

2. Altre istituzioni internazionali e attori transnazionali

Eduardo Missoni (*)

1. Introduzione

Nel 1948 l'OMS fu costituita come l'"autorità di direzione e coordinamento del lavoro internazionale in sanità" con l'obiettivo di "condurre tutti i popoli al più alto livello di salute possibile". Trent'anni dopo, la Conferenza di Alma Ata identificava le cure primarie (PHC) come lo strumento principale per il raggiungimento dell'obiettivo della "Salute per tutti entro l'anno 2000", sancito dall'Assemblea mondiale della sanità l'anno precedente.

Quell'innovativa e rivoluzionaria visione fu ben presto sminuita nell'approccio riduttivo, centralista e verticale di *Selective PHC*, basato sull'applicazione selettiva di misure di controllo di singole malattie, e ben presto associato alla progressiva privatizzazione dei sistemi sanitari imposta dalla Banca mondiale ai Paesi indebitati nell'ambito delle misure di "aggiustamento strutturale" che avrebbero dovuto aiutare quei Paesi ad uscire dalla crisi. Forte anche del suo ruolo macroeconomico, la Banca Mondiale assunse un crescente ruolo guida nello scenario sanitario internazionale, relegando l'OMS ad un ruolo di secondo piano fin verso la fine degli anni '90.

Lelezione di Gro Harlem Brundtland alla direzione dell'OMS nel 1998, segnò l'inizio di un'accresciuta attenzione ai temi della salute e, soprattutto in seguito alla Dichiarazione del Millennio (2000) e all'indicazione degli Obiettivi di sviluppo del Millennio) (v. Box 1), di una

crescita straordinaria dei finanziamenti globali per lo sviluppo in sanità. Quella rinascita fu accompagnata anche dall'emergere di nuovi attori globali pubblici e privati, e dall'affermarsi di nuovi modelli organizzativi di alleanza pubblico-privato, che hanno reso il quadro più complesso e frammentato.

In questo capitolo, senza avere l'ambizione di descrivere le caratteristiche o approfondire il ruolo di ciascuno degli attori che via via si sono aggiunti all'OMS nell'influenzare a livello globale le scelte politiche di rilevanza per la salute, dopo un breve inquadramento teorico generale se ne tratterà una sintetica mappa aggiornata, con particolare riferimento agli organismi inter-governativi e alle organizzazioni transnazionali di natura ibrida pubblico-privato, senza peraltro trascurare il ruolo del settore privato. Per quest'ultimo si accennerà solo brevemente alla "turbo-filantropia" globale, ed in particolare alla Fondazione Bill e Melinda Gates, al ruolo delle società transnazionali e a quello delle ONG e dei movimenti transnazionali della società civile.

2. La trasformazione delle dinamiche d'indirizzo in tema di salute pubblica: governance globale della sanità e governance globale per la salute

L'attività d'indirizzo e regolamentazione mondiale della sanità si è sostanzialmente modificata a partire dalla fine degli anni '90. Infatti, con l'accelerazione del processo di globalizzazione è anche cresciuto il numero e il grado d'influenza, formale o informale, di attori non statali, in modo particolare nel settore dell'assistenza allo sviluppo in sanità.

(*) Centro di ricerca sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale (CERGAS), Dipartimento di Analisi delle Politiche e *Mangement* Pubblico Università Bocconi, e Dipartimento di Sociologia e Ricerca sociale, Università Milano-Bicocca, Milano.

Si è andata così imponendo anche in ambito sanitario l'idea che i tradizionali meccanismi di direzione e governo "inter-nazionali" – ovvero basati sulle relazioni tra Stati sovrani – non fossero più sufficienti, e che i processi di formulazione e di governo delle politiche e delle iniziative globali dovessero estendersi al di là del tradizionale ruolo degli Stati e delle organizzazioni multilaterali cui essi partecipano, per coinvolgere una ben più vasta gamma di "portatori di interessi" pubblici e privati, in un approccio *multi-stakeholder*.

La *governance globale della sanità* è dunque l'insieme degli attori, dei regimi, delle interazioni e dei processi di formulazione delle politiche (*governance*) che governano le questioni inerenti i sistemi e i servizi sanitari a livello mondiale.

Negli ultimi anni è cresciuto drammaticamente il numero di organizzazioni intergovernative attive nel campo della salute. Persino l'elaborazione della normativa e delle politiche internazionali inerenti la Sanità pubblica sono oggi frutto del contributo di un numero crescente di organizzazioni intergovernative: in particolare, in seno al sistema dell'ONU, diversi fondi e programmi, quali ad esempio UNICEF (*United Nations Children Fund*, Fondo dell'ONU per l'infanzia), UNFPA (*United Nations Fund for Population Activities*, Fondo dell'ONU per le attività di popolazione), WFP (*World Food Programme*, Programma mondiale per il cibo); altre entità come UNAIDS (agenzia dell'ONU per il controllo dell'HIV/AIDS); agenzie specializzate come OMS, ILO (*International Labour Organization*, Organizzazione internazionale del lavoro), FAO (*Food and Agriculture Organization*, Organizzazione dell'ONU per cibo e agricoltura), Banca mondiale.

A ciò si è aggiunta la proliferazione di attori del settore privato (agenzie non governative senza fini di lucro, fondazioni, organizzazioni lucrative – ivi incluse le industrie farmaceutiche, alimentari, e di altri settori) e la costituzione di "coalizioni" e *partnership* pubblico-privato con una potente influenza sulla politica sanitaria internazionale.

Nella *governance globale della salute* si sta determinando da tempo uno spostamento del potere dalle organizzazioni intergovernative

al settore privato, laddove proprio la maggiore interdipendenza tra Stati a livello mondiale richiederebbe piuttosto alle prime di giocare un ruolo più importante.

Una descrizione puntuale delle forme e dei molteplici meccanismi (politici ed economici) con cui gli Stati nazionali intervengono nell'indirizzare le politiche globali in sanità esula dall'obiettivo di questo capitolo; è evidente tuttavia che alcuni Paesi, in particolare gli USA e gli altri che partecipano al G7/G8¹, giocano ancora un ruolo predominante nel determinare l'indirizzo delle politiche globali (e non solo in campo sanitario). In effetti, è ancora il peso geo-politico a condizionare maggiormente le dinamiche e i limiti di quella che può essere definita *governance internazionale*, piuttosto che globale; in uno scenario dove i poteri formali e informali di "veto" degli Stati dominanti costituiscono ancora il limite effettivo a un'azione globale concertata.

Da qualche tempo, riconoscendo l'importanza di determinanti della salute (sociali, economici, politici e ambientali) influenzati da scelte e politiche decise in ambiti diversi da quelli abitualmente sotto la giurisdizione delle autorità sanitarie, si è andato affermando il concetto di *governance per la salute*.

Questo nuovo approccio richiama la necessità di promuovere e difendere l'obiettivo e la priorità della salute pubblica in ogni sede di negoziazione ed elaborazione di politiche pubbliche (ad esempio agricole, industriali, commerciali, ambientali, educative, ecc.) gettando lo sguardo oltre il più ristretto ambito settoriale della *governance* della sanità. Pertanto, nella mappatura che si opererà in questo capitolo si farà riferimento anche ad alcune di quelle sedi negoziali e di programmazione internazionali.

3. La mappa degli Attori

Nel 2002 Dodgson, Lee e Drager disegnarono una prima mappa della *governance globale*

1. Incontri periodici dei capi di Governo dei Paesi più economicamente sviluppati.

in sanità, tentando d'individuare gli Attori e la centralità in termini di autorità e ruolo guida. In questo senso, pur riconoscendo l'emergere di nuovi Attori – segnatamente la Fondazione Bill e Melinda Gates – quegli autori collocavano l'OMS e la Banca mondiale al centro della mappa; in quanto, scrivevano, “rappresentano rispettivamente le principali fonti di competenza e finanziamento per lo sviluppo in sanità”². Insieme a quelle due istituzioni, riservavano un uguale livello d'influenza agli USA.

Dopo poco più di un decennio lo scenario è ben diverso. L'emergere di nuovi Attori con notevole potere politico ed economico è stato accompagnato da un'irrisolta debolezza strutturale dell'OMS, e dalla mancanza di direzione e visione nella sua guida. Alla ridotta credibilità e sostenibilità della OMS hanno contribuito peraltro gli stessi Stati membri, ed in particolare i maggiori donatori; che spesso, con sostanziale incoerenza tra le loro politiche per la sanità internazionale e di cooperazione allo sviluppo, continuano a finanziare tutta una pletora di nuovi Attori che prendono il sopravvento nell'agenda sanitaria globale, minando alla base la credibilità e la sostenibilità della stessa OMS.

Rimettendo dunque mano alla mappa di Dodgson e dei suoi coautori, oggi si dovrebbe disegnare un centro estremamente affollato di nuovi Attori, cercando in aggiunta di individuare l'intrecciarsi di influenze esterne sugli attori tradizionali (v. Fig. 1).

3.1. *Le istituzioni internazionali*

3.1.1. *La Banca Mondiale*

Tra le istituzioni internazionali la *Banca Mondiale* rimane, dopo l'OMS, l'Attore intergovernativo più importante nello scenario della salute globale.

Nel 2007, con la revisione della sua strategia in salute, nutrizione e popolazione, la Banca si riproponeva come l'Attore principale per la mo-

bilizzazione di risorse per il rafforzamento dei sistemi sanitari, definendo tra l'altro un piano di azione quinquennale teso ad accrescere le sinergie tra gli interventi verticali e quelli di rafforzamento dei sistemi. In questa prospettiva, nel 2009 – insieme al Fondo Globale per la lotta all'HIV/AIDS, la TBC e la malaria (*Global Fund to Fight AIDS, TBC and malaria*, GFATM), e all'Alleanza GAVI (*Global Alliance on Vaccines and Immunizations*, Alleanza globale per i vaccini) – la Banca ha costituito una “Piattaforma per il finanziamento dei sistemi sanitari”.

Dopo più di due decenni d'indebita influenza sulle politiche dei Paesi beneficiari, il discorso della Banca Mondiale sull'allineamento dei programmi di aiuti alle politiche nazionali e sulla titolarità dei Governi nazionali nella definizione delle politiche viene considerato da molti Autori piuttosto retorico. La mancanza di accordi formali per una loro reale collaborazione a livello Paese, genererebbe dubbi circa il reale interesse della Banca a perseguire i principi sull'efficacia degli aiuti.

L'elezione alla presidenza della Banca mondiale nel 2012 di Jim Kim, un esperto di salute globale, medico e antropologo – e non, come d'abitudine, un economista – potrebbe però rappresentare un ulteriore segnale di cambiamento. Non va trascurato il fatto che, al di là dello specifico ruolo nel contesto delle politiche sanitarie a livello globale, a differenza dell'OMS la Banca mondiale è in grado di influenzare i processi decisionali a livello Paese attraverso cospicui incentivi finanziari; inoltre, insieme alle Banche regionali di sviluppo e agli altri organismi finanziari internazionali, essa gioca un ruolo fondamentale nell'influenzare le politiche macroeconomiche, e con esse molti importanti determinanti della salute.

3.1.2. *UNAIDS, UNFPA, UNICEF, FAO, ILO*

Oltre la Banca mondiale, diversi altri organismi appartenenti al sistema dell'ONU includono direttamente o indirettamente nel loro mandato temi inerenti la Sanità pubblica, e spesso hanno programmi congiunti con la OMS.

UNAIDS, per esempio, nacque per assicurare il coordinamento all'interno del sistema

2. R. DODGSON, K. LEE, N. DRAGER, *Global Health Governance. A Conceptual Review*, Discussion Paper 1:28, 2002, Centre on Global Change & Health, London School of Hygiene & Tropical Medicine, London (GB).

dell'ONU delle azioni per il controllo dell'HIV/AIDS, e il suo ruolo è cresciuto con le dimensioni assunte dalla pandemia e con la priorità attribuita dalla comunità internazionale al suo controllo. Nel 2000, persino il Consiglio di Sicurezza dell'ONU dedicò una sessione speciale all'HIV/AIDS, il cui controllo fu specificamente inserito nel sesto Obiettivo di sviluppo del Millennio (insieme alla Tbc e alla malaria). Nel 2001, l'Assemblea generale ONU in sessione speciale lanciò l'idea di un fondo globale, poi ripresa quello stesso anno dal G8 di Genova, che lanciò l'operazione che avrebbe condotto l'anno seguente all'istituzione del *Fondo globale per la lotta all'HIV/AIDS, la Tbc e la malaria*.

L'UNFPA si occupa di salute riproduttiva, nell'ambito di un più ampio mandato per le attività di popolazione; mentre la salute dei minori rientra nell'ambito della promozione dei diritti del fanciullo al centro della missione dell'UNICEF.

Per alcuni istituti specializzati dell'ONU, la connessione con la salute deriva da un mandato settorialmente diverso, ma anch'esso collegato a determinanti della salute, come le politiche alimentari e la nutrizione nel caso della FAO e delle altre agenzie del polo alimentare, in particolare il Programma alimentare mondiale (*World Food Programme* – WFP), che ha un ruolo centrale in occasione di emergenze umanitarie. Anche il dibattito interno all'ILO, tocca da vicino la salute, sia direttamente attraverso l'impegno di quell'organizzazione per le politiche di protezione sociale, sia indirettamente attraverso la difesa dei diritti umani sul lavoro.

3.1.3. Il WTO e gli accordi commerciali

È evidente la rilevanza per la salute delle politiche economiche e commerciali. In questo contesto in seno all'Organizzazione mondiale del commercio (*World Trade Organization* – WTO), la cui missione è la promozione del libero mercato e cui è affidata la gestione dell'insieme degli accordi commerciali multilaterali, si giocano importanti partite per la salute. Accordi come il TRIPS (*Trade Related Intellectual Property Rights*) sui diritti di proprietà intellettuale, o il GATS (*General Agreement on Trade in Services*)

sugli scambi commerciali riguardanti i servizi, possono comportare significative conseguenze per la salute. Nel caso del TRIPS, ad esempio, gli accordi regolano anche i brevetti sui farmaci e le tecnologie biomediche; mentre nel caso del GATS gli accordi commerciali possono interessare i servizi sanitari e altri ad essi collegati come i servizi previdenziali e assicurativi.

Altri accordi sotto l'egida del WTO prevedono il riferimento a *standard* sanitari internazionali – come ad esempio quelli sviluppati dalla Commissione congiunta FAO/OMS per il *Codex Alimentarius* – per giustificare eventuali barriere all'importazione, in contrasto alla libera circolazione delle merci che quegli stessi accordi prevedono; come nel caso dell'Accordo sulle barriere tecniche al commercio (TBT), o dell'Accordo sulle misure sanitarie e fito-sanitarie (SPS) concepito per evitare che, vedendosi obbligati a ridurre tariffe e sussidi all'agricoltura, alcuni Paesi membri introducano surrettiziamente barriere non tariffarie per proteggere la produzione agricola nazionale.

È importante sottolineare, inoltre, come la rigida regolamentazione di questi accordi internazionali (*hard law*), funzionale alla promozione della libera circolazione di merci e servizi, possa risultare estremamente penalizzante per la salute e i servizi sanitari, per la cui difesa a tutt'oggi la comunità internazionale non si è invece dotata di strumenti regolamentari, affidandosi esclusivamente a dichiarazioni e risoluzioni (per esempio in sede OMS) non vincolanti per gli Stati membri, e quindi giuridicamente deboli (*soft law*).

3.1.4. Gruppi di Paesi

Come si capirà facilmente, accogliendo l'ap-proccio dei determinanti della salute si potrebbe allungare indefinitamente la lista delle istituzioni che direttamente o indirettamente svolgono un ruolo in relazione alla salute, e per ognuna di esse sarebbe necessaria una trattazione a sé stante. Nella mappa aggiornata degli Attori della *governance* globale vanno però almeno inclusi nuovi raggruppamenti di Paesi, alcuni attori privati, e altri nati dall'associazione tra pubblico e privato in entità ibride, operanti oltre i confini

delle relazioni tra Stati, e che dunque è più corretto definire *transnazionali*, nonché globali per il loro impatto planetario.

Tra i primi vanno menzionati raggruppamenti più o meno informali come il Gruppo dei Paesi G8, che come detto è all'origine dell'istituzione del Fondo globale, e il gruppo dei cosiddetti BRICS (Brasile, Russia, India, Cina e Sud Africa) e di altri Paesi emergenti. Il contributo finanziario per la sanità globale di questi ultimi non può che essere stimato, ma è indiscutibile che, almeno per i BRICS, esista il tentativo di un coordinamento strategico delle loro iniziative di salute globale.

3.2. Gli Attori transnazionali privati

Per quanto concerne poi gli Attori privati, occorre distinguere tra quelli *profit* e quelli *non profit*; e tra questi ultimi bisogna operare un'ulteriore distinzione tra quelli cosiddetti filantropici (fondazioni) e le numerose forme associative senza distribuzione di utili (*non profit distributing*).

3.2.1. Organizzazioni profit

In relazione al *privato commerciale*, non può essere trascurata l'influenza diretta o indiretta delle Società transnazionali sia sui processi decisionali che influenzano la salute globale, sia – da sempre – sui Governi nazionali, attraverso forme più o meno trasparenti di pressione tese a favorire la loro espansione sul mercato. Individualmente o attraverso diverse forme di associazione industriale, le Società transnazionali hanno progressivamente esteso la loro influenza sulla formulazione di politiche sanitarie in sede internazionale, sia spingendo gli stessi Governi nazionali a sostenere in quella sede le posizioni ad esse più favorevoli, sia agendo direttamente sulle Organizzazioni Internazionali competenti.

Storici sono i casi della resistenza all'introduzione del codice OMS/UNICEF sulla commercializzazione dei succedanei del latte materno, o al programma OMS per i farmaci essenziali negli anni '80; o, più recentemente, la battaglia senza esclusione di colpi con cui le multinazionali del tabacco tentarono d'impedire la Convenzione quadro sul controllo del tabacco (*Fra-*

mework Convention on Tobacco Control) entrata in vigore nel 2005.

Sono individuabili almeno due motivi a fondamento del coinvolgimento delle imprese in attività sanitarie e di promozione sociale in generale: da una parte la possibilità di influenzare con esse l'ambiente sociale e politico nel quale si svolge l'attività economica dell'impresa, e dall'altra la promozione diretta dei propri interessi commerciali. In quest'ottica possono essere lette, tra l'altro, le crescenti iniziative filantropiche facenti capo a imprese transnazionali: queste si realizzano o attraverso elargizioni dirette – come ad esempio le grandi donazioni di farmaci a sostegno di programmi dell'ONU, da cui presero il via, nel settore sanitario, le prime iniziative di *partnership* globale – o attraverso la costituzione di fondazioni d'impresa, che conservano in genere nel nome il marchio della Società che le ha originate, e hanno motivazioni (di *marketing*) diverse da quelle più genuinamente filantropiche delle cosiddette fondazioni familiari.

3.2.2. Le Fondazioni

Le *fondazioni familiari iniziate da singoli mecenati* (Rockefeller Foundation, Wellcome Trust, Ford Foundation, UN Foundation, Aga Khan Foundation, ecc.) hanno spesso giocato un ruolo importante nel finanziare e influenzare le attività in campo sanitario in Paesi diversi, o a sostegno dell'OMS e di altre istituzioni internazionali. Storico è il contributo della Fondazione Rockefeller, per esempio, all'eradicazione della malaria in Italia e per la costruzione dell'edificio che ospita ancora oggi a Roma l'ISS.

Con l'avvento nel 2000 della Fondazione Bill & Melinda Gates (Bill and Melinda Gates Foundation, B & MGF) si parla però ormai di "turbo-filantropia", e l'ordine di grandezza dei contributi finanziari passa dall'ordine dei milioni a quello dei miliardi di dollari.

Con un capitale di più di 37 miliardi di dollari, investito sul mercato azionario, e con donazioni per quasi 2 miliardi di dollari all'anno destinati ad attività in campo sanitario (1,98 miliardi nel 2011), la Fondazione Gates, il cui obiettivo è quello di valorizzare il progresso scientifico e tecnologico per salvare vite nei Pa-

esi in via di sviluppo, è dopo gli Usa il primo soggetto finanziatore singolo (ovvero non un partenariato tra più attori) di iniziative in questo settore (7% del totale dell'assistenza sanitaria in sanità); ed è anche uno dei principali finanziatori dell'OMS (in base ai contributi volontari nel biennio 2012-2013 è stata il primo finanziatore davanti agli USA), e di un gran numero di *partnership globali pubblico-privato* (GPPP).

In particolare, la Fondazione Gates siede nel consiglio di amministrazione delle due maggiori GPPP: il *Fondo Globale per la lotta all'HIV/AIDS, la TBC e la malaria*, e l'*Alleanza per i vaccini* (GAVI Alliance) di cui è stata di fatto l'attrice.

Indipendentemente dalle valutazioni circa l'influenza che la Fondazione Gates esercita sulle politiche globali attraverso la sua pesante onnipresenza nelle organizzazioni internazionali, negli ultimi anni è stata messa in evidenza la contraddizione tra la *mission* sanitaria della Fondazione, e il fatto che i fondi distribuiti derivino dai proventi generati dagli utili del capitale investito in società come Coca Cola, Exxon, Monsanto e altre, i cui prodotti e le cui modalità produttive sono all'origine di gravi danni per la salute.

3.2.3. Organizzazioni non profit

Per quanto concerne infine gli altri Attori del *non profit* ad azione transnazionale, il quadro è estremamente variegato e complesso; infatti il settore riunisce soggetti molto diversi per motivazioni e tipologia di associati. La distinzione tra PINGO e BINGO è una suggestiva sintesi di tale diversità.

Il primo acronimo riunisce le ONG che perseguono un interesse pubblico (*Public Interest Non Governmental Organizations*), come possono essere Medici senza frontiere, *Oxfam*, o *Save the Children*. Il secondo acronimo fa invece riferimento a quelle ONG che nascondono interessi privati e particolari (*Business Interest Non Governmental Organizations*); tra queste si può indicare ad esempio la federazione delle industrie farmaceutiche IFPMA (*International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations*).

Ai fini della *governance* globale in sanità, assumono maggiore rilevanza le ONG impegnate in attività di *advocacy* a livello internazionale. Per esempio, le ONG che hanno stabilito un rapporto consultivo con l'ONU o di collaborazione con l'OMS, possono intervenire con proprie dichiarazioni e far circolare documenti nell'Assemblea Mondiale della Sanità.

Per aumentare la propria influenza e per dare voce a ONG più piccole, a dimensione nazionale o locale, si sono andati costituendo movimenti e reti transnazionali della "società civile". Un esempio in tal senso è il Movimento dei popoli per la salute (*Peoples' Health Movement, PHM*) che tra l'altro è molto attivo proprio in attività di monitoraggio e informazione dell'attività dell'OMS (*WHO Watch*).

3.3. Le organizzazioni ibride transnazionali

La *governance* globale è resa infine ancor più confusa dall'emergere di nuove aggregazioni ibride, alcune delle quali contribuiscono ad affollare il circolo più interno della mappa di Dodgson.

3.3.1. Le GPPP

Il fenomeno delle *partnership globali pubblico-privato* ha trasformato prepotentemente la scena della cooperazione internazionale allo sviluppo nel corso degli anni '90, modificando ruoli ed equilibri preesistenti. Basandosi sul presupposto che l'ONU, e più in generale le forme tradizionali dell'Aiuto pubblico allo sviluppo, non fossero in grado di far fronte alle numerose sfide globali che l'umanità si trovava a dover affrontare, si introdusse l'idea di nuove organizzazioni *multi-stakeholder*, costituite *ad hoc* intorno a singole problematiche. Soggetti privati acquisivano così il diritto di partecipare al governo delle GPPP, aprendo al grande *business* l'occasione di una partecipazione diretta al governo di iniziative globali, e di una straordinaria autopromozione (strategica in epoca di emergente contestazione del globalismo neoliberista).

D'altra parte il nuovo modello, che nel solo settore sanitario diede vita a più di cento orga-

nizzazioni diverse, contribuiva a delegittimare ulteriormente l'ONU, riduceva il peso dei Paesi più svantaggiati nell'indirizzo e nel controllo dei fondi loro destinati, comportava innegabili conflitti tra interessi pubblici e privati, promuoveva un approccio frammentario, "verticale" – ovvero vincolava risorse e operazioni a singole tematiche – e disomogeneo ai problemi dello sviluppo, oltre a distrarre l'opinione pubblica dalle cause strutturali della povertà e dal progressivo disimpegno dei Paesi ricchi.

In assenza di un accordo internazionale (ossia sottoscritto e ratificato dagli Stati partecipanti) che preveda l'istituzione di istituzioni ibride (pubblico-privato) transnazionali, e della volontà di perseguire quel percorso, le GPPP si sono costituite fondamentalmente secondo due modalità organizzative:

a) struttura informale ospite di un'istituzione internazionale (*hosted partnerships*), come ad esempio nel caso di UNITAID (un partenariato nato nel 2006 su iniziativa del Presidente francese Chirac, che prevede l'introduzione di una tassa sui biglietti aerei per finanziare l'acquisto di prodotti bio-medici per la lotta all'HIV/AIDS, la TBC e la malaria), StopTBC e, inizialmente l'Alleanza GAVI; non senza complesse e a volte conflittuali relazioni gestionali con le istituzioni ospitanti, chiamate a sopportarne il peso amministrativo;

b) organizzazione privata (seppure a partecipazione e gestione mista pubblica-privata), in genere una Fondazione, costituita in base alla normativa del Paese ospitante, che attraverso l'uso creativo e flessibile di strategie legali ha ottenuto in alcuni casi il riconoscimento di istituzioni internazionali in assenza di accordo tra Stati; come nel caso del Fondo globale e, in seguito, della stessa GAVI.

3.3.2. GAVI

L'Alleanza GAVI, lanciata nel 2000 sulla spinta del finanziamento iniziale (750 milioni di dollari) della Fondazione Gates, e con erogazioni superiori al miliardo di dollari nel 2010, è servita da prototipo del modello GPPP, e non solo nel settore sanitario.

Fino al 2009 GAVI fu ospitata dall'UNICEF,

poi venne istituita come fondazione in Svizzera e come *non profit (Public Charity)* negli USA. La sua missione è la fornitura di vaccini nuovi o sottoutilizzati (es. vaccini contro rotavirus, pneumococco, meningite A, vaccino pentavalente e seconda dose del vaccino contro il morbillo) per i bambini dei Paesi in via di sviluppo; e oltre alla Fondazione Gates vi partecipano con diritto di voto istituzioni internazionali come la OMS, la Banca Mondiale e l'UNICEF, nonché una dozzina di soggetti governativi, ONG internazionali e rappresentanti dell'industria farmaceutica.

Per appoggiare l'accesso ai servizi di immunizzazione, l'Alleanza GAVI sostiene anche il rafforzamento dei sistemi sanitari attraverso schemi di finanziamento basati sui risultati; ed è divenuta anche il canale di meccanismi innovativi di finanziamento di prodotti sanitari, come in particolare l'*International Financing Facility for Immunizations (IFFIm)* e l'*Advance Market Commitment (AMC)*.

L'IFFIm emette dei titoli obbligazionari garantiti dall'impegno a lungo termine di Governi donatori associati che, venduti sul mercato dei capitali, generano ampie disponibilità immediate di capitali per le attività del GAVI; gli AMC sono invece degli impegni a lungo termine presi dai Paesi donatori per l'acquisto di prodotti (nel caso specifico un vaccino anti-pneumococcico) con limitata domanda sul mercato, per i quali invece l'industria sarà incentivata a investire in ricerca e sviluppo, promossa dall'impegno assunto dai Governi garanti «in anticipo sul mercato». Oggi GAVI determina il mercato di un vasto gruppo di vaccini, negoziando i contratti di fornitura con un gran numero di fornitori globali e contribuendo a contenerne i prezzi.

3.3.3. Il Fondo globale per la lotta all'HIV/AIDS, la Tbc e la malaria

L'Alleanza GAVI servì da modello per la costituzione del *Fondo globale per la lotta all'HIV/AIDS, la TBC e la malaria*, che è tra gli attori che occupano ormai la scena centrale della *governance* sanitaria globale, con erogazioni per circa 3 miliardi di dollari nel 2010.

Il Fondo venne costituito dall'inizio come

Fondazione privata di diritto svizzero, stabilendo però un accordo con la Banca mondiale per la costituzione di un fondo fiduciario per la raccolta dei fondi, e un “accordo per i servizi amministrativi” con la OMS, che ne costituì così il segretariato fino al 2009, quando l’accordo fu interrotto.

Il Fondo globale è oggi in assoluto la maggiore *partnership* pubblico-privato, ed è finanziato prevalentemente con fondi pubblici. Infatti, contrariamente all’ipotesi alla base della sua costituzione, scarsi sono stati gli apporti del settore privato (non superano il 5%), cui però è riservata la presenza nel Consiglio di amministrazione. Pensato come meccanismo di finanziamento e raccolta fondi, il Fondo globale non realizza programmi direttamente, ma ne condiziona fortemente le modalità di realizzazione, stabilendo le condizioni per il loro finanziamento. Tra queste, per esempio, oltre all’impossibilità di utilizzare i finanziamenti del Fondo globale per progetti non inerenti il controllo delle tre malattie, anche l’obbligo per i Paesi recettori di coinvolgere il settore privato nella realizzazione dei programmi, e di seguire specifiche modalità organizzative e procedurali.

Al Fondo viene attribuito in buona parte il merito di aver contribuito a ridurre i prezzi dei farmaci anti-retrovirali e delle zanzariere nei Paesi poveri e a reddito medio, tra l’altro rendendo pubblicamente noti i prezzi e le condizioni di vendita dei prodotti acquistati. D’altra parte, sul piano più generale, diverse delle attività del Fondo globale (monitoraggio, sorveglianza,

raccolta dati, ecc.) si sovrappongono al mandato dell’OMS; che del resto non gode nemmeno del diritto di voto nel Consiglio d’Amministrazione del Fondo, ed il cui mandato viene dunque, in ultima analisi, di fatto indebolito dall’esistenza e dal peso di GPPP come il Fondo globale e la GAVI.

4. Conclusioni

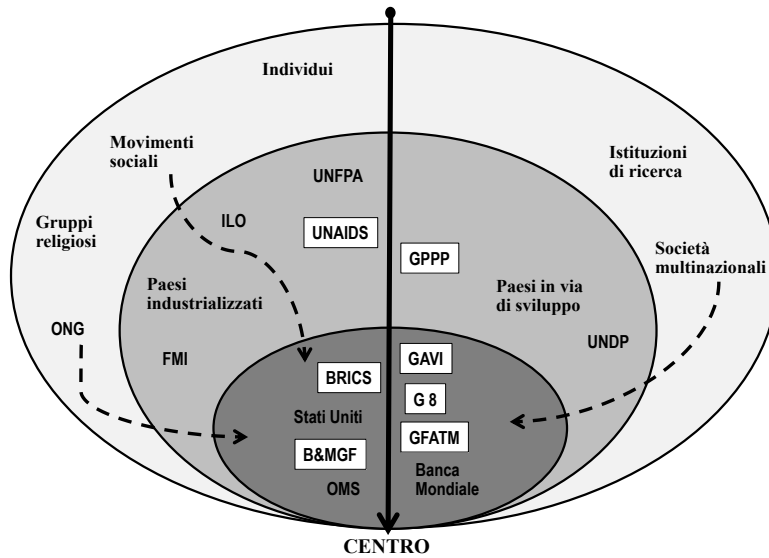
Come si è fin qui illustrato passando rapidamente in rassegna i principali tra essi, un numero crescente di nuovi Attori transnazionali e di istituzioni internazionali stanno sempre più contribuendo a modificare profondamente la vecchia mappa degli Attori della *governance* globale della sanità.

Peraltro, qui si è solo fatto cenno alla complessità delle interazioni tra tali diversi Attori internazionali e transnazionali, e al loro ruolo nella formulazione e messa in atto di politiche che possono avere un impatto sulla salute delle popolazioni e sui sistemi nazionali.

Ma va tenuto presente, in conclusione, che è in gran parte proprio sul piano della *governance* e quindi dell’interazione tra quegli Attori che si giocherà la sfida epocale della costruzione di un nuovo quadro normativo ed etico di riferimento per la sanità mondiale; che permetta di modificare la rotta suicida imposta da un modello di sviluppo assolutamente insostenibile, di cui misuriamo ormai effetti ambientali e climatici con impatti sulla salute senza precedenti.

Box 1 - Obiettivi di sviluppo del Millennio

1. sradicare la povertà estrema e la fame
2. rendere universale l’istruzione primaria
3. promuovere la parità dei sessi e l’autonomia delle donne
4. ridurre la mortalità infantile
5. migliorare la salute materna
6. combattere l’HIV/AIDS, la malaria e altre malattie
7. garantire la sostenibilità ambientale
8. sviluppare un partenariato mondiale per lo sviluppo

Figura 1 - Governance globale in Sanità

Fonte: Dodgson *et al.* 2002, mod. Le frecce indicano la maggiore centralità di attori originariamente individuati; gli attori incorniciati non erano stati considerati da quegli Autori.