

- *Somalia*: Contributo di Dollari USA 300.000 per un programma di emergenza di bonifica idrica ed ambientale”;
- *Repubblica Democratica Del Congo*: Contributo di emergenza di Dollari USA 200.000 ripartiti per fornitura di prodotti chimici per la potabilizzazione dell’acqua (70.000) ed interventi a sostegno dei bambini abbandonati (130.000);
- *Guatemala*: Contributo di Dollari USA 65.000 per aiuti umanitari di emergenza a seguito dell’uragano Mitch;
- *Belize*: Contributo di Dollari USA 50.000 per aiuti umanitari di emergenza a seguito dell’uragano Mitch.

DEPOSITO DI PISA

Un altro utile strumento a disposizione dell’Ufficio Emergenza è il Deposito di Pisa creato nel 1985 e gestito, prevalentemente con fondi italiani, dal Dipartimento Affari Umanitari delle Nazioni Unite (OCHA). Lo scopo della sua costituzione è quello di poter disporre di una riserva di beni di primo soccorso, medicinali ed alimenti da utilizzare immediatamente in situazioni di emergenza provocate da disastri naturali o causati dall’uomo ed inviati a destinazione entro 48/72 ore dall’evento calamitoso. Il Deposito è collocato nell’area aeroportuale di Pisa, che è anche base operativa dell’Aeronautica Militare Italiana.

Nel 1994 su iniziativa della DGCS, l’OCHA e l’OMS hanno sottoscritto un accordo per l’integrazione in seno al Deposito di beni di soccorso sanitario. Nel 1995 l’OCHA ed il PAM hanno firmato un analogo accordo per lo stoccaggio di alimenti.

Durante il 1998 sono state effettuate da Pisa 57 operazioni umanitarie in varie parti del mondo per via terrestre, marittima ed aerea. Gran parte delle predette spedizioni umanitarie hanno riguardato i paesi centroamericani colpiti dall’uragano Mitch ed il Kosovo.

VOLI UMANITARI – 1998

Paese beneficiario	Mese
- Uganda	Gennaio
- Burundi	Gennaio
- Etiopia	Luglio
- Kenya	Agosto
- Etiopia	Agosto
- Congo	Agosto
- Congo	Settembre
- Bangladesh	Settembre
- Sudan	Ottobre
- Honduras	Novembre
- Nicaragua	Novembre

OMS Pisa

- *Albania e Kosovo*: Invio di 4 kits sanitari destinati ai rifugiati del Kosovo in Albania e di 4 kits sanitari destinati alle autorità sanitarie del Kosovo per un costo totale di circa Dollari USA 40.000;

- *Sudan*: Invio di 5 kits sanitari da destinarsi alle popolazioni vittime delle inondazioni per un costo di circa Dollari USA 15.000;
- *Bangladesh*: Invio di 13 kits di emergenza da destinarsi alle popolazioni vittime delle inondazioni per un costo di Dollari USA 38.000;
- *Nigeria*: Invio 2 kits sanitari a seguito incendio oleodotto per un costo di Dollari USA 9.300;
- *Congo Brazzaville*: Trasporto via aerea di 3 Kits sanitari a seguito riacutizzarsi conflitto civile.

OCHA – Pisa

- *Burundi*: Invio di aiuti umanitari per un costo di Dollari USA 211.000;
- *Etiopia*: Volo umanitario per trasporto kits sanitari ed aiuti umanitari da destinarsi alle popolazioni sfollate a seguito conflitto per un costo di Dollari USA 111.000;
- *Eritrea*: Volo umanitario per trasporto kits sanitari ed aiuti umanitari da destinarsi alle popolazioni sfollate a seguito conflitto per un costo di Dollari USA 140.000;
- *Repubblica Democratica Del Congo*: Volo umanitario per trasporto generatori da destinarsi a centri ospedalieri per un costo di Dollari USA 21.000;
- *Repubblica Federale Di Yugoslavia – Kosovo*: 1) Trasporto via camion di kits di emergenza e beni umanitari per un costo di circa Dollari USA 200.000; 2) Trasporto di aiuti umanitari messi a disposizione dal Consorzio Italiano di Solidarietà da destinarsi nel Kosovo
- *Centro America*: Invio volo umanitario in Honduras per un costo di 160.500 \$ circa; ed in Nicaragua per un costo di Dollari USA 168.000; containers via nave in Guatemala, Nicaragua ed Honduras per intervento umanitario da destinarsi alle popolazioni colpite dall'uragano Mitch per un costo di circa Dollari USA 300.000;

2. - La cooperazione sanitaria

Nel 1998 la cooperazione sanitaria italiana -che ha continuato ad operare sulla base dei principi guida definiti sin dal 1989 e delle linee direttrici approvate nel 1994 in sede di UE- ha avviato un processo di revisione delle proprie strategie e modalità di intervento, che dovrebbe condurre alla pubblicazione di nuove linee guida nel corso del 1999. L'esercizio, reso necessario anche dal mutato scenario internazionale, tiene naturalmente conto dell'esperienza maturata dall'Italia nell'ambito delle attività di cooperazione allo sviluppo, ma guarda anche alle migliori esperienze sviluppate nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale, con il quale si cerca di ristabilire le necessarie sinergie.

A livello internazionale la Cooperazione sanitaria italiana ha mantenuto la tradizionale collaborazione con le Organizzazioni Internazionali attive in ambito sanitario.

Con particolare riferimento alla OMS, l'Italia vi è stata rappresentata a livello tecnico nei comitati di indirizzo e di gestione delle principali divisioni e programmi. È stato seguito con la massima attenzione il processo di rinnovamento dell'Organismo avviato dal nuovo Direttore Generale, la norvegese Dr.ssa G.H.Brundtland, sin dal momento della sua elezione nel luglio 1998, che l'Italia ha peraltro apertamente sostenuto. Tale processo, volto a rendere la OMS più rispondente alla domanda di assistenza proveniente dai PVS ed al suo ruolo nell'ambito della sanità a livello globale, è stato anche l'occasione per rivedere e rilanciare un più organico rapporto con l'Italia.

Alcuni degli elementi strategici per il rilancio della OMS sono stati peraltro messi in evidenza dallo studio di valutazione esterna delle sue attività nei PVS, che l'Italia ha sostenuto insieme a Australia, Canada, Norvegia, Regno Unito e Svezia, e le cui conclusioni sono state presentate alla Comunità internazionale a Roma nell'aprile 1998.

Oltre alle attività di carattere umanitario in risposta a calamità naturali o causate dall'uomo, la cooperazione italiana ha gestito nel 1998 oltre 100 iniziative sociosanitarie in 47 Paesi, per un valore complessivo di 436 miliardi di lire.

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.

In particolare l'Italia, come seguito dell'esercizio messo a punto in ambito UE, dove ha svolto in anni recenti il ruolo di capofila del coordinamento degli Stati Membri per la cooperazione in sanità in Etiopia, ha contribuito a creare le premesse per l'avvio del Programma di Sviluppo Integrale del Sistema Sanitario in tale Paese, sulla base del metodo dell'approccio settoriale integrale (*Sector-wide approach*). In tal senso si intende superare il tradizionale approccio per progetti, puntando al sostegno diretto delle politiche nazionali e dei relativi piani di investimento in forma coordinata ed integrata tra i diversi donatori.

Con analogo approccio, la cooperazione italiana nei Territori Palestinesi ha coordinato anche nel 1998 il gruppo di lavoro settoriale internazionale sulla pianificazione sanitaria e l'assistenza tecnica al Ministero della Sanità. In Mozambico partecipa al coordinamento dei donatori a sostegno del processo di riforma sanitaria, assistendo anche direttamente il locale Ministero della Sanità. In Eritrea sta completando, in collaborazione con l'OMS, la prima fase di un intervento settoriale

integrato a livello nazionale che affronta le priorità sanitarie identificate dal Paese. In Angola è stato individuato nel corso del 1998 un nuovo programma Paese settoriale con un rilevante sostegno alla riorganizzazione del sistema sanitario nazionale. Da ultimo, in Uganda la nostra cooperazione sostiene quale donatore principale il processo di riforma sanitaria, promuovendo in particolare l'integrazione tra servizi governativi e privati *no profit*, con la doppia finalità sociale di migliorare la qualità e l'accessibilità dell'assistenza sanitaria ed economica di ottimizzare le risorse disponibili.

Decentramento e supporto ai sistemi sanitari locali

Molti interventi si realizzano in aree geograficamente definite (di regola coincidenti con le aree del decentramento politico-amministrativo: distretti, provincie, dipartimenti ecc.). Questi interventi, tesi anche 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 loro gestione. Si possono citare ad esempio gli interventi in vari Paesi africani (Angola, Uganda, Mozambico, Zimbabwe, Etiopia, Egitto), in America latina (Bolivia) e nei Caraibi (Giamaica) e le nuove iniziative in Cina finalizzate all'attivazione di sistemi d'urgenza e pronto soccorso in aree urbane. In Mozambico (provincia di Sofala) l'Italia figura come "Donatore capofila", sostenendo direttamente il sistema sanitario provinciale. In Uganda è in corso la formulazione di un'iniziativa che promuoverà la politica nazionale d'integrazione dei servizi sanitari governativi con quelli privati non lucrativi di utilità sociale.

Sistemi informativi sociosanitari e di sorveglianza epidemiologica.

Specifici interventi per la raccolta e l'analisi di dati statistici, indispensabili alla programmazione sanitaria e per l'appoggio al funzionamento di laboratori di sanità pubblica e igiene ambientale, sono in corso in Albania, Angola, Mozambico e nei Territori Palestinesi. In Swaziland, dove l'Italia è l'unico donatore bilaterale in campo sanitario, si collabora alla organizzazione del sistema nazionale di informazione sanitaria. Analoghi interventi sono in corso in alcune province dello Zimbabwe e nel corso dell'anno è stata approvata un'iniziativa per la costruzione del sistema informativo su base geografica nella provincia del Gauteng (Sudafrica). D'altra parte, l'uso di Sistemi di Informazione Geografica (GIS) per la programmazione e la gestione integrata nei Sistemi Locali di Salute è stato introdotto proprio dall'Italia nell'ambito dei programmi di cooperazione sanitaria con l'America latina ed è stato poi "importato" in Italia a partire da programmi di cooperazione decentrata (Provincia di Arezzo).

Sistemi farmaceutici nazionali e farmaci essenziali

Si sono realizzati, in collaborazione con l'OMS, interventi per la riqualificazione ed il potenziamento dei sistemi farmaceutici nazionali. Sono in via di conclusione gli interventi bilaterali mirati ad assicurare la produzione locale e la distribuzione di farmaci essenziali, nonché l'appoggio ai sistemi locali di gestione dell'approvvigionamento, come in Marocco e Burkina Faso; in Cina la produzione farmaceutica nei PVS è stata promossa attraverso il sostegno ad imprese miste.

Infrastrutture sanitarie e tecnologie biomediche sostenibili

Gli interventi della cooperazione italiana in quest'area hanno prevalentemente puntato sulla 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 (Libano, Uganda, Egitto, Siria). In Bolivia, nella ristrutturazione dell'ospedale dipartimentale di Potosì, avviata nel 1997, oltre all'appropriatezza tecnologica delle opere, ne viene curato anche l'impatto ambientale e culturale. Nel 1998 è stata peraltro avviata la seconda componente per la dotazione tecnologica dell'ospedale e la sua completa integrazione nel sistema dipartimentale di sanità.

In situazioni particolari si è anche provveduto alla realizzazione *ex-novo* di strutture sanitarie di base e ospedaliere per rispondere ad una domanda esistente in carenza assoluta di servizi (Eritrea, Territori palestinesi). Nel campo delle tecnologie, d'accordo con le «linee guida per la cooperazione allo sviluppo nel settore delle tecnologie biomediche e dell'ingegneria clinica», pubblicate nel 1996, sono stati applicati con rigore i criteri di compatibilità con gli standard locali e di sostenibilità tecnico-economica delle forniture; è stata anche sempre associata una componente di manutenzione e formazione professionale, come in Mozambico o nel citato intervento in Bolivia. Nella stessa ottica, nel 1998 è stato inoltre approvato un programma per l'ammodernamento del parco tecnologico sanitario macedone e l'organizzazione del relativo sistema di manutenzione. Sono stati realizzati interventi per la riorganizzazione dei servizi ospedalieri e la gestione informatica delle apparecchiature elettromedicali (Tunisia e Algeria). In Marocco si è dato avvio al programma a sostegno dell'Istituto Pasteur di Tangeri quale centro di ricerca sulle malattie parassitarie intestinali, punto di riferimento per il nord del Paese.

Assistenza sanitaria di base

La Cooperazione sanitaria italiana mantiene inoltre l'accento prioritario sulla sanità di base, intesa come strategia integrata verso l'obiettivo «Salute per tutti nel XXI secolo». In tale ambito le seguenti tematiche assumono maggior rilievo:

-controllo delle grandi endemie. È continuato l'appoggio alla lotta contro le grandi endemie (malaria, tubercolosi e lebbra, AIDS); le specifiche attività sono state integrate nei Piani sanitari nazionali e nei Sistemi sanitari locali. Attraverso la OMS la Cooperazione Italiana partecipa alla campagna di eradicazione, auspicata entro il 2000, della poliomielite e della dracunculiasi (verme di Guinea) nei Paesi africani. L'azione contro la recrudescenza della tubercolosi, fattasi più minacciosa per l'associazione con l'AIDS, è stata realizzata in Uganda, Etiopia, Eritrea, Pakistan e Filippine, secondo le strategie definite dall'OMS. Per quanto riguarda la malaria, la cooperazione italiana sta operando in vari Paesi, soprattutto africani (Burkina Faso, Madagascar, Etiopia ed Eritrea), ove il flagello è responsabile della morte di circa 2 milioni di bambini all'anno; al fine di appoggiare la definizione e l'applicazione di strategie antimalariche più appropriate ed efficaci, è in atto una collaborazione con alcuni Istituti di ricerca italiani internazionalmente noti (Istituto di Parassitologia dell'Università di Roma, Università di Camerino, Istituto Superiore di Sanità). Nel 1998 la lotta alla malaria nell'Africa Subsahariana è stata inclusa negli accordi di collaborazione scientifica tra USA e Italia, sottoscritti nel mese di maggio, durante l'incontro tra i rispettivi capi di Governo. L'Italia ha inoltre sostenuto l'inserimento delle raccomandazioni volte a rafforzare il controllo delle malattie parassitarie a livello globale nell'ordine del giorno della riunione dei G8 di Birmingham in luglio.

Infine, in occasione del Centenario della scoperta del meccanismo di trasmissione della malaria (ad opera di G.B. Grassi), la cooperazione ha collaborato alla realizzazione di una Conferenza che, a novembre, presso l'Accademia Nazionale dei Lincei, ha riunito a Roma i migliori ricercatori in materia a livello mondiale.

-Salute familiare e riproduttiva. Approccio di genere. Su questo fronte si è collaborato con l'OMS per la definizione di politiche e strategie d'azione nel campo della salute riproduttiva e della nutrizione. Le attività nei paesi membri della OMS 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 sociosanitari 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 integrati con azioni tendenti a favorire l'integrazione socioeconomica.

-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 socioeconomica del malato di mente, prestando altresì assistenza tecnica a livello nazionale nella definizione delle politiche di settore. In Uganda ed Eritrea è proseguita 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 dato vita anche ad esperienze di riabilitazione su base comunitaria.

Promozione della salute nell'ambito di programmi multisettoriali

Spesso l'intervento sanitario della cooperazione italiana si inserisce nel contesto più articolato di iniziative multisettoriali. È il caso, ad esempio, dei «Programmi di sviluppo umano locale» (Mozambico, Centro America, Cuba, Tunisia) ed il «Progetto Atlante» (Bosnia) realizzati dall'UNOPS su finanziamento italiano. Analogamente, nel contesto dell'iniziativa europea a favore della Somalia, l'Italia sostiene numerosi interventi sanitari in gran parte realizzati da nostre ONG. Nel Corno d'Africa il nostro Paese figura tra i membri promotori del forum dei partner dell'IGAD, nell'ambito del cui sostegno contribuisce, mediante finanziamenti alla OMS, alla realizzazione di iniziative sanitarie a favore delle popolazioni nomadi e di frontiera.

In alcuni casi, l'intervento sanitario assume un significato particolarmente rilevante nel contesto di più articolate iniziative della comunità internazionale in situazioni di alta complessità. Ad esempio, nell'ambito del processo di pace mediorientale, l'Italia ha assunto il ruolo trainante di *shepherd* della sanità pubblica presso il *Refugee Working Group* e quale membro della *task-force* dell'Unione Europea. In particolare, le iniziative sostenute dall'Italia in quel contesto sono dirette a migliorare le condizioni di vita dei rifugiati ed il dialogo tra le diverse comunità regionali.

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 delle riforme dei sistemi sanitari. 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. In alcuni Paesi (Giordania, Mozambico, Eritrea, Egitto) sono stati avviati o proseguiti interventi di supporto ad istituzioni didattiche per la formazione di specifiche figure professionali. Nella grande maggioranza delle iniziative esiste una componente di educazione sanitaria ed in molti casi vi sono anche significative componenti di appoggio allo sviluppo delle capacità locali di ricerca applicata (Burkina Faso, Madagascar).

Per la realizzazione delle attività e delle iniziative sopracitate la cooperazione italiana mantiene, a livello nazionale, 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 di avvale altresì a livello operativo del contributo 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, anche su riviste internazionali, realizzate nell'ambito delle iniziative della Cooperazione sanitaria italiana.

3. - 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). Tale disposizione limita severamente la possibilità di utilizzo dello strumento del credito: sia perché in diversi casi il *procurement* italiano si rivela assai più costoso di quello in loco (nel caso di interventi a basso contenuto tecnologico), sia perché 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 preveda di riservarlo comunque al finanziamento di progetti non in grado di generare un reddito sufficiente a ripagare un eventuale credito a condizioni "commerciali".

Questa prima 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 secondo 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 l'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.

In questo ambito la cooperazione italiana rimane, invece, responsabile della scelta dei progetti e programmi che corrispondano alle priorità indicate dagli organismi stabiliti dalla legge (Comitato Direzionale e Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica), 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 tale forma di finanziamento.

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 PVS, 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 MAE-DGCS 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 MAE. La gestione dei fondi (erogazioni e rimborsi) viene, invece, curata dal Mediocredito centrale.

Per il 1998 lo stanziamento della Legge finanziaria per i crediti di aiuto è stato pari a 40 miliardi di lire. Dal 1981, anno in cui si è avviata l'attività di concessione di crediti di aiuto, la progressione degli stanziamenti è stata la seguente:

Anno	Stanziamenti (in miliardi di Lire)
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	1.334,0
1992	1.186,8
1993	919,8
1994	304,0
1995	48,2
1996	100,0
1997	53,0
1998	40,0

Sembra opportuno precisare che le reali disponibilità del Fondo di Rotazione sono in effetti superiori allo stanziamento così come sopra inteso. All'importo dello stanziamento per il 1998, si devono, infatti, aggiungere il residuo dell'anno precedente (pari a circa 2.530,8 miliardi di lire), i rientri pervenuti nel corso dell'anno a Mediocredito centrale derivanti dai crediti concessi negli anni precedenti (pari a circa 414,3 miliardi di lire) nonché quelli relativi alle revoche di decreti (pari a circa 13,8 miliardi di lire).

Le effettive disponibilità per crediti d'aiuto da concedere ai PVS (Art.6) a valere sul Fondo di Rotazione nel 1998 sono, pertanto, ammontate a circa 2.999 miliardi di lire. Seguendo le

indicazioni fornite dal Ministero del Tesoro, è proseguita l'utilizzazione della Lira italiana quale valuta di finanziamento: in effetti i tre crediti di aiuto decretati nell'anno sono tutti denominati in lire.

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 1998 sono stati assunti impegni (con decreti del Ministero del Tesoro) per 3 crediti d'aiuto, rispetto ai 7 dell'anno precedente, per un valore globale di lire 53 miliardi di Lire rispetto ai 275,9 del 1997.

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	1.127,9
1992	1.367,7 ¹
1993	266,7
1994	291,9
1995	192,8
1996	55,7
1997	275,9
1998	53,0

¹ La cifra relativa ai decreti autorizzati nel 1992 presenta una modesta variazione rispetto a quella fornita negli anni precedenti in seguito a revoche di alcuni decreti. 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:

Tabella tassi di cambio di fine anno forniti da MCC

Anno	Dollari USA	Marco Tedesco	ECU	Franco Svizzero
1981	1.208,250			
1982	1.364,500	576,425		
1983	1.659,500	607,720		
1984	1.935,875	614,250		
1985	1.678,000	682,250		
1986	1.351,100	696,500	1.444,100	
1987	1.169,250	738,525	1.520,950	
1988	1.305,765	737,295	1.530,100	867,800
1989	1.270,500	749,725	1.512,240	
1990	1.130,145	754,300	1.546,500	
1991	1.151,055	757,735	1.538,200	
1992	1.140,860	910,190	1.775,620	
1993	1.703,970	985,810	1.908,450	
1994	1.629,740	1.047,730	1.989,590	
1995	1.584,720	1.105,490	2.030,500	
1996	1.530,850	982,890	1.896,420	
1997	1.747,470	982,550	1.944,060	
1998	1.653,100	989,990	1.936,270	

All'importo decretato nel 1998, si aggiungono ulteriori 12 crediti di aiuto approvati dal Comitato Direzionale, per i quali non è stata ancora avanzata richiesta di emissione del decreto di autorizzazione 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 312,4 miliardi di lire.

Dal raffronto dei dati relativi alle disponibilità e agli impegni, risulta che alla fine del 1998 permane sul Fondo un residuo di circa 2.971,5 miliardi di lire che viene riportato al 1999.

L'andamento della cooperazione a credito d'aiuto ha confermato le tendenze già emerse nel corso del 1997, che possono riassumersi nei punti seguenti:

- soddisfacente disponibilità del fondo rotativo, regolarmente alimentato dai pagamenti da parte della grande maggioranza dei Paesi beneficiari;
- persistente difficoltà di ampliare il ricorso ai crediti d'aiuto, dovuta al sovrapporsi di diversi elementi, quali:

1. le discipline internazionali limitative dei crediti d'aiuto legati alla fornitura di beni e servizi di origine nazionale del donatore (i soli che alla Cooperazione italiana è attualmente permesso di concedere, secondo l'interpretazione prevalente dell'Art.6 della L.49/87);

2. - la loro problematica utilizzabilità in vari settori prioritari per la Cooperazione italiana (sviluppo umano, interventi sociali e sanitari), che richiedono piuttosto finanziamenti "slegati" o a dono;

3. - le disposizioni normative di varia natura che limitano la possibilità di concedere crediti a PVS in difficile situazione debitoria;

Erogazioni

Per quanto attiene alle erogazioni, si è registrato il seguente risultato:

Anno	Erogazioni (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
1995	488,3
1996	321,8
1997	181,2
1998	219,4

Nel 1998 le erogazioni hanno, dunque, registrato un leggero aumento rispetto all'anno precedente.

Condizioni dei crediti di aiuto

Per gli impegni pregressi, le condizioni dei crediti di aiuto, più onerose rispetto alle attuali, sono rimaste quelle fissate negli anni in cui gli impegni stessi erano stati assunti. Per i nuovi impegni sono state applicati i termini fissati con la Delibera del Ministro degli Affari Esteri dell'1.8.1996, la quale dispone che diverse condizioni vengano applicate a seconda della fascia di reddito nella quale si trova il PVS beneficiario. I Paesi eleggibili a ricevere crediti d'aiuto potranno

così ottenere crediti con elemento dono pari al 40% circa (nel caso di reddito pro capite più elevato) o all'80% (nel caso di reddito più basso o di alcuni Paesi prioritari per la cooperazione italiana). Le condizioni applicate alle due categorie di crediti nel 1998 in base ai tassi di interesse sulla Lira (CIRR) sono state le seguenti:

- 17 anni, di cui 5 di grazia, tasso d'interesse 1%
- 35 anni di cui 24 di grazia, tasso d'interesse 0,5 %

Distribuzione geografica dei crediti di aiuto:

Area	1997	1998
Africa Subsahariana	14,30%	12,10%
America Latina	18,48%	
Asia	53,60%	
Bmvo	13,62%	
Europa		87,90%
	100,00%	100,00%

Distribuzione settoriale dei crediti di aiuto

La distribuzione dei crediti secondo i settori di intervento è stata la seguente:

Settori	1997	1998
Energia	16,12%	
Industria	49,81%	
Agricoltura		12,10%
Infrastrutture	34,07%	
Non ripartibile ²		87,90%
	100,00%	100,00%

² Questo settore include le linee di credito *open*, finalizzate per esempio al sostegno alla bilancia dei pagamenti ed alla fornitura di beni e servizi alle piccole e medie imprese)

I crediti misti

Nel corso del 1998 non sono stati concessi crediti misti.

Operazioni di cancellazione del debito

Non ve ne sono state. È stato invece elaborato, di concerto con il Ministero del Tesoro, un provvedimento per l'alleviamento parziale del debito di due dei paesi maggiormente colpiti dall'Uragano Mitch, Guatemala e Honduras.

4. - Commodity e Programme Aid

Grazie al coordinamento ed al costante monitoraggio delle iniziative ed alla semplificazione ed omogeneizzazione di talune procedure, lo stato di avanzamento dei "Commodity" e "Programme Aid" in corso di attuazione nei diversi P.V.S. beneficiari ha complessivamente registrato soddisfacenti progressi.

Tali programmi -deliberati negli anni precedenti, giacché nel 1998 non sono state deliberate nuove iniziative- consistono, come è noto, in finanziamenti a dono, a sostegno della bilancia dei pagamenti e destinati all'importazione di beni essenziali e/o strumentali di origine italiana. I Governi beneficiari sono, a tutti gli effetti, titolari e responsabili delle procedure di acquisizione di beni e servizi. La DGCS si pone, in questa tipologia di intervento, come organismo finanziatore e, nella fase strettamente operativa, si riserva un compito generale di controllo e sorveglianza sull'esecuzione dei programmi, oltre che curare direttamente la pubblicizzazione delle prescritte procedure concorsuali attraverso la stampa a diffusione nazionale e per via telematica, allo scopo di assicurarne la massima divulgazione tra le imprese italiane.

I "Commodity" e "Programme Aid" in corso di attuazione hanno riguardato, in particolare, i seguenti nove PVS: Angola, Egitto, Etiopia, Kenya, Mozambico, Nicaragua, Senegal, Zambia e Zimbabwe. Ad essi si è aggiunta la Tunisia con il Programma Sahara-Sud, per una parte già realizzato ma che, nel prosieguo, si svolgerà secondo le regole procedurali di un Commodity Aid.

Nel 1998 si è registrato un rapido evolversi del Commodity Aid Senegal per il quale sono state effettuate numerose gare che hanno portato al quasi totale utilizzo della prima tranche di 15 miliardi di lire. Si sono inoltre sollecitate le locali Autorità affinché siano predisposte le liste dei beni necessarie per richiedere l'erogazione dei fondi "perenti" relativi alla seconda tranche.

Anche il Commodity Egitto riveste notevole importanza, giacché con il lancio delle ultime procedure concorsuali impegna la totalità dei 10 miliardi di finanziamento stanziati per la prima tranche. Si è inoltre formulata una proposta di emendamento al Protocollo Finanziario in funzione della necessità di addivenire in tempi brevi all'erogazione di una nuova quota di finanziamento. Si è pervenuti pertanto ad una richiesta di reiscrizione in bilancio dei fondi in perenzione per un importo di ulteriori 10 miliardi di lire.

Il Commodity Aid Kenya è giunto ormai al termine, essendo stato impegnato tutto il finanziamento di 19 miliardi di lire più gli interessi maturati sul conto speciale, anche se restano da aggiudicare le ultime gare.

Per quanto riguarda il Commodity Aid Zimbabwe, si è dato avvio alla prima tranche del finanziamento con un'erogazione di 16 miliardi di lire (fondi perenti) a fronte dei quali si è provveduto al lancio di procedure concorsuali per l'acquisizione di pannelli solari destinati a scuole, cliniche e librerie nelle zone rurali del Paese.

Per quel che concerne il Commodity Aid Angola, è stata riscontrata una lieve accelerazione: con l'acquisizione di parti di ricambio si è completato l'utilizzo della prima tranche (circa 10 miliardi di lire) e degli interessi maturati sul conto speciale. Conseguentemente si è dato avvio alla seconda fase del programma con la reiscrizione in bilancio di circa 13,5 miliardi di lire, per l'utilizzo dei quali sono state predisposte le liste dei beni con le specifiche tecniche che dovranno formare oggetto delle prossime procedure concorsuali.

Qualche lentezza -dovuta essenzialmente alla fragilità amministrativa dei Paesi beneficiari- si è riscontrata nel completamento del Commodity Aid Nicaragua per il quale, peraltro, è stata effettuata una trattativa privata, tuttora in corso, per l'acquisto di pezzi di ricambio destinati alla Municipalità di Managua e necessari al funzionamento di mezzi di raccolta rifiuti. Le stesse

problematiche si sono presentate per il Commodity Aid Zambia per il quale, nonostante il minimo residuo finanziario, non vi sono state indicazioni circa le ultime forniture da acquisire. Inoltre, si è in fase di attesa per quanto riguarda la riformulazione del Programme Aid Etiopia, non più conforme alle mutate condizioni del Paese, mentre per ciò che concerne il Programme Aid Mozambico, sembra che le Autorità locali possano pervenire in tempi brevi alla definizione degli adempimenti previsti dal Protocollo Finanziario.

Commodity Aid Programme Aid	Paese	Importo	Stato di utilizzo (% dell'importo)	Lotti aggiudicati ad aziende
C.A.	ANGOLA	Lit. 50,4 miliardi	29%	18
C.A.	EGITTO	Lit. 60 miliardi	8%	4
P.A.	ETIOPIA	Lit. 30 miliardi	non ancora operativo	
C.A.	KENYA	Lit. 19 miliardi	93%	19
P.A.	MOZAMBICO	Lit. 37 miliardi	non ancora operativo	
C.A.	NICARAGUA	Dollari USA 4 milioni	85%	2
C.A.	SENEGAL	Lit. 23 miliardi	56%	19
C.A.	ZAMBIA	Lit. 15 miliardi	99%	48
C.A.	ZIMBABWE	Lit. 40 miliardi	in via di aggiudicazione le prime gare	
Programma Sahara - Sud	TUNISIA	Dollari USA 75 milioni	40%	n.d.