

## Il Fondo Globale per la lotta all'AIDS, la tubercolosi e la malaria

di Eduardo Missoni

Il nuovo Fondo Globale per la lotta all'AIDS, la TB e la Malaria diverrà operativo alla fine di gennaio 2002, quando il gruppo di lavoro provvisorio (*Transitional Working Group* – TWG) istituito subito dopo il vertice G8 di Genova, nel luglio del 2001, per gettare le basi del Fondo, passerà le consegne al primo consiglio di amministrazione del Fondo Globale.

### *La salute nell'agenda globale*

Il tema “salute” era stato inserito nell'agenda dei G8 già nel vertice del luglio 2000 ad Okinawa, sottolineando la preoccupazione per l'impatto economico di alcune malattie infettive, piuttosto che riconoscendo in sé il diritto alla salute. La risposta fu comunque individuata in una “nuova *partnership* globale”.

Riprendendo così il suggerimento già indicato nel documento “*A better world for all*” presentato il mese prima congiuntamente da ONU, OCSE, FMI e Banca Mondiale, ed elaborato su richiesta degli stessi G8. In quel proclama, mentre si riconosceva: “il fallimento nell'indirizzare le iniquità di reddito, educazione e accesso alle cure sanitarie e le disuguaglianze tra uomini e donne. [nonché] i limiti imposti ai paesi in via di sviluppo e, a volte, le inconsistenze nelle politiche dei donatori che impediscono un progresso più veloce”, come risposta ai problemi dell'umanità si promuoveva genericamente una “vera *partnership*” senza indicarne strumenti e caratteristiche. L'idea ribadita nel successivo *Millennium Summit* (New York, 2000) non viene sviluppata ulteriormente. La salute viene riproposta come tema centrale nei documenti circolati all'inizio del 2001 dalla Presidenza italiana del G8 in vista del vertice di Genova. In quei primi termini di riferimento, nel riprendere l'impegno per la “nuova *partnership*” assunto ad Okinawa, se ne sottolinea il carattere di comune quadro di riferimento (“*common framework*”) a supporto del mandato e della direzione di agenzie internazionali specializzate come l'OMS, mentre si fa esplicito riferimento alla necessità di ricercare nuove procedure internazionali per un efficace trasferimento delle risorse e la riduzione dei costi di transazione.<sup>1</sup>

L'iniziale proposta italiana, però, andava oltre il riconoscimento dell'impatto delle “malattie” infettive (in particolare AIDS, TBC e malaria) sull'economia, sul quale ci si era soffermati ad Okinawa, introducendo nei temi da dibattere un approccio integrato ed intersettoriale alla “salute”. Tra l'altro, quella proposta affrontava temi come lo sviluppo nei PVS di sistemi sanitari improntati all'equità e all'accesso universale; l'individuazione di HIV/AIDS, TBC, malaria come indicatori di

---

<sup>1</sup> G8 – 2001 Presidency, Action plan for health care. Terms of reference, gennaio 2001

risultato e non come obiettivi isolati; l'accesso a farmaci e servizi; la partecipazione della società civile; il coordinamento dei donatori: la necessità di ricondurre a unità la molteplicità di iniziative globali esistenti (GAVI, IAVI, Stop TB, RBM, etc.); nonché la promozione della salute come obiettivo dello sviluppo, da considerare nell'orientare anche le politiche in altri settori.

Sarà proprio la Presidenza italiana però a ricondurre quell'articolata agenda alla sola costituzione di un "Fondo Globale per la salute".<sup>2</sup>

A giugno un'intera sessione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite è dedicata all'HIV/AIDS. In quella sede anche Kofi Annan lancia l'idea di un nuovo Fondo Globale, che però vuole dedicato alla lotta a quell'epidemia. Paradossalmente - visto che a proporlo è il Segretario dell'ONU – Kofi Annan specifica che il "Fondo" espressione della "nuova *partnership*" sarebbe dovuto essere "esterno alle Nazioni Unite, aperto ai governi, al settore privato, fondazioni e individui, affidandone la direzione a un *Board* indipendente che rappresenti tutti gli interessati." Per invogliare il grande *business* a contribuire all'iniziativa Annan si è premurato di ricordare che la malattia sta sottraendo lavoratori e consumatori al mercato.

L'iniziativa trova molti consensi, ma non mancano le voci critiche, dirette soprattutto a sottolineare i rischi di una delegittimazione delle Nazioni Unite e la creazione di luoghi impropri di governo centrale della globalizzazione; la presenza di conflitti d'interesse nella partecipazione del settore privato nell'organismo di direzione e la tendenza ad una "privatizzazione globale"; un approccio "neo-verticalista" al controllo di singole malattie con effetto disgregante sui sistemi sanitari e l'organizzazione dei servizi; l'omissione del riconoscimento dei problemi strutturali alla base delle carenze sanitarie e quindi l'assenza di strategie volte a farvi fronte; il mascheramento del sostanziale disimpegno dei paesi ricchi dall'Aiuto Pubblico allo Sviluppo e, di fatto, la mancanza di una risposta proporzionale alle esigenze identificate.<sup>3,4</sup>

## ***Il Fondo Globale per la lotta all'AIDS, la tubercolosi e la malaria***

Dall'integrazione della proposta di Kofi Annan e quella del G8 è nata l'iniziativa – lanciata a Genova - per un unico "Fondo Globale per la lotta all'HIV/AIDS, la tubercolosi e la malaria", confermando così la tendenza a ridurre le strategie per la salute alla lotta contro alcune malattie.

Per rendere operativo il Fondo entro la fine dell'anno viene costituito un *Transitional Working Group* – TWG, chiamato a definirne obiettivi e portata, meccanismi finanziari, principi della *partnership*, struttura (*Board*, segretariato, organismo fiduciario, supporto tecnico e procedure. In questa fase – ma l'impostazione paritaria prevarrà nel *Board* definitivo - viene esplicitamente richiesto che i PVS non siano rappresentati in egual numero come i paesi ricchi, in compenso Presidente del gruppo viene eletto il Dr. Chrispus Kiyonga, già Ministro della Sanità dell'Uganda, ma lavorare sulle proposte è un *Technical Support Secretariat* (TSS) diretto dallo statunitense Paul Ehmer. In ogni caso, già la formazione del TWG pone notevoli problemi di rappresentatività globale. Ad ogni buon conto, il rapido processo costitutivo del Fondo (tre riunioni del TWG, consultazioni regionali in Africa, Asia, America Latina e Europa Orientale, nonché consultazioni tematiche tra ONG e società civile, tra istituzioni Accademiche e nell'ambito del settore privato) ha permesso di dirimere alcuni dubbi e introdurre alcuni correttivi ai problemi individuati, naturalmente senza poter intervenire sui problemi strutturali, che per la loro stessa natura non

---

<sup>2</sup> G8 – 2001 Presidency, Genova Trust Fund for Health Care, aprile 2001

<sup>3</sup> Missoni, E., The Global Health Fund: a global bluff, *bmj.com* 24.8.2001 – electronic letter

<sup>4</sup> Missoni, E., Il Fondo Globale per la lotta all'AIDS, la tubercolosi e la malaria , presentato a Saturday CUAMM , 24.11.2001 (atti in stampa)

possono trovare risposta nella costituzione di un Fondo globale, a maggior ragione se legato alla lotta a tre sole malattie.

## L'obiettivo del Fondo<sup>5</sup>

Sono obiettivi del Fondo Globale: “attrarre, gestire ed erogare risorse aggiuntive attraverso una nuova *partnership* pubblico-privata che darà un contributo significativo e sostenibile alla riduzione di infezione, malattia e mortalità da HIV/AIDS, tubercolosi e malaria, mitigandone l’impatto nei Paesi bisognosi e contribuendo alla riduzione della povertà come parte degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio”.

## La struttura

Il Fondo sarà un’entità legale indipendente, al fine di assicurarne autonomia e la flessibilità delle operazioni.

Il governo sarà affidato ad un Consiglio di Amministrazione (*Board*) di 18 membri di cui sette in rappresentanza di paesi donatori, scelti in base al livello del contributo<sup>6</sup> ed altrettanti di Paesi in via di sviluppo (sulla base di sei regioni OMS, più uno aggiuntivo africano)<sup>7</sup>, nonché due rappresentanti delle organizzazioni non governative (una del Nord e una del Sud del mondo) e due del settore privato (di cui uno in rappresentanza delle Fondazioni private<sup>8</sup>). Ogni gruppo rappresentato decide autonomamente al suo interno i meccanismi per la selezione del proprio rappresentante, che comunque rimarrà in carica per due anni.

Il *Board* eleggerà al suo interno un Presidente e un vicepresidente, alternando nelle due posizioni un rappresentante del Nord e uno del Sud. Sono previsti inoltre quattro membri senza diritto di voto in rappresentanza di OMS, UNAIDS, Banca Mondiale e delle persone affette da HIV/AIDS, TB o malaria. Il Consiglio – che opererà prevalentemente sulla base del metodo del consenso, richiedendo una maggioranza dei due terzi nel caso in cui si giungesse al voto - stabilirà le politiche e le strategie del Fondo, le corrispondenti linee guida operative, i piani di lavoro e il bilancio del Segretariato e del Comitato Tecnico, i criteri di partecipazione ai diversi comitati tecnici ed altri gruppi consulenti, indicherà i termini di riferimento per il monitoraggio e la periodica valutazione indipendente sulle attività del fondo. Il Consiglio dovrà, tra l’altro, stabilire un’appropriata politica sul conflitto d’interesse per la partecipazione al Consiglio stesso.

Un piccolo Segretariato, con sede a Ginevra, gestirà le operazioni del Fondo ed assicurerà il necessario supporto al *Board*. Il Segretariato sarà diretto da un Direttore esecutivo selezionato e nominato dallo stesso Consiglio di Amministrazione, cui dovrà rispondere, e sarà formato da 12-15-funzionari, più il necessario personale di supporto; tutto il personale – incluso il direttore - sarà scelto secondo criteri meritocratici attraverso un processo di selezione approvato dal *Board*.

---

<sup>5</sup> Le informazioni inerenti il Fondo Globale per la lotta all’AIDS, la TB e la Malaria sono reperibili su [www.globalfundatm.org](http://www.globalfundatm.org)

<sup>6</sup> Sulla base del contributo annunciato, sono stati indicati come membri effettivi: Stati Uniti, Italia, Commissione Europea e Giappone. Per gli altri paesi sono state identificate 3 *constituency* con un rappresentante per ciascuna di esse: 1. Francia (rappresentante); Germania e Spagna; 2. Regno Unito (rappresentante), Canada e Svizzera; 3. Svezia (rappresentante), Danimarca, Paesi Bassi, Norvegia e Irlanda.

<sup>7</sup> Alcune Regioni hanno già individuato il loro rappresentante, come nel caso del Brasile in rappresentanza delle Americhe e dell’Africa che ha indicato l’Uganda come membro effettivo e il Sud Africa come supplente.

<sup>8</sup> La scelta è caduta sulla *Bill & Melinda Gates Foundation*

Un comitato tecnico indipendente sarà incaricato della valutazione delle proposte provenienti dai Paesi beneficiari. Gli esperti chiamati a formare parte del comitato saranno selezionati dal Consiglio di Amministrazione del Fondo.

L'amministrazione dei fondi sarà affidata alla Banca Mondiale, come fiduciario. Questi sarà incaricato della raccolta, investimento e gestione dei fondi, nonché della loro erogazione alle entità beneficiarie (governative e non governative) a livello dei Paesi destinatari. I rapporti finanziari del Fiduciario saranno presentati al Fondo senza possibilità di tracciare la destinazione dei contributi dei singoli donatori.

Un raggruppamento informale indicato come *Partnership Forum* dovrà permettere di esprimere le proprie opinioni sulle politiche e le strategie del Fondo a tutti i soggetti che attivamente sostengono gli obiettivi del Fondo (donatori, organizzazioni internazionali, paesi in via di sviluppo, società civile, agenzie tecniche e di ricerca, settore privato). I criteri di partecipazione al *Forum*, che si riunirà ogni due anni, saranno stabiliti dal *Board*.

## **Il processo di finanziamento nei Paesi beneficiari**

Il Fondo dovrà orientare il suo supporto a programmi che riflettono la *ownership* nazionale e rispettano le formule di *partnership* decise nei Paesi ed i rispettivi processi di attuazione. Il Fondo promuoverà la *partnership* tra tutti i soggetti rilevanti e rappresentativi di tutti i settori della società in ciascun Paese, basandosi su meccanismi di coordinamento già esistenti, o promovendo *partnership* innovative là dove non ne esistano. In particolare si farà riferimento a coordinamenti e *partnership* che includano rappresentanti del governo, delle ONG, della società civile, delle agenzie bilaterali e multilaterali, e del settore privato. Là dove non esistano simili coordinamenti dovranno essere stabiliti. Là dove non esistano *partnership* pubblico-privato il Fondo potrà scegliere di finanziare *partnership* alternative tra ONG e il settore privato.

Saranno in ogni caso solo i “meccanismi di *partnership* a livello Paese” a poter sottoporre al Fondo proposte di finanziamento indicati come Proposte Coordinate di paese (*Coordinated Country Proposal*). Queste dovranno tra l'altro indicare nel *budget* la distribuzione dei fondi tra i partner, per “facilitare l'assegnazione del supporto finanziario e le responsabilità”, giacché i fondi saranno erogati “direttamente, efficientemente e trasparentemente ai partner realizzatori”. Ognuno dei partner dovrà indicare i prodotti specifici, il bersaglio e i risultati, nonché i modi in cui questi saranno misurati. Va notato che tra i partner cui i fondi possono essere destinati non sono esplicitamente previsti soggetti privati commerciali, non è però nemmeno escluso che associazioni di simili entità possano rientrare nella voce “Organizzazioni della Società civile”.

Le Proposte di Finanziamento potranno includere interventi diretti a migliorare la capacità locale nella realizzazione e nel monitoraggio dei Programmi del Fondo nei confronti delle tre malattie, ma lo sviluppo delle capacità locali non potrà costituire l'obiettivo principale delle proposte.

Per quanto riguarda il sistema di monitoraggio e valutazione dei programmi finanziati dal Fondo, si specifica che non dovranno essere avviati sistemi paralleli a quelli esistenti, nei quali invece si dovrà investire. L'approccio orientato ai risultati, uno dei principi guida del Fondo, prevede che attraverso l'uso di appropriati indicatori si deciderà se il progresso raggiunto sarà sufficiente per l'erogazione di successive tranches di finanziamento. I beneficiari che non riuscissero a produrre sufficienti risultati positivi non riceverebbero più fondi.

Non rientrerà invece tra i compiti del Fondo la misura del progresso nel controllo delle tre malattie bersaglio a livello globale, per i quali si riconosce la responsabilità delle Organizzazioni Internazionali che già lavorano sulle tre malattie.

## *Alcune riflessioni*

### **Il problema delle risorse e della sostenibilità**

I fondi attualmente destinati al settore sanitario sono stimati in 3,3 miliardi di US\$. Per la sola lotta all'HIV/AIDS (e senza includere l'accesso di tutte le persone infette ai farmaci antiretrovirali) l'OMS stima che servano altri 7-10 miliardi di US\$ all'anno e almeno il doppio per far fronte alle tre malattie.

A Genova i G8 si sono impegnati con circa 100-200 milioni di US\$ a testa e per il momento gli "impegni" complessivi ammontano a circa 1,5 miliardi di dollari; senza indicazione temporale.

D'altra parte già fin dagli inizi degli anni '80 la comunità dei donatori si era impegnata a portare l'aiuto pubblico allo sviluppo allo 0,7% del PIL. Oggi l'insieme dei paesi OCSE si attesta intorno alla misera media dello 0,24% del PIL, con l'Italia fanalino di coda che nel 2000 ha destinato all'Aiuto Pubblico allo Sviluppo appena lo 0,13% del suo PIL (peggio solo gli USA con lo 0,10%).

E' evidente che il semplice rispetto di impegni pregressi cambierebbe completamente il quadro della situazione triplicando di fatto l'aiuto attuale (circa 55 miliardi di dollari nel 1999). Sulla caratteristica aggiuntiva dei fondi destinati al Fondo staremo a vedere il comportamento di ciascuno dei grandi donatori. E' però altrettanto evidente che i governanti dei Paesi ricchi non hanno il coraggio di proporre alle loro opulente società di sottrarre risorse all'economia nazionale per destinare più fondi ai cosiddetti PVS. E' più facile dire che i fondi pubblici sono insufficienti e proporre *partnership* con il privato, anche e soprattutto quello delle grandi multinazionali, sperando che fondi privati suppliscano a quelli pubblici promessi.

D'altra parte, nei lavori preparatori del vertice, gli esperti sanitari dei Paesi G8 si erano unanimemente espressi contro l'istituzione di nuovi organismi, esprimendo altrettanto unanimemente la necessità di potenziare le istituzioni esistenti e ricomporre piuttosto in un'unica cornice le numerose iniziative "globali" esistenti,<sup>9</sup> per lo più tutte orientate secondo la logica *Public-Private-Partnership*. Il nuovo "Fondo Globale per l'AIDS, la tubercolosi e la malaria" rappresenta invece un'ulteriore iniziativa che non potrà che competere con le altre - come con i tradizionali canali della Cooperazione allo sviluppo - nella ricerca di fondi e nell'impegno di risorse umane qualificate.

C'è poi da chiedersi se le risorse saranno davvero "aggiuntive" e come si potrà misurare questa "addizionalità". Per il momento possiamo solo registrare che le risorse italiane per finanziare il TWG sono state sottratte al contributo annuale all'OMS e i primi stanziamenti per il Fondo Globale sono stati recuperati dal "definanziamento" di programmi bilaterali.

Circa la capacità del Fondo Globale di dare un "contributo significativo e sostenibile" al controllo delle tre malattie ogni speculazione è possibile. In termini di volume abbiamo già visto come fin qui

---

<sup>9</sup> G8 Health Experts Group Meeting, Rome 12-13 March 2001, Summary

il contributo sia assolutamente insignificante in proporzione alle esigenze e senza alcuna indicazione circa la sua "sostenibilità", intesa come durabilità, ovvero continuità dell'apporto. D'altra parte, un'azione duratura per il controllo delle malattie ha bisogno di sistemi sanitari efficienti. Tra i principi che dovrebbero guidare il funzionamento del Fondo è indicato il supporto ad iniziative inserite nei piani e nelle strategie nazionali dei Paesi beneficiari ed il supporto, sempre attraverso la lotta alle tre malattie, ai sistemi sanitari. L'esperienza purtroppo insegna che l'approccio "verticale" per malattie ha sempre un effetto disgregante sui sistemi sanitari e l'organizzazione dei servizi.

Più in generale, in assenza di misure "strutturali" non vi può in realtà essere alcuna "sostenibilità" dell'azione internazionale per la salute. Sul versante della riduzione della spesa, ad esempio, la cancellazione del debito rimane un passaggio indispensabile. Anche l'introduzione di politiche eque dei prezzi dei farmaci, agirebbero nello stesso senso. Sul versante delle entrate a favore dello sviluppo dei paesi più poveri meccanismi di tassazione internazionale come quella sulle speculazioni finanziarie internazionali (su tipo di quella proposta come Tobin Tax), avrebbero certamente maggiore stabilità e consistenza del solo ricorso alla "generosità" delle multinazionali. Queste, poi, potrebbero dar un notevole contributo alla salute globale cominciando dal promuovere i diritti dei lavoratori e la difesa dell'ambiente nei loro processi produttivi, peraltro sempre più spesso delocalizzati nei PVS. Analogamente si dovrebbero evitare interventi e politiche di "sviluppo" che possano avere conseguenze negative sulla salute delle popolazioni e sul loro accesso ai servizi, ad esempio introducendo l'obbligo della Valutazione d'Impatto sulla Salute.

## **I problemi della "governance"**

In merito alla "governance" del Fondo Globale, il TWG non ha risolto il problema del conflitto d'interessi che potrebbe nascere dalla presenza di rappresentanti del privato *for profit* nel *Board*. Dall'incontro di consultazione delle ONG, tenutosi a Bruxelles il 12 e 13 novembre, era emersa chiara l'indicazione per l'assenza nell'organo direttivo del Fondo di industrie farmaceutiche (si noti che la Presidenza italiana aveva a suo tempo specificato: "non solo l'industria farmaceutica"<sup>10</sup>), ma di tale indicazione non si è tenuto conto. In merito è solo prevista l'adozione da parte del *Board* di un'appropriate politica sul conflitto d'interesse.

E' stata invece in parte accolta la raccomandazione emersa dalla citata riunione di consultazione con le ONG secondo la quale i rappresentanti delle Nazioni Unite e degli altri Organismi multilaterali avrebbero dovuto avere nel *Board* solo lo *status* di osservatori; di fatto – con una soluzione che appare meno appropriata - saranno membri *ex officio*, ma senza diritto di voto. Se questa soluzione conserva un certo livello d'imparzialità dei rappresentanti delle Nazioni Unite, ciò non risolve interamente il problema della delegittimazione del Sistema della Nazioni Unite.

Pur con tutti i suoi limiti, infatti, l'Organizzazione delle Nazioni Unite (e le sue agenzie specializzate per ambiti specifici) sono l'unico ambito legittimo e rappresentativo di governo globale, mentre *Partnership* Globali Pubblico-Privato con poteri d'indirizzo possono insinuare il dubbio di tale prerogativa (analogamente a quanto avviene in altri contesti, come in quello della risoluzione delle controversie internazionali, dove altre associazioni sopranazionali hanno di fatto minato l'autorità delle Nazioni Unite).

---

<sup>10</sup> G8 – 2001 Presidency, Genova Trust Fund for Health Care, aprile 2001

In particolare, poi, l'Organizzazione Mondiale della Sanità giocherà un ruolo di comparsa, diciamo di consulente, là dove sarebbe dovuta essere protagonista in un'ottica di rilancio della *leadership* di quell'organizzazione internazionale in tema di salute globale. Vale la pena ricordare che il dibattito sulle interazioni dell'OMS con il settore privato è da tempo all'ordine del giorno degli organi di quella Organizzazione, anche se – a nostro parere – prestando scarsa attenzione alle conseguenze della sua piena partecipazione in *partnership* pubblico-privato, come nel caso della *Global Alliance for Vaccines and Immunization – GAVI*,<sup>11</sup> con confusioni di ruoli ancora in atto, che come abbiamo visto si è finalmente deciso di non riprodurre nel Fondo Globale.<sup>12</sup>

L'adozione del metodo del consenso e la maggioranza qualificata nel caso di ricorso al voto, dovrebbe limitare il “peso” di alcuni dei membri del *Board*. Molti degli equilibri si giocheranno però al momento della nomina del direttore esecutivo del segretariato, che avrà la responsabilità delle proposte strategiche che il Consiglio d'amministrazione sarà chiamato ad approvare. E' noto, infatti, quanto la fase istruttoria sia determinante nelle scelte compiute dagli Organismi Internazionali.

L'introduzione di un gruppo indipendente di esperti (*Technical Review Panel*) per la valutazione delle proposte provenienti dai Paesi dovrebbe offrire sufficienti garanzie di imparzialità, ma molto dipenderà dalle dinamiche alla base della nomina di quegli esperti da parte del *Board*, quindi dalla loro *visione* in tema di sviluppo e di salute, nonché la capacità di rispettare le scelte effettuate a livello Paese.

Anche l'introduzione di un *Forum* consultivo (*Partnership Forum*) viene presentata come un meccanismo di ulteriore trasparenza e apertura verso la società civile, anche se i criteri per la partecipazione e le regole di funzionamento saranno stabilite dal *Board*.

Va registrata infine con favore la scelta di affidare alla Banca Mondiale un ruolo di esclusiva amministrazione finanziaria delle risorse.

## **L'*ownership* dei Paesi beneficiari**

Un processo di gestione centrale del Fondo è di per sé in contraddizione con la dichiarazione del principio di *ownership* da parte dei beneficiari. Ancora più limitanti appaiono in tal senso le condizioni imposte a priori per l'accesso alle risorse del Fondo Globale, laddove le proposte potranno essere avanzate solo da specifici coordinamenti nazionali di partenariato pubblico-privato (*Country Coordinating Mechanism – CCM*), che dovranno essere creati là dove non esistano, perché in alternativa il Fondo Globale potrebbe decidere di finanziare delle iniziative di partenariato privato-privato (tra ONG e privato commerciale). Si tratta di una condizionalità tesa a promuovere una più ampia partecipazione della società civile o rispondente piuttosto ad una logica privatizzatrice e d'indebolimento delle istituzioni pubbliche?

La necessità di indicare nel piano di spesa la suddivisione delle risorse in base ai *partners* del coordinamento nazionale, con l'indicazione per ciascuno di essi di autonomi risultati e prodotti, ai fini dell'erogazione diretta delle risorse del Fondo ai singoli partner, appare in contraddizione con il

---

<sup>11</sup> WHO – Executive Board 109th Session – EB109/4 – 5.12.2001

<sup>12</sup> Sugli effetti della partecipazione delle Agenzie delle Nazioni Unite nelle *Global Public Private Partnerships – GPPP*, il dibattito è però aperto nell'ambito di network informali. Si veda ad esempio Hardon, A., *Immunization for All? A critical look at the first GAVI partners meeting*, HAI Europe, February 2001, Vol.6, N.1 [www.haiweb.org/pubs/hailights/mar2001/index.html](http://www.haiweb.org/pubs/hailights/mar2001/index.html)

proposito del Fondo di considerare anche la possibilità di finanziare le *Poverty Reduction Strategies* e i programmi del tipo *Sector Wide Approach* – SWAp, dove notoriamente si propone con insistenza la confluenza di tutte le risorse dei donatori in un unico “contenitore”, proprio in nome della *ownership*.

La possibilità che il ricordato *Technical Review Panel* rigetti delle proposte, non sul piano di specifiche scelte applicative, tecnologiche o metodologiche (come ad esempio la validità della scelta di un farmaco piuttosto che un altro nella terapia della malaria), ma sul piano delle scelte di politica sanitaria, rappresenta un’ulteriore grave rischio di lesa *ownership*. Analoghe riflessioni possono essere fatte sull’adozione del cosiddetto “approccio per risultati”: sarà il segretariato o un gruppo tecnico di monitoraggio – ma meccanismi e indicatori di risultato devono ancora essere stabiliti – a decidere se il progresso registrato è stato sufficiente alla erogazioni di successive tranche di fondi; scarsi risultati niente più fondi.

\* \* \* \*

In sintesi, nella nuova *partnership* pubblico-privato rappresentata in un Fondo Globale dedicato a tre malattie, è possibile individuare non solo l’ennesima mancanza di coraggio e volontà politica per risolvere i problemi alla loro origine, ma anche l’espressione di tre tendenze dominanti a livello di governo globale: centralismo; privatizzazione; neo-verticalismo.