanitario" prevede un'importante collaborazione con l'OMS nel settore della medicina scolastica per la prevenzione e il controllo della schistosomiasi, delle parassitosi intestinali, dell'anemia e dell'acuità visiva nei bambini in età scolare.

In **Sud Africa** continua il supporto a livello nazionale dell'iniziativa IMCI (*Management Integrato delle Malattie del Bambino*) dell'UNICEF.

f) Prevenzione e riabilitazione dell'handicap e deistituzionalizzazione

L'*handicap* sia fisico che mentale è un campo al quale si dedicano specifici interventi. L'Italia promuove l'integrazione socioeconomica dei gruppi più vulnerabili e la deistituzionalizzazione dei pazienti con *handicap* fisico e mentale, prestando anche assistenza tecnica a livello nazionale nella definizione delle politiche di settore e sostenendo specifiche iniziative sul territorio.

In **Albania** si è lavorato alla trasformazione dell'ospedale psichiatrico di Valona e